

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ

«Затверджено»
на засіданні кафедри
медичної інформатики,
медичної і біологічної фізики
«27» серпня 2020 р.
протокол №1 від «27» серпня 2020 р.
Зав. кафедри _____ доцент Сілкова О.В.



МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ДО СЕМІНАРСЬКОГО
ЗАНЯТТЯ

| | |
|-----------------------------|---|
| <i>Навчальна дисципліна</i> | БЕЗПЕКА ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ. ОСНОВИ БІОЕТИКИ ТА БІОБЕЗПЕКИ |
| <i>Модуль №</i> | 1 |
| <i>Змістовний модуль №</i> | 2 |
| <i>Тема заняття</i> | Біоетичні основи професійної діяльності лікаря |
| <i>Курс, факультет</i> | I стоматологічний, медичний |

1. Актуальність теми: Досягнення науково-технічного прогресу, значні соціально-економічні перетворення суспільного життя, призвели до поглибленого вивчення і дослідження деяких морально-етичних принципів та норм сучасного життя, які можуть видатися фантастичним втіленням того, про що люди мріяли віками. Тому, лікарям усіх спеціальностей і, зокрема, лікарям необхідно чітко уявляти, орієнтуватися і давати оцінку правовим та медико-етичним аспектам життя та здоров'я людини з моменту запліднення і до її природної смерті. На цьому фоні одним з актуальних питань є біологічний та антропологічний статус ембріону людини.

2. Конкретні цілі:

Аналізувати моделі взаємовідносин лікаря – пацієнта.

Пояснювати важливість співпраці лікаря та пацієнта.

Класифікувати лікарські помилки.

Проаналізувати причини ятрогеній.

3. Базовий рівень підготовки.

| Назви попередніх дисциплін | Отримані навички |
|--|---|
| 1. Філософія 2. Анатомія 3. Гістологія | 1. Назвати філософське визначення здоров'я та життя людини 2. Назвати періоди постнатального онтогенезу людини |

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття.

4.1.Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття

| Термін | Визначення |
|---|--|
| 1. Довіра | соціологічна та психологічна категорія для позначення відкритих, позитивних взаємовідносин між людьми (сторонами довіри), що відображають впевненість у порядності й доброзичливості іншої сторони, з котрою довіряючий знаходиться в тих чи інших відносинах, що базується на його досвіді. |
| 2. Підтримка | це одна з найважливіших умов встановлення правильних взаємовідносин лікаря і хворого. |
| 3. Пошана | має на увазі визнання цінності хворого як індивіда і важливості його турбот. |
| 4. Ятрогенії або ятрогенні захворювання | це патологічні процеси, які виникають від необережних, помилкових, некваліфікованих дій лікаря, та охоплюють широке коло ускладнень: від психічної травми до негативних наслідків діагностичного дослідження, анестезіологічного забезпечення, консервативного і хірургічного лікування. |

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Взаємини між медичними співробітниками та пацієнтами.
2. Моделі взаємовідносин лікаря і пацієнта.
3. Стиль відносин – співпраця.
4. Варіанти нелегких взаємовідносин з хворими.
5. Лікарська таємниця.
6. Особистість лікаря.

7. Лікарські помилки. Ятрогенії.

8. Медико-етична відповідальність в медицині.

4.2. Організація змісту навчального матеріалу

Протягом всієї історії медицини основою відносин між лікарем і хворим була і залишається **довіра**. Ще недавно все зводилося до того, що хворий довіряв лікарю право приймати рішення. Лікар же "виключно в інтересах хворого" поступав так, як вважав потрібним. Вважалося, що тримати хворого в невіданні гуманніше, ніж залучати його в розв'язання складних медичних проблем. Згідно з думкою, що існувала, це навіть підвищувало ефективність лікування, позбавляючи хворого від сумнівів і невпевненості. Хворий довіряв лікарю – лікар брав на себе турботу про нього. Традиційно взаємовідносини лікаря і хворого засновувалися на сліпій вірі, що перешкоджало створенню атмосфери взаєморозуміння; лікар не ділився з хворим своїми сумнівами і приховував від нього неприємну правду, хворий, як правило, був "сам собі на розумі". І понині взаємовідносини лікаря і хворого у великій мірі визначають успіх медичної допомоги. Будуватися вони повинні на основі співпраці, оскільки право особистості самостійно визначати свою поведінку розглядається в сучасній медичній етиці як одне з найбільш фундаментальних.

Моделі взаємовідносин лікаря і пацієнта.

Які моделі відносин між медиками-професіоналами і звичайними людьми дозволяють охопити основні моральні проблеми?

1. Модель технічного типу.

