



Національний фармацевтичний університет
Кафедра клінічної лабораторної діагностики
Технологія медичного лікування та діагностики

Тема №1

Деонтологія в медицині

Лектор

доц., к. біол. н. Ковальова В.І.



План:

1. Клятва Гіппократа.
2. Історія виникнення клятви Гіппократа.
3. Етичні принципи клятви Гіппократа.

Клятва Гіппократа



Гіппократ (460-377р.р. до н.е.) – великий старогрецький 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 позбавитися від хвороби; 4)дотримуватися обережності, берегти сили хворого; не міняти раптово ліків, застосовувати активніші засоби тоді, коли менш активні не надають дію.



- Виявив основні типи темпераментів (сангвінік, холерик, флегматик) та їх схильність до певних хвороб. З ім'ям Гіппократа пов'язано уявлення про високу моральну зовнішність лікаря і етику його поведінки.

- Історія виникнення "Клятви Гіппократа" - клятва, що виражає основоположні морально-етичні принципи поведінки лікаря, принесена кожним, хто збирається стати медиком. Клятви, що формують моральні норми поведінки лікаря, існували ще в Єгипті.



• Виникнення клятви значно давніше за час життя Гіппократа, згідно переказу, клятва йде від прямих нащадків Асклепія. Вона переходила в усному вигляді, як сімейна традиція, з роду в рід, Вперше клятва Гіппократа була написана ним в 5-му столітті до н.е. на іонійському діалекті старогрецької мови. Пізніше Гіппократом клятва була записана в Александрії при Герофілі (335-280 до н.е.). З того часу текст клятви багато разів перекладався на нові мови, піддавався редагуванню, що істотно міняє його сенс.



• Для свого часу вона була дуже великим досягненням, задаючи високу етичну планку, тому невідпадково, що в християнському світі вона все-таки була прийнята з поправками і змінами. Змінився її початок: ” Там де буде благословенний Бог, Отець Господа нашого Ісуса Христа, який благословенний на віки, бо я не брешу”.



• Гіппократ, що жив в Елладі 2,5 тис. років тому, в творах, що дійшли до нашого часу, привів клятву, відзначивши, що "медицина справді є найблагородніше зі всіх мистецтв". Ним написані статті: «Про лікаря», «Про благопристойну поведінку». На думку Гіппократа лікар – єдина професія, яка повинна починатися з присяги, оскільки людина, що вибрала собі цю професію, вчилася багато років, щоб допомагати людині, повинна давати обіцянку бути гідною вибраної справи.



- Клятва містить 9 етичних принципів:
 - - зобов'язання перед вчителями, колегами і учнями;
 - - принцип не спричинення шкоди;
 - - зобов'язання надання допомоги хворому (принцип милосердя);
 - - принцип турботи про користь хворого і доміанти інтересів хворого;
 - - принцип пошани до життя і негативного відношення до евтаназії;
 - - принцип пошани до життя і негативне відношення до абортів;



- - зобов'язання про відмову від інтимних зв'язків з пацієнтами;
- - зобов'язання особистого вдосконалення;
- - лікарська таємниця (принцип конфіденцій-ті)
 - Текст “Клятви Гіппократа”
- У стародавній Греції, підданим якої і був Г.
- основна маса лікарів безбідно жила за рахунок своїх пацієнтів.
- Головним принципом етики Г. завжди вважали – не нашкодь.



- Прихильником і пропагандистом принципів Гіппократа в Росії був М.Я.Мудров.
- Проте, в багатьох країнах є свої «Клятви Г».
- В Ізраїлі лікарі приносять не клятву Г., а клятву єврейського лікаря. Це пов'язано з тим, що у клятві Г. згадуються боги старогрецького пантеону, що йде врозріз з іудаїзмом.

Висновок



- Медицина справді є найблагородніше зі всіх мистецтв.
- Клятва Гіппократа виражає основоположні морально-етичні принципи поведінки лікаря, приноситься кожним, хто збирається стати медиком.
- Головним принципом етики завжди вважали не нашкодь.

Питання для самостійної роботи



- 1. Медична деонтологія, визначення, історія розвитку.
- 2. Деонтологія у структурі медичних наук.
- 3. Взаємозв'язок медичної деонтології з клінічними дисциплінами.

Літературні джерела



- 1. Авиценна. Книга знания. - М.: Эксмо-экспресс, 1999. -749с.
- 2. Брилева Н. І., Глонь З. І., Омельченко О. Г. Профессиональная этика в аптеках Харькова // Фармац. журн. – 1978. – № 2.
- 3. Бэкон Френсис. Жизнь. Мировоззрение. – Мн.: Современное слово, 1998. – 350с.
- 4. Верхан П. Х. Современное предпринимательство: этика и успех // Человек и труд. -1994. – № 5. – С. И9-124.
- 5. Вогел Д. Деловая этика // Америка. -1992. – № 430. – С. 3-8.
- 6. Грандо А. А. Врачебная этика и медицинская деонтология. – 2-е изд., перераб. и доп. – К.: Вища школа., 1988. - 192 с.



Дякую за увагу!!!



Національний фармацевтичний університет
Кафедра клінічної лабораторної діагностики
Технологія медичного лікування та діагностики
Тема №2
Деонтологія в медицині
Лектор
доц., к. біол. н. Ковальова В.І.



План:

1. Визначення деонтології.
2. Історія розвитку деонтології.
3. Особливості медичної деонтології.
4. Світовий досвід розвитку деонтології.



• Деонтологія (DEONTOS - LOGOS) – вчення про проблеми моралі і моральності, розділ етики. Термін “Деонтологія” був введений англійським філософом Бентрамом (1834 р.) для позначення теорії моральності, як науки про мораль. Однак, основи деонтології були засновані ще в медицині старовинного світу. В кожну історичну епоху, в залежності від панування у даному суспільстві моральних принципів, деонтологія мала характерні особливості, але бажання допомогти хворому залишалися непорушними.



Принципи деонтології визначались також рівнем розвитку медичної науки, від якого чимало залежали дії лікарів.

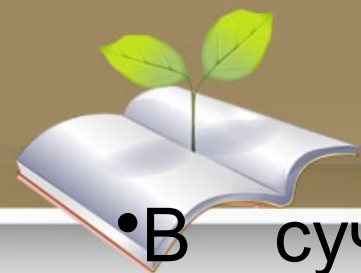
- Так, у стародавній Індії радили відмовлятися від невиліковних хворих та тих, що протягом року не одужували. Значну роль у розвитку деонтології відіграв Гіппократ. Йому належить теза: "Де любов до людей, там і любов до свого мистецтва".



Велич Гіппократа полягає перш за все в його гуманізмі, в тому, що він вважав людину вінцем природи. Він вперше звернув увагу на питання належного відношення лікаря до родичів хворого, до своїх вчителів, взаємин між лікарями. Деонтологічні принципи, сформульовані Гіппократом, отримали подальший розвиток в роботах Асклепіада, Цельса, Галена та ін. В період середньовіччя розробкою питань належного відношення лікаря до хворого займалися представники Салернської медичної школи, званої Гіппократовою общиною.



• Але надзвичайний вплив на розвиток деонтології належав лікарям Сходу, а саме Ібн-Сині: “Лікар повинен володіти оком сокола, руками дівчини, мудрістю змії, серцем лева. Проблема відношень лікаря до хворого здавна розглядалась як співтворчість та взаєморозуміння. Так, лікар та письменник Абу-Фарадж (13 ст.) сформулював звернення до хворого:” Нас троє-ти, хвороба та я, якщо ти будеш з хворобою, вас буде двоє, я останусь один – ви мене подолаєте, якщо ти будеш зі мною, нас буде двоє – вона останеться одна - ми її подолаємо.



• В сучасних умовах питанням деонтології приділяють багато уваги. Прийнято ряд декларацій, які покликані визначати етичні норми поведінки. Деякі документи мають міжнародний характер. До них слід віднести Женевську декларацію (1948), Ньорнбергський кодекс (1947), в якому підкреслюється недопустимість злочинних дослідів на людях, міжнародний кодекс медичної етики (Лондон, 1949), Хельсінсько-Токійську (1975) та Сіднейську (1969) декларації.



Медична деонтологія включає:

1. Питання дотримання лікарської таємниці.
2. Заходи відповідальності за життя і здоров'я хворих.
3. Проблеми взаємин у медичному співтоваристві.
4. Проблеми взаємин з хворими та їхніми родичами.
5. Прислухатися до пацієнтів та поважати його погляди.
6. Підтримувати професійні знання на сучасному рівні.
7. Співпрацювати з колегами в цілях кращого відстоювання інтересів пацієнта.



• У зв'язку з розвитком охорони здоров'я, виникає ряд нових питань, пов'язаних з дотриманням лікарської таємниці. Так, зростаюча обізнаність пацієнтів обумовлює підвищений інтерес до прогнозу захворювання. Необхідно охороняти пацієнта від тих даних, які можуть нанести шкоду його психіці та спроможності боротися з хворобою. В особливих випадках можливо притягнення до кримінальної відповідальності.



- Належне відношення лікаря до хворого припускає доброзичливість, співчуття, максимальну віддачу своїх умінь та знань.
- Головний принцип у відношенні лікаря до хворого полягає в тому, що до хворого слід відноситися так, як хотілось би, щоб у аналогічному положенні відносились до Вас.



• На багатьох наукових форумах, які присвячені проблемам деонтології, обговорювалося питання про те, що медична техніка, апаратура, багато чисельні лабораторні дослідження віддалили лікаря від хворого. Створюється ситуація, коли медичні працівники зосереджуються на дослідженні окремих органів і систем, що часом обтяжує сприйняття ними хворого як особистості, ускладнює спостереження за страждаючою людиною. Саме це стає актуальною проблемою деонтології сьогодення.



В умовах збільшення можливостей медичної науки з'явилися нові проблеми, які пов'язані з медичною генетикою, а саме з регуляцією народжуваності та переривання вагітності. Тому ВООЗ були розроблені рекомендації щодо способів вирішення етичних проблем у медичній генетиці (Женева, 1997). Згідно Хельсінсько-Токійської декларації, Нюрнберзького кодексу та інших документів інтереси людини завжди повинні домінувати над інтересами науки та практики.



- Особливий характер взаємин дитячого лікаря і персоналу з дітьми та їх батьками, сприяв виділенню такого розділу медичної етики, як педіатрична деонтологія.
- Деонтологічні принципи в ставленні до дитини отримали відображення в Декларації ООН про збереження виживання, захисту і розвитку дітей (1990) у Законі України Про охорону дитинства (2001).
- Принципова відмінність педіатричної деонтології полягає в необхідності використання спеціальних навичок спілкування з дітьми, які засновані на знанні їхніх вікових особливостей.



- Актуальна проблема деонтології – **ятрогенія**. Нерідко бувають випадки, коли лікарське слово негативно впливає на хворого, таке явище отримало назву **ятрогенія**.
- Збереження благородних етичних традицій медицини є одним з головних завдань медичної деонтології.



- Потрібно не забувати елементарні правила вічливості, такі слова, як "будь ласка", "дякую".
- Чим привітнішими ви будете, тим привітніше Вас приймуть. Велике значення має взаємна повага між працівниками медичного закладу і хворим чи відвідувачем та є запорукою нормального спілкування. Треба всім пам'ятати, що "з якою міркою будете міряти ви, такою ж міркою відміряють і Вам".

Висновок



- Актуальна проблема деонтології – ятрогенія. Нерідко бувають випадки, коли лікарське слово негативно впливає на хворого, таке явище отримало назву ятрогенія.
- Збереження благородних етичних традицій медицини є одним з головних завдань медичної деонтології. Велике значення має взаємна повага між працівниками медичного закладу і хворим чи відвідувачем та є запорукою нормального спілкування.

Питання для самостійної роботи



1. Взаємозв'язок медичної деонтології з клінічними дисциплінами.
- 2. Етичні проблеми в деонтології.
- 3. Головний принцип у відношенні лікаря до хворого.
- 4. Особливості характеру взаємин дитячого лікаря і персоналу з дітьми та їх батьками.

