

# Теоретична медицина

УДК 577 + 17

## БІОЕТИКА У СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ

**А. І. Лесін**

*Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника;  
76000, м. Івано-Франківськ, вул. Шевченка, 57*

*Біоетика є сучасним етапом розвитку медичної етики, вона є більш широким поняттям, бо усвідомлює нові можливості медичної і біологічної науки та їх співвідношення з правами людини. Головною метою у взаємовідносинах лікаря та хворого є позитивні досягнення в конкретному лікувальному процесі. Для пацієнтів сексопатологічного профілю особливо важливою є взаємодія у тріумвіраті: лікар-фахівець – пацієнт – його розумна сексапільна партнерка (партнер). Про медицину, лікарів, взагалі медиків судять, в основному, з результатів лікування. Проте, щоб люди менше хворіли, слід ретельно сповідувати здоровий спосіб життя у всіх його аспектах.*

*Завдяки науковому прогресу, обов'язковому професіоналізму значно зменшиться кількість помилок при діагностуванні та лікуванні. Тому майбутнє за новітньою медициною – профілактичною, яка має все більше реальних шансів на впровадження у життя конкретної людини!*

**Ключові слова:** *лікар, пацієнт, особливості взаємовідносин, біоетика, помилки, професіоналізм, здоровий спосіб життя, науковий прогрес.*

Найбільш відомим корифеям вітчизняної медицини, які були до того ж закладачами біоетики, присвячено багато творів, наукових досліджень. Це – сумні історії життя (зокрема М.І. Пирогова, М. Стражеско, Г.С. Васильченко та ін.), що часто закінчувалося трагічно, певною мірою було пов'язано з помилками у діагностуванні та лікуванні власних хвороб та їх родин.

Про життя і діяльність Федора-Фрідріха Гааза в першій половині XIX століття широка громадськість Росії та інших країн Європи дізналася тільки наприкінці XIX ст. після публікації в 1897 р. знаменитого нарису юриста і літератора А.Ф. Коні. З того часу відомі праці Ф. Гааза – знаменитого лікаря-гуманіста, науковця, реформатора, закладача основ біоетики стали хрестоматійним взірцем справжнього людинолюбств-

ва і служіння стражденним. Все своє життя німець за народженням та походженням присвятив служінню медицині у Москві, починаючи з 1806 року, коли був запрошений відомим князем Рєпніним.

Після повернення до Москви з військової кампанії 1812 року Гааз, добре оволодівши російською мовою, був призначений на посаду головного лікаря міста. Він з великим ентузіазмом береться до реформування лікарень з метою покращення, надання допомоги бідним і бездомним. Сам виконує складні операції і чергує біля ліжка важкохворих. “Лікар повинен пам’ятати, що довіра хворих потребує, щоб він відносився до них милосердно, з повною самовіддачею, з дружньою турботою, так, як батько відноситься до дітей”, – написано в його інструкції для молодих лікарів. Принцип правдивості вважається фундаментальним в медичній етиці. Лікарі зобов’язані дотримуватися її не лише при інформуванні пацієнта про його стан, але й при кожній своїй дії, при кожному вчинку. Гааз – простий, делікатний і ввічливий – завжди вимагав від лікарського персоналу, перш за все, правди. Буда-яка брехня обурювала його. Щоб відучити своїх працівників говорити неправду, лікар поставив горнятко, і кожен, хто збрехав, повинен був покласти в нього свій денний заробіток, що суворо перевірялося.

Коли пацієнти запитували Гааза про те, які ліки їм приймати і як поводитися, він завжди цитував рядок із «Салернського кодексу здоров’я»: “Якщо хочеш бути здоровим і не хворіти, твоїми ліками мають бути веселий характер, спокій і помірність в їжі”. Дослідження останніх десятиліть переконливо довели, що поняття “здоровий спосіб життя” – основа основ для збереження здоров’я.

Великий лікар дотримувався найважливішого принципу медичної етики: “Не нашкодь”. Цей принцип взято на озброєння сучасною біоетикою, яка стверджує, що перш, ніж використовувати досягнення науково-технічного прогресу, потрібно застосовувати прості і надійні, перевірені тисячолітнім досвідом середники.

“Слово лікаря, рослини фармацевта, скальпель хірурга – ось що зцілює хворого”, – це слова стародавньої східної мудрості. На першому місці стоїть слово. Це розуміли лікарі Стародавньої Греції і розуміють кращі лікарі сучасності. Знаменитий лікар Ф.П. Гааз віртуозно володів словом. Він завжди знав, що треба сказати, щоб заспокоїти тремтячу від страху дитину, яка потрапила до лікарні, що сказати невиліковному помираючому хворому, і яким словом подіяти на філантропів, щоб вони розщедрилися на ліки для хворих і знедолених. Якою прекрасною, високою, зворушливою мовою написана брошура Ф. Гааза “Заклик до жінок”. Вона завершується словами: “Поспішайте робити добро!”

Як вчений-медик доктор Гааз займався не лише практичною медициною, але і маловивченими на той час теоретичними проблемами. Гаазу належить відкриття нової фізіологічної теорії асиміляції, в якій він осмислює фундаментальні процеси життєдіяльності. У цій теорії чітко обґрунтовується захисно-приспосувальна система організму.

Помер Федір-Фрідріх Гааз 29 серпня 1853 р. На похорон “святого лікаря” зійшлися зі всієї Москви багато людей. Труну несли на руках. На його могилі поставили гранітний пам’ятник з хрестом і викарбували його улюблені слова: “Поспішайте творити добро”, які є головним принципом сучасною біоетики.