Один з наслідків біологічної революції – виникнення лікаря-вченого. Нерідко лікар поводить себе як вчений. Лікар, який вважає, що його задача в тому, щоб надати всі дані хворому, а рішення – за пацієнтом, обманює себе, навіть якщо визнати, що у всіх критичних ситуаціях, там, де необхідно зробити вирішальний вибір, такий спосіб дій був би в моральному значенні здоровим і відповідальним. Більш того навіть якщо в процесі прийняття рішення лікар зміг би уникнути думок морального і інакшого ціннісного характеру, навіть якби йому вдалося на ділі здійснити нездійснений ідеал свободи від ціннісних думок, то такий образ дій був би образливим для нього самого з моральної точки зору. Він перетворився б в техніка, у водопровідника, який з'єднує труби і промиває системи, що засмітилися, не мучачись ніякими питаннями.

2. Модель сакрального типу.

Моральна огида до моделі, в якій лікар перетворюється у водопровідника, повністю позбавленого власних моральних установок, приводить до того, що вдаються до іншої крайності, перетворюючи лікаря в нового священика. Основний моральний принцип, який виражає традицію сакрального типу, свідчить: "Надаючи пацієнту допомогу, не нанеси йому шкоди". Пацієнт позбавлений можливості приймати рішення, він перекладає відповідальність на лікаря. І хоч група медиків-професіоналів може затверджувати цей принцип як принцип професійної моралі, ясно, що в суспільстві існує набагато більш широкий набір моральних норм. Що включає в себе цей більш широкий набір моральних норм?

А) Приносити користь і не завдавати шкоди. Деякі етики вважають принесення користі і не нанесення шкоди двома різними принципами, додаючи більшу моральну вагу останньому принципу. Це характерно і для професійної медичної етики.

Б) Захист особистої свободи. Фундаментальною цінністю нашого суспільства є особиста свобода. Особиста свобода і лікаря, і пацієнта повинна захищатися, навіть якщо здається, що це може нанести якусь шкоду. Ось чому певним пацієнтам, заздалегідь обізнаним законним чином, суспільство дозволяє відмовлятися від процедури переливання крові або від інших видів медичної допомоги, хоч більшості людей здається, що внаслідок цього хворому наноситься величезна шкода.

В) Охорона людського достоїнства. Рівність всіх людей по їх моральному якостям означає, що кожен з них володіє основними людськими перевагами. Особиста свобода вибору, контроль за своїм тілом і власним життям сприяють реалізації людського достоїнства. Багато які кроки в процесі госпіталізації, надання медичною допомогою і змісту пацієнтів, особливо важко хворих, містять в собі загрозу людському достоїнству. Виснаженій людині, яку з життям зв'язують внутрішньовенні трубки, важко підтримувати почуття власного достоїнства. І нічого немає дивного в тому, що такі пацієнти вважають за краще повернутися додому і там померти. Адже саме там, під рідним дахом, вони знаходять сили і почуття власного достоїнства.

Г) Говорити правду і виконувати обіцянки. Можна лише жалкувати про те, що ці основи людської взаємодії зведені до мінімуму ради того, щоб провести принцип – не нанеси шкоду пацієнту. Ця проблема

більш широка, і вона не зводиться до того, чи говорити правду хворому з термінальною раковою пухлиною. Ця проблема виникає вже тоді, коли хлопчику, якому роблять щеплення від кору, говорять: "Вона не заподіє тобі ні найменшої шкоди". Кожний подібний випадок – це замах на достоїнство, свободу і гуманність. Іноді такі дії можуть бути виправдані, однак аргументи повинні бути дуже вагомими.

Д) Дотримуйся справедливості і відновлюй її. Моральні норми широких шарів суспільства вийдуть за межі обов'язку надання пацієнту допомоги і ненанесення йому шкоди ще в одній вимозі – вимозі справедливого розподілу послуг в охороні здоров'я. Якщо охорона здоров'я – право, то це право – для всіх. У даний момент питання про справедливість в розподілі медичних послуг викликає особливу заклопотаність внаслідок високого рівня дискримінації

3. Модель колегіального типу.

Деякі етики говорять про те, що лікар і пацієнт повинні бачити один в одному колега, прагнучих до загальної мети – до ліквідації хвороби і захисту здоров'я пацієнта. Лікар – це друг хворого. Саме в моделі колегіального типу довіра грає вирішальну роль. Коли дві людини дійсно відстоюють загальні цілі, їх довіра виправдана. Тут в наявності рівність і повага. Однак етнічні, класові, економічні і цінності відмінності між людьми перетворюють принцип спільних інтересів, необхідних для моделі колегіального типу, в пусту мрію.

4. Модель контрактного типу.

Модель соціальних відносин, яка відповідає реальним умовам, - це модель, заснована на контракті або угоді. У ньому два індивіди або дві групи людей діють на основі взаємних зобов'язань і взаємної вигоди. Основні принципи свободи, особистого достоїнства, чесності, виконання обіцянок і справедливості необхідні для моделі контрактного типу. Лише в моделі контрактного типу може існувати справжнє розділення морального авторитету і відповідальності. Вона дозволяє уникнути відмови від моралі з боку лікаря, що характерно для моделі технічного типу, і відмови від моралі з боку пацієнта, що характерно моделі сакрального типу. Вона дозволяє уникнути помилкової і неконтрольованої рівності в моделі колегіального типу. У відносинах, заснованих на контракті, лікар усвідомлює, що у випадках значущого вибору за пацієнтом повинна зберігатися свобода управляти своїм життям і долею.