Літературні джерела



- 1. Мнушко З.Н., Дихтярева Н.М., Чернобровая Н.В., Хименко С.В. Фармацевтическая этика и деонтология. Тексты лекцій. – Харьков, «Золотые страницы», 2002. – 88 с.
- 2. Украина. Законы. О защите прав потребителей: Закон // Новое в законодательстве Украины о предпринимательстве Х.: ООО "Одиссей", 1998. -С. 110-133.
- 3. Украина. Законы. О лекарственных средствах: Закон // Голос Украины. – 1996. -7 мая.
- 4. Украина. Законы о рекламе: Закон // Ведомости Верховной Рады Украины. - 1996. №39-С. 181.
- 5. Авиценна. Книга знания. - М.: Эксмо-экспресс, 1999. -749с.



Дякую за увагу!!!



Національний фармацевтичний університет
Кафедра клінічної лабораторної діагностики
Технологія медичного лікування та діагностики
Тема №3
Загальні питання лікарської етики та медичної
деонтології
Лектор
доц., к. біол. н. Ковальова В.І.



План:

1. Етична атмосфера в колективі.
2. Навчання етичної поведінки.
3. Комітети по етиці.



- Деонтологія – сукупність етичних норм і принципів поведінки медичного працівника при виконанні своїх професійних обов'язків.
- Поведінка медичних працівників, їх стосунки з колегами, хворими, їх родичами удосконалювались протягом багатьох років.* Ці норми і принципи повинні й надалі вдосконалюватися і бути основою для формування деонтології.



- Учитися дотримуватись цих норм потрібно не тільки під час своєї безпосередньої діяльності, але і в процесі спілкування з колегами, їх родичами та близькими.
- Почуття такту – це вміння поводитись за різних умов не лише відповідно до загальних правил поведінки, але й так, щоб задовольнити естетичні та етичні вимоги.
- Базуючись на сердечності, почуття такту передбачає, що людина розуміє все, що може завдати іншій людині неприємності, біль чи радість, людина повинна розуміти потреби й переживання інших.



- Тактовна людини намагається запобігти ситуаціям, що створюють незручності для інших. Щоб розвинути в собі почуття такту, треба частіше ставити себе на місце іншого (Аасама, 1974).
- Неприпустимо нешанобливо відзиватись про інших лікарів, тим більше говорити хворому, що вони неправильно його лікували або оперували.



- Це не тільки неетично і неприйнятно стосовно колег, але вкрай негативно позначається на психіці хворого, підбиває віру в успіх лікування. Спроба створити чи підняти свій авторитет зневажливими наріканнями на професійність колеги, який призначив лікування, складає негативне враження і формує недовіру до усіх лікарів цього медичного закладу.



- Сьогодні медицина оснащена електронною та іншою сучасною технікою, а пацієнти відчують дефіцит чуйності й теплоти спілкування.

- Тут якраз доречно навести слова Антуана Екзюпері:”Я вірю, настане день, коли хвора невідомо чим людина віддасться в руки фізиків. Не запитуючи ні про що, ці фізики візьмуть у неї кров, введуть якісь постійні, перемножать їх одну на іншу. Потім, звіривши з таблицею логарифмів, вони вилікують єдиною пігулкою.



• | все-таки, якщо я занедужаю, то звернусь до якого-небудь старого лікаря. Він гляне на мене краєм ока, пощупає пульс і живіт, послухає, а потім посміхнеться мені, щоб краще угамувати біль. Зрозуміло я захоплююсь наукою, але схиляюсь перед мудрістю".

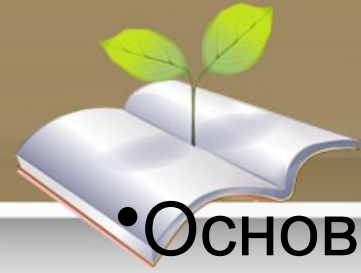
• Психологія спілкування медичних працівників з хворим – це вміння знайти ключі до особистості хворого, вміння знайти шлях створення потрібного контакту з ним це наука, суть якої – зрозуміти хвору людину.



•Формування системи деонтологічних знань в межах медицини відбулося не випадково, а тому, що медицина є найгуманнішою галуззю людської діяльності. Процес лікування людини, збереження її як соціальної цінності, як частини живої природи – є проявом високої моралі, доброти, гуманізму. За довгий час свого існування медична деонтологія зазнала впливу з боку релігії, політики тощо.



•Слід відмітити, що на сьогоднішній день збереглася значна кількість історичних пам'яток, які свідчать про розвинутість медичної деонтології. В епоху Відродження відомий лікар та хімік Т.Парацельс писав, що сила лікаря в його серці, що найважливіша основа ліків – любов. Інтенсивного розвитку медична деонтологія здобула в нашій країні завдяки вкладу вчених післявоєнного періоду.



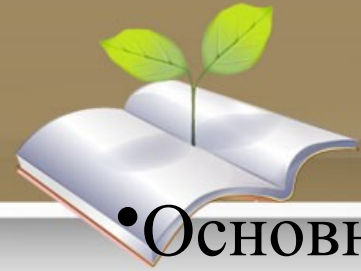
- Основні принципи медичної деонтології викладені у ряді державних та міжнародних нормативних документах:
- 1. Етичний кодекс лікаря України (2009 р.)
- 2. Міжнародний кодекс медичної етики (1949 р.)
- 3. Декларація про політику в галузі дотримання прав пацієнтів (1994 р.)
- 4. Лісабонська декларація відносно прав пацієнта (1981)
- 5. Положення про захист прав і конфіденційність пацієнтів (1993 р.)



• Згідно вищезазначених нормативних документів інтереси людини завжди повинні домінувати над інтересами науки та практики (Інформована згода пацієнта)

З початку 60-х років у медичних навчальних закладах викладається спеціальний курс медичної деонтології.

Висновок



- Основні принципи медичної деонтології викладені у ряді державних та міжнародних нормативних документах, згідно яких інтереси людини завжди повинні домінувати над інтересами науки та практики.

- Психологія спілкування медичних працівників з хворим – це вміння знайти ключі до особистості хворого, вміння знайти шлях створення потрібного контакту з ним це наука, суть якої – зрозуміти хвору людину.



Питання для самостійкої роботи



- 1. Фактори взяті за основу етичних вимог до медичного персоналу.
- 2. Етичні критерії цивілізованого надання медичної допомоги хворим.
- 3. Міри відповідальності медичного працівника за життя та здоров'я хворих.

Літературні джерела



- 1.Вогел Д. Деловая этика // Америка. -1992. – № 430. С. 3-8.
- 2.Грандо А. А. Врачебная этика и медицинская деонтология. – 2-е изд., перераб. и доп. – К.: Вища школа., 1988. - 192 с.
- 3.Ю. Губський І. М. Деонтологія у фармації// Фармац. журнал. – 1978. – №2.
- 4.Соловьев Э.Я. Этикет делового человека. - Минск: АСАР, 1994. -198с.
- 5.Сгашоза Бенедикт. Об усовершенствовании разума, – М.: Эксмо-экспресс, 1998. -862С.
- 6.Холопова Т. И., Лебедева М.М. Протокол и этикет для деловых людей. - М.: ИНФРА-М, 1995. -257С



- ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!!!



Національний фармацевтичний університет
Кафедра клінічної лабораторної діагностики
Технологія медичного лікування та діагностики

Тема №4

Психологічні аспекти деонтології

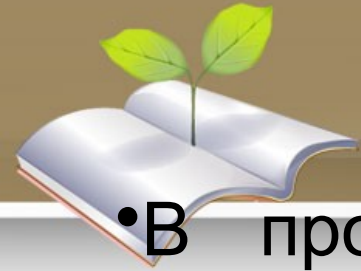
Лектор

доц., к. біол. н. Ковальова В.І.



План:

1. Дослідження моральних аспектів в професіональній діяльності медичних фахівців.
2. Роль моральних факторів в лікуванні хворого.
3. Комунікаційні проблеми.



• В процесі багатолітньої медичної практики склалися особливі норми взаємовідносин між хворими і медиками завдяки особливостям професії, яка дозволяє глибоко вникати в людське життя, в його біологічні і соціальні сторони. Ці норми і принципи стали основою для формування **медичної деонтології**. Ще в часи Київської Русі при монастирях організовувались притулки для надання безплатного догляду за каліками і немічними. У 1903 р. Спілка уманських лікарів розробила кодекс під назвою “Лікарська етика”.



- Суттєвою особливістю медичної деонтології є тісний зв'язок із загальною і медичною психологією. Значною мірою це зумовлено тим, що психологія лікувального процесу полягає в тому, що при ньому проходить не лише зустріч з пацієнтом, але і спілкування з ним, виникає бажання обох бути зрозумілими один одному.
- Вислуховуючи хворого, необхідно дати йому можливість виговоритись, це найкраще розкриває суттєві сторони внутрішньої картини його захворювання і душевний стан.



• За будь-яких обставин хворого необхідно морально підтримувати, вселяти й укріплювати його віру у видужання. Говорити хворому потрібно лише те, що можна і доцільно йому знати. Забороняється розголошувати медичну таємницю. Не повідомляйте хворому про свої побоювання. Завжди демонструйте свою впевненість у своїх діях і виборі тактики, не проявляйте вагання.



• Сумніви та нерішучість викликають стан недовіри хворого. Слід пам'ятати, що сумніви і нерішучість передаються частіше не словами, а невербальними засобами спілкування (поза, міміка, жести, сила і тембр голосу, погляд тощо). Завжди потрібно володіти собою і контролювати свій емоційний стан при проведенні маніпуляцій. Якщо хворий відчує сумніви і нерішучість, він, здебільшого, не зможе спокійно переносити процедури, що суттєво підвищить ризик невдачі.



• Одним з професійних обов'язків є дотримання норм субординації. Хворі насторожено сприймають слова і невербальні засоби спілкування медиків. Кожне слово, жест, погляд по різному тлумачаться хворим, що залежить від особливостей його характеру, фізичного і психічного стану, установки і ступеня медичної обізнаності. Тому завжди потрібно пам'ятати про можливість ятрогенії, тобто погіршення стану хворого, зумовленого необережною інформацією чи дією.



• Для того, щоб стати повноцінним медиком, потрібно не лише дотримуватись таких категорій, як високий професіоналізм, обов'язок, совість, любов до хворого, але і розуміти людей, володіти достатніми знаннями в галузі психології, керувати власними психічними процесами. Без цього не може бути і мови про ефективний вплив на хворого.

• **Медична деонтологія** – це наука не лише про високе покликання медика, а і про те, якою повинна бути особистість медика, якими якостями вона повинна володіти.



- Основні якості особистості медика:

- 1. Морально вольові – співчуття, совість, щирість, оптимізм, чесність, мужність, рішучість, почуття власної гідності, вимогливість до себе та інших.

- 2. Естетичні – охайність, непримирення до «сірості» в побуті, прагнення покращити умови, в яких перебуває хворий.

- 3. Інтелектуально-пізнавальні – ерудованість, систематичне підвищення рівня професійних знань і кваліфікації.



• Доброта, гуманізм і милосердя медика повинні органічно поєднуватись з рішучістю і принциповістю, делікатністю і тактовністю. Делікатність і тактовність є проявом внутрішньої інтелігентності людини, яка досягається вихованням. Виховання – це не лише гарні манери, це поняття більш глибоке. Виховання передусім формує внутрішню інтелігентність людини, що включає повагу до людей, вміння встановити з ними контакт. Інтелігентність визначається не тільки рівнем освіти, а передусім вихованням.



•Совість – це “внутрішній суддя” вчинків людини. Моральний критерій совісті тісно пов'язаний з розумінням людини сутності добра і зла, обов'язку та іншими моральними категоріями. Скромність і акуратність повинні бути і в стилі поведінки, і в зовнішньому вигляді.

•Надмірний «шик» в одязі та косметиці мимовільно викликає у хворих запитання: “Невже вона, так зайнята собою, буде турбуватись про нас?”. «Якщо вона і про себе не турбується, то як буде допомагати нам?».



• Невід'ємною частиною діяльності медика є оптимізм. Необхідно всіляко переконувати важко хворих у сприятливому результаті. А для цього потрібно бути оптимістом, вірити в успіх і різними засобами добиватись його. Мужність повинна поєднуватись з рішучістю. Іноколи в медичній практиці доводиться ризикувати, але його не можна допускати за рахунок здоров'я і життя хворих. У професії медичного працівника важливу роль відіграє власне психічне здоров'я (медперсонал невірноваженою психікою-психоемоційні навантаження).



