

Медична деонтологія очима лікаря за фахом «Загальна практика–сімейна медицина»

В.В. Єхалов, О.М. Клигуненко, О.Ю. Муризіна
Дніпропетровська медична академія МОЗ України

Було проаналізовано 400 анонімних анкет з питань медичної етики та деонтології лікарів-інтернів та лікарів циклу спеціалізації «Загальна практика–сімейна медицина». Лікарі-інтерни показали високий рівень усвідомлення питань медичної етики та деонтології та з честю втілять ці принципи у свою практичну діяльність. Лікарі з певним стажем роботи за різними медичними спеціальностями при анкетуванні використали свій попередній досвід з окремих питань медичної деонтології, базою якого була освіта за радянських часів. Поняття з правових питань були досить сумнівними в обох групах опитуваних.

Ключові слова: післядипломна освіта, спеціалізація, медична деонтологія.

На початку XIX століття англійський філософ Бентам визначив терміном «деонтологія» науку про поведінку людини будь-якого фаху. Для кожної професії є свої деонтологічні норми. Медична деонтологія – це сукупність етичних норм та принципів поведінки медичних робітників під час виконання своїх професійних обов'язків (Леус П.А., 1997). Етичний фактор завжди мав у медицині традиційно велике значення, оскільки в її розпорядженні є цілий арсенал засобів, які можуть бути використані як на користь, так і на шкоду пацієнту. Професія лікаря передбачає не тільки наявність глибоких професійних знань, але й високої моральності.

Починаючи з другої половини XX сторіччя, у зв'язку з бурхливим розвитком науки та передових технологій у медицині питання медичної деонтології здобули нову актуальність. Основні принципи медичної деонтології втілені у низці міжнародних декларацій та конвенцій, насамперед у Загальній декларації прав людини, що була прийнята у 1948 році Генеральною асамблеєю ООН, у якій принцип лікарської етики Гіппократа про святість людського життя отримав статус найважливішої складової міжнародного права.

Зараз особливо важливо звернути увагу як на історичний досвід розвитку морально-етичних принципів медицини, що має велике значення для сучасного лікаря, так і на сучасне його переосмислення – від «Клятви Гіппократа» до нещодавно прийнятої у сусідній країні «Обіцянки лікаря Росії» (терміни «клятва» та «обіцянка» мають дещо різний ідейний ступінь).

В умовах поширення у суспільстві етичного нігілізму та прагматизму відмова від моральних засад лікарської справи створює певні професійні, соціальні та юридичні проблеми. Питання медичної етики та деонтології особливо загострилися у кінці минулого століття. Це відбувалося на тлі змін соціально-економічних відносин, кризи охорони здоров'я. Цьому сприяли залишковий принцип фінансування, низька зарплата, утворення ринкових відносин у медицині, що раніше були їй не притаманні. Зростали явища дегуманізації, відчуження лікаря та пацієнта, що було зумовлено втіленням у медицину нових діючих методів інструментального та лабораторного дослідження, зниженням значення контакту «лікар–хворий» (С.С. Острополец, 2014).

Мета дослідження: визначення відношення лікарів-

інтернів та лікарів циклу спеціалізації за фахом «Загальна практика–сімейна медицина» до проблем медичної етики та деонтології.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

На нашій кафедрі багато років проводиться навчання лікарів-інтернів та лікарів-курсантів циклу спеціалізації (ці медичні працівники мають певний досвід роботи з хворими) за фахом «Загальна практика–сімейна медицина». Заняття проводяться з організації, діагностики та лікування хворих (постраждалих) при невідкладних станах та надзвичайних ситуаціях. У кінці навчання, коли лікарі-інтерни та лікарі-курсанти отримали залік та вже ні в чому не залежні від співробітників кафедри, ми пропонуємо їм заповнити анонімні анкети з питань медичної етики та деонтології. Було відібрано та проаналізовано 400 таких анкет. До розгляду брали повідомлення, що відповідали запропонованій формі.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

По-перше, здивувало те, що 21,5% опитуваних не повною мірою розуміють поняття «медична деонтологія», обмежуючись тільки етичною поведінкою лікаря під час спілкування з хворим.