Крім того, в моделі контрактного типу рішення приймаються так, що зберігається впевненість – і пацієнт, і лікар морально охайні.

Таким чином, при розв'язанні медичних проблем вирішальну роль буде грати дух моральної відповідальності, який залежить від вибору відповідної моделі моральних відносин між співтовариствами професіоналів і непрофесіоналів.

Стиль відносин лікаря і пацієнта – співпраця.

Довіра до лікаря, - як і раніше, залишається обов'язковим компонентом лікувально-діагностичного процесу. Однак його внутрішня суть в лікувальному процесі змінюється. "Довіру, засновану на сліпій вірі, потрібно відрізнити від довіри заслуженої". Взаємовідносини лікаря і хворого – не просто обмін відомостями; це – частина лікування. Відомо, що лікарі можуть впливати на хворобу без всяких ліків: прикладом може служити ефект плацебо. Плацебо – це біологічно інертна речовина, яку лікар дає хворому як біологічно активну. У клінічних випробуваннях (де плацебо застосовують спеціально для того, щоб вводити хворим контрольної групи) абсолютно однозначно продемонстрована ефективність такого "лікування".

При всій різноманітності підходів співпраця лікаря і хворого складається з чотирьох головних компонентів: підтримки, розуміння, пошана, співчуття.

Підтримка – це одна з найважливіших умов встановлення правильних взаємовідносин лікаря і хворого. Підтримка означає, що лікар повинен прагнути бути корисним хворому. Звичайно це само собою зрозуміло і не вимагає ніяких доказів; однак бувають випадки, коли хворий аж ніяк не упевнений, що лікар відстоює його інтереси.

Підтримка не означає, що лікар повинен взяти на себе всю відповідальність за стан здоров'я і настрої хворого. Тут повинні допомогти інші ланки системи охорони здоров'я, сім'я і друзі хворого. Однак головні ресурси, ймовірно, приховані в самому хворому. Їх використання стане можливим, якщо хворий усвідомлює: лікар збирається допомагати, а не примушувати. Таким чином, складова частина підтримки, що надається лікарем – активізація ролі хворого в лікувальному процесі.

Це справедливо і у разі хірургічного втручання, коли лікар неначе повністю контролює ситуацію. Добровільне обмеження прийому наркотичних анальгетиків, активне пересування, незважаючи на біль, енергійну участь в лікуванні – все це вимагає від хворого чіткої установки на видужання. Ефективність

плацебо, сприяючого "самолікуванню", залежить від бажання хворого видужати і, в кінцевому результаті, - від його упевненості в успіху. Згода хворого на активну участь в лікувальному процесі звичайно підвищує сприятливий результат.

Коли лікар виявляє **розуміння**, хворий упевнений, що його скарги почуті, зафіксовані в свідомості лікаря, і той їх обдумує. Це почуття зміцнюється, коли лікар говорить: "Я Вас розумію" – або виражає те ж саме невербальними методами: поглядом, кивком голови. Тон і інтонація здатні демонструвати як увагу і розуміння, так і відчуженість і відсутність інтересу. Репліки лікаря типу "Будь ласка, продовжуйте", "Розкажіть детальніше" або просте повторення почутого створюють у хворого відчуття, що його слухають і хочуть допомогти. На існування бар'єра вказує суперечність відомостей, що повідомляються хворим або невідповідність між його словами і невербальними сигналами. Буває і загальне відчуття незручності ситуації або опір з боку хворого. Наприклад, хворий може відмовитися відповідати на питання, заявивши, що "втомився від людей, що сунуть ніс в його особисте життя".

Невиконання лікарських рекомендацій (і внаслідок цього – неуспіх лікування) може бути єдиною ознакою того, що хворий не упевнений в тому, що в його випадку розібралися. Коли відносини лікаря і пацієнта заходять в безвихідь, можна вимовити приблизно наступне: "Здається, мої поради Вас не зовсім влаштовують. Хотілося б зрозуміти, в чому тут справа", демонструючи цим своє довірче відношення до хворого і готовність зрозуміти його проблему.

Пошана має на увазі визнання цінності хворого як індивіда і важливості його турбот. Мова йде не тільки про згоду вислухати людину – головне показати, що його слова справили на Вас враження: необхідно визнати значність подій, що відбуваються з хворим. Поліпшенню взаєморозуміння сприяє така, наприклад, фраза: "Звісно, Вам доводиться багато терпіти; Ви дуже довго хворієте, і Ваше засмучення дуже природне і зрозуміле".