Біоетика є сучасним станом розвитку медичної етики, вона є більш широким поняттям, бо усвідомлює нові можливості медичної і біологічної науки та їх співвідношення з правами людини. Довіра є необхідною складовою етики, моралі та деонтології (ЕМД) у практиці кожного професіонала. Життя довело, що велике бажання та довіра в досягненні мети з її ретельним виконанням є обов’язковими компонентами у діяльності будь-якої соціальної групи, в якій люди спілкуються і мають тимчасові чи постійні цілі. Такою метою у взаємовідносинах (тандемі, дуєті) лікаря та хворого є досягнення в конкретному лікувальному процесі. В останньому особливо важливим для пацієнтів сексопатологічного профілю є взаємодія у тріумвіраті: “лікар-фахівець – пацієнт – його розумна сексапільна партнерка (партнер)”. Проте, щоб завоювати довіру пацієнта, лікарю недостатньо бути просто фахівцем, він повинен розуміти психологічний стан хворого і знаходити відповідний підхід до нього. Однак це вдається не завжди: в одних випадках, і їх переважна більшість, лікар може завоювати довіру хворого з першого знайомства, а в інших – ніколи. Тому кожна розмова лікаря з хворим має містити елементи медичної освіти і, насамперед, відомості про характер захворювання, обґрунтування плану лікування та передбачення його наслідків. Протягом усієї історії медицини визначальною рисою у відносинах між лікарем і хворим була й залишається довіра, яка раніше передбачала повне право лікаря приймати рішення, а тепер орієнтується на творчу співпрацю, де мають місце сумніви щодо результатів лікування й прогнозу, а також правдиві відомості про серйозність самої хвороби. Все це становить сучасний медичний підхід до проблеми взаємовідносин лікаря і хворого, особливо сексопатологічного та андрологічного профілю, краще у вище згаданому тріумвіраті.

Чим більше ці стосунки ґрунтуються на бажанні та довірі, тим повніше вони виконують роль емоційного захисту, здатні відгукнутися співчуттям й співпереживанням, тим вищою є їхня моральна цінність. Така відкритість відносин між лікарем і хворим дає змогу розв’язати коло найрізноманітніших питань. Взаємовідносини лікаря і хворого – це не просто обмін інформацією, це важлива частина лікування. Адже давно відомо, що лікарі можуть впливати на хворобу без будь-яких ліків – перш за все, розумним словом, кваліфікованими діями. Вони є дуже важливими, особливо разом з ефектом плацебо, яке є біологічно інертною речовиною, котру лікар призначає хворому як біологічно активну. Певний час обов’язковою передумовою ефекту плацебо вважалася сліпа віра у чудодійну силу ліків. Однак саме співпраця лікаря і хворого породжує ефект плацебо, який, будучи науково обґрунтованим, доповнює медицину як науку і виправдовує погляд на неї, як на мистецтво.

У повсякденній діяльності лікаря часто виникають конфлікти утилітарної етики, яка вчить урахувати лише наслідки лікарської діяльності, та деонтологічної етики, згідно з якою слід орієнтуватися не тільки на наслідки, а й на загальноновизнані етичні принципи: чесність, вірність обов'язку, "клятві Гіппократа", дотримуватися прав людини тощо.

Важливою етичною проблемою є співвідношення свободи пацієнта і опіки над ним лікаря. Ця опіка позначається терміном "патерналізм", який може бути справжнім, наприклад, у разі непритомності хворого, або солітарним, коли пацієнт повністю довіряє лікарю і твердо переконаний, що той зробить усе для його видужання. Проте найчастіше зустрічається не солітарний, а домінуючий патерналізм, який вимагає від лікаря великого такту для спрямування волі пацієнта на шлях видужання.

Усе розмаїття підходів до співпраці лікаря та хворого складається із чотирьох головних компонентів: а) підтримки; б) розуміння; в) поваги; г) співчуття.

Підтримка – одна з найважливіших умов правильних взаємин лікаря і хворого. Вона у цьому випадку означає прагнення лікаря бути корисним для хворого. Проте це не означає, що лікар повинен взяти на себе всю відповідальність за стан здоров'я і настрої пацієнта. Тут мають допомагати його сім'я та близькі друзі. Однак основні ресурси приховані у самому хворому. Їх повне розкриття й використання стає можливим, якщо пацієнт усвідомить: лікар прагне допомогти, а не намагається примусити. Таким чином, лікар відповідає за моральну підтримку хворого, тобто активізує його роль у лікувальному процесі.

Ефективність лікування у всіх його матеріальних та психологічних варіантах насамперед залежить від бажання хворого одужати і, нарешті, від його впевненості в успіху. Згода хворого на активну участь у лікувальному процесі обумовлює позитивний результат.

Розуміння хворого з боку лікаря – це підґрунтя, на якому зростає довіра, адже хворий переконується, що його скарги зафіксовані у свідомості лікаря. і він їх активно осмислює. Розуміння може бути виражене і невербальним шляхом: поглядом, кивком голови тощо. Тон та інтонація здатні демонструвати як порозуміння, так і відстороненість, незацікавленість. Якщо хворий переконується у нерозумінні і небажанні його зрозуміти, то він автоматично перетворюється з помічника лікаря на його супротивника. Неправильне виконання лікарських рекомендацій (і, як наслідок цього, відсутність ефекту від лікування) – антикомплаєнс – може бути однією з ознак того, що хворий не впевнений у зацікавленості лікаря його конкретним випадком, у бажанні лікаря зрозуміти ситуацію і розібратися професійно. У такому випадку взаємини лікаря і хворого можуть зайти у безвихідь.