• Серед хворих мають місце прояви псевдо-ятрогенних переживань, тобто уявне перебільшення неприємностей, пов'язаних із хворобою. У цьому відношенні необережно сказане слово може різко погіршити його стан, **«рана, нанесена ножом, загоїться, а словом – ніколи»**. Особливого такту і делікатності потребують випадки, коли хворий просить поради, яка стосується сім'ї та побуту особистого життя. В особистому житті людина повинна розібратись сама.



• Дотримання принципів деонтології вимагає знань основ психології. Необхідно чітко уявляти і розуміти, що психічний стан хворого змінений внаслідок переживання ним свого захворювання, яке є індивідуальним для кожного хворого. Крім цього, хвороба астенизує нервову систему, що супроводжується тимчасовим функціональним псевдо-регресом психіки. Необхідно це все глибоко усвідомити, сприймати як реальність і бути до цього морально готовим.



- Деонтологія не може дати рекомендації на всі випадки діяльності медика, вона дає їх для типових ситуацій. Знання деонтологічних правил спрямоване на виховання у медиків здатності до самостійного морально-етичного орієнтування у виборі стилю поведінки залежно від конкретних умов.
- У будь-якій роботі потрібно проявляти здоровий глузд, а не «голий» формалізм. Це один з головних принципів медичної деонтології

Висновки



- Деонтологія не може дати рекомендації на всі випадки діяльності медика, вона дає їх для типових ситуацій. Знання деонтологічних правил спрямоване на виховання у медиків здатності до самостійного морально-етичного орієнтування у виборі стилю поведінки залежно від конкретних умов.
- У будь-якій роботі потрібно проявляти здоровий глузд, а не «голий» формалізм. Це один з головних принципів медичної деонтології.

Питання для самостійкої роботи



- 1. Медичні правопорушення, необхідність дотримання етичного мислення.
- 2. Медична етика.
- 3. Етика відношень та практики.



Літературні джерела

- 1. Авиценна. Книга знания. - М.: Эксмо-экспресс, 1999. - 749с.
- 2. Брилева Н. І., Глонь З. І., Омельченко О. Г. Профессиональная этика в аптеках Харькова // Фармац. журн. – 1978. – № 2.
- 3. Бэкон Френсис. Жизнь. Мировоззрение. – Мн.: Современное слово, 1998. – 350с.
- 4. Верхован П. Х. Современное предпринимательство: этика и успех // Человек и труд. -1994. – № 5. – С. И9-124.
- 5. Вогел Д. Деловая этика // Америка. -1992. – № 430. С. 3-8.



- ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!!!



Національний фармацевтичний університет
Кафедра клінічної лабораторної діагностики
Технологія медичного лікування та діагностики

Тема №5

Значення деонтології в підготовці лікаря

Лектор

доц., к. біол. н. Ковальова В.І.



План:

1. Кодекс лікарської етики.
2. Знання історичних моментів становлення та розвитку питань етики та деонтології.
3. Елементи міждисциплінарних зв'язків дисциплін медична етика та деонтологія з іншими медичними дисциплінами.



• Лікарська деонтологія в широкому сенсі – це вчення про поведінку, взаємини і дії лікаря, які необхідні для щадіння психіки хворого, його близьких і оточуючих, правильної організації лікувального процесу, повного використання всіх можливостей при наданні допомоги хворому. Лікарська деонтологія включає не лише морально-етичні аспекти лікування, а й дії, організацію роботи, вдосконалення знань, навичок і т.д.



- Більш того, деонтологія використовує моральні принципи не тільки як елемент нормального спілкування, але і як засіб впливу на психіку хворого, і тим самим – на перебіг патологічного процесу. Слід зазначити, що етика лікаря – це насамперед етика громадянина даної держави.
- Положення медичної деонтології визначають світогляд суспільства і конкретної суспільно-економічної формації та відображає певний історичний етап розвитку суспільства.



• Особлива, специфічна діяльність лікарів, пов'язана зі здоров'ям і життям людей, вимагає суворого регулювання, оскільки лікар будь-якої спеціальності може стати за певних умов соціально небезпечним. Наприклад: неправильна організація щеплень, у тому числі в дитячих колективах, помилки санітарного нагляду і багато іншого. У 1970 р. у ФРН (контерган – снодійний препарат) – у результаті побічної тератогенної дії цього препарату народилися тисячі дітей з каліцтвами.



• у 1991 р. внаслідок злочинної недбалості медичного персоналу в Калмикії відбулося зараження групи дітей СНІД-ом. Законодавством має бути передбачена чітка система попередження злочинів і неминучість покарання при вчиненні їх; деонтологія забезпечує поліпшення результатів лікувально-профілактичної діяльності лікарів і медичних установ у цілому, базуючись на організаційних принципах. Більш того, ряд деонтологічних помилок може призводити до втрати працездатності і навіть смерті хворого.



- Лікарська деонтологія єдина для всіх медичних працівників. Разом з тим особливості професійної діяльності різних спеціальностей передбачають різні підходи в реалізації деонтологічних положень.

- Так, уважне ставлення до особистості хворого, цілеспрямований вплив на його психіку може значно поліпшити результати професійної діяльності лікарів усіх спеціальностей. Недбале ставлення до особистості хворого може створити досить складні перешкоди в організації лікувального процесу, а часом і погіршити перебіг захворювання.



Лікар зобов'язаний піклуватися про свій авторитет. Берегти його і розвивати, оскільки це елемент лікувального впливу. Виявляти добрі почуття до людей для лікаря має стати потребою. При правильній поведінці лікаря, дотримання деонтологічних положень довіра до нього має з'явитися з першого погляду і вже у всякому разі після першої бесіди, а авторитет – протягом декількох тижнів.

Прагнення розташувати до себе хворого має бути щирим.

Висновки



- Уважне ставлення до особистості хворого, цілеспрямований вплив на його психіку може значно поліпшити результати професійної діяльності лікарів усіх спеціальностей. Недбале ставлення до особистості хворого може створити досить складні перешкоди в організації лікувального процесу, а часом і погіршити перебіг захворювання.

Питання для самостійної роботи



- 1. Медична етика. Конкуруючі теорії.
- 2. Принципіальність. Біоетика.
- 3. Індивідуально необхідні критерії для філософського мислення: ясність компетентність, когерентність та адекватність.



- ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!!!

Літературні джерела



- 1. Бэкон Френсис. Жизнь. Мировоззрение. – Мн.: Современное слово, 1998. – 350с.
- 2. Верхан П. Х. Современное предпринимательство: этика и успех // Человек и труд. -1994. – № 5. – С. И9-124.
- 3. Вогел Д. Деловая этика // Америка. -1992. № 430. С. 3-8.
- 4. Грандо А. А. Врачебная этика и медицинская деонтология. – 2-е изд., перераб. и доп. – К.: Вища школа., 1988. - 192 с.
- 5. Соловьев Э.Я. Этикет делового человека. - Минск: АСАР, 1994. -198с.
- 6. Сгашоза Бенидикт. Об усовершенствовании разума, – М.: Эксмо-экспресс, 1998. -862С.



Національний фармацевтичний університет
Кафедра клінічної лабораторної діагностики
Технологія медичного лікування та діагностики

Тема №6

Особливості ведення хворих на психічні та
онкологічні хвороби

Лектор

доц., к. біол. н. Ковальова В.І.



План:

1. Володіти методами гуманного підходу до психічних хворих.
2. Питання максимального захисту психіки пацієнта з онкологічними захворюваннями.
3. Спілкування з родичами пацієнтів, щодо тяжких хворих.



• Основні етичні небезпеки, що містять в собі втручання в психіку хворої людини є можливість суб'єктивного підходу до вибору об'єкту і методу лікування, а також небезпека розширення області застосування хірургічних і психотропних маніпуляцій. Показанням до них може стати не тільки хвороба, але і злочинна поведінка, «синдром гіперреагування» (навіженство, нестійка поведінка у дітей), масові виступи і спалахи непокори, що діагностується як захворювання мозку.



• Наприклад, в результаті нейрохірургічних операцій відбуваються радикальні зміни свід-сті і поведінки людини, що перетворюється на керовану маріонетку. Біотехнології, пов'язані з успіхами в області психіатрії містять в своєму застосуванні небезпеки, бо часто кінцевий результат – не просто корекція і модифікація поведінки, а радикальні зміни суті людської особи. До таких небезпек відносять: використання психіатрії з політичною і соціальною метою для корекції поведінки соціально небезпечних осіб:



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



•Враховуючи вищевикладене, деонтологічні підходи та етичні проблеми мають свої особливості в залежності від спеціалізації (онкологія, психіатрія, психотерапія, наркологія, геронтологія, педіатрія).

•Етичні проблеми в онкології

Термін «злоякісна пухлина має особливе значення оскільки призводить до дуже сильного психотравмуючого впливу на стан хворої людини. У більшості таких пацієнтів з'являється пригніченість, відчуття страху, безвихідності, невіра в успіх лікування.



•Сьогодні, коли культурний рівень населення зростає, всі знають про це захворювання, тому побоюватися впливу діагнозу, який травмує, треба у всіх. Різниця лише в силі і тривалості впливу, який травмує, в характері реакції у відповідь. Медичні працівники і близькі повинні орієнтуватися в особливостях психіки онкологічного хворого. Вимагають уваги і розуміння ті хворі, хто закінчив радикальне лікування, оскільки стан їх нервової системи і психіки має ряд особливостей:



- - перенесли важке оперативне втручання променеве або комплексне лікування;
 - їх турбує питання про ефективність лікування, перспектива майбутньої інвалідності, зміни соціального і сімейного положення. Так, у 195 хворих, що закінчили радикальне лікування в онкологічному інституті були виявлені зміни психічної сфери у вигляді тривожно-депресивного, тривожно-іпохондричного, дисфоричного, астено-депресивного симптомів.



• Особливо виражені зміни в психічному статусі хворих, які пройшли операції екстерпації гортані, прямої кишки, ампутації кінцівки, тотального видалення шлунку, інтенсивної гормональної терапії. Перевірка стану цих вилікуваних кожні 3 міс. пов'язана завжди з важкими переживаннями і страхом виявлення рецидиву або метастазу. З часом, коли небезпека рецидиву і метастазу все більш віддаляється і потім зникає зовсім, у хворих з'являється думка, чи не стали вони жертвою профілактики, надмірної лікарської перестраховки. Вони часто конфліктують з працівниками онкологічних клінік.



• Принципи взаємовідносин з онкологічними

1. Необхідно бути тактовним, уважним, вселяти оптимізм і віру в позитивний результат, але в той же час , не можна приховувати серйозність захворювання, складність і тривалість майбутнього лікування.

2. Існують різні підходи до доцільності повідомлення хворому діагнозу злоякісного новоутворення, але необхідно враховувати індивідуальні психологічні особливості, рівень інтелектуального розвитку, здібності адаптації до негативної інформації, а також стадію захворювання.



Етичні проблеми в психіатрії

Формування гуманного відношення суспільства до психічно хворих людей почалося в 1793 р., коли вперше зняли ланцюги, піднявши їх тим самим до гідності хворих. Проте застосування «гамівної сорочки», тимчасової ізоляції – допускалося до середини 19 ст. Однією з головних проблем при наданні психіатричної допомоги стає проблема примусового лікування, надмірне застосування сильнодіючих психотропних засобів, що нерідко приводить до серозних ятрогенних ускладнень. Виникає проблема захисту х. від надмірного лікування.



• Основні деонтологічні підходи в психіатрії

•1.Сьогодні госпіталізація хворого за рішенням лікаря-психіатра без згоди його родичів проводиться тільки в тому випадку, якщо хворий представляє безпосередню небезпеку для себе або оточуючих.

•2.Етичного контролю потребують методи які вживають в психіатричних стаціонарах. Так, з 30-х років 20-го ст. почали широко застосовувати шоківі методи лікування, що викликали серйозні ускладнення.