Щоб продемонструвати пошану, треба ознайомитися з обставинами життя хворого настільки детально, щоб спілкуватися з ним як з особистістю, а не тільки як з носієм хвороби. Вже сам час, витрачений на з'ясування особистих обставин хворого, свідчить про повагу лікаря. Часто все, що потрібно, - активно виявити зацікавленість. Важливі найпростіші речі, типу швидкого запам'ятовування імені і прізвища хворого. Невербальне спілкування здатне як укріпити довіри до лікаря, так і зруйнувати його. Так, якщо дивитися хворому в очі сидячи поруч з ним, він відчує, що його поважають. Якщо ж без кінця переривати хворого або вести в його присутності сторонню розмову, він "замкнеться в собі" і довірчі відносини з хворим не складуться.

Доречно буває похвалити хворого за терпіння, за акуратне дотримання розпоряджень лікаря. Якщо хворий представив свої старі рентгенограми, потрібно показати, наскільки корисною виявилася ця інформація, - в результаті виникне позитивний зворотний зв'язок.

Одна з самих небезпечних і деструктивних звичок лікаря – схильність до принизливих для своїх пацієнтів зауважень. Хворий, що випадково почув, як лікар висміює його в колу колег, навряд чи забуде і пробачить. Правильно або неправильно він витлумачить почуте, необережні зауваження лікаря можуть назавжди зіпсувати довірчий контакт з хворим.

Співчуття – ключ до встановлення співпраці між лікарем і хворим. Треба уміти поставити себе на місце хворого, поглянути на світ його очима. Співчуття можна виявити, висловивши суто особисту оцінку відчуттів і емоцій хворого: "Вам довелося нелегко, було від чого розлютитися" або "Схоже, всі від Вас відвернулися, уявляю собі в якому Ви були відчаї". Співчуваючи, ми переживаємо почуття іншої людини. Співчуття починається з самого факту нашої присутності, часто мовчазного, з очікування, коли хворий заговорить. Якщо доводиться перервати бесіду, треба запевнити хворого, що ви негайно повернетесь і дослухаєте його. Лікар повинен терпляче вислухати хворого, навіть коли той повторюється, дати йому можливість обговорити причини і можливі наслідки хвороби, своє майбутнє життя. Співчуття можна виразити просто поклавши йому руку на плече, контактуючи з ним не тільки фізично, але і емоційно.

На жаль, технічний прогрес руйнує цей безпосередній зв'язок: лікар – хворий. Коли лікар дозволяє машині вклинитися між собою і хворим, він ризикує позбавитися свого могутнього зцілюючого впливу.

"Взаємодія між лікарем і хворим в ході надання медичної допомоги – один з головних компонентів успіху. Найпопулярніші ліки – сам лікар, а якщо поглянути на це очима хворого, то особистість лікаря – наймогутніша з всіх плацебо".

Налагоджені взаємовідносини лікаря і хворого не тільки цілющі самі по собі, вони посилюють і полегшують вплив інших лікувальних втручань. Наприклад, від цих взаємовідносин часто залежить дисциплінованість хворого, тобто його готовність виконувати лікарські рекомендації. Аналогічним чином, прагнення до співпраці зі своїм лікарем – часто головний стимул до зміни образу життя.

Таким чином, співпраця лікаря і хворого – необхідна умова успіху лікувальних заходів. Звичайно встановлення таких взаємовідносин не представляє для лікаря складності, оскільки самі хворі прагнуть до плідної співпраці з ним.

Хворі, з якими важко налагодити взаємовідносини.

Хворих, з якими в процесі лікування важко налагодити відносини, умовно можна віднести до категорій:

- хворі, не схильні до співпраці з лікарем;
- хворі, що мають цілі, відмінні від лікування;
- хворі, з якими важко налагодити взаєморозуміння;
- хворі, довірчі відносини з якими заважають процесу лікування.

Далеко не всі хворі, звертаючись до лікаря, схильні співробітничати з ним і вірять, що лікар хоче і може їм допомогти. Такі хворі не готові до встановлення співпраці в процесі лікування. Практика показує, що багато хто з них дивиться на спроби лікаря зав'язати з ними довірче відношення як на прагнення отримати "піддослідного кролика". Аналогічний скептицизм відчувають на собі і лікарі первинної медичної допомоги, в яких деякі хворі бачать "перешкоду", перешкоджаючи цим отримати "справжню" допомогу. Вимогу швидше направити їх до фахівця, часто ще до завершення збору анамнезу, - прозорий натяк на відсутність у хворого бажання налагодити взаємодію з лікарем. Іноді це виражається відкрито: "Не люблю я ходити по лікарях", "Від ліків – одна шкода", або навіть: "Я лікарям не вірю".

Особливу категорію складають хворі, що мають цілі, відмінні від лікування. Довірчі відносини з лікарем, вони прагнуть використати в цілях, що не мають нічого спільного з лікуванням. Такі хворі, на відміну від попередніх звичайно виглядають настроєними на плідну співпрацю, вдячними, і такими що повністю довіряють лікарю. Насправді ті з них, хто особливо старається в похвалах, частіше за інших вступають з лікарем в конфлікт. Існує два типи ситуацій, в яких хворі прагнуть до деструктивної взаємодії з лікарем.