Повага передбачає визнання цінності хворого як індивіда і серйозності його тривоги. Ідеться не тільки про згоду вислухати людину, а, що важливіше, – продемонструвати, що її слова є вагомими для лікаря. Необхідно визнати значущість подій, які мали місце в житті хворого, і особливо тих, що становлять інтерес з погляду лікаря-професіонала.

Щоб продемонструвати повагу, необхідно ознайомитися з умовами життя хворого якомога ґрунтовніше, щоб спілкуватися з ним як з особою, а не лише як з носієм певної хвороби. Уже сам час, витрачений на з'ясування особистих обставин життя хворого, засвідчує повагу до нього лікаря. Часто все, що вимагається від лікаря, – це активно проявити зацікавленість. Важливими є прості речі, наприклад, швидко запам'ятати ім'я і прізвище хворого. Невербальне спілкування здатне як закріпити довіру до лікаря, так і зруйнувати її. Якщо дивитися хворому в очі і сидіти поруч, то він відчує повагу. Постійно переривати розмову з хворим або вести у його присутності сторонні розмови – означає продемонструвати неухважність до хворого.

Доцільно буває похвалити хворого за терпіння, за ретельне виконання ваших призначень. Якщо хворий показав вам результати своїх аналізів, рентгенограми тощо, зазначте, наскільки корисною виявилася ця інформація, тоді у такий спосіб виникне позитивний зворотний зв'язок. Однією з найнебезпечніших і деструктивних звичок лікаря є здатність до принизливих щодо своїх пацієнтів зауважень. Хворий, який випадково почув, як лікар насміхається з нього у колі друзів, мабуть ніколи цього не забуде і не пробачить. Аналогічна ситуація може виникнути під час збирання анамнезу, коли лікар постійно робить зауваження з приводу неточних висловлювань (формулювань) хворого, супроводжує відповідною незадоволеною мімікою обличчя, «нервовими» рухами рук.

Співчуття – ключ до співпраці лікаря та хворого. Необхідно вміти поставити себе на місце хворого, подивитись на світ його очима. Співчуття – це, певною мірою, своєрідна екранізація почуттів іншого на свою духовну сферу. Співчувати – означає відчувати іншого всім єством. Співчуття починається з факту нашої присутності, інколи мовчазної, з очікування, коли хворий заговорить. Лікар повинен уважно слухати хворого, навіть якщо він повторюється, давати можливість обговорювати причини і наслідки хвороби, його майбутнє, професійно та делікатно використовуючи сучасний психоаналіз (СПА) і психотерапевтичну корекцію (ПТК). Співчуття можна висловити досить просто, поклавши руку на плече хворого, потиснувши його руку, що створює певний позитивно емоційний настрій, на якому можна будувати взаємодовіру. Однак таке ставлення до хворого зовсім не означає “панібратства” або “вседозволеності”. Певна “дистанція” (непомітна для хворого) між лікарем та хворим повинна завжди підтримуватися, що буде гарантувати лікарю збереження свого заслуженого авторитету й гідності.

Неадекватний технічний прогрес, особливо недосконалі ринкові відносини, певною мірою руйнують добрі взаємини між лікарем та хворим. І коли лікар повністю дозволяє машині (навіть найдосконалішій) стати між собою і хворим, він ризикує залишити хворого без свого сильного “оздоровчого впливу”.

Налагоджені стосунки лікаря і хворого не тільки цілющі самі по собі, вони посилюють і полегшують вплив інших лікувальних процедур.

Наприклад, від цих взаємовідносин часто залежить дисциплінованість хворого, його готовність виконувати всі лікарські рекомендації, що зветься комплаєнсом. Бажання співпрацювати зі своїм лікарем створює своєрідну платформу для бажання хворого змінити спосіб життя. Однак зустрічаються й такі випадки, коли хворі свідомо або підсвідомо не бажать такої співпраці. Однак лікарю все ж необхідно знайти “спільну мову” з такими категоричними хворими. Впізнати хворого, який скептично налаштований щодо лікарів і медицини в цілому, не так вже важко, але уникнути його негативної або захисної реакції значно складніше.

На жаль, є хворі, які переслідують мету, далеку від лікування. Цих хворих важко розпізнати, адже вони, на відміну від перших, уміють створювати хибне враження про плідну співпрацю, мають цілком пристойний вигляд і нібито повністю довіряють лікарям. Так, ця категорія хворих на перших порах найбільше вихваляє своїх лікарів, постійно робить їм комплементи, однак і найчастіше вступає в конфліктні ситуації з ними.

Це випадки, коли хворий своїми словами і вчинками намагається схилити лікаря на свій бік для протистояння із членами своєї сім’ї. У даній ситуації лікар стає зброєю, яку хворий намагається використати проти своїх близьких. Хворий може прямо попросити лікаря втрутитись у домашній конфлікт. Такі прохання слід розцінювати як сигнал, що передрікає небезпеку. Другий тип ситуацій, у яких можливе зловживання довірою лікаря, – коли хвороба або нездоровий спосіб життя мають певну користь для хворого. Тобто хворобливий стан надає йому певну перевагу, і він намагається за будь-яких обставин підтримувати його. Користь хворий може вбачати у підвищеній увазі до своєї персони з боку оточуючих, у меншій відповідальності за свої вчинки, в ухилянні від домашніх обов’язків, у деяких пільгах, передбачених законом, зокрема для хворих на туберкульоз, цукровий діабет. Хворому вигідно бути хворим, він уже ввійшов у цю роль, і тепер це потрібно довести або підтвердити офіційно. І тут він використовує всі можливі засоби, у тому числі й довірливі стосунки з лікарем.