Протягом багатьох років формувалися та відшліфовувалися благородні принципи медичної етики та деонтології, які визначають поведінку сучасного медичного працівника. Звісно, що треба виключити нетактовне, зверхнє, брутальне відношення до пацієнтів, їхніх родичів та колег. Відношення до всіх пацієнтів, незалежно від соціального статусу, національності, віросповідання, політичних мотивів тощо – повинно бути поважним та доброзичливим. Ставлення до своїх колег, у тому числі під час обговорення з пацієнтом призначень або дій (бездіяльності), які були (не були) виконані у відношенні до пацієнта іншими лікарями, повинно бути поважним. Треба уникати засудження дій (бездій) пацієнта, своїх колег, посадових осіб, державних службовців, не обговорювати (у формі критики) з пацієнтом лікувальні дії попереднього лікаря. погодилися з цим принципом 96% респондентів, але 4% – навпроти, відповіли питанням: «Якщо інший лікар скалічить хворого, то про це й сказати не можна?»

Висловлюючи свої думки з позицій медичного працівника та пацієнта (себе самого), респонденти відзначили той факт, що в медичній сфері України певним зниженням рівня медичної деонтології характеризується період з 2000 до 2012 року (інтерни – 56,3%, курсанти – 79,5%). Проте наведені пояснення, на жаль, не прояснили ситуацію.

Сьогодні в Україні відбувається посилене реформування у галузі медицини; 98% респондентів впевнені, що втілення у практику страхової та платної медицини значно підніме етичний рівень персоналу; 75% лікарів-курсантів та 86% інтернів впевнені, що покращення особистого матеріального становища медичних працівників буде сприяти підвищенню деонтологічного рівня їхньої роботи. Проте виключно всі респонденти впевнені, що підвищення рівня кримінальної відповідальності медичних працівників не буде на користь

етичному спілкуванню між лікарем та пацієнтом. Між тим, 7,3% інтернів та 24,5% старших колег вважають адміністративну відповідальність важливою складовою програми підтримання медичної деонтології.

Досвід рецензентів свідчить, що більше 85% зареєстрованих скарг хворих та їхніх родичів на якість лікування пов'язано з недодержанням медперсоналом правил медичної деонтології. Здебільшого причина в тому, що лікар не надає у достатній мірі пояснень хворим та родичам, тому й отримує необгрунтований негативізм. Але треба зазначити, що серед пацієнтів є особи з психічними розладами, у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння та й просто невиховані. Ці хворі не сприймають пояснень, навіть якщо їм це повторюють багато разів. У «вільній графі» анкети 13,2% опитуваних лікарів (з досвідом роботи) пропонують не приймати до розгляду «безглузді» скарги, а 8,3% респондентів, навпроти, зазначають, що необгрунтованість скарги повинна довести спеціальна комісія.

Лікар ніколи не повинен принижувати честь та гідність пацієнта. Це один з основних принципів медичної етики. Лікар повинен сприймати хворого таким, який він є, не дозволяючи собі емоцій та образ. Але хто забезпечить гідність лікаря як людини? Правди не сховати: у нашому сучасному суспільстві все більше осіб, які не переймаються етичними проблемами, ставлять себе значно вище оточуючих. Чого варте звернення до лікаря п'яного здоров'я (наводиться з купюрами): «Знаєш, яка між нами різниця? У тому, що я можу тобі плюнути в лице, а ти мені – ні!» Яку витримку повинен виявити медичний працівник, чи не є така поведінка окремим осіб причиною найвищого рівня серцево-судинних захворювань серед лікарів? Як правило, заяв до правоохоронних органів вони не пишуть, а кримінальні справи не порушуються. «Зухвалість має сенс тільки у тому випадку, коли вона викликає рівну собі реакцію інтелекту» (С.Е. Лец). Або: «Слова дурня святощі наші образити не можуть» (К. Лепорелло). Шановні колеги, не допускайте руйнування власного здоров'я впливовими обставинами, які не є об'єктивними.