По-перше, це випадки, коли хворий своїми словами і вчинками намагається схилити лікаря до виступу на своїй стороні проти інших членів сім'ї: "Поясніть це, будь ласка, моїй дружині", "Це у мене через нього депресія". У цій ситуації лікар стає зброєю, яку хворий використовує проти своїх близьких. Хворий може прямо попросити лікаря втрутитися в домашній конфлікт. Подібні прохання потрібно розцінити як сигнал, що попереджує про небезпеку: що зав'язалися в ході лікування довірчі відносини можуть бути використані хворим для досягнення далеких від лікування цілей.

Другий тип ситуацій, при яких можливе зловживання довірою лікаря, - коли хвороба обіцяє хворому певні вигоди. Іншими словами, хворобливий стан приносить якусь користь, і в результаті він прагне його зберегти. Вигідними можуть бути підвищена увага навколишніх, менша відповідальність і деякі встановлені згідно із законом привілеї. Хворому хочеться бути хворим, і він використовує свої відносини з лікарем для отримання "офіційного підтвердження" свого стану.

Отже, важливо уміти розпізнавати хворих, що використовують відносини з лікарем в сторонніх цілях: їх легко сплутати з людьми, дійсно прагнучими до плідної співпраці в процесі лікування. Обидва згаданих виду деструктивної взаємодії хворого з лікарем характеризуються тим, що поведінка хворого мало міняється з течією часу, а лікар часто відчуває розчарування і почуття безпорадності. Лікар повинен виявляти постійну настороженість відносно таких ситуацій, інакше його довірою будуть зловживати.

Нарешті, ще один рідкий тип людей, не схильних до встановлення плідної співпраці з лікарем, можна назвати "конфліктними". Незважаючи на те, що хворі з початковою установкою на пред'явлення судового позову зустрічаються надто рідко, лікар повинен уміти їх розпізнавати. Серйозні помилки в діагностиці і лікуванні здатні викликати судовий позов, навіть якщо між лікарем і хворим встановилися цілком довірчі відносини, однак важливо підкреслити, що в більшості своїй судові позови викликані саме конфліктними відносинами.

Потрібно відмітити, що ефективне попередження судових позовів з приводу неправильного лікування вимагає особливої уваги лікаря до встановлення плідної взаємодії з хворим, причому це правило

розповсюджується на всіх людей, незалежно від того, помітна у них схильність до кляузництва чи ні. І головне слідувати раді юристів – гранично чітка документація.

Хворі, з якими в процесі лікування важко налагодити взаємопорозуміння, незважаючи на обопільне прагнення до цього, можуть бути різного складу, але звичайно це люди, чия особистість не викликає у нас інтересу. Однак лікар не повинен дозволяти собі такої суб'єктивності. Хворих, з якими часто виникають труднощі, у встановленні співпраці умовно можна розділити на наступні типи: настирливо-вимогливі, нав'язливі, хронічно незадоволені.

Настирливо-вимогливі уміють обґрунтувати свої самі безглузді вимоги. Нав'язливі користуються медичною допомогою так інтенсивно, що спричиняють роздратування і досаду. Хронічно незадоволені часто доводять лікарів до відчаю, постійно повідомляючи їм про неефективність лікування.

Існує ряд прийомів, що полегшують роботу з вказаними вище типами хворих. Настирливо-вимогливому хворому потрібно роз'яснити його право на хороше медичне обслуговування, яке, однак, не обов'язково включає виконання кожної його вимоги. У разі нав'язливих хворих доцільно провести регулярні короткі огляди в суворо встановлені години; медичне обґрунтування для призначення чергового прийому необов'язкове. Зіткнувшись з хронічно незадоволеними пацієнтами, найкраще визнати невтішні результати лікування, розділити їх песимізм і звернути свою увагу, швидше на встановлення з ними хороших відносин, чим на виконання якоїсь певної програми лікування, яка з неминучістю приведе до розриву.

Таким чином, своєчасно розпізнавши в хворому схильність до того або іншого типу поведінки лікар більш об'єктивно може передбачувати хід розвитку взаємовідносин з пацієнтом і уникнути небажаного для процесу видужання хворого розвитку подій.

Нарешті, необхідно визнати, що довірчі відносини з хворими іноді заважають об'єктивно поглянути на ситуацію і зрозуміти реальний хід речей. Через високу міру довіри до хворого можна не помітити наркоманію, лікарську залежність або той факт, що хворий одночасно лікується у іншого лікаря і слідує рекомендаціям, які суперечать вашим.

Отже, корисно іноді показати свого хворого колезі. Його свіжий погляд часто відкриває те, що вам не вдалося помітити.

Ятрогенії в медицині

Вчення про ятрогенії, тобто про «хвороби, які породжуються лікарем», виникло ще в двадцятих роках минулого століття і було піддане суттєвому переосмисленню зі зростанням науково-технічного прогресу. Саме поняття «ятрогенія» («ятрогенія») зобов'язане своєю появою у 1925 році німецькому лікарю О. Вумке, який трактував його як психічний розлад, обумовлений шокуючим впливом лікаря на психіку хворого (В.В.Серов, 1999). Однак вже з початку сімдесятих років, коли з'явилися нові методи профілактики, діагностики та лікування, погляд на «ятрогенію» в якості виключно «психогенного розладу», спровокованого лікарем, змінився. На сьогодні ятрогенії – це також, на жаль, звичні стани – інфаркти та анафілактичний шок після ангиографії, різноманітні ускладнення після застосування цитостатиків, променевої терапії та інших сучасних методів лікування. Прикро, але головного постулату стародавніх цілителів «не нашкод!» в сучасній медицині не завжди дотримуються. Згідно з даними В.В.Серова (1999), в наш час ятрогенії мають місце у 20% хворих і становлять 10% госпітальної смертності.

Навіть такі неінвазивні променеві діагностичні дослідження, як УЗД, РКТ та МРТ, особливо при численних повторних дослідженнях, негативно впливають на імунну систему, провокують розвиток запізених генетичних та канцерогенних ефектів, порушення обмінних процесів (В.В.Серов, 1999; D.F. Cahill, 1983; A.O. Martin, 1984; M. W. Miller, 1985).

За останнє десятиріччя ятрогенії, обумовлені анестезіологічними та інвазивно-діагностичними маніпуляціями і, насамперед, хірургічними втручаннями, втричі переважили кількість лікарських ускладнень (В.В.Серов, 1999).

У зв'язку з цим, в усьому цивілізованому світі росте недовіра до медицини взагалі, а до хірургічних втручань – особливо. Населенню земної кулі не зовсім зрозуміло, чому при значних витратах на охорону здоров'я, які спостерігаються у найбільш розвинутих країнах, прогнозованого поліпшення якості медичної допомоги не досягнуто. Згідно з даними ООН, ще у 1995 році доходи світової індустрії медичної допомоги перевищили 2 трлн доларів (А.П. Радзиховський, Л.В. Кейсевич, 2002). Це саме стосується і США, де за останні 20 років витрати на охорону здоров'я збільшилися з 4% до понад 12,1 % національного доходу (В.Я. Найштетик, 2000; A. S. Relman, 1988).

Можна тільки уявити, наскільки жахливіша ця статистика в інших країнах, особливо з перехідною економікою, до яких належить Україна, де реальні витрати на охорону здоров'я становлять менше 1% від скромного національного доходу країни.

В світлі вищезгаданого, вважаємо вельми актуальним звернення уваги широкого кола медичних працівників на цю проблему.

Щодо поняття цієї патології, спробуємо дати конкретне визначення:

Ятрогенії або ятрогенні захворювання – це патологічні процеси, які виникають від необережних, помилкових, некваліфікованих дій лікаря, та охоплюють широке коло ускладнень: від психічної травми до негативних наслідків діагностичного дослідження, анестезіологічного забезпечення, консервативного і хірургічного лікування.

Серед причин ятрогеній необхідно розрізняти об'єктивні і суб'єктивні фактори. До перших належать:

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

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

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

Найбільш оптимальною і визнаною серед медичної громадськості класифікацією ятрогеній можна вважати запроповану патологоанатомом, професором В. Некачаловим (1998 р.), яка враховує місце ятрогеній у структурі діагнозу. Відповідно до неї, виділяють 3 категорії ятрогеній:

I - патологічні процеси, що патогенетично не пов'язані з основним захворюванням або його ускладненням і не відіграють істотної ролі в загальній та патологічній оцінці випадку;

II - патологічні процеси, що обумовлені медичним впливом, проведеним за показаннями і виконаним правильно;

III - патологічні процеси, незвичайні смертельні реакції, зокрема обумовлені неадекватними, помилковими або неправильними медичними діями, такими, що з'явилися причиною летального результату.

Особливості правової регламентації медичної діяльності вимагають зваженого підходу до визначення головних критеріїв, на основі яких повинна будуватися класифікація ятрогенних ускладнень. У рамках медичного права виправдане попереднє теоретико-правове осмислення критеріїв класифікації ятрогеній. Доцільно як основу використовувати комплексний підхід, що враховує як вірогідну причину розвитку, так і етап медичної допомоги, на якому сталася ятрогенія. Подібний підхід дозволить більш кваліфіковано підходити до юридичної оцінки ятрогенного захворювання і ролі в ньому медичного персоналу. Таким чином, з позицій сучасного розвитку медичного права, необхідно розрізняти такі види ятрогеній:

1. Діагностичні:

- невстановлений діагноз;
- дефекти виконання діагностичних процедур;
- гіпердіагностика, тобто визначення неіснуючих ознак і захворювань.

2. Лікувальні:

- дефекти виконання лікувальних процедур (напр., кровотечі при ендоскопічних операціях);
- пошкодження органів або тканин при операції;
- залишення інструменту в порожнині тіла;
- радіаційне ураження при променевої терапії.

3. Профілактичні:

- несприятлива реакція організму на профілактичні щеплення;
- негативний вплив зовнішніх чинників (засоби масової інформації, гігієнічне виховання);
- погрішності в проведенні профілактичних заходів.

4. Фармацевтичні:

- наслідки неправильного застосування медикаментів;
- порушення режиму прийому або дозування;

- призначення не показаних при даному захворюванні лікарських засобів.

5. Інформаційно-деонтологічні:

- слова медичного працівника, що неправильно тлумачать;
- недостатня інформація у пацієнта щодо свого захворювання;
- відступ медика від належних правил взаємин з пацієнтом;
- порушення режиму збереження лікарської таємниці.

Розглядаючи критерії правомірності надання медичної допомоги і, відповідно, обставини, за яких лікар не може бути звинувачений у настанні несприятливого результату і ятрогенії, можна виділити такі основні умови, які будуть критеріями правомірності ятрогенії:

- отримана інформована добровільна згода хворого на медичне втручання;
- медична допомога була надана відповідно до стандартів (протоколів) лікування хворих на таку патологію, а за відсутності таких – відповідно до канонів медичної науки і практики;
- вибраний найбільш оптимальний і найменш інвазивний метод діагностики (лікування), здатний привести до ятрогенії;
- враховані індивідуальні характеристики і особливості стану здоров'я конкретного хворого;
- належним чином і своєчасно ведеться медична документація;
- у всіх необхідних випадках здійснюються консультації пацієнта іншими фахівцями, поважаються права пацієнта.

Матеріали для самоконтролю:

Завдання для самоконтролю (тести):

1. Які з моделей не відносяться до моделей відносин між медиками-професіоналами і звичайними людьми?
 - a. Модель традиційного типу
 - b. Модель сакрального типу
 - c. Модель технічного типу
 - є. Модель колегіального типу
 - e. Модель контрактного типу
2. Співпраця лікаря і хворого складається з чотирьох головних компонентів. Назвіть їх.
 - a. Підтримка, розуміння, пошана, співчуття
 - b. Говорити правду, виконувати обіцянки, приносити користь, відновлювати справедливість
 - c. Користь, гідність, справедливість, особиста свобода
 - d. Емпатія, кваліфікованість, досвід, обов'язок
 - e. Справедливість, корисність, самовдосконалення, емпатія
3. Назвіть категорії хворих, з якими в процесі лікування важко налагодити відносини
 - a. Не схильні до співпраці з лікарем що мають цілі, відмінні від лікування з якими важко налагодити взаєморозуміння довірчі відносини з якими заважають процесу лікування
 - b. Перешкоджають виявити причину захворювання відсутність у хворого бажання налагодити взаємодію з лікарем вступають з лікарем в конфлікт що використовують відносини з лікарем в сторонніх цілях
 - c. Недовіряють лікарю консультуються з багатьма лікарями не виконують рекомендації лікаря сперечаються з лікарями
 - є. Інертні, недовірливі, конфліктні, нав'язливі
 - e. Наполегливі, вимогливі, суперечливі, недовірливі
4. Який набір моральних норм відноситься до моделі сакрального типу?
 - a. Приносити користь, охорона людської гідності, дотримуватися справедливості, захист особистої свободи, говорити правду і виконувати обіцянки, дотримуватися

справедливості

- b. Говорити правду лише в певних умовах, виконувати обіцянки згідно законів, приносити користь, відновлювати справедливість при обстеженні пацієнтів
 - c. Підтримка, розуміння, пошана, співчуття
 - d. Емпатія, кваліфікованість, досвід, обов'язок
 - e. Справедливість, корисність, самовдосконалення, емпатія
5. На кого перетворюється лікар в моделі технічного типу?
- a. Лікар-вчений
 - b. Лікар-правдолюб
 - c. Лікар-комп'ютер
 - d. Лікар-наглядач
 - e. Лікар-священник
6. В моделі технічного типу яка задача лікаря?
- a. Надати всі дані хворому, а рішення за пацієнтом
 - b. Ухвалювати рішення самостійно
 - c. Не дозволити пацієнту відмовитися від необхідних процедур
 - d. Будувати стосунки на основі співпраці
 - e. Дозволити пацієнту вибрати найкращі умови лікування
7. На кого перетворюється лікар в моделі сакрального типу?
- a. Лікар-священник
 - b. Лікар-правдолюб
 - c. Лікар-комп'ютер
 - ë. Лікар-наглядач
 - e. Лікар-вчений
8. Основний моральний принцип, який виражає традицію сакрального типу, свідчить:
- a. Надаючи пацієнту допомогу, не нанеси йому шкоду
 - b. Особиста свобода і лікаря, і пацієнта повинна захищатися
 - c. Особиста свобода вибору, контроль за своїм тілом і власним життям сприяють реалізації людського достоїнства
 - ë. Лікар, який вважає, що його задача в тому, щоб надати всі дані хворому, а рішення - за пацієнтом, обманює себе
 - e. Довіру, засновану на сліпій вірі, потрібно відрізнити від довіри заслуженої
9. У чому полягає суть моральної норми «Охорона людської гідності»:
- a. Особиста свобода вибору, контроль за своїм тілом і власним життям сприяють реалізації людського достоїнства
 - b. Лікар, який вважає, що його задача в тому, щоб надати всі дані хворому, а рішення за пацієнтом, обманює себе
 - c. Особиста свобода і лікаря, і пацієнта повинна захищатися
 - ë. Надаючи пацієнту допомогу, не нанеси йому шкоду
 - e. Довіру, засновану на сліпій вірі, потрібно відрізнити від довіри заслуженої
10. В чому суть Моделі колегіального типу?
- a. Лікар і пацієнт повинні бачити один в одному колега, прагнучих до загальної мети
 - b. Особиста свобода і лікаря, і пацієнта повинна захищатися
 - c. Особиста свобода вибору, контроль за своїм тілом і власним життям сприяють реалізації людського достоїнства

є. Надаючи пацієнту допомогу, не нанеси йому шкоду

е. Довіру, засновану на сліпій вірі, потрібно відрізнити від довіри заслуженої

Рекомендована література.

Основна:

1. Луценко Р.В. Основи біоетики та біобезпеки / Луценко Р.В., Колот Е.Г., Бобирьов В.М. – Полтава, 2015. – 175 с.
2. *Запорожан В. М.* Біоетика : підручник / В. М. Запорожан, М. Л. Аряєв. — К.: Здоров'я, 2005. — 288 с.

Додаткова:

1. *Ардашева Н. А.* Эвтаназия как метод искусственного прерывания жизни. Правовые условия ее применения / Н. А. Ардашева // Вестник РАМН. —1996. — № 12. — С. 60-67.
2. *Аряев М. Л.* Психологічні та біоетичні проблеми у перинатальній медицині // Неонатологія : підручник / М. Л. Аряєв. — К. : АДЕФ — Україна, 2003. —С 115-131.
3. *Аряев Н. Л.* Медико-этические и правовые проблемы в неонатологической практике / Н. Л. Аряев // Другий національний конгрес з біоетики. — К. : НАН України, АМН України, Комісія з питань біоетики при Кабінеті Міністрів України, 2004. — С. 103.
4. *Биомедицинская этика* / под ред. В. И. Покровского. — М. : Медицина, 1997. — 224 с.
5. *Биоэтика: принципы, правила, проблемы* / под ред. Б. Г. Юдина. — М.: Медицина, 1998. — 225 с.
6. *Боднар Г. В.* Паліативна медична допомога / Г. В. Боднар, І. С. Вітенко, О. Ю. Попович. — Донецьк, 2003. — 110 с.
7. *Вітенко І. С.* Сімейна медицина. Психологічні аспекти діагностики, профілактики і лікування хворих /І. С. Вітенко, О. О. Чабан, О. О. Бусло. — Тернопіль : Укрмедкнига, 2002. — 187 с.
8. *Вітенко І. С.* Психологічні основи лікувально-профілактичної допомоги та підготовки лікаря загальної практики — сімейного лікаря /І. С. Вітенко. — Харків : Золоті сторінки, 2002. — 288 с
- 10 *Возіанов О. Ф.* Клінічні випробування стовбурових клітин: початок регенеративної та відновної медицини / О. Ф. Возіанов, Г. В. Єльська, О. Л. Кухарчук // Здоров'я України. — 2008. — № 12 (193). — С 62-63.
11. *Гешелин С. А.* Этика в хирургии / С. А. Гешелин // Здоров'я України. — 2005. — № 3. — С 6.
12. *Запорожан В. М.* Нооетика як новий напрямок соціогуманітарної культури і філософії / В. М. Запорожан // Інтегративна антропологія. — 2005.—№ 1-2(5-6). —С 3-Ю.
- 13 *Иванов В. И.* Этические аспекты исследований генома человека в ге-нотерапии / В. И. Иванов // Итоги науки и техники. Геном человека. — М. : ВИНТИ, 1994. —С. 149-157.
- 14 *Иванюшкин А. Я.* Профессиональная этика в медицине / А. Я. Ива-нюшкин. — М.: Медицина, 1990. — 220 с.
12. *Кундієв Ю.* Біоетика: витоки, стан, перспективи / Ю. Кундієв, М. Кисельов // Вісник НАН України. — 1999. — № 8. — С. 6-8.
- 16 *Любан-Плоцца Б.* Терапевтический союз врача и пациента / Б. Любан-Плоцца, В. Запорожан, Н. Аряев. — К.: АДЕФ — Україна, 2001. — 292 с
17. *Общепрактическая и семейная медицина* / под ред. М. Кохена ; пер. с нем. — Минск, 1997. —458 с.

Розробник: Ленкова О.О. – викладач.