• У сучасних умовах все ще застосовують для деяких хворих великі дози сильнодіючих психотропних препаратів, що нерідко призводить до серйозних ятрогенних ускладнень. Цим обумовлено більш контрольоване етичне регулювання діяльності психіатрів, ніж лікарів інших спеціальностей. Тому, одним із засобів такої регуляції є етичний кодекс **професійної поведінки психіатрів**, що регулює характер і межі відносин між психіатром і пацієнтом, його родичами, суспільством, засобами масової інформації.



• Знання душі хворої людини – це вміння бачити його наче зсередини. Психіатри завжди прагнули до цього свідомо і несвідомо. Саме необхідність знання психології, душі хворого для того, щоб надати йому лікувальну допомогу, відрізняє взаємини психіатра зі своїми пацієнтами. Мабуть, таких взаємин лікаря і хворого в інших медичних дисциплінах, навіть в клініці внутрішніх хвороб, зазвичай не встановлюється. Уміння осягнути іншу психологічну суть складає особливі труднощі. І далеко не всім психіатрам таке вміння дається в повній мірі.

Висновки



• Знання душі хворої людини – це вміння бачити його наче зсередини. Психіатри завжди прагнули до цього свідомо і несвідомо. Саме необхідність знання психології, душі хворого для того, щоб надати йому лікувальну допомогу, відрізняє взаємини психіатра зі своїми пацієнтами. Цим обумовлено більш контрольоване етичне регулювання діяльності психіатрів, ніж лікарів інших спеціальностей. Тому, одним із засобів такої регуляції є етичний кодекс *професійної поведінки психіатрів*, що регулює характер і межі відносин між психіатром і пацієнтом, його родичами, суспільством, засобами масової інформації.

Питання для самостійкої роботи



- 1. Етичні критерії цивілізованого надання медичної допомоги психічним хворим.
- 2. Міри відповідальності медичного працівника за життя та здоров'я хворих.
- 3. Необхідність дотримання етичного мислення: ясність, компетентність, когерентність та адекватність



Літературні джерела

- 1. Бэкон Френсис. Жизнь. Мировоззрение. – Мн.: Современное слово, 1998. – 350с.
- 2. Вогел Д. Деловая этика // Америка. -1992. № 430. С. 3-8.
- 3. Грандо А. А. Врачебная этика и медицинская деонтология. – 2-е изд., перераб. и доп. – К.: Вища школа., 1988. - 192 с.
- 4. Соловьев Э.Я. Этикет делового человека. - Минск: АСАР, 1994. -198с.
- 5. Сгашоза Бенедикт. Об усовершенствовании разума, – М.: Эксмо-экспресс, 1998. -862С.



ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!!!



Національний фармацевтичний університет
Кафедра клінічної лабораторної діагностики
Технологія медичного лікування та діагностики
Тема №7
Психологічні аспекти деонтології

Лектор
доц., к. біол. н. Ковальова В.І.



План:

1. Дослідження моральних аспектів в професіональній діяльності медичних фахівців.
2. Роль моральних факторів в лікуванні хворого.
3. Комунікаційні проблеми.



•Медична психологія - це одна з складових елементів професіоналізму лікаря, який повсякденно має справу з конкретними і різними за своїми психічними реакціями людьми до кожного з яких потрібен індивідуальний підхід з урахуванням їх психологічних особливостей, соціально і індивідуально обумовлених поведінкових і ідеологічних стереотипів, що вимагає від лікаря глибокого засвоєння практичної і соціальної психології.



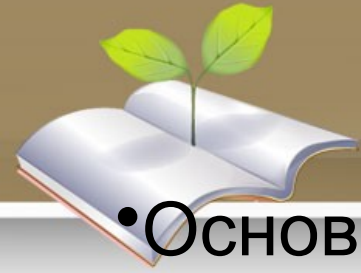
Основні етичні принципи і правила в психотерапії

- 1. Відносини між клієнтом і психотерапевтом базуються на довірі і інформованій згоді.
- 2. Принцип конфіденційності гарантує, що зміст бесід не може бути кому-небудь повідомлено без згоди клієнта.
- 3. Відносини між психотерапевтом і клієнтом обмежені професійними рамками.
- 4. Психотерапевт повинен надавати тільки професійно компетентну допомогу, усвідомлюючи межі власної компетентності.

Етичні проблеми в наркології



• Наркологія – розділ психіатрії, тому в цій області діють ті ж норми, що і в психіатричній етиці. Наркологія - займається діагностикою, лікуванням і профілактикою хвороб, що виявляються в пристрасті до постійного прийому в зростаючих дозах наркотичних засобів і речовин унаслідок стійкої психічної і фізичної залежності від них з розвитком абстиненції при припиненні їх прийому. Це породжує у наркологічних хворих безліч соціальних проблем, пов'язаних з деградацією особи.



- Основні бар'єри, що перешкоджають роботі з наркологічними пацієнтами, є:
- песимізм – переконання, що лікування цих людей, справа безнадійна;
- моралізаторство – споживання психоактивних речовин розглядається як вада, а люди, що вживають їх, як аморальні;
- створення стереотипів – вважається, що зловживання психоактивними речовинами властиве якимсь верствам населення більше, ніж іншим.

Етичні проблеми в геронтології



- Геронтологія – медична дисципліна, що займається особливостями діагностики, лікування і профілактики хвороб у осіб літнього віку. Актуальність проблеми обумовлена тим, що в літньому віці найбільш поширені майже всі хвороби. Існує ряд етичних проблем в герон-гії:
 - 1. Важкі форми захворювань у разі несприятливого їх прогнозу ставлять перед лікарем проблему повідомлення пацієнта очікуваної тривалості життя.
 - 2. Лікування в літньому віці продовжить життя але не поліпшення його якості.
 - 3. Проблема справедливого розподілу ресурсів на лікування різних груп хворих.

Етичні проблеми в педіатрії



Етичні проблеми педіатрії визначаються:

- встановлення довірчих взаємин між лікарем, батьками та дитиною;
- захист дитини у випадках жорсткого поводження з нею з боку батьків чи медичного персоналу;
- допомога батькам при ухваленні рішення з трансплантації та донорства органів;
- виявлення випадків лікарських помилок, ятрогенних захворювань;
- неприпустимість проведення медичних досліджень й експериментів на дитині без згоди батьків.



дорогі друзі, дякую за
увагу!!!



Національний фармацевтичний університет
Кафедра клінічної лабораторної діагностики
Технологія медичного лікування та діагностики

Тема №8

Правові та моральні аспекти в деонтології.
Оцінка лікарських помилок та нещасних
наслідків в медицині

Лектор

доц., к. біол. н. Ковальова В. І.



План:

1. Правові аспекти деонтології.
2. Морально-етичні питання між лікарем та пацієнтом.
3. Елементи правової оцінки лікарських помилок та нещасних наслідків в медицині.
4. Комітети по етиці.



•1. Природа лікарської помилки, право на помилку і відповідальність за неї. Аналізу етичного сенсу поняття лікарська помилка приділяли увагу багато відомих лікарів, демонструючи різні підходи і оцінки цього феномена. Видатний хірург М.І. Пирогов вважав, що молодому лікареві-практикові у край потрібне по-перше вміння визнавати власні помилки, аналізувати конкретні випадки і вважати причиною помилки своє незнання або свою недосвідченість – тільки така етична позиція може якоюсь мірою спокутувати брак, що трапився в медичній роботі; будь-які проблеми повинні бути нижче за етичні аргументи і доцільність.



•Тільки нещадна самокритика своїх помилок може бути розплатою за їх високу ціну. В.В.Вересаєв вважає, що лікування взагалі часто пов'язане з ризиком, тому навіть у видатних лікарів зустрічаються професійні помилки. Прогрес медицини неминуче пов'язаний з підвищеним ризиком. Успіхи медицини у відомому сенсі ґрунтуються на лікарських помилках. Разом з тим, зростання вірогідності професійних помилок у початківців, молодих лікарів не може не турбувати, тим більше що помилки лікарів – одна з причин зниження довіри до медицини.



•Поняттю лікарська помилка за своїм змістом близьке поняття нещасний випадок. У клінічному сенсі вони означають різновиди несприятливих результатів лікування, в морально-етичному – поразка лікаря в боротьбі за життя і здоров'я пацієнта, що повірився йому, і, звичайно, нещастя хворого, його близьких, а у юридично – правовому - акцент зазвичай робиться на винність лікаря і його відповідальність. Якщо професійна діяльність лікаря свідомо орієнтується на помилки, вона втрачає сенс. Ідея **права** на помилку деморалізує лікарів, тому з позиції біометричної етики відношення до права на помилку повинно бути непримиренним.



- Лікарська помилка – може бути заснована на недосконалості сучасного стану медичної науки та її методів дослідження, або на недосконалості знань, досвіду лікаря, але без елементів халатності, недбалості або професійного неуцтва.

- Відомий вираз «людині властиво помилятися». Цицерон у відповідь на цю фразу відповів: «Людині властиво помилятися, але нікому окрім дурня не властиво упиратися в своїй помилці». Лікарські помилки були і будуть у всі епохи. Не можна уявити собі лікаря, який вже має за плечима великий практичний стаж, міг би безпомилково лікувати.



• Помилки властиві фахівцям будь-якої спеціальності. Вони набувають вирішального значення через особливість професії лікаря, який несе велику моральну відповідальність перед хворим і суспільством оскільки має справу із здоров'ям своїх пацієнтів. Всі дії лікарів, пов'язані з несприятливими наслідками ділять на 3 групи: **нещасні випадки, лікарські помилки і професійні порушення**, що караються в кримінальному порядку. Під нещасним випадком в медичній практиці мається на увазі несприятливий результат лікарського втручання, пов'язаний з випадковими обставинами, які лікар не міг передбачити або запобігти, наприклад непереносимість препарату.



• На відміну від нещасних випадків лікарські помилки і карні упушення (професійні злочини) пов'язані з неправильними діями медичного персоналу, що суперечить загальноприйнятим в медицині правилам. *Різниця між лікарською помилкою і професійним злочином полягає в причинах і умовах їх виникнення.*

• Таким чином, лікарські помилки пов'язані з об'єктивними обставинами і умовами, що пом'якшують провину лікаря. Відмінною рисою лікарської помилки є сумлінність дій лікаря, прагнення надати допомогу хворому, хоча за своєю суттю, його дії були помилковими.



- Класифікація лікарських помилок:
- діагностичні, які полягають в не розпізнаванні хвороби або помилковому розпізнанні, внаслідок чого нерідко наступають тяжкі наслідки;
- тактичні – це помилкові визначення свідчень до операції, неправильний вибір часу проведення операції, її об'єму і так далі;
- технічні – помилки, що обумовлені неправильним використанням медичної техніки, передозування препарату при проведенні наркозу, забутими чужорідними тілами у порожнині і ранах й так далі.



Крім того, виділяють помилки суб'єктивні і об'єктивні. Перші обумовлені низьким професіоналізмом, відсутністю достатніх знань і досвіду лікаря, неправильною інформацією, отриманою від хворого під час його обстеження. Причиною об'єктивних помилок найчастіше бувають обмежені діагностичні можливості лікаря, мізерна симптоматика хвороби, лабораторні артефакти, недосконалість сучасного стану медичної науки на даний момент, складність хвороби і т.д. Причини виникнення лікарської помилки – є недолік підготовки і досвіду лікаря. Інша причина помилок – відхилення клінічного перебігу хвороби від класичних описів.



•Профілактика лікарських помилок

•Однією з форм попередження лікарських помилок є консилиуми. Від помилок ніхто не застрахований, але допустивши помилку, треба зробити все, щоб вона не повторилася, а для цього необхідно, перш за все, визнати цю помилку і визначити причину її походження.

•Лікар зобов'язаний визнати помилку і виправити те, що може бути виправлене. Помилки, якщо їх приховують, можуть перейти в злочин. Ми частіше і більше вчимося на помилках, ніж на успіхах. Гіппократ говорив "Хорошим лікарем є той, хто помиляється рідко, але чудовим – той хто признається в помилці".