Пацієнти у стані наркотичного та алкогольного сп'яніння можуть створювати безпосередню загрозу здоров'ю медичних працівників та інших осіб. Не так мало в країні лікарів, які мають шрами не тільки в душі після таких «контактів». З лікарів, які мали певний досвід роботи в системі охорони здоров'я, 14,5% зазначають, що принципи медичної етики та деонтології на таких осіб не повинні поширюватися.

Примусове обмеження діяльності людини є початково протиправною дією. Щодо пацієнта, який може спричинити шкоду собі, іншим хворим, медичному персоналу, юридичний критерій складається з двох ознак: інтелектуального та вольового моментів. Інтелектуальний момент означає, що особа не могла усвідомити своїх дій. Вольовий – особа не могла керувати своїми діями. Кримінально-адміністративному переслідуванню такий хворий не підлягає, але його дії можуть бути небезпечними для оточуючих, медичного майна та ін. У цьому випадку може бути використано обмеження дієздатності пацієнта шляхом м'якої фіксації. Багато заручитися інформованою згодою родичів або опікунів. У цивільному праві підставою звільнення від відповідальності є спричинення шкоди в умовах гострої необхідності (спричинення меншої шкоди заради запобігання більшої – ст.17 КУпАП). За цим пунктом 93% лікарів-інтернів показали серйозну юридичну необізнаність (на відміну від практикуючих лікарів – 57,5%, що теж не вражає).

Існує певна кількість лікарів (їх небагато), для яких людина у несвідомому стані перетворюється на своєрідний «матеріал», тобто деонтологічні принципи у цьому випадку наче й непотрібні. Утішає, що тільки 0,75% респондентів впевнені, що хворі в такому стані не потребують етичного відношення.

Усі опитувані (100%) впевнені, що під час вибору

лікарського засобу повинно керуватися, насамперед, користю для пацієнта, а не міркуваннями про комерційну перевагу.

На питання, чи повинен лікар завжди посміхатися хворому та його родичам, відповідь 92% інтернів та 85,5% старших колег була негативною. Проте пояснення не були однозначними. Лікар – не блазень (15% респондентів), 46% інтернів зазначили, що це буде доцільним під час роботи з онкологічними та іншими невиліковними хворими, а 87,8% опитуваних – що це прийнятно при спілкуванні з хворими дітьми, особливо маленькими. Серед молодих колег 14,3% вважають, що коли пацієнт в доброму гуморі, то це треба підтримувати.

З медичною деонтологією тісно пов'язана ятрогенія, тобто хворобливий стан, зумовлений діяльністю медичного працівника. Якщо людина помислива, психічно вразлива, то легко спровокувати її впевненість про наявність у неї вкрай тяжкого невилікового стану. Такий пацієнт сам починає знаходити в себе ознаки примарного захворювання. Тому лікар не повинен створювати (навіть мимовільно) підстави для такої ситуації. «Слово може зірвати та врятувати... Слово може тисячі лих нам надати» (Е. Асадов). Опитані лікарі (інтерни – 94%, курсанти – 100%) здебільшого впевнені, що надавати повну інформацію хворому про його клінічний стан можна, якщо вона позитивна; що стосується онкологічних та невиліковних хворих, то вичерпне поінформовання може бути для них шкідливим і робиться лише у виключних випадках. Більшість респондентів (інтерни – 97,5%, старші колеги – 99,5%) впевнені, що повну інформацію про стан здоров'я дієздатної особи родичам та опікунам можна надавати тільки з дозволу самого пацієнта.

У сучасних літературних джерелах з медичної психології все частіше піднімаються питання щодо припустимості евтаназії. В Україні згідно з соціологічним опитуванням від 15% до 47% громадян сприймають «легку смерть» позитивно, бо впевнені, що людина повинна мати право вибору. Опоненти ж стверджують, що «вбивство з милосердя» – лише виправдання небажання допомоги страждальцю. «Я не надаю смертельного засобу тому, хто просить, та не вкажу шляху для подібного замаху» (Гіппократ). Прихильники релігійних напрямків відповідають: «Я не Бог, життя не давав, забирати не маю права». З цього питання спостерігається найбільший «розрив» між думкою інтернів та лікарів зі стажем роботи понад 20 років. Так, 62,5% лікарів-інтернів вважають за необхідну юридично дозволити евтаназію в нашій країні, а з досвідчених лікарів – тільки 4,5% (однак вони підкреслюють, що це – тільки для страждаючих невиліковних хворих).

Без сумніву, серед медичних працівників були та є особи, які порушують етичні норми та навіть скоюють протиправні дії, що, безсумнівно, треба викоринювати. Але разом з тим, такого характеру відомості повинні знаходитися у межах медичного інформаційного поля, не надходячи у загальнодоступні періодичні видання (Острополець С.С., 2014). Гонитва за «гарячими фактами» спонукає горе-журналістів до «брудних методів». Не маючи медичної освіти, навіть не залучившись консультацією спеціаліста, вони викладають у соціальні мережі неперевірену інформацію, яку зовсім не розуміють, критикують дії окремих медичних працівників, не маючи жодного уявлення про предмет своєї критики. Їхні «власні думки» здебільшого викликають обурення та дратівливість, нерідко – просто гіркий сміх. Спотворення медичної інформації створює та посилює хибну громадську думку про стан вітчизняної медицини. Уведені в оману хворі бояться йти до лікарні. Значно збільшилась кількість пацієнтів, що звертаються по медичну допомогу, коли «вже терпіти не можна». Госпіталізують людей старечого віку до стаціонару інколи з 10-денним перитонітом, чого ніколи не було раніше. З цього питання 8,3% респондентів мають точку зору «люди повинні все знати». Однак 65,8% інтернів та 84,5% досвідчених лікарів вважають такі дії працівників преси протизаконними, тобто такими, що підпада-

ють під кримінальну відповідальність. До того ж 5,5% старших колег припускають надання таких відомостей до соціальних мереж тільки після отримання висновку спеціалізованої медичної комісії, щонайменше обласного рівня.

Користування принципом видатного вчителя А.С. Макаренка «Максимальна вимогливість при максимальній повазі, коли вимоги виконуються – ми поважаємо людину» дає певні результати, оптимізуючи мотивацію до навчання. На запитання «Чи потрібно використовувати принципи медичної деонтології в процесі навчання та підвищення кваліфікації лікарів?» усі респонденти відповіли позитивно, а 17,5% у «вільній графі» відзначили доброзичливість та повагу з боку співробітників нашої кафедри.

Медицинская деонтология глазами врача по специальности «Общая практика–семейная медицина»

В.В. Ехалов, Е.Н. Клигуненко, О.Ю. Мурызина

Проанализировано 400 анонимных анкет по вопросам медицинской этики и деонтологии врачей-интернов и врачей цикла специализации «Общая практика–семейная медицина». Врачи-интерны показали высокий уровень осмысления вопросов медицинской этики и деонтологии и с успехом применяют их принципы в практической деятельности. Врачи с определенным стажем работы в различных специальностях при анкетировании использовали свой предварительный опыт по отдельным вопросам медицинской деонтологии, базой которого было образование в советское время. Понятия по правовым вопросам в обеих группах были весьма сомнительные.

Ключевые слова: последипломное образование, специализация, медицинская деонтология.

ВИСНОВКИ

1. Лікарі-інтерни за фахом «Загальна практика–сімейна медицина» показали високий рівень усвідомлення питань медичної етики та деонтології та з честю втілюватимуть ці принципи у своїй практичній діяльності.

2. Лікарі з певним стажем роботи за різними медичними спеціальностями під час заповнення анкет використали свій попередній досвід з окремих питань медичної деонтології, базою якого була освіта за радянських часів.

3. Молоді колеги більш освічені щодо моральних цінностей, які прийняті у країнах ЄС.

4. Поняття з правових питань були досить сумнівні в обох групах опитуваних.

Medical deontology eyes physician specialty «General practice–family medicine»

V.V. Ekhalov, E.N. Kligenenko, O.Yu. Muryzina

Anonymous analyzed 400 questionnaires on medical ethics and deontology doctors-interns and doctors cycle specialization «General practice–family medicine». Medical interns showed a high level of understanding of medical ethics and deontology and successfully apply their principles in practice. Doctors with a certain experience in various specialties at the survey used their prior experience on specific issues of medical ethics, whose base was educated in the Soviet era. The concepts of Legal Affairs in the two groups were very questionable .

Key words: graduate education , specialization , medical deontology.

Сведения об авторах

Ехалов Василий Витальевич – Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины, 49044, г. Днепропетровск, ул. Дзержинского, 9; тел.: (063) 275-54-35. E-mail: ekhalov@mail.ua

Клигуненко Елена Николаевна – Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины, 49044, г. Днепропетровск, ул. Дзержинского, 9; тел.: (050) 361-32-70. E-mail: kligenenko@yandex.ua

Мурызина Ольга Юрьевна – Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины, 49044, г. Днепропетровск, ул. Дзержинского, 9; тел.: (050) 212-51-80. E-mail: Olga_Muryzina@ukr.net

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ехалов В.В., Кравець О.В., Гайдук О.І., Лавріщев О.Д., Волкова Н.О. Прийоми психологічної підготовки лікарів-інтернів до роботи при критичних станах // 36. матеріалів міжнародної науково-практичної конференції «Медичні та фармацевтичні науки: стратегічні пріоритети розвитку та інноваційні рішення» (6–7 грудня 2013 р.) м. Дніпропетровськ: Організація наукових медичних досліджень «Salutem», 2013. – С. 25–30.
2. Сорокіна О.Ю., Клигуненко О.М., Ехалов В.В., Кравець О.В., Станін Д.М. Стимулювання індивідуальної творчості у підготовці лікарів-

інтернів за фахом «Загальна практика–сімейна медицина» до ліцензійного іспиту «Крок-3» // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. – 2013. – № 3. – С. 13–14.
3. Клигуненко О.М., Мурызина О.Ю., Ехалов В.В., Станін Д.М. Вибір та наукове обґрунтування змісту і методів навчання з медицини невідкладних станів у сімейних лікарів // Сучасні проблеми безперервної медичної освіти і науки. – 2013. – № 3. – С. 45–47.
4. Ехалов В.В., Станін Д.М., Сединкин В.А. Психологические аспекты при подготовке врачей-интернов к лицензионному экзамену «КРОК-3» //

Психолого-педагогичні проблеми становлення сучасного фахівця: зб. наук. статей., матеріали міжнарод. наук.-практ. конф., 15–16 травня 2013 р. / Харківський нац. економ. університет. – Х.: ХНЕУ; ХОГОКЗ, 2013. – С. 114–118.
5. Клигуненко О.М., Ехалов В.В., Станін Д.М., Сорокіна О.Ю., Кравець О.В. Особливості та перспективи навчання за модулем «Медицина катастроф» лікарів-інтернів сімейної медицини / Матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф. з міжнарод. участю «Єдина система екстреної медичної допомоги. Створення та перспективи розвитку в Україні» // 36. матеріалів.

м. Рівне. 22–23 березня. 2012 р. – С. 37–38.
6. Ехалов В.В., Слива В.И., Станін Д.М., Лященко О.В., Клигуненко Е.Н. Принципы подготовки врачей-интернов разных специальностей по циклу «Неотложные состояния» // Медицина неотложных состояний. – 2011. – № 4 (35). – С. 126–128.
7. Перспективы оптимизации подготовки врачей-интернов по модулю «Неотложные состояния» / Клигуненко Е.Н., Ехалов В.В., Слива В.И., Станін Д.М., Лященко О.В. // Медицина неотложных состояний. – 2012. – № 5 (44). – С. 71–74.

Статья поступила в редакцию 02.02.2015