Нарешті, є ще один досить рідкісний тип людей, не здатних до плідної співпраці з лікарем. Їх можна назвати конфліктними пацієнтами, яким усе не до вподоби: і порядки в лікарні, і харчування, і лікування, і, зрештою, самі лікарі. В усьому вони вбачають порушення чинного законодавства, саме тому стають постійними кореспондентами різних відомств та міністерств. Починаються перевірки, надходять судові позови тощо. Усе це призводить до психоемоційної напруги, колосальної витрати часу на перевірки різними авторитетними комісіями тощо. І, зрештою, якщо такі процеси затягуються, лікар втрачає спокій, “рівновагу” і навіть репутацію. Хворі ж продовжують “успішно боротися”, затягуючи у свої “тенета” все нові і нові “жертви”. Цікаво, що такі хворі переважно не важкі у медичному плані. У більшості з них спостерігаються функціональні розлади (нейроциркуляторна дистонія, дискінезія внутрішніх органів тощо). Хворих такого типу слід відрізнити від важкохво-

рих, які покладають на медицину нереалістичні надії та неодмінно відчують глибоке розчарування, коли стикаються з досить скромними результатами лікування. Таких людей часто по-людськи можна зрозуміти і поспівчувати їм. Проте і тут виникають подібні проблеми – скарги, нарікання тощо. Вихід для лікаря лише один-єдиний – добросовісно виконувати свої професійні обов'язки, робити все можливе, щоб зменшити страждання хворих. Крім того, адміністративні перевірки не будуть приносити неприємностей, коли лікар чітко оформив медичну документацію.

Ще існує категорія хворих, з якими просто важко. Їх умовно поділяють на такі типи: наполегливо-вимогливі, нав'язливі та хронічно невдоволені. Наполегливо-вимогливі вміють обґрунтувати свої найабсурдніші вимоги. Нав'язливі користуються медичною допомогою настільки інтенсивно, що викликають роздратування і досаду. Хронічно невдоволені доводять лікарів до розпачу своїми повідомленнями про неефективність застосованого лікування. Важливо не сплутати наведені вище типи хворих із зовсім іншими категоріями “важких” хворих, яким дійсно важко встановити діагноз через атиповий перебіг хвороби. Сила їхнього впливу на лікаря може бути неадекватною, якщо він не вміє правильно поводити себе з ними. Наполегливі, нав'язливі або вічно невдоволені люди здебільшого викликають негативні емоції не тільки у лікарів, але й в усіх оточуючих.

Довірливі стосунки з хворими безсумнівно відіграють суттєву роль у лікувально-діагностичному процесі. Однак у деяких випадках ці стосунки заважають лікарям об'єктивно оцінити ситуацію і правильно зрозуміти події. Через високий ступінь довіри до хворого можна не помітити наркоманію, медикаментозну залежність або той факт, що хворий одночасно лікується й у іншого лікаря і виконує саме його рекомендації, які, однак, суперечать вашим. І все ж таки здатність установлювати і підтримувати довірливі стосунки – часто найголовніша властивість лікаря, яка спонукає людей звертатися до нього по допомогу.

Ділитися сумнівами, особливо з хворими, нелегко. Вони можуть вимагати від лікаря повної ясності, сподіваючись перекласти на нього відповідальність як за прийняття рішення, так і за кінцевий результат.

“Медицина – це наука про невизначеність і мистецтво ймовірності” (Ослер). Ймовірність правди водночас означає і ймовірність помилки. Сучасні лікарі все більше починають розуміти, що невизначеність є невід'ємною частиною їхньої діяльності. Невизначеність можна виміряти, зменшити, охарактеризувати, проте позбутися неможливо. Згідно з древньою китайською мудрістю “Сумніватися незручно, бути впевненим – смішно”. Важливе завдання сучасних лікарів – навчитися визнавати існування невизначеності, а в деяких випадках, – можливо, примиритися з нею. Головним у даній ситуації є вміння правильно, делікатно поділитися сумнівами з хворими, які також повинні ділитися своїми сумнівами, котрих буває чимало!

Невизначеність – один із неприємних аспектів нашого життя. Ні лікарів, ні хворих не захоплює думка про необхідність з нею миритися і ділитися сумнівами з іншими. Лікарі бажають впоратися з власною невпевненістю та виправдати свої сумніви шляхом призначення все нових та нових діагностичних тестів, кожен з яких мав би прояснити ситуацію. Оскільки повна ясність, у принципі, не буває можливою, теоретично можна виправдати безліч таких уточнень.

Іншою помилкою лікаря може стати надумана ясність, що є результатом маскування невизначеності і тим самим – замовчування факту її існування. В. Маяковський писав: “Хто постійно ясний, той є просто глупий”.

У таких випадках лікар використовує надумані діагностичні терміни й схеми лікування, часом така надуманість стає корисною, особливо коли необхідно “перестрахуватися”, наприклад, у випадках зараження небезпечною хворобою. Однак в інших випадках така штучна визначеність може завести у безвихідь. Прикладом цього можуть бути такі невизначені терміни, як “вірусна інфекція”, “криптогенний сепсис”, “слабкий імунітет”, “горячка”, “високий тиск” та інші, які не дозволяють ні визначитися з прогнозом, ні призначити необхідне лікування. У деяких випадках необхідно поділитися з хворим своїми сумнівами, але такими, які б не паралізували його волю до дії. Адже спрямовуючи свій потужний моральний потенціал на духовну сферу хворої людини, сам лікар є ефективним засобом для відновлення, підтримки її духовних і фізичних сил. Поділитися сумнівами зовсім не означає передати іншому свій страх, свою невпевненість.

Існує ще один дуже важливий аспект сучасних взаємовідносин лікаря і хворого – дізнаватися й говорити правду. Внутрішня цензура, суспільна думка і соціальні табу накладають обмеження на все, що людина хоче повідомити і здатна вислухати в повсякденному житті. Отже, ці умовності дозволяють повідомляти лише часткову правду. Медицина – це сфера, якій дозволено обговорювати найінтимніші секрети хворих, і лікар має право чекати на свої запитання відвертих відповідей. Пацієнту буває важче сказати самому собі правду про своє самопочуття або про причини хвороби. Як дізнатися правду від хворого? Довірливі взаємини лікаря з хворим забезпечать такий рівень “відкритості”, за якого хворий може зізнатися щодо своїх істинних відчуттів та мотивів поведінки. Якщо ж він що-небудь приховує, то лікар-фахівець зазвичай може це помітити: коли слова не відповідають невербальним сигналам і об’єктивним даним.

Даний аспект відносин між лікарем і хворим є водночас однією із складних, болісних тем лікарської етики. Вона розробляється, головним чином, самими медиками й називається медичною деонтологією. Оскільки медична етика в різних країнах формується під сильним впливом національно-культурних традицій, не існує однозначної відповіді на запитання: чи слід говорити хворому правду щодо його стану. В суспіль-



тві було прийнято вважати, що лікар не повинен говорити хворому про його страшну недугу, неминучість смерті.

Такі самі матрологічні підходи до проблеми відвертості лікаря й пацієнта залишилися і в перехідний період розвитку нашої держави. І клінічна практика – підтвердження цьому: найбільше скарг у різні інстанції надходить у випадках, коли лікарі надто відверті з хворими та з їхніми близькими родичами. У деяких західних країнах, навпаки, лікар зобов'язаний повідомити пацієнту всю правду про стан його здоров'я, у тому числі й про можливість смерті. Хворий у цей час може завершити всі свої земні справи: розпорядитися спадщиною, сплатити борги, подбати про сім'ю, приготуватися до неминучого, виконавши релігійні обряди, якщо це віруючий, тощо.

Але слід зауважити, що говорити всю правду про істинний стан хворого і його перспективи, мабуть, не варто. Адже всім відомо, що надія помирає останньою. А говорячи всю правду хворому про його невиліковну хворобу, ви свідомо знищуєте цю надію, а з нею й усі внутрішні резерви самозахисту від хвороби, які ще залишились у хворого. Клінічна практика засвідчує випадки самовиліковування від тяжких недуг, коли традиційна медицина була безпорадною. І тут вирішальну роль відіграла віра хворого (отримана від самонавіювання або від авторитетного лікаря) у одужання. Підхід до хворого, якого лікуємо, має бути такий самий, як до себе. Перш ніж призначити хворому лікування, потрібно запитати себе: “А чи зміг би я собі призначити таке лікування?” І коли отримаєте позитивну відповідь, тоді з полегшенням можете підтвердити призначення.

Медичні навчальні заклади раніше не давали, на жаль, якісних знань із найголовніших питань медичної етики. У такій тонкій сфері людської діяльності, як медицина, можливо, справа навіть не у знаннях, а в людяності і порядності. І чи має вже тут суттєве значення професійна підготовленість, коли елементарна загальнолюдська культура, на жаль, відсутня? Вміння переконливо сказати хворому, що сьогодні він виглядає значно краще, не вимагає формальних знань етики, бо у справжнього лікаря є природний, воістину Божий дар творити людям добро!

В основі ятрогенних захворювань у взаємовідносинах “лікар – пацієнт” часто-густо є грубе порушення етичних та деонтологічних принципів як у фізичній, так й моральній, особливо вербальній формі. Оптимістична нота ніколи не завадить, навіть у важких випадках, коли немає дійсно надії на порятунок. “Ложь во благо” іноді життєво необхідна, якщо вона йде на користь хворому. Кожен професійний лікар повинен обов'язково володіти мистецтвом психотерапевтичної корекції, особливо це стосується сексологів та андрологів, які мають справу нерідко з хворими-мікстами!

Доброзичлива людина, особливо лікар, завжди має переваги перед похмурою “ходячою енциклопедією”. Відома сентенція: “Як тобі не стало краще після спілкування з лікарем, то це був не лікар!” Авжеж, і хворий мусить бути активним помічником лікуючого лікаря. Мудрий грек

сказав пацієнту: “Дивися, нас є трійця – я, ти і хвороба. Як ти будеш зі мною, то ми здолаємо її одну. Але як ти перейдеш на її бік, я не зможу перемогти вас обох!” Ніколи не залишай хворого за своєї ініціативи, будь поряд з ним, навіть в самих важких ситуаціях надія вмирає останньою, а шлях подолає той, хто по ньому йде!

Медична таємниця, в першу чергу, є нерозповсюдження конкретних відомостей про пацієнта не тільки оточуючим і певним установам, але якщо ця інформація не шкодить інтересам суспільства, або, що буває частіше, може нанести непоправну шкоду безнадійно важко хворому. Цей підхід до лікарської таємниці тісно пов’язаний з лікарською правдою, яка повинна надавати тільки ту інформацію хворому, котра є корисною для нього. Не мусить бути правди на шкоду надії, хоча би маленької, бо вона вмирає останньою та повинна залишатися на вустах фізично померлого.

Життєвих прикладів правильної та, навпаки, неправильної дії лікуючих лікарів є чимало. Так, великий хірург М.І. Пирогов був свідомо, але професійно зі знанням етики, введений в оману відомим хірургом Більтротом, який зумів переконати важко хворого колегу, що у нього лише занедбаний запальний процес ротової порожнини. Насправді то був прогресуючий рак верхньої щелепи, про що сам консультант знав, але зумів майстерно позитивно вплинути на вельмишановного пацієнта, який в невіданні страшного прожив ще декілька років з вірою в одужання. Навіть, помираючи, був переконаний, що причиною смерті стала “заразна кров”.

Зігмунд Фрейд був важко хворий на рак шлунку і це досвідчені лікарі ретельно від нього приховували. Саме це давало йому надію, що “гастрит” успішно, поступово лікується. Корифей мав оптимістичний настрій, поки не почув від випадкового у клініці “авторитета”: “о, та у вас прогресуючий рак шлунка, а ви ще добре тримаєтесь!” Мудрий Фрейд лише зміг прошепотіти: “як лікар може таке казати хворому...”. Після того впав у глибоку депресію, з якої так і не зміг вийти до смерті, котра настала дуже скоро. Фактично згубна словесна інформація не знаючого етики та деонтології “лекаря” привела до скорою смерті корифея психоаналізу.

Лікар, який повідомляє хворому необхідну правду, повинен обов’язково дати і надію. Допомогати хворому дивитися правді у вічі, але не втрачати надії на краще – одне з найважчих і найважливіших завдань. Погані новини повідомляти важко. Головне тут – визначитись, яку частину правди сказати хворому за одне відвідування. Зазвичай реакція й запитання хворих дають зрозуміти, яку правду вони хочуть почути. Її, мабуть, краще давати почути у малих дозах. Говорити правду вважається звичним для хворого стосовно лікаря. Однак важливіше для лікаря – це сказати правду самому собі, тобто зізнатись у своїх недоліках і визначити свої можливості. Уміння встановлювати межі можливого й ефективно розподіляти свої сили є дуже важливим для лікаря. У клінічній медицині дедалі частіше зустрічаються ситуації, коли переко-

нання лікаря і хворого не збігаються. Непримиримі суперечності виникають, наприклад, коли лікар відмовляється призначити лікування, яке вимагає хворий, або коли хворий категорично відмовляється виконувати рекомендації лікаря. Лікарям буває непросто навчитися уживатися з хворими, які не просто висловлюють прохання, а іноді видають справжні накази. Якщо існує вибір, то повинен обирати хворий, який має на це право, але часом лікар змушений категорично сказати «ні», якщо цей вибір не на користь хворому та суспільству. Необхідна взаємна повага, громадянська гідність у всіх людських взаємовідносинах!

Удосконалення знань, особливо медичних, повинно бути систематичним – банальна істина. Частіше йдеться про помилки в діагностиці, однак помилки в лікуванні – більш складна справа. Дефекти хірургічного лікування виявити відносно простіше, про це свідчать існуючі фундаментальні дослідження. Цього не можна сказати про не хірургічні спеціальності, де переважає фармакотерапія.

Одні і ті ж хвороби по-різному лікують у різних країнах, навіть у різних регіонах нашої держави. Але заключення про хибне лікування можливе на основі загальноприйнятих в Україні положень. На жаль, помилки в лікуванні зустрічаються нерідко. Так, у поліклініках не завжди вмотивовано замінюють один медикамент іншим, нерідко на менш дорогий вітчизняний, що зрозуміло в наш скрутний час. Але не можна зрозуміти ситуацію, коли лікарі призначають дуже дорогі так звані харчові добавки, особливо коли вони самі є дистриб'юторами певних фірм чи рекламують таку продукцію як альтернативу офіційній фармакотерапії. Остання, на жаль, переважно не є вітчизняною!

Можна назвати чотири основні причини помилок у лікувальному процесі: неправильна діагностика основної хвороби, недооцінка супутніх захворювань та ускладнень, відсутність узгодженості між лікарями у веденні хворого та, власне, помилки в лікуванні.

Трагічна помилка у діагностиці та лікуванні молодшої, улюбленої донечки мала місце у всесвітньовідомого корифея кардіології Миколи Стражеско. Він дуже багато зробив для вітчизняної кардіології, успішно лікував різних хворих, в т. ч. урядовців, партійних керівників. Донечку лікував сам довгий час від серцевої патології, а вона буквально згоріла від швидкоплинного туберкульозу легенів, який навіть в ті часи можна було своєчасно діагностувати та вилікувати. Після такого фатального випадку корифей втратив себе не тільки як лікар, а і як людина, не змігши вибачити собі невинуватну помилку!

А як кваліфікувати, оцінити страшну діагностичну помилку – “недогляд” за єдиним сином нашого колеги – найвідомішого висококваліфікованого “лікаря від Бога” ГСВ, який також не зміг вибачити собі той жахливий випадок та передчасно пішов з життя?

Мабуть ніхто з людей не застрахований від життєвих негараздів та непередбачених помилок, які, на жаль, мають також трагічні наслідки!

Нездатність до концептуального мислення при діагностиці хвороби призводить до хаотичності лікування. Сюди ж відноситься і недооцінка

супутніх захворювань і ускладнень на фоні постаріння населення, хронізації багатьох захворювань. Пацієнт, що має лише одну хворобу, зустрічається все рідше! Множинність хвороб притаманна сьогодні не тільки літнім людям, але і багатьом молодим. На жаль, досі призначають пацієнтам старшого віку різні ліки в стандартних дозах без врахування, наприклад, очного тиску, стану передміхурової залози чи інших геронтологічних проблем, які суттєво ускладнюють процес лікування таких хворих!

Вкрай негативно впливає на результати лікування недостатня узгодженість між лікарями різних спеціальностей. Крім того слід враховувати не тільки прямий, але і зворотній зв'язок: поліклініка – стаціонар і, навпаки.

Стара сентенція: “хто добре діагностує, той добре лікує” не завжди є гармонійна. Звичайно, правильна діагностика здебільшого стає запорукою і відповідного лікування, однак попри правильне діагностування можливе неправильне лікування, якщо не враховувати індивідуальні особливості хворої людини.

Помилки в лікуванні можуть мати об'єктивні та суб'єктивні причини, але межа між ними відносна. Наприклад, відсутність необхідних ліків може бути і об'єктивним, і суб'єктивним фактором. Якщо при неправильній діагностиці 60-70% помилок обумовлені суб'єктивними причинами, то при помилковому лікуванні їх питома вага стає переважаною. Звичайно, при цьому все зводять до недостатнього знання лікаря, забуваючи про такі фактори, як особливість його мислення та поведінки... Корені незнання, насамперед, слід шукати в тому, що раніше вища школа не завжди навчала майбутнього лікаря вчитися систематично. Тому молоді лікарі нерідко переоцінюють щойно набуті знання, лікарі зі стажем – свій досвід. Вони забувають істину, що інформація має прогресивну звичку ставати застарілою, особливо за останні роки бурхливого розвитку науки.

У наш час в Україні працюють факультети і кафедри післядипломної освіти при медакадеміях, медуніверситетах, які намагаються ліквідувати ці недоліки.

Особистість лікаря важко переоцінити в лікувальному процесі, але без кваліфікованого середнього і молодшого персоналу лікування не може бути комплексним та повноцінним, особливо в державних масштабах. Важливо, щоб досвідчені лікарі систематично навчали своїх помічників як в процесі роботи, так і на спеціальних курсах підвищення кваліфікації.

Слабкість синтетичного мислення може бути однією з причин існування небезпечної поліпрагмазії, а також переважно симптоматичного лікування. Відсутність динамічності в розумінні перебігу хвороби обумовлює довготривале однотипне схематичне лікування без врахування фаз її розвитку та особливостей перебігу. Нерідко, на жаль, під час лікування (наприклад, терапевтичних хворих) лікуючий лікар недостатньо володіє науковими принципами та навичками психотерапії, під

якою іноді розуміє лише авторитарне давання порад чи банальне ствердження “не хвилюйтеся, все буде добре”. Попри те, слід вміти знаходити професійний підхід до окремих категорій хворих: чоловіка і жінки, молоді і літньої людини, хоча діагноз у них може бути майже однаковим. За кордоном у системі підготовки сімейного лікаря цьому обов’язково навчають...

Справжня наукова дієтотерапія має величезне значення в лікуванні багатьох хвороб. “Ми є те, що ми їмо”, – казали мудрі люди, і це є особливою, дуже важливою темою для розмови!

Рідко використовують медики фізіотерапію, а якщо вже і признають, то вибір процедур не завжди відповідає суті хвороби. Чомусь вважають, що фізіотерапія потрібна в травматології, неврології. Нехтують лікарі і справжньою лікувальною фізкультурою, яка є більш доступною вищеназваним відділам, санаторіям, спецзакладам, де буває незамінною. А це – далеко не повно використаний резерв здоров’я, особливо актуальний в економічно скрутний час, коли високовартісну фармакотерапію можна ефективно компенсувати в певній мірі показаними вправами ЛФК. Досвід східної та й сучасної медицини – позитивний приклад того.

Багато помилок у фармакотерапії, яка сьогодні заповонила ринок, як це не парадоксально, кількістю, а не якістю! Важко впроваджується розумне правило: де можливо лікувати без фармакопрепаратів, краще їх не використовувати! Особливо небезпечною є поліпрагмазія. В цьому певну роль відіграє зростання кількості функціональних розладів нервової системи, при яких хворі звертаються до різних лікарів, отримуючи від них іноді протилежні рекомендації і призначення багатьох ліків в максимальних дозах довготривалими “курсами” без врахування індивідуальних особливостей хворої людини, але “згідно інструкції”.

На жаль, не завжди чітко знають лікарі діапазон дозування ліків, їх сумісність, побічні ефекти, протипоказання, особливості лікування хворих різних вікових груп (зокрема, старшого віку). Тому, мабуть, не випадково можна чути сентенцію “про більш безпечну хірургію і все більш безпечну терапію”.

З іншого боку, на жаль, зустрічаються випадки, коли лікаря-інтерніста хірурги запрошують на консультацію вже після проведення операції, якщо дають себе знати, наприклад, декомпенсований цукровий діабет, серцева чи легенева недостатність. І має важкі наслідки такий хворий не від операції, яка виконана бездоганно, а дійсно від хвороб внутрішніх органів, визначенню стану яких до того не було приділено належної уваги. На жаль, бувають і протилежні випадки, коли терапевти занадто пізно передають пацієнтів хірургам, яким доводиться втручатися вже за життєвими показаннями.

Як же зменшити кількість помилок при лікуванні? Перш за все, цій проблемі необхідно приділяти більше уваги у процесі навчання та підвищення кваліфікації лікарів, медиків взагалі. В медицині, як і в житті, негативні приклади педагогічно більш конструктивні, ніж позитивні.

Один мудрий лікар сказав: “Добрий лікар відрізняється від поганого тим, що перший знає, ЯК НЕ ТРЕБА ЛІКУВАТИ!” Головний принцип людського життя – не роби шкоди собі та людям – завжди повинен бути головним в медицині!

При обговоренні загальних принципів лікування і помилок, які мають місце при цьому, потрібно враховувати базисну професію, вплив спеціалізації. Так, дільничний терапевт нерідко захоплюється симптоматичним лікуванням, більш вузький спеціаліст (і в поліклініці, і в лікарні) краще лікує відповідні спеціальні захворювання. Але загальне бачення хворого і хвороб в їх взаємозв’язку все більш втрачає і той, і інший лікар. В ідеалі справжній сімейний лікар і медсестра мусять зайняти більш пристойну позицію, але за умови правильного підбору кандидатів та їх висококваліфікованої підготовки і створення для них відповідних умов праці та життя.

Про медицину, лікарів, взагалі медиків судять, в основному, з результатів лікування, однак, щоб люди менш хворіли, потрібно всім ретельно сповідувати здоровий спосіб життя у всіх його аспектах. Завдяки науковому прогресу, обов’язковому професіоналізму значно зменшиться кількість помилок у діагностуванні та лікуванні. Тому майбутнє за новітньою медициною профілактичною, яка має все більше реальних шансів на впровадження у життя конкретної людини!

### *Література*

1. Агарков С.Т. Сексологія: Енциклопед. справочник / С.Т. Агарков. – Минск, 1995.
2. Бобров О.Е. Медицина (нравы, судьбы, бесправие) / О.Е. Бобров. – К.: Здоровье, 2006.
3. Возианов А.Ф. Медицинская наука и практика на стыке тысячелетий / А.Ф. Возианов // Доктор. – 2001. – №1(5). – С. 3-10.
4. Горпинченко И.И. Сексология и андрология / И.И. Горпинченко. – К.: Абрис, 1997. – С. 59-77.
5. Горпинченко И.И. Сексология. Вчера, сегодня, завтра / И.И. Горпинченко // Доктор. – 2001. – №1(5). – С. 10-12.
6. Грандо О.А. Лікар та хворий: етика взаємовідносин / О.А. Грандо // Мистецтво лікування. – №2. – 2003. – С. 91-94
7. Генік С.М. Федір-Фрідріх Гааз – вчений в дзеркалі медичної етики / С.М. Генік, С.І. Генік // Галицький лікарський вісник. – 2008. – №3. – С. 117-119.
8. Деткин С. Немец, на которого молилась вся Москва / С. Деткин // Чудеса и приключения. – 2007. – №212. – С. 53-58.
9. Кришталь В.В. Общая сексопатология / В.В. Кришталь, Б.Л. Гульман. – Х.: ЧП “АСИ”, 1997. – С. 166-217, 267-270.
10. Кундієв Ю. Біоетика: міст в цивілізоване майбутнє / Ю. Кундієв // Мистецтво лікування. – №2. – 2003. – С. 77-80.
11. Лесін А.І. До питання етики сімейного життя / А.І. Лесін, М.Б. Пастух // Сексологія и андрология. – К., 1998. – Вип.4. – С. 206-210.

- 12.Лесін А.І. Чоловік і жінка (азбука інтимного життя) / А.І. Лесін. – Івано-Франківськ: Сімик, 1999. – 28 с.
- 13.Лесін А.І. Інтимне життя / А.І. Лесін. – Івано-Франківськ: Сімик, 2000. – 32 с.
- 14.Лесін А.І. Роздуми про помилки лікування / А.І. Лесін. – Івано-Франківське МУ, 2001. – №1. – С. 71-73..
- 15.Лесін А.І. Принципи етики та деонтології в практиці сексопатолога, андролога / А.І. Лесін // Програмна доповідь на 1 з'їзді сексологів, андрологів України. – 2004. – 16 с.
- 16.Лесін А.І. Роздуми про жіночу сексуальність / А.І. Лесін // Здоров'є мужчини. – 2006. – Вип.2. – С. 86-91.
- 17.Лесин А.И. Интимные проблемы в моральном и возрастном аспектах А.И. Лесин // Здоров'є мужчини. – 2006. – Вип.3. – С. 52-55.
- 18.Лесін А.І. Проблеми етики, моралі та деонтології в практиці сексопатолога, андролога / А.І. Лесін // Здоров'є мужчини. – 2007. – Вип.2. – С. 57-59.
19. Лесін А.І. Біоетика в сучасному суспільстві / А.І. Лесін // Програмна доповідь на II з'їзді сексологів, андрологів України, 2009, 22 травня. – 2009. – 19 с.
20. Лесін А.І. Жіноча сексуальність у сучасному суспільстві / А.І. Лесін // Здоров'є мужчини. – 2009. – Вип.2. – С. 164-168.
21. Орлов А.Н. Исцеление словом / А.Н. Орлов. – Красноярский университет, 1989. – 512 с
22. Пелешук А.П. Етика взаємовідносин лікаря та хворого / А.П. Пелешук, Л.П. Мусієнко. – К.: Здоров'я, 1993. – 89 с.
23. Соколова М.Н. Сексология и андрология / М.Н. Соколова. – К.: Абрис, 1997. – С. 254-271, 274-291
24. Сточик А.М. Ф.П. Гааз и проблемы медицинской этики / А.М. Сточик, М.Я. Яровинский // Клиническая медицина. – 2004. – №7. – С. 72-75.
25. Яровинский М.Я. Лекции по курсу: медицинская этика / М.Я. Яровинский. – М., 2000-2001. – Вып.1,2. – 193 с.

*Стаття надійшла до редакційної колегії 08.09.2010 р.*

*Рекомендовано до друку докт.мед.наук, професором Середюком Н.М.*

## BIOETHICS IN MODERN SOCIETY

**A. I. Lesin**

*PreCarpathian National University named Vasyl Stefanyk;  
76000, Ivano-Frankivs'k, st. Shevchenko, 57*

*The main aim in relations between doctor and patient are positive achievement in concrete process of medical treatment in which for sexual pathological profile patient are interaction in triumvirate: doctor – professional – patient – his rational sexapil Medicine and doctors are judged*

*by medical treatment results, but it is necessary to keep healthy lifestyle in all its aspects. Owing to scientific progress, compulsory professionalism reduce mistakes in medical treatment.*

**Key words:** *doctor, patient, relations, bioethics, mistakes, medical treatment, professionalism, healthy lifestyle, scientific progress.*