• **Етичні комітети** – це нова форма боротьби з помилками медиків, особливо з тими помилками, які не стали з різних причин предметом судового розгляду. Етичний комітет – це колективна совість медичної установи із залученням громадської думки. До його складу обов'язково повинні входити і юристи, і священники, і громадські діячі. В той же час, висновки колег, які входять до складу етичного комітету лікарні, наукового центру – це якнайкращий спосіб аналізу причин, що визвали ту або іншу помилку. У зарубіжних країнах жоден суд не приймає до розгляду позов по відношенню до лікаря або медичної установи без висновку етичного комітету.

Висновки



- Помилки властиві фахівцям будь-якої спеціальності. Вони набувають вирішального значення через особливість професії лікаря, який несе велику моральну відповідальність перед хворим і суспільством оскільки має справу із здоров'ям своїх пацієнтів. Однією з форм попередження лікарських помилок є консилиуми.
- Новою формою боротьби з помилками медиків, особливо з тими помилками, які не стали з різних причин предметом судового розгляду є етичний комітет, який являється колективною совістю медичної установи із залученням громадської думки.

Питання для самостійної роботи



- 1. Медична етика, етика відношень та практики.
- 2. Міри відповідальності медичного працівника за життя та здоров'я хворих.
- 3. Медичні правопорушення, необхідність дотримання етичного мислення.



Літературні джерела

- 1. Бэкон Френсис. Жизнь. Мировоззрение. – Мн.: Современное слово, 1998. – 350с.
- 2. Вогел Д. Деловая этика // Америка. -1992. № 430. С. 3-8.
- 3. Грандо А. А. Врачебная этика и медицинская деонтология. – 2-е изд., перераб. и доп. – К.: Вища школа., 1988. - 192 с.
- 4. Соловьев Э.Я. Этикет делового человека. - Минск: АСАР, 1994. -198с.
- 5. Сгашоза Бенедикт. Об усовершенствовании разума, – М.: Эксмо-экспресс, 1998. -862С.



• ДЯКУЮ ЗА УВАГУ !!!



Національний фармацевтичний університет
Кафедра клінічної лабораторної діагностики
Технологія медичного лікування та діагностики

Тема №9

Правова регламентація надання медичної
допомоги

Лектор

доц., к. біол. н. Ковальова В.І.



План:

1. Дотримання морально-етичних аспектів при наданні медичної допомоги.
2. Правові принципи інформаційної згоди на лікування.
3. Правове забезпечення професійної діяльності лікаря в Україні.



• Міжнародні документи :

• “Нюрнберзький кодекс” (1947 р.) положення цього документу до теперішнього часу враховуються при складанні всіх подальших етичних кодексів, які регулюють медико - біологічні дослідження на людях і тваринах. У фашистських експериментах люди були зведені до рівня просто об'єктів. Їх прирікали або на смерть , або на важкі каліцтва.

• Основні принципи “ Нюрнберзького кодексу ”:

- - обов'язкова добровільна згода об'єкту досліджень;
- - ретельне обґрунтування необхідності проведення експерименту”;



- - експеримент повинен лише підтвердити результати дослідів на тваринах;
- захист досліджуваного від будь-яких фізичних і психологічних травм;
- виключення тяжких ушкоджень або летального наслідку об'єкту досліджень в ході експерименту;
- виключення перевищення ступеня ризику допустимого рівня;
- проведення експерименту висококваліфікованими фахівцями;
- право припинити участь в експерименті на будь-якій стадії.



- *Женевська декларація (1948 р.)*

- я урочисто зобов'язуюсь присвятити своє життя службі людству;
- я віддам моїм вчителям належну повагу і подяку;
- я працюватиму в своїй професії сумлінно і з гідністю;
- я поважатиму таємниці, які довіряють мені, навіть після того, як хворий помер;
- я підтримуватиму всю можливу повагу до людського життя;
- *Міжнародний кодекс медичної етики (1949 р.)*



• *Гельсінська декларація* (1964 р.) доповнює і поглиблює “Нюрнберзький кодекс”. Одним з найважливіших принципів Гельсінської декларації є те, що лікар має право поєднувати випробовування з лікуванням для отримання нових даних в тій мірі, в якій це виправдано користю для хворого; при проведенні на людині випробовування з суто науковою метою лікар повинен весь час залишатися в ролі захисника життя і здоров’я досліджуваного.

• *Іншими словами, терапевтична користь для хворого – первинна, нові наукові дані завжди вторинні.*



• *Міжнародна Конвенція Генеральної Асамблеї ООН з цивільних і політичних прав (1966 р.)* визначила принципи проведення всіх досліджень із залученням людини.

Основні положення:

- проведення медичних втручань можливе тільки після отримання інформованої згоди від пацієнта;
- дотримання принципу недоторканності особистого життя і прав людини або не знати інформацію про стан свого здоров'я;
- заборона втручання в геном людини з метою зміни генома його спадкоємців і неприпустимість дискримінації, заснованої на генетичних характеристиках людини;



- – вилучення органів і тканин у живого донора з метою трансплантації можливо тільки з його згоди і проводиться тільки з терапевтичною метою;
- заборона створення людської істоти, генетично ідентичної іншій людині (живої або мертвої), а також створення ембріонів людини з дослідницькою метою.
- *Токійська декларація (1975 р.)*, був переглянутий і доповнений етичний кодекс медично-біологічних досліджень. «Розголошуючи результати свого дослідження, лікар зобов'язаний бути впевненим в їх точності; виконані в обхід декларації не повинні прийматися для публікації».



• **Правове забезпечення професійної діяльності лікаря в Україні:**

• *1. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».* Кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я. Суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду України, забезпечувати поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя.



• *Право на відмову від подальшого ведення пацієнта:*

•- право лікаря на відмову від надання медичної допомоги є ст. 38 цього закону, в якій передбачено також, що і пацієнт має право на вільний вибір лікаря;

•- за винятком невідкладного стану пацієнтові можна відмовити в наданні допомоги, якщо заклад не має можливості забезпечити відповідне лікування.

• *Право на передачу інформації про пацієнта*

•Медичні працівники не мають права розголошувати дані медичного обстеження, інтимну і сімейну сторону життя громадянина і т. д. *Випадки правомірного розголошення медичної таємниці передбачені:

Висновки



- Одним з найважливіших принципів Гельсінської декларації є те, що лікар має право поєднувати випробовування з лікуванням для отримання нових даних в тій мірі, в якій це виправдано користю для хворого; при проведенні на людині випробовування з суто науковою метою лікар повинен весь час залишатися в ролі захисника життя і здоров'я досліджуваного.
- Медичні працівники не мають права розголошувати дані медичного обстеження, інтимну і сімейну сторони життя громадянина і т. д. Суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду України.

Питання для самостійної роботи



- 1. Фактори взяті за основу етичних вимог до медичного персоналу.
- 2. Етичні критерії цивілізованого надання медичної допомоги хворим.
- 3. Медичні правопорушення, необхідність дотримання етичного мислення.



Літературні джерела

- 1. Авиценна. Книга знания. - М.: Эксмо-экспресс, 1999. - 749с.
- 2. Брилева Н. І., Глонь З. І., Омельченко О. Г. Профессиональная этика в аптеках Харькова // Фармац. журн. – 1978. – № 2.
- 3. Бэкон Френсис. Жизнь. Мировоззрение. – Мн.: Современное слово, 1998. – 350с.
- 4. Верхован П. Х. Современное предпринимательство: этика и успех // Человек и труд. -1994. – № 5. – С. И9-124.
- 5. Вогел Д. Деловая этика // Америка. -1992. – № 430. С. 3-8.



• ДЯКУЮ ЗА УВАГУ !!!



Національний фармацевтичний університет
Кафедра клінічної лабораторної діагностики
Технологія медичного лікування та діагностики

Правова регламентація надання медичної допомоги

Лектор

доц., к. біол. н. Ковальова В.І.



ПЛАН:

1. Деонтологічні аспекти захисту пацієнта на життя.
2. Проблеми клітинної і тканинної терапії.
3. Основні етичні проблеми роботи з плодовими тканинами.



• **Дентологічні аспекти захисту пацієнта на життя: трансплантація.**

Основні етичні проблеми трансплантології. Т. – є однією з найперспективніших областей медицини, наука, що вивчає проблеми пересадки органів і тканин. Пересадка органів з подальшим їх приживленням в межах одного організму (ауто трансплантація) або іншого виду (гетеротрансплантація) або в межах різних видів (ксенотрансплантація). В даний час пересаджують органи і тканини здорової людини хворій, використовують як «запасні частини» трупи, а також органи тварин.

Інтерес світової громадськості до проблем трансплантології виник в 1967 році, коли хірург з ЮАР Крістіан Бернард провів першу пересадку серця від загиблої людини хворому пацієнту. Перша пересадка серця викликала украй суперечливу реакцію.



• Винахідник серцевого клапана Вернер Форсман заявив що відтепер трансплантаційна медицина «...не буде застрахована від честолюбства і свавілля, слабкості характеру і пихатості. Коли диявол перемішує етичні поняття, плата за прогрес стає дуже високою»

Етичні проблеми істотно розрізняються залежно від того, йде мова про забір органів для пересадки у живої людини або у трупа. Донорами необхідного органу можуть бути: родичі хворого, які жертвують добровільно один зі своїх органів; стороння людина, яка дала добровільну і свідому згоду на узяття у нього органів або тканин; труп тільки-но померлої людини.



У багатьох країнах проблема використання органів трупа для трансплантології отримала рішення в двох варіантах: «заохочувальний добровільний підхід» юридичне оформлення передачі своїх органів іншим особам – з метою їх подальшого використання після смерті; концепція «передбачуваної згоди», оскільки передбачається, що дозвіл на ці дії міг би бути лікарем отриманий.

При трансплантації органів і тканин необхідно дотримуватися певних правил: деонтологічний принцип колегіальності при ухваленні рішень; умови взяття трансплантантів від живого донора.



• До основних етичних проблем трансплантології відносяться:

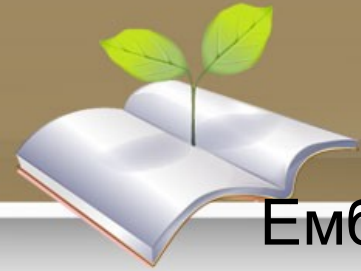
1. відповідно до принципів біометричної етики операція допустима лише за наявності інформованої згоди не тільки з боку хворої людини, але і донора;
2. проблема комерціалізації, яку спричинив всезростаючий дефіцит;

Проблеми клітинної і тканинної терапії.

Родоначальником вважають лікаря С.Воронцова, який в 20-ті роки ХХ сторіччя успішно пересаджував фетальні (Fetus - плід, зародок) тканини пацієнтам, які страждали на передчасне старіння (прогенія).



У 80-90 рр. ХХ ст. почався сучасний етап розвитку цієї терапії. Експериментальні дані про можливість використання соматичних клітин людини послужили альтернативою для трансплантації цілого органу. В 1989 році 410ою Всесвітньою медичною асамблеєю в Гонконзі була прийнята «Декларація про трансплантацію ембріональних тканин». Один з видатних лідерів в становленні і розвитку клітинної і тканинної терапії – Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, м.Харків



Ембріональні стволові клітини (ЕСК) – клітини, виділені з ранніх ембріонів, які можуть самостійно існувати в недеференційованому стані, зберігаючи можливість диференціюватися в будь-яку. Завдяки чому вони є потенційними постачальниками тканин для трансплантації і лікування багатьох хвороб. Встановлено, що біологічні структури на етапі раннього онтогенезу володіють унікальними властивостями:

- містять, в основному, бластні і стволові клітини, які характеризуються підвищеним проліферативним і трансплантаційним потенціалом, пониженою антигенною активністю, багатим вмістом ростових,



антибактеріальних і анальгезуючих чинників. Крім того, вони містять адаптогени і пептиди, комплекс біологічних з'єднань, стимулюючу репарацію і регенерацію. Імунологічна реакція «трансплантат проти господаря» у хворого при трансплантації клітин пуповинної крові менш виражена, що дозволяє застосовувати це джерело навіть у випадку часткової несумісності за HLA-генами донора і реципієнта.

Основна етична проблема – правомочність роботи з плодовими тканинами. Питання про те, як відносяться різні біоетичні системи до проблем переривання вагітності, є ключовим для медичних досліджень, пов'язаних з вивченням ЕСК.



- У науковій літературі піднімається питання про те, що джерелом ЕСК можуть бути і доімплантаційні ембріони, а також ембріони, що отримуються в надлишку при заплідненні *in vitro*, використання ж людських ембріонів для цілей біотехнології неприпустимо з погляду біоетики і заборонено в більшості країн. Сьогодні в Україні прийнято «Закон про трансплантацію», який передбачає використання фетальних матеріалів людини (після штучних абортів і пологів); дозволено проведення клінічних випробувань (Наказ МОЗ України №630 «Про проведення клінічних випробувань стволових клітин», 2007 р. з лікування наступних патологічних станів: панкреонекроз, цироз печінки, гепатити, цукровий діабет 2-го типу, розсіяний склероз.



Дякую за увагу !!!



• **Екстракорпоральне (штучне) запліднення**

-сучасний біотехнологічний метод подолання безпліддя – зачаття *in vitro* (у пробірці): позаматкове запліднення яйцеклітин безплідної але здібної до виношування дитини жінки спермою її чоловіка (або іншого чоловіка), а потім імплантація заплідненої яйцеклітини в її матку. Експерименти з позаматкового зачаття почали проводити на тваринах - значно раніше.

ЕКЗ вперше в історії людства було проведено в 1978 році в Англії.



• Засновниками ЕКЗ вважаються кембріджські дослідники гінеколог Р. Едвардс і ембріолог П. Стептоу. Бурхливий розвиток репродуктивної біотехнології породжує ряд практичних проблем, що стосуються наукових досліджень, бо вони пов'язані зі статусом ембріона. Деякі фахівці вважають: оскільки центральна нервова система формується лише на 22-у добу вагітності, то граничним терміном експериментів є 30-добовий «вік» ембріона. Інші ж пропонують працювати і з «дорослішими» ембр.



• Безумовно, на користь науки дослідження на ембріонах необхідні. Вони сприяють розробці нових засобів контрацепції, виявленню спадкових захворювань плода, подоланню безпліддя, вивченню механізмів спонтанно виникаючих абортів, канцерогенезу, а також встановленню закономірностей розвитку людини як біологічного виду. З моральної точки зору, повинно бути повністю заборонене проведення деяких видів експериментів на плодах.



• Так, ембріони, піддані тим або іншим діям, не повинні імплантуватися в жіночий організм. Неприпустимими також є несанкціонований продаж і придбання ембріонів. Захисники прав ембріона посиляються на святість і недоторканність людського життя з моменту зачаття, стверджуючи, що плід володіє всіма правами, властивими людині. Тому, позбавляючи ембріон життя, ми вбиваємо те, що може стати особою – це *«консервативна позиція»*.



• *«Помірна позиція»* - ґрунтується на точці зору сучасної біології, ембріології, згідно яких людина як біологічний індивідум формується відразу після злиття батьківських статевих клітин, коли утворюється неповторний набір генів, і вимагає відповідального відношення до ухвалення рішення.

Можливість ЕКЗ породжує ряд етичних проблем:

- від біологічних прав ембріона до соціальних проблем (необхідність збереження анонімності донорів-чоловіків або сурогатних матерів для майбутніх дітей і їх офіційних батьків);



- небезпека своєрідного расизму при нагоді цілеспрямованої або випадкової «селекції» донорів – носіїв «кращих» генів;
- знищення/збереження зародка у разі можливих або виявлених аномалій; проблема власності на «надмірні» ембріони. Разом з тим, заборонити маніпуляції з ембріонами – це означає не тільки позбавити деякі сім'ї можливості мати дітей але і закрити цілий науковий напрям – ембріологію, яка допомагає вивчати генезис багатьох захворювань і шукати шляхи їх лікування.



• Особливо складно вирішується в суспільстві питання про право на життя новонароджених дітей з серйозними *дефектами розвитку*. Згідно ж точки зору біометричної етики, право такого новонародженого на життя може бути поставлене під сумнів тільки тоді, коли немає серйозної надії на те, що подальше життя дитини не зведеться до безглузлого існування. При цьому суть етичних аргументів зводиться до наступного: право новонародженого на життя тим «сильніше», чим вище його потенційна можливість стати особою;



• Ще одне головне питання – чи етично використовувати тканини і клітини мертвого плоду для створення препаратів, що допомагають при багатьох патологічних станах, або етично утилізувати їх?. Експериментальні і доклінічні дослідження показали високу лікувальну ефективність методів клітинної і тканинної терапії, доцільність їх використання в програмах лікування цілого ряду важких захворювань і станів.



Як свідчить одне з основних положень ВООЗ, що стосується різних лікувальних засобів - «все, що робиться для збереження здоров'я людини, етично виправдано».

Етичні проблеми сурогатного материнства

Сурогатне материнство від латин. *Surogatus* – замінюючи (іншого) виношування дитини сторонньою жінкою, яка не є його генетичною матір'ю. Етичні проблеми виникають із-за обопільних претензій генетичних батьків і сурогатної матері з приводу «приналежності» дитини,



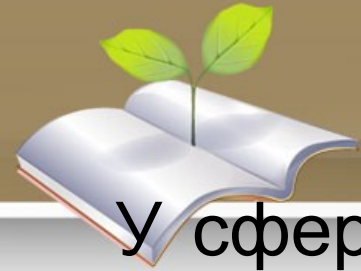
яка народилась, які можуть серйозно порушити моральний клімат в сім'ї, що прийняла дитину, виношену сторонньою жінкою. Можливі інші етичні проблеми. Так, враховуючи, що донорська сперма може зберігатися для запліднення якийсь час в замороженому вигляді. Як оцінити з етичної точки зору той факт, що чоловік може стати батьком дитини після своєї смерті? Неоднозначна і відповідь на питання про те, чи етична неминуча при штучному заплідненні цілеспрямована або випадкова «селекція».



Перша дитина, яку народила сурогатна матір, з'явилася в Англії в 1978 році (Харків 1995). Сьогодні Україна є одним із визнаних центрів сурогатного материнства у світі. Але практично в усій Європі сурогатне материнство заборонене, дозволене лише в Англії та Греції. У США на нього дали згоду в деяких штатах. У Норвегії, Іспанії, Швейцарії дозволено лише некомерційне сурогатне материнство.



Етичні проблеми технологій, що підтримують життя. Генетична інженерія – це наука про генетичне конструювання нових форм біологічно активної ДНК, нових форм клітин, цілих організмів за допомогою штучних прийомів перенесення генів, а також сукупність розділів молекулярної і клітинної біології, що дозволяє змінювати структуру гена. Генна інженерія має можливість генетичного контролю над організмами, може вести до соціальної і професійної дискримінації людей.



У сфері генетичної біомедицини загострюються традиційні проблеми біомедичної етики:

- проблема збереження лікарської таємниці при генетичному тестуванні;
- генетична паспортизація – отримання відомостей про генетичні особливості організму і складання на їх основі генетичних паспортів, в яких наголошується генетична схильність до спадкових і деяких інших захворювань;
- проблема клонування;
- створення генетично модифіковані організми;



Клонування (грец. klon – гілка, нащадок) – штучне створення генетично ідентичних початковим клітин, тканин, організмів шляхом нестатевого розмноження.

Єдиний міжнародний акт, що встановлює заборону клонування людини, - **Додатковий Протокол до Конвенції про захист прав людини та людської гідності у зв'язку із застосуванням біології та медицини 12.01.18**), що стосується заборони клонування людських істот, який підписали 24 країни з 43 країн – членів Ради.



1 лютого 2005 р. ООН закликала країн-членів вжити законодавчі акти, які забороняють всі форми клонування, тому що вони «суперечать гідності людини» і виступають проти «захисту людського життя».

ГМО – живі організми, що містять нову комбінацію генетичного матеріалу, отриману за допомогою генетичної інженерії. Неконтрольоване створення ГМО і вивільнення в навколишнє середовище може привести до небажаних наслідків для здоров'я людини і несприятливих екологічних наслідків.



ДЯКУЮ ЗА УВАГУ !!!



ЯТРОГЕНІЇ: ОСНОВНА ЇХ ПРИЧИНА , НАСЛІДКИ І ПРОФІЛАКТИКА

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 інвалідності або навіть смерті, а також ускладнення медичних заходів, які розвилися в результаті як помилкових, так і правильних дій лікаря.



У перекладі з грецького від *iatros* - лікар, *genim*- створювати, породжувати), ятрогенії можна представити як захворювання, породжені лікарем. Ці терміни означають психогенне захворювання або невроз, що виникає на ґрунті несприятливої дії на психіку хворого поведінки лікаря або медпрацівників.

За даними ВООЗ, ятрогенії зустрічаються у 20% хворих і складають 10% у структурі госпітальної смертності. Парадоксальною є ситуація, коли разом з безпечною користю медицина може породжувати наслідки ще більш негативні, ніж основне захворювання.



Причини ятрогенії численні. Виділяють декілька форм ятрогенних захворювань залежно від причин їх розвитку:

- пряме травмування хворого невмілою поведінкою лікаря;
- непряме травмування, пов'язане з читанням медичної літератури;
 - ятрогенії, обумовлені особою пацієнта, схильного до психопатичних, психоастенічних, нав'язливих реакцій;
- неправильне проведення інструментальних досліджень;
- посилене лікування одного захворювання веде до виникнення інших захворювань (нераціональне або неправильне призначення)



До одного з різновидів психогеній відноситься «вербальна ятрогенія», обумовлена порушенням медперсоналом етики, коли лікар своєю поведінкою, словом травмує психіку хворого. Серед причин ятрогеній необхідно розрізняти об'єктивні і суб'єктивні фактори:

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



Суб'єктивні причини виникнення ятрогенних захворювань найчастіше пов'язані з індивідуальними якостями працівника:

- 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.



За природою виникнення розрізняють такі ятрогенії:

- ті, що пов'язані з профілактикою захворювань, або спровоковані лікарськими препаратами;
- ятрогенії, які викликала променева діагностика або терапія;
- ускладнення після переливання крові;
- смертельний результат внаслідок неправильної дози наркозу;
- ятрогенії в результаті хірургічних операцій;
- ятрогенії, спровоковані медикаментозним лікуванням;
- захворювання в результаті неправильного проведення діагностики.



Як показує практика, найбільш схильні до ятрогенії недовірливі пацієнти. У яких проявляється емоційна нестійкість, вони легко піддаються навіюванню і сильно залежать від чужої думки. Ятрогенні захворювання не мають строго і яскраво виражених певних ознак. Чинників, які можуть спровокувати розвиток ятрогеній, безліч, тому і проявів багато. Найчастіше причини суб'єктивні, тому й перебіг захворювань залежить від стану психіки і всього організму в цілому.



Основні види ятрогенії

На другій Всесоюзній конференції з проблем медичної деонтології (1977) було запропоновано розділити всі ятропатогенії на три групи: - ятропсихогенії – порушення, обумовлені впливом на психіку хворого;

- ятрофармакогенії – розлади, пов'язані з негативним впливом лікарської терапії;

- ятрофізіогенні – захворювання, викликані фізичним впливом медичних заходів.



Основні шляхи уникнення ятрогенії

Вказані види ятрогеній можуть знижувати ефективність лікувально-реабілітаційних заходів та збільшувати вірогідність летального результату.

Сьогодні профілактика ятрогенних захворювань починається з глибокого засвоєння майбутніми докторами принципів медичної етики і деонтології, в основі яких лежать добре відношення до хворих і високоморальне, гуманістичне виховання медичних працівників в процесі їх навчання і діяльності.



Мудрості свідчать: «Словом можна пронизати те, що не проколоти голкою», «Рана, нанесена ножом загоється, а язиком - ні». Гіппократ: «Якщо є декілька лікарів: один лікує травмами, інший лікує ножем, а третій – словом, зверніться до того, хто лікує словом». Пройшли століття, багато методів лікування забуто, а лікування словом залишається.



Профілактика фізичних ятрогеній повинна полягати в розумному використанні методів діагностики та показань до оперативного втручання. **Загальним заходом профілактики можна назвати дотримання медичними працівниками лікарської таємниці та етики і прояв співчуття до своїх пацієнтів.**

Якщо лікарі стануть трохи психологами і будуть лікувати не захворювання, а людину, то профілактика ятрогенних захворювань не буде ПОТРІБНОЮ.



ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!!!



ДЕОНТОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ПРАВА ПАЦІЄНТА НА СМЕРТЬ: ПОНЯТТЯ ПРО ЕВТОНАЗІЮ.

Важливою сучасною етико-філософською проблемою є визначення статусу смерті. Смерть-природне явище, що вінчає кінець життя. Це припинення життєдіяльності організму внаслідок цього загибель індивіда як відособленої живої системи.

Клінічна смерть особливий вид існування-термінальний стан, межа буття і небуття. Часовий інтервал, що характеризує клінічну смерть, 5-6 хвилин-кількісно виражена міра життя, що ще зберігається.



Навколо поняття і суті клінічної смерті ведуться безперервні суперечки. Одні вчені вказують на те, що клінічна смерть вже не є життям, але ще не є смертю. Інші вважають її якісно особливою формою життя оскільки з біологічної точки зору, при клінічній смерті ще зберігається достатня кількість елементів життя, багато функцій яких лише припинилися. Звідси – специфічна особливість клінічної смерті – її принципова оборотність, яка породжує етичний імператив, що вимагає від медиків відношення до клінічної смерті як стану, що потребує невідкладних заходів допомоги вмираючому.



Найважливіше етичне завдання – виробити у хворого механізми захисту від страху перед смертю (емоційні і раціональні). Англ. філософ Ф.Бекон вбачає, що емоційний захист полягає в тому, що немає в душі людини навіть найслабкішої пристрасті, яка не перемагала б страху смерті. Раціональний захист передбачався ще в стародавніх релігійних культурах, вченням Сократа, Платона, Аристотеля про безсмертя душі. З поняттям "клінічної смерті" тісно пов'язана етична проблема визначення критерію смерті як об'єктивне її настання.

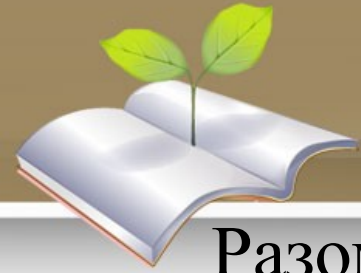


Критерії смерті – ознаки, що визначають остаточний ступінь деградації життєвого процесу і об’єктивне настання смерті. Сучасні концепції пропонують вважати таким критерієм смерті людського індивіда омертвіння головного мозку. Саме в цьому випадку втрачається автономність і індивідуальність особи, оскільки носієм життя, що забезпечує її автономну цілісність, суверенність і індивідуальність, є мозок. Тому смерть мозку є розщеплення підстави життя, бо саме в цьому випадку втрачаються її атрибутивні якості.



Сьогодні при відповідному медичному забезпеченні хворі в «вегетативному» стані можуть існувати достатньо довго і після смерті мозку. Все частіше з'являються повідомлення про повернення до життя людей, що достатньо довго проіснували у цьому стані. Це ще більше ускладнює ухвалення лікарями рішення у разі констатації загибелі мозку. Чи можна говорити про прогрес медичного гуманізму у зв'язку з визнанням смерті мозку критерієм смерті людини?

Етичні проблеми реанімації. Основна форма надання негайної допомоги вмираючому – реанімація «пожвавлення людини», повернення її до життя.



Разом з тим, процес реанімації нерідко повертає людину не тільки до життя, але і до страждань, або підтримує життя на такому низькому рівні її якості, яка буває нестерпною для хворого. Тому одна з найважливіших проблем реаніматології – проблема вибору, ухвалення рішення про необхідність реанімації, її тривалість або припинення; рішення питання про те, до яких пір розумні зусилля реаніматологів з подовження життя безнадійно хворої людини, і якими етико-правовими нормами слід при цьому керуватися.



Право людини на смерть. Право на гідну смерть - природне право кожної людини таке ж, як право на гідне життя, оскільки смерть-інша сторона життєдіяльності людини, що має два аспекти:

1.Право на смерть, засноване на моральному праві людини вільно, на свій розсуд розпоряджатися собою, своїм життям і смертю, аж до відмови від лікування в ситуаціях, коли воно болісне, безперспективне і веде до втрати людської гідності.

2.Право на гідну смерть, в якому виявляється природне прагнення до отримання задоволення і уникнення страждань - фізичних і духовних.



Спроби вирішити проблему «вмирання з гідністю» робляться сьогодні з двох протилежних сторін відстоювання на евтаназію і впровадження хоспісного руху. Евтаназія (Eu- добре і thanatos - смерть)- поняття, що означає навмисне прискорення смерті або умертвіння невиліковного хворого, який перебуває в термінальному стані, з метою припинення його страждань. Людина, яка вмирає має право визначити, що для нього важливіше: бути людиною або просто залишатися якийсь час живим, в стані штучної підтримки життя.



Поняття евтаназія було введено Ф.Беконом ще в 17 ст. У 1935 році в Лондоні було створено перше в світі "Суспільство добровільної евтаназії". У 1938 році подібна організація з'явилася в США. В 1941 році евтаназія була дозволена і в швейцарському кантоні Цюріх. У 1973 евтаназії виникли в Нідерландах і Швеції. У 1976 в Японії також було організовано суспільство легкої смерті. У 1975 виходить бюлетень Новини евтаназії, започаткований Британським товариством евтаназії.



У 1989 році Джек Кеворкян заснував практику активної евтаназії в Америці. Д.К. прозвали «Доктор смерть». За власним визнанням допоміг скінчити життя самогубством більш як 130 тяжко хворим пацієнтам. Він побудував пристрій, так звану машину самогубства. Невеликовно хворі могли самі скінчити життя самогубством. Пристрій дозволяв подачу медпрепаратів у кров, які зупиняли серце і таким чином припиняли страждання хворого (суд звинуватив його у вбивстві і засудив на 25 років позбавлення волі.



Види евтаназії. Сьогодні визначають евтаназію пасивну та активну, добровільну і ненавмисну. *Пасивна евтаназія* – рішення про припинення лікування через безнадійний стан хворого; активна евтаназія – застосування засобів та дій, що прямо або побічно призводять до смерті хворих, які перебувають у безнадійному стані. *Добровільна евтаназія* – на прохання хворого; *ненавмисна евтаназія* – без згоди хворого. *Примусова евтаназія* – прийняття рішення перервати життя хворого без його згоди (новонароджені).



Прихильники еутаназії вважають, що вона може бути етично виправдана у випадках:

- 1) невиліковного захворювання, що викликає у людини нестерпні страждання;
- 2) важкої форми інвалідності, що обмежує життєдіяльність людини;

Противники добровільної активної еутаназії аргументують свою позицію тим, що:

- 1) навмисне припинення людського життя завжди аморально і не може бути морально виправданим;



- 2) у разі постановки неправильного діагнозу можна марно занепастити людське життя;
- 3) при поспішному зверненні до евтаназії може стати так, що невиліковна сьогодні хвороба завтра буде успішно переможена;
- 4) можливі зловживання "вбивством з милосердя" з боку лікарів і близьких які можуть бути зацікавлені в передчасній смерті хворого;
- 5) доступність евтаназії може спровокувати у медиків і близьких спокусу позбутися тягаря;
- 6) суспільство керуючись законністю евтаназії може отримати право позбавлятися від своїх недієздатних і "зайвих" членів;



Проблема евтаназії пов'язана з правом людини на життя, яке має кілька аспектів: право на збереження життя; право розпоряджатися власним життям; право вирішувати питання про припинення власного життя.

Очевидно, що питання про евтоназію викликає гострі дискусії не стільки своїм «медико-технологічним», скільки етичним змістом. Але у будь-якому випадку вибір повинен бути за людиною.



Сучасний стан проблеми евтаназії.

Вперше евтаназія придбала законність в американському штаті Орегон, який першим та єдиним легалізував допомогу у самогубстві шляхом прийняття закону «Про помирання з гідністю» (1994). Цей законодавчий акт вступив в дію через три роки за рішенням Верховного Суду США. Перша спроба легалізації евтаназії в Європі відбулась в Австралії (1996) де було прийнято відповідний закон. В Австралії евтаназія є забороненою, а за порушення цієї заборони винна особа може бути за вироком суду довічно позбутися життя.



Першість у питанні легалізації евтаназії сьогодні займає Голландія. Другою державою в світі, яка законодавчо сприйняла ідею легалізації евтаназії, є Бельгія. 23 вересня парламент держави ухвалив закон, за яким евтаназія та допомога в самогубстві стали легальними згідно з умовами, ідентичними до тих, що і в законодавстві Голландії. Відповідно до закону, право на евтаназію мають особи, що досягли 18 років. Але все ж у більшості країн евтаназія заборонена під страхом кримінальної відповідальності, наприклад в Австралії, Греції, Грузії, Данії, Індії, Іспанії, Польщі, Японії.



В Україні є декілька дискусійних думок з приводу цього питання. З одного боку, згідно зі статті 27 конституції України «кожна людина має невід'ємне право на життя. Ніхто не може свавільно позбавити життя. Обов'язок держави захищати життя людини». Також слід зазначити що в Україні немає традицій правдивого інформування хворого одо його хвороби. Але коли повна інформація може зашкодити його здоров'ю, лікар в праві її обмежити (він інформує членів сім'ї.



Етичні аспекти суїциду. Суїцид – одна з крайніх форм реалізації права на смерть – самогубство, на яке людина вирішується з особистих міркувань, віддаючи перевагу гідній смерті негідному життю. У різні часи і в різних культурах суїцид розглядався з етичної точки зору по-різному. У християнстві суїцид однозначно вважається гріхом, оскільки людина в даному випадку робить замах на волю Бога. У світській культурі суїцид часто пов'язують з поняттям «гідність» - як вибір в ім'я людської гідності, як «почерк свободи».



Поняття «хоспіс»: основні функції, медичне і соціальне значення. Хоспіси - спеціальні організації допомоги вмираючим, в яких безнадійно хворі люди дістають можливість гідно завершити своє життя. Обстановка і діяльність персоналу націлена в хоспісах на створення людських умов для вмирання з гідністю. Відмінність хоспіса від інших лікувальних установ для «безнадійних» хворих полягає не просто в іншому технічному і медикаментозному оснащенні; на перший план виступає особа пацієнта, його бажання, емоційні реакції.



ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ХОСПІСНОГО РУХУ:

- контроль над больовими синдромами, що дозволяє якісно поліпшити життя хворого;
- особливий стиль поведінки медиків, для якого, насамперед, характерний такт у подовженні з приреченим хворим;
- заперечення тактики «святої брехні», підготовка безнадійно хворою людини до думки про його смертельну недугу, про те, що він приречений;



Історія розвитку хоспісної допомоги.

Ідеологія хоспісів з'явилася близько півтори тисячі років тому. Історія зберегла ім'я римської Фабіоли, яка ще в ІV ст. віддала свій будинок для голодних і хворих, успадковуючи традицію, що існувала в святих землях Палестини, якими вона подорожувала. Перший хоспіс, призначений тільки для вмираючих від раку, відкрила у м. Ліон 1842 року Жане Гарньє заснували хоспіс, молода жінка, яка втратила чоловіка і дітей. Він називався «Голгофа». Ще кілька були відкриті пізніше в інших місцях Франції.



Тридцять років потому, в 1879 році ірландські Сестри Милосердя незалежно від хоспісів Жане Граньє заснували хоспіс Богоматері для вмираючих в Дубліні. Активне становлення хоспісів сучасного типу відбувається після Другої світової війни. Перший такий хоспіс святого Кристофера був відкритий в Лондоні в 1067 році. Його засновницею стала Сесилія Сандерс; впродовж своєї кар'єри вона послідовно отримала диплом м/с, соціального працівника та лікаря.



У 1987 році у Великобританії паліативну допомогу визнали самостійним напрямком медицини.

В Україні перші хоспіси з'явилися у 1996 році у Львові, Івано-Франківську та Коростені, за ініціативи Української православної церкви та Товариства Червоного Хреста України. Хоспіс повинен не тільки полегшувати людям смерть, а забезпечувати можливість гідно зустрічати її.



• ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!!!

Правове регулювання невідкладної медичної допомоги



Кожна людина має природне невід'ємне право на охорону здоров'я. Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають правові, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, науково-санітарних, оздоровчо-профілактичних програм. Статті 33,35,58,77 Основ з. визначають вузлові складові медичної допомоги (первинна, спеціалізована тощо), серед яких є швидка та невідкладна.



Історія розвитку швидкої та невідкладної медичної допомоги

Початкові зародки першої допомоги відносяться до епохи раннього середньовіччя – 4 ст., коли на дорогах, що вели в Єрусалим, були організовані так звані "придорожньо-прийомні доми" для надання допомоги багаточисленним подорожуючим. В 1092 р. в Англії був створений орден Іоанітів, в завдання якого входило обслуговування хворих в госпіталі.



На початку 15 століття в Голландії була організована служба надання допомоги потопаючим на багаточисельних каналах, що перетинають країну. Думка про необхідність організації екстреної медичної допомоги на місці нещасних випадків зародилася в 18 ст. В 1767 р. в Антверпені було створено Товариство надання допомоги постраждалим при нещасних випадках. Подібні товариства скоро утворилися в Парижі і Гамбурзі. В 1868 р. в Нью-Йорку була організована перша рятувальна станція.



З цього часу перша медична допомога при нещасних випадках стала стрімко розвиватися. Так, в 1878 р. в Лондоні було створено станції та пости по наданню невідкладної медичної допомоги. В 1881 р. в Києві за ініціативою Товариства лікарів почав функціонувати на добровільних засадах пункт нічних чергувань, в якому працювало 19 лікарів. Допомога при нещасних випадках надавалася безплатно. Виклики додому до хворих оплачувались. Багато сил і енергії затратив на організацію цього пункту професор Київського університету Ю.І. Мацон.



Перша станція швидкої допомоги була створена в Відні в 1881 р. Приводом для цього стала пожежа в Великому театрі, під час якої було дуже багато постраждалих, що залишились без будь-якої допомоги. В 1887 р. відкрилася станція швидкої медичної допомоги в Будапешті, в 1898 р. – в Варшаві, 30 червня 1902 р. – в Києві, в 1903 р. в Одесі, 25 квітня 1910 р. в Харкові (за ініціативою професора Оболенського Н.І.). Ініціатором організації швидкої допомоги в Києві був К.М. Модзелевський.



Кількість станцій швидкої допомоги з 1924 р. по 1985 р. зросла з 33 до 5200. На станціях почали організовуватися спеціалізовані бригади: кардіологічні, токсикологічні, психіатричні, дитячі, реанімаційні. В лікарнях почали створюватися відділення експрес - методів діагностики і інструментальних досліджень, відділення реанімації та інфарктні відділення, рентгенологічні кабінети, які працюють цілодобово. Почалося об'єднання станцій швидкої медичної допомоги з лікарнями.



Організація швидкої медичної допомоги в Україні носить державний пріоритетний характер і базується на наступних основних принципах:

- 1.Централізація і загальнодоступність швидкої медичної допомоги.
- 2.Своєчасність надання швидкої допомоги по життєвим показникам всім хворим і постраждалим, незалежно від їх громадянства, місця проживання, віку, статі національності, віросповідання, матеріального стану та ін.



3. Своєчасне надання первинної кваліфікованої медичної допомоги на до госпітальному етапі значно скорочує строки перебування хворих в стаціонарі, зменшує смертність і інвалідність, що окупає великі матеріальні затрати, необхідні для організації цієї допомоги.

4. Принцип наступності в роботі станції швидкої медичної допомоги передбачає чіткий розподіл завдань і відповідальності в зв'язку з наданням екстреної медичної допомоги і подальшим лікуванням хворих і постраждалих.



5. Принцип взаємодії в роботі станції швидкої медичної допомоги з міліцією, пожежними частинами, ДАІ та іншими оперативними службами.

6. Принцип науковості, планування і профілактичної направленості, удосконалення форм і методів планування концентрації сил і матеріальних ресурсів служби швидкої допомоги.

7. Безперешкодність екстреної госпіталізації хворих та постраждалих, що знаходяться в небезпечному для життя стані.



Дякую за увагу!!!

Деонтологічні аспекти взаємин під час виконання лікарської та наукової роботи



Сьогодні організаційну структуру медичної науки становлять різні науково-дослідні організації й колективи вчених. Моральні відносини усередині таких колективів є одним з ведучих у розв'язанні проблеми ефективності наукової праці, прискорення наукового прогресу. Зрозуміло, чим вище можливості медицини, тим більше вимог пред'являється їй до самих медиків. У епоху технічного прогресу медицина збагачується новими методами дослідження, але ми повинні пам'ятати, що техніка не повинна бути бар'єром між лікарем і

ХВОРИМ.



Кожний науковий колектив, як правило, має загальну наукову мету і різні шляхи вирішень цієї загальної проблеми кожним науковим співробітником. Тут переплітаються вельми складні відносини: субординація, особисті симпатії і антипатії, розподіл наукової праці і необхідність її кооперації, а також відносини між старшими і молодшими колегами.

Це непрості питання і виникають вони не тільки при захисті дисертації або публікації відкриття, або винаходу.



Історія науки показує: від того, наскільки і як ладнають між собою наукові покоління, багато в чому залежить і остаточний продукт наукової творчості.

Поняття про особисту і колективну відповідальність

Її можна трактувати як проведення в життя ідей, концепцій і традицій лікувальної (або наукової) установи накопичених і узагальнених вчителями і старшими колегами. Якщо говорити про вимоги, що повинні пред'являтися до лікаря, який прагне присвятити себе науковій діяльності, то вони представляються такими:



належна загальна і спеціальна підготовка в тій області медичної науки, в якій він має намір працювати. У науці не можна не сперечатися. Не можна також допустити, щоб відстоювання тієї або іншої наукової точки зору, позиції виходило за рамки морально-етичних, етичних та правових норм.

Зберегти чесні, коректні, дружні відносини завжди буває непросто, адже взаємне розуміння руйнують часом самі різні обставини.



Найважливіші принципи вченого-медика

Одним з найважливіших принципів ученого перш за все повинна бути об'єктивність. Наука повинна ґрунтуватися тільки на доказах, ясних і логічно строгих аргументах, на перевірці фактів і їх аналізі. Треба пам'ятати, що об'єктивність наукової позиції, відчужуючи суб'єктивне, забезпечує загальнолюдську значущість висновків науки. Готовність до критичного перегляду здобутого знання є цінною межею справжньої науки і додає їй якість революційності.



Вимоги, що пред'являються до претендента на вчений ступінь. При плануванні науково-дослідних клінічних робіт необхідно керуватися нормативною і регламентуючою документацією МОЗ України, а також отримати письмову інформовану згоду осіб, які беруть участь у біомедичному дослідженні, або їх законних представників і схвалення на проведення дослідження незалежного локального етичного комітету.

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



- При проведенні експериментів на тваринах необхідно ставитися до них так, щоби вони менш страждали. Прийнято спеціальні норми, яких повинен дотримуватись кожний учений. Ці правила, записані у документі «Общие этические принципы экспериментов на животных» (Україна, 2001), згоджений з позицією «Европейской конвенции о защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и других научных целей» (Страсбург, 1985).



• Дозвіл повинен включати опис заходів, які будуть прийняті, щоб гарантувати проведення запропонованого дослідження у відповідності з наявними основними етичними принципами (Хельсінська декларація, Совет міжнародних організацій медичинських наук). Для досліджень, які проводять з участю людей, необхідно представити докази того, що запропоноване дослідження було схвалено етичним комітетом інституту або національним етичним комітетом.



• Правильна оцінка кінцевого результату сучасних наукових досліджень є основою не тільки вибору подальших перспективних та пріоритетних напрямків, але й підґрунтям для оптимального розподілу інтелектуальних та матеріальних ресурсів.



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

Правові документи, що регламентують науково-дослідну діяльність. На 18-й Генеральній асамблеї ЮНЕСКО в Парижі 20 жовтня 1974 р була прийнята «Рекомендація про статус науковців», що ратифікована урядами більшості країн.



Українське суспільство також не байдуже до проблем етики і моралі. Вимоги до моральних обов'язків вченого сформульовані в статті 5 Закону України, що діє, «Про наукову і науково-технічну діяльність». Велика увага проблемам етики приділяється в спільній роботі медиків і біологів України.

Крім того, Центр досліджень науково-технічного потенціалу та історії науки імені І.М. Доброва НАН України винесли на обговорення проект кодексу наукової етики, в якому зроблена спроба узагальнити суспільний досвід і практику дозволу етичних проблем в науці. Наше наукове суспільство визначає гостроту цих проблем для України.



ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!!!

ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВІЛ/СНІДУ



Специфіка розповсюдження вірусу імунодефіциту людини поставила пацієнтів (носіїв або вже хворих) в умови дискримінації в різних соціальних відносинах: соціально-побутових, працевлаштування тощо.

Синдром надбаного імунодефіциту (СНІД) – вірусне захворювання людини з ураженням імунної системи, що призводить до різкого зниження загальної резистентності організму до умовно-патогенних мікроорганізмів і схильності до онкологічних захворювань.



ВІЛ-інфекція, подібно до пожежі, охопила майже всі континенти. Вона стала проблемою номер один для ВООЗ і ООН, відтісняючи на друге місце злоякісні пухлини і с-с з. Перші випадки СНІДу – 1981 році були отримані дані про захворюваність незвичайною пневмонією, що швидко приводила до смерті. Вірус, відомий зараз як збудник СНІДу, був відкритий тільки в 1983 році. Далі виявилось, що СНІД виникає після переливання крові у дітей через хворих матерів, а також трансплацентарним шляхом.



ВІЛ не передається при випадкових побутових контактах між людьми. При цьому, медичний персонал може заразитися при пошкодженні голками для ін'єкцій, а також попаданні на шкіру і слизові оболонки зараженої крові і інших рідин організму. **Медичному огляду підлягають:**

- донори крові, органів і тканин - при кожній здачі
- вагітні жінки при постановці на облік;
- медичні працівники;
- громадяни України при виїзді в країни, які вимагають сертифікати про походження медичного огляду на ВІЛ.



У разі позитивного результату Український центр боротьби зі СНІДом інформує про це обласну санепідемстанцію і обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом. Після встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції проводиться епідеміологічне розслідування з метою виявлення джерел і шляхів інфікування. Всі ВІЛ-інфіковані перебувають на обліку. З метою збереження лікарської таємниці облік таких осіб ведеться тільки в територіальних лікувально-профілактичних установах, які здійснюють їх медичне обстеження.



Відношення суспільства до людей, які живуть з ВІЛ, досі залишаються негативним. Проблема ВІЛ/СНІДу давно перестала бути тільки медичною. Вона активно впливає на соціальну і економічну сферу, що змусило не тільки медиків, але і політиків включитися в боротьбу з епідемією. **Етичні проблеми ВІЛ/СНІДу**

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



2. Особлива роль відводиться медичному персоналу – допомогти інтегрувати ВІЛ-позитивних людей в суспільство.

Правові основи боротьби зі СНІДом
- Закон України «Про запобігання захворюванню синдромом надбаного імунодефіциту (СНІД) і соціальний захист населення» №1972, 1992 р.;
- Закон України «Про запобігання захворюванню синдромом надбаного імунодефіциту (СНІД) і соціальний захист населення» № 277 від 15.11.2001р.;



- Постанова Кабінету Міністрів України № 1403 від 26.10.2001 р. «Про затвердження програм розвитку донорства крові і її компонентів на 2002-2007рр.»;
- Постанова Кабінету Міністрів України № 1620 від 29.11.2001 р. «Про створення Українського фонду боротьби з ВІЛ-інфекцією і СНІДом»;
- Наказ МОЗ України від 25.05.2000 р. № 120 «Про удосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію /СНІД».



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

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



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

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



-Постанова Кабінету Міністрів України № 1642 від 16.10.1998 р. «Про затвердження порядку й умов обов'язкового страхування медичних працівників і інших осіб на випадок інфікування ВІЛ під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання в зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, обумовлених розвитком ВІЛ-інфекції» -Постанова Кабінету Міністрів України № 790 від 11.07.2001 р. «Про Програму профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2001-2003.



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



ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!!!