

ПРИВАТНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
«ХАРКІВСЬКИЙ МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»  
Кафедра фундаментальних загальнонаукових дисциплін

Затверджено на засіданні Вченої ради  
Протокол від «\_\_» 202\_\_ року № \_\_  
Голова \_\_\_\_\_ Денис ШИЯН

**РОБОЧИЙ ЗОШИТ ДЛЯ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ**  
з вибіркової освітньої компоненти  
**ДЕОНТОЛОГІЯ В МЕДИЦИНІ**

підготовки другого (магістерського) рівня вищої освіти  
галузь знань 22 ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я  
спеціальність 222 МЕДИЦИНА  
освітньо-професійної програми МЕДИЦИНА  
Курс 2 Семестр 4

Розглянуто та затверджено на засіданні кафедри  
фундаментальних загальнонаукових дисциплін  
Протокол від «19» червня 2023 року № 11  
Зав. кафедри \_\_\_\_\_ Тетяна КУДРЯВЦЕВА

Затверджено на засіданні навчально-методичної комісії  
Протокол від «\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 року № \_\_\_\_  
Голова \_\_\_\_\_ Жанна ДАВИДОВА

УКЛАДАЧ: Тетяна КУДРЯВЦЕВА, к.пед.н., доцент кафедри фундаментальних загальнонаукових дисциплін

**Деонтологія в медицині:** робочий зошит для практичних занять для здобувачів освіти 2 курсу спеціальності 222 Медицина /Укл.: Т.О.Кудрявцева/ Х. : ПВНЗ «Харківський міжнародний медичний університет», 2023. 81с.

## ЗМІСТ

1.	Пояснювальна записка	3
2.	Тема Моделі взаємовідносин у системі «лікар–пацієнт»	4
3.	Тема Лікарська таємниця: моральні та правові аспекти	20
4.	Тема Лікарські помилки, моральна та правова відповідальність лікаря	30
5.	Тема Ятрогенія: причини виникнення та профілактика;	42
6.	Тема Деонтологічні аспекти захисту права на життя та на смерть	52
7.	Тема Деонтологічні аспекти взаємин в медичних колективах;	63
8.	Тема Деонтологічні підходи в різних напрямках професійної діяльності лікаря.	72
9.	Орієнтовні теми індивідуальних/групових проєктів	79

## ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

Метою викладання вибіркової освітньої компоненти «Деонтології в медицині» є удосконалення загальних компетентностей здобувачів освіти, а саме: здатності до приймання обґрунтованих рішень; здатності працювати в команді на основі ефективної міжособистісної взаємодії та здатності до саморегуляції, управління емоціями та стресом і здатності діяти на основі етичних міркувань. Це дозволить досягти подальшого розвитку фахової компетентності, яка забезпечує здатність дотримуватись етичних принципів при роботі з пацієнтами, лабораторними тваринами.

Знання нормативних державних і міжнародних документів, основних принципів біомедичної етики є правовим підґрунтям професійної діяльності лікаря, що створює необхідні передумови для швидкої професійної адаптації майбутнього фахівця. Усебічне розуміння професійного обов'язку та етико-деонтологічних принципів майбутньої діяльності спрямує майбутніх лікарів на створення сприятливих умов для одужання хворих.

Робочий зошит для практичних занять призначений для виконання аудиторної і позааудиторної роботи.

Перелік тем практичних занять:

1. Моделі взаємовідносин у системі «лікар–пацієнт»;
2. Лікарська таємниця: моральні та правові аспекти;
3. Лікарські помилки, моральна та правова відповідальність лікаря;
4. Ятрогенія: причини виникнення та профілактика;
5. Деонтологічні аспекти захисту права на життя та на смерть;
6. Деонтологічні аспекти взаємин в медичних колективах;
7. Деонтологічні підходи в різних напрямках професійної діяльності лікаря.

Практичні заняття структуровано на три етапи (підготовчий, основний, заключний). До тем підібрано список літератури, наукових публікацій, сучасних інформаційних джерел; теоретичну інформацію, гіперпосилання на тексти законодавчих документів, аудиторні завдання для усного або письмового виконання. Розроблено завдання для позааудиторної роботи, виконання яких є обов'язковим і контролюється на наступному практичному занятті.

Завдання передбачають виконання тестів, вправ, розв'язання ситуаційних задач, обговорення практичних кейсів, нормативно-правової бази, наведення прикладів із практичного досвіду здобувачів освіти, анкетування з презентацією результатів.

Наведено орієнтовні теми індивідуальних/групових проєктів.

Робочий зошит призначено для практичних занять і позааудиторної самостійної роботи здобувачів освіти 2 курсу спеціальності 222 Медицина з вибіркової освітньої компоненти «Деонтологія в медицині».

## **ТЕМА: МОДЕЛІ ВЗАЄМОВІДНОСИН У СИСТЕМІ «ЛІКАР–ПАЦІЄНТ»**

**Мета:** розглянути різноманітні моделі взаємовідносин у системі «лікар–пацієнт»; визначити їхні переваги та недоліки; обрати оптимальну модель взаємовідносин у конкретній практичній ситуації.

Вивчення теми забезпечить удосконалення та подальший розвиток **програмних компетентностей**, а саме: ЗК6 – Здатність приймати обґрунтоване рішення; ЗК7 – Здатність працювати в команді; ЗК8 – Здатність до міжособистісної взаємодії; ЗК 17 – Здатність діяти на основі етичних міркувань; ЗК 18 – Здатність до саморегуляції, управління емоціями та стресом; ФК26 – Здатність дотримуватись етичних принципів при роботі з пацієнтами, лабораторними тваринами.

### **Практичний кейс № 1 «Типологія пацієнтів і лікарів»**

**Мета:** визначити тип пацієнта та лікаря на підставі характеристик;

**Інструкція:** кейс складається з трьох етапів: 1) підготовчого (теоретичного), 2) основного (практичного), 3) заключного (підсумкового).

Підготовчий етап передбачає попередню теоретичну підготовку: огляд і анотування/конспектування навчальної і наукової літератури, пошук і аналіз додаткових інформаційних джерел, відповіді на теоретичні запитання, виконання завдань до підготовчого етапу тощо.

Основний етап є практичним (діяльним) і має на меті практичне застосування отриманих знань (удосконалення загальних і фахових компетентностей).

На заключному етапі підводяться підсумки практичної діяльності, здійснюється рефлексія.

Для розв'язання практичного кейсу здобувач освіти має удосконалити та набути програмних компетентностей, як загальних, так і фахових.

**Актуальність:** у практичній діяльності лікар стикається зі складними/нестандартними ситуаціями, пов'язаними зі взаємодією з пацієнтами. Іноді звертання пацієнтів до лікаря є вимушеним, іноді - після певного примусу з боку членів своєї родини або друзів, вагаються або заперечують доцільність звертання. Ще до зустрічі з лікарем, пацієнт може буди під впливом стресу і перебувати на межі свого нормального емоційного стану.

Перебування в медичному закладі додає йому ще більше турбот і стресів через втрату часу, здоров'я та пов'язаних з цим витрат. Щоб впоратись з емоціями пацієнта лікар потребує значних навичок професійного спілкування. Це необхідно для створення терапевтичного альянсу з пацієнтом та залучення його до ефективної співучасті в процесі лікування.

Отже, сучасна медицина – предиктивна, персоналізована, превентивна, з активною участю в процесі самого пацієнта.

### **I. Підготовчий етап (теоретичний)**

#### **Рекомендована література для підготовки до практичного заняття**

1. Stress associated with hospitalization in patients with COPD: the role of social support and health related quality of life [Electronic resource] / Magdalena Medinas-Amorós [et al.] // Multidisciplinary respiratory medicine. – 2012. – Vol. 7, no. 1. – Mode of access: <https://doi.org/10.1186/2049-6958-7-51> (date of access: 16.06.2023). – Title from screen.
2. Wanzer M. B. Perceptions of health care providers' communication: relationships between patient-centered communication and satisfaction [Electronic resource] / Melissa Bekelja Wanzer, Melanie Booth-Butterfield, Kelly Gruber // Health communication. – 2004. – Vol. 16, no. 3. – P. 363–384. – Mode of access: [https://doi.org/10.1207/s15327027hc1603\\_6](https://doi.org/10.1207/s15327027hc1603_6) (date of access: 16.06.2023). – Title from screen.

3. Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research [Electronic resource] / Mark A. Lumley [et al.] // Journal of clinical psychology. – 2011. – Vol. 67, no. 9. – P. 942–968. – Mode of access: <https://doi.org/10.1002/jclp.20816> (date of access: 16.06.2023). – Title from screen.
4. Тимків І. С. Лікар і пацієнт: психологічні типи лікарів / І. С. Тимків, І. В. Тимків, М. В. Близнюк, О. З. Венгрович, Н. І. Ромаш, І. Т. Гавриш // Архів клінічної медицини. – 2012. – № 2. – С. 120-121. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/akm\\_2012\\_2\\_40](http://nbuv.gov.ua/UJRN/akm_2012_2_40). (дата звернення: 16.06.2023). – Назва з екрана.
5. Збірник методик діагностики лідерських якостей курсантського, сержантського та офіцерського складу : метод. посіб. / О.М. Кокун [та ін.]. – Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2012. – 433 с.
6. Зливков В.Л. Спес Гіппократа: основи психології спілкування для медичних працівників / В.Л. Зливков, С.О. Лукомська. – Ніжин : Видавець ПП Лисенко М.М. ; Київ, 2017. – 208 с.

### Рекомендовані джерела інформації

1. 14 типів пацієнтів: чи впізнаєте ви себе [Електронний ресурс] // 24 Канал. – Режим доступу: [https://health.24tv.ua/14\\_tipiv\\_patsiyentiv\\_chi\\_vpiznayete\\_vi\\_sebe\\_n1156099](https://health.24tv.ua/14_tipiv_patsiyentiv_chi_vpiznayete_vi_sebe_n1156099) (дата звернення: 16.06.2023). – Назва з екрана.
2. Етика спілкування лікаря з пацієнтом [Електронний ресурс], 2021 / Афіна. Жінки проти раку // YouTube. – Режим доступу: <https://www.youtube.com/watch?v=vFmybu4DKrg> (дата звернення: 16.06.2023). – Назва з екрана.
3. Ждан В. М. Навички клінічного спілкування у професійній діяльності лікаря [Електронний ресурс] / В. М. Ждан, Л. М. Шилкіна, О. М. Беляєва // The medical and ecological problems. – 2021. – Т. 25, № 3-4. – С. 18–23. – Режим доступу: <https://doi.org/10.31718/mep.2021.25.3-4.04> (дата звернення: 16.06.2023). – Назва з екрана.
4. Носенко О. В. Сучасний менеджмент: комунікативні бар'єри в організації та засоби їх подолання / О. В. Носенко, А. В. Кайдалова // Професійний менеджмент в сучасних умовах розвитку ринку: матеріали ІІ наук.-практ. конф., 1 листоп. 2013 р. - Х., 2013. – С. 132-134. – Режим доступу: <http://dspace.nuph.edu.ua/handle/123456789/6011> (дата звернення: 16.06.2023). – Назва з екрана.
5. Особливості комунікації у медичному середовищі (методичні рекомендації) | Психосоматична медицина та загальна практика [Електронний ресурс] // Психосоматична медицина та загальна практика. – Режим доступу: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/212> (дата звернення: 16.06.2023). – Назва з екрана.

### Теоретична інформація

#### ✚ Питання для обговорення на практичному занятті «Типологія лікарів»

#### ✚ Варіант 1

1. **Співчутливий і недирективний.** Це люди добрі, схильні до співчуття, викликають у хворого почуття довіри. Мають більш вдалий спектр відносин з хворими що мають істероїдні риси характеру.
2. **Співчутливий і директивний.** Має бажання проникнути у внутрішній світогляд людини, але діяти по відношенню до хворого буде директивно, примушуючи його виконувати свою волю. Мають кращі відносини з хворими, у яких виражені тривожні риси характеру.
3. **Емоційно-нейтральні та директивні.** Їм притаманні твердість та впевненість, вміння внести ясність у справу, по відношенню до хворих чуйні, уважні, стримані. Такий тип лікаря більш імпонує хворим з неврастенічними рисами, в яких є потреба збереження самовладання.

✚ *Варіант 2*

1. **Лікар звичайний** – багато часу взаємодіє з пацієнтами, перевантажений роботою, часто перестає індивідуалізувати хворих.
2. **Лікар-робот** – характерне механічне виконання своїх обов'язків. У роботі такі лікарі ретельні, технічно кваліфіковані, відповідальні, проте неемпатичні та емоційно дистанційовані від пацієнтів. Взаємовідносини з хворими позбавлені емоційного співчуття та співпереживання.
3. **Лікар-солдат** – рішучий, безкомпромісний, наполегливий, миттєво реагує на найменші порушення «дисципліни». Такий лікар при недостатній культурі, освіті, невисокому рівні інтелектуального розвитку може бути грубий і навіть агресивний з пацієнтами. У сприятливих випадках, якщо він розумний, освічений, з таким рішучим характером може стати хорошим вихователем для молодих колег.
4. **Лікар материнського типу.** Він переносить на роботу з хворими свої теплі сімейні стосунки або компенсує в роботі їх відсутність. Робота з хворими, турбота про них – для нього невід'ємна умова життя. Він добре володіє емпатією.
5. **Лікар-експерт.** Це лікар – вузький спеціаліст. Завдяки високій потребі у фаховому визнанні виявляє особливу допитливість у визначеній сфері фахової діяльності і пишається значимістю у своїй галузі, де іноді навіть «затмарює» лікаря. За фаховою порадою до них не соромляться звертатися молоді лікарі. Іноді люди цього типу стають фанатами своєї вузької діяльності, виключаючи всі інші інтереси із свого поля зору, нічим не цікавляться, крім роботи.
6. **Нервовий лікар.** Цей тип непрофесійної поведінки лікаря не повинен бути в лікувальній установі. Емоційно нестійкий, запальний, дратівливий, він постійно дає невротичні реакції, схильний до обговорення особистих проблем і може стати серйозною перешкодою в роботі медичного закладу. Це або патологічна особистість, або людина, яка страждає неврозом. Такі люди часто самі потребують серйозної психотерапевтичної допомоги і є професійно непридатними для роботи з хворими.
7. **Лікар мимоволі.** Можливо, ця людина не дуже хотіла стати лікарем і тому зараз працює чітко в рамках своїх обов'язків. Підхід до пацієнтів формальний, байдужий, ніколи не зроби́ть у відношенні хворого нічого зайвого. Призначає тільки те, що перевірено роками. Особливо зручний цей лікар для тих пацієнтів, для яких, насамперед, потрібна довідка та лікарняний.
8. **Доктор Франкенштейн.** Такі лікарі дуже грамотні і досвідчені, розповіді про те, що вони повністю присвятили себе медицині, переходять з вуст до вуст, на прийом до подібних лікарів швидко не потрапиш. Однак цього доктора цікавить не людина, а стан його організму, тому лікар не жаліє пацієнта, часом, навіть грубуватий. Проте не варто приймати це близько до серця! Ніяких зайвих розмов. Чітко пояснить йому свою проблему - і він з цікавістю почне вивчати і перемагати недугу.
9. **Яскрава особистість.** Його всі знають. Статті, інтерв'ю на ТБ, книги - все це створює враження, що перед вами висококласний фахівець. Проте після консультації можуть виникнути двоякі відчуття - з одного боку, відчуття обраності, аз іншого боку - здивування (адже дільничний лікар в районній поліклініці те ж саме сказав, причому безкоштовно). Однак візит до такого лікаря буває дуже корисний для недовірливих, тривожних пацієнтів. Відомий лікар вселяє їм набагато більше впевненості, ніж «звичайні лікарі».
10. **Лікар як диво.** Уважний, чуйний. Ставиться до пацієнтів як до рідних (співчуває, вислухає, заспокоїть, порадить). Вмілоє застосовує психологічні прийоми в спілкуванні. Він ідеальний для людей старшого віку та для дітей.
11. **Невизнаний геній.** Старанно демонструє свій високий професіоналізм та некомпетентність інших («Хто вам це додумався порадити?», «І навіщо тільки вам таке призначили?»). Часто висловлюється різко, нетерпимо, майже агресивно, упевнений у собі

та в тому, що він заслуговує більшого. Велике бажання стати визнаним генієм, буде займатися вами серйозно та всебічно. Головне, покажіть йому, як цінуєте та поважаєте його, повідомте: «Ви так допомогли моєму другові! Він досі вам вдячний ...». І лікар зробить для вас практично все [4].

**Типологія пацієнтів за реагуванням на хворобу** (за А. Личко, Н. Івановою) складається із 12 типів психологічного реагування, виділених на основі оцінки впливу трьох факторів: природи соматичного захворювання, типу (акцентуації характеру) і ставлення до даної хвороби референтних (значущих) для пацієнта осіб.

Таблиця 1

### Типологія пацієнтів

№з/п	Тип пацієнта	Основні риси
1.	ГАРМОНІЙНИЙ (реалістичний, виважений)	реалістична оцінка свого стану; значення хвороби ні применшується, ні перебільшується
2.	ЕРГОПАТИЧНИЙ (стенічний)	втеча від хвороби в роботу. Замість лікування, людина працює понаднормово, ігнорує діагноз, проявляє ще більшу працездатність, ніж до хвороби
3.	АНОЗОГНОЗИЧНИЙ (ейфоричний)	заперечення очевидних симптомів хвороби; легковажне ставлення до хвороби та лікування
4.	ТРИВОЖНИЙ (тривожно- депресивний, фобічно-обсесивний)	безперервне занепокоєння щодо несприятливого перебігу хвороби, можливих ускладнень неефективності і навіть небезпеки лікування
5.	ІПОХОНДРИЧНИЙ	надмірна зосередженість на суб'єктивних хворобливих та інших неприємних відчуттях, прагнення постійно розповідати про них оточуючим
6.	НЕВРАСТЕНІЧНИЙ	«роздратована слабкість» (синдром, що характеризується поєднанням емоційної лабільності і дратівливості зі зниженням працездатності, зниженням концентрації уваги і підвищеною втомлюваністю).
7.	МЕЛАНХОЛІЙНИЙ (тужливий)	сумнів в успішності лікування навіть при сприятливих об'єктивних даних і задовільному самопочутті.
8.	АПАТИЧНИЙ (байдужий)	цілковита байдужість до своєї долі, до результату хвороби та до лікування.
9.	СЕНСИТИВНИЙ (вразливий)	тривога і занепокоєння стосуються не самої хвороби і не тілесних відчуттів, а тих вражень, які пацієнт і відомості про його хворобу можуть справити на оточуючих: близьких, друзів, знайомих.
10.	ЕГОЦЕНТРИЧНИЙ (істероїдний, демонстративний)	прагнення поставити себе в центр інтересів медперсоналу і близьких, заволодіти їх увагою і виставити свої страждання напоказ
11.	ПАРАНОЇДНИЙ (підозрілий)	впевненість, що хвороба зумовлена злими намірами інших людей.
12.	ДИСФОРІЧНИЙ (агресивний)	домінує гнівливо-похмурий, озлоблений настрій, постійний насуплений, непривітний і незадоволений вигляд

#### Можливі проблемні ситуації для лікаря:

- ✚ у лікаря не сформовані навички професійного спілкування;
- ✚ лікар не може ефективно використовувати професійні комунікативні навички у конкретних ситуаціях;

- ✚ лікар – конфліктна особистість;
- ✚ лікар – неупевнений у своєму професіоналізмі (взаємодія з пацієнтом посилює невпевненість і викликає в нього страх, що може призводити до уникання контакту з пацієнтом);
- ✚ негативні емоції пацієнта (страх, сум, гнів) ускладнюють надання медичної допомоги;
- ✚ «складний» пацієнт, який відчуває потужні емоції та демонструє поведінку, яка перешкоджає ефективній комунікації.

**Завдання 1:** доповніть перелік проблемні ситуації для лікаря:

**Техніки для подолання проблемних ситуацій у взаємовідносинах між лікарем і пацієнтом [3]:**

1. Емпатичне ставлення
2. Нормалізація емоцій
3. Підтримка
4. Повага
5. Побудова партнерських відносин

**Завдання 2:** охарактеризуйте техніки для подолання проблемних ситуацій у взаємовідносинах між лікарем і пацієнтом (усно)

**Завдання 3:** розгляньте рекомендації, наведені в таблиці 2, наведіть приклади з власної практичної діяльності.

Таблиця 2

**Загальні рекомендації як впоратись з емоціями пацієнта**

Рекомендація	Приклад
Дайте зрозуміти пацієнтові, що ви звернули на нього увагу та розумієте його емоційний стан	Ви виглядаєте дуже занепокоєним!
Назвіть можливі причини занепокоєння пацієнта	Це зрозуміло у вашій ситуації, ви просто багато дізнались сьогодні, ви стурбовані своїм станом здоров'я
Запитайте пацієнта чи є щось інше, що змушує його хвилюватися	<b>Ніколи не кажіть</b> роздратованому або розлюченому пацієнту: «Я розумію вас!»
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ <b>Не ображайте, не конфліктуйте</b> з пацієнтом. Пам'ятайте, що потужні емоційні реакції можуть бути викликані його фізичним або психологічним станом.</li> <li>✚ <b>Будьте стриманим</b>, незважаючи на гнів пацієнта (мова спокійна, збалансована).</li> <li>✚ <b>Не переривайте</b> початок гніву (дайте пацієнтові можливість висловитись).</li> <li>✚ <b>Спілкуйтеся</b> з розчарованим і сумним пацієнтом в спокійних умовах, бажано в тиші.</li> <li>✚ <b>Дотримуйтеся</b> зони комфорту при спілкуванні.</li> </ul>	
<b>Як відповісти на вербальні та невербальні сигнали пацієнта?</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Відповідайте <b>ТІЛЬКИ</b> на запитання пацієнта.</li> <li>✚ Спробуйте вирішити проблему.</li> <li>✚ Не реагуйте емоційно.</li> </ul>	
Демонструйте, що ви почули пацієнта за допомогою невербальних патернів	Я бачу, що ви дуже засмучений. Це нормально для людини в вашому стані

поведінки (очного контакту, нахилів голови, вираза обличчя).	
<b>Виявіть</b> співчуття (емпатію). <b>Використовуйте</b> емпатичні висловлювання.	
<b>Дослідіть</b> зміст проблеми на яку пацієнт бурхливо реагує	Чи не будете ви заперечувати, якщо я запитаю вас більше про це..... Якщо ви не бажаєте відповідати на це запитання зараз, ми можемо повернутись до нього пізніше

Таблиця 3

### Типові маніпуляції пацієнтів стосовно лікарів

<i>Типові маніпуляції пацієнтів стосовно лікарів</i>	<i>Принципи контрманіпуляцій:</i>
<p><b>«А Вам слабо?»:</b> «Ви дійсно можете мене вилікувати, чи мені треба звертатися до завідувача відділенням?»; «Справжній лікар готовий прийти на допомогу і вдень, і вночі»</p>	<p>Користуйтеся короткими фразами. Виражайтеся неясно. Використовуйте готові фрази, приказки та прислів'я. Віддавайте перевагу безособовим реченням. Вдавайтеся до гумору, якщо це дозволяє контекст. Посміхайтесь, особливо в кінці фрази. Висловлюйтесь самоїронічно (говорите про самого себе з гумором). Залишайтеся ввічливі. Не вступаєте в дискусію, якщо вона не веде ні до чого або веде до приниження. Уникайте агресії. Використовуйте іронію тільки в тому випадку, якщо ви відповідаєте на зауваження і при цьому повністю впевнені в собі. Не намагайтесь виправдати себе.</p>
<p><b>«Це неможливо!»:</b> «Призначте щось, щоб не було необхідності змінювати мій спосіб життя»; «Дайте якусь пігулку», тобто «вирішіть проблему за мене»).</p>	<p><b>10 фраз у техніці контрманіпуляції:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Це ваша думка.</li> <li>2. У це можна повірити.</li> <li>3. Ви маєте право так думати.</li> <li>4. Це можливо.</li> <li>5. Таке зі мною буває.</li> <li>6. У кожного свої смаки.</li> <li>7. Не турбуйтеся за мене.</li> <li>8. Я спокійний.</li> <li>9. Я в цьому не сумніваюсь.</li> <li>10.Що ви хочете цим сказати?</li> </ol>
<p><b>«Досвідчений пацієнт»:</b> «Я знаю про свою хворобу більше, ніж будь-який лікар, я прочитав масу літератури, консультувався на інтернет-сайтах, спробував багато препаратів, тому, док, навряд чи ви мені скажете щось нове».</p>	
<p><b>«Привіт!»</b> або маніпуляція панібратством: любителі спілкуватися на «Ти».</p>	<p><b>Трикутник Карпмана</b> – психологічна і соціальна модель взаємодії між людьми у транзактному аналізі, типовий зв'язок трьох основних проблемних ролей у людських стосунках,</p>

	вперше описаний Стівеном Карпманом (1968 р). <i>Чим безглуздіше люди, тим частіше вони потрапляють в трикутник Карпмана. Ролі:</i> Переслідувач жертви, Жертва переслідування, Рятівник
«Я хочу з Вами порадитись»... це лише бажання виправдати себе і зменшити своє почуття провини	<b>Типовий трикутник:</b> Старий Лікар – Пацієнт – Новий Лікар.

### Завдання для позааудиторної роботи

**Завдання 1:** за опитувальником В.Ф. Ряховського визначте рівень комунікабельності. Зробіть відповідні висновки щодо власної комунікабельності.

Методика дозволяє визначити рівень комунікабельності особистості.

**Інструкція:** дайте відповіді на запитання опитувальника, визначте суму балів: кожна відповідь «так» - **2 бали**, «іноді» - **1 бал**, «ні» - **0 балів**; інтерпретуйте результат.

#### Опитувальник:

1. Ви очікуєте на буденну ділову зустріч. Чи вибиває Вас з колії її очікування?
2. Чи не відкладаєте ви візит до лікаря аж доти, доки вже зовсім не сила терпіти?
3. Чи не викликає у вас невдоволення або збентеження доручення виступати з доповіддю чи повідомленням у зв'язку із якоюсь нагодою?
4. Ви маєте нагоду поїхати у відрядження до міста, де ніколи ще не бували. Чи докладете ви максимум зусиль для того, щоб уникнути цієї поїздки?
5. Чи любите ви ділитися своїми переживаннями з іншими?
6. Чи дратує вас прохання незнайомої людини (показати дорогу, назвати час, відповісти на якесь запитання тощо)?
7. Чи вірите ви в існування проблеми «батьків і дітей» та в те, що людям різних поколінь важко зрозуміти один одного?
8. Чи не посоромитеся ви нагадати знайомому, що він забув повернути 10 гривень, що їх ви позичили йому кілька місяців тому?
9. У кафе вам подали недоброякісну страву. Чи змовчите ви, лише незадоволено відсунувши тарілку?
10. У ситуації один на один з незнайомою людиною ви не розпочнете бесіду самі і вам не сподобається, якщо першою заговорить вона. Чи це так?
11. Вас жахає будь-яка довга черга (у магазині, бібліотеці, касі кінотеатру тощо). Вам легше відмовитися від свого наміру, ніж встати у хвіст і нудитися в очікуванні?
12. Чи боїтеся ви брати участь у залагодженні конфліктної ситуації?
13. У вас є власні, суто індивідуальні критерії оцінювання творів літератури, мистецтва, культури, ніяких «чужих» думок з цього приводу ви не приймаєте. Це так?
14. Почувши десь у неофіційній ситуації (кулуарно) явно помилкову точку зору з добре відомого вам питання, ви, скоріше за все, промовчите?
15. Чи викликає у вас невдоволення прохання знайомих допомогти розібратися в якійсь проблемі чи навчальній темі?
16. Вам легше формулювати свою точку зору (думку, оцінку) у письмовій формі, ніж в усній?

**Обробка даних:** визначте загальну суму балів, яку ви набрали.

#### Інтерпретація результатів.

**32-30 балів.** Ви некомунікабельні, це ваша проблема, оскільки саме ви, передусім, страждаєте від цього. Однак, і близьким людям нелегко. На вас важко покластися в справі,

що потребує групових зусиль. Намагайтеся бути більш комунікабельними, контролюйте себе.

**29-25 балів.** Ви замкнуті, неговіркі, віддаєте перевагу самотності, і тому у вас, мабуть, мало друзів. Нова робота та необхідність нових контактів якщо і не призводять вас до паніки, то надовго виводять з рівноваги. Ви знаєте цю особливість свого характеру і часто буваєте незадоволені собою. Однак не обмежуйтеся лише цим, оскільки саме від вас залежить змінити ці особливості характеру. Хіба не буває так, що чимось сильно захопившись, ви «несподівано» стаєте розкутими та комунікабельними? Варто лише постаратися.

**24-19 балів.** Ви певною мірою товариські, у знайомій обстановці почуваете себе цілком упевнено. Нові проблеми вас не лякають, однак з новими людьми ви сходитеся обережно, неохоче берете участь у суперечках і диспутах. У ваших висловленнях часом занадто багато сарказму без усякої на те підстави. Усі ці недоліки у вашій владі.

**18-14 балів.** Комунікабельність у межах норми. Ви допитливі, охоче слухаете цікавого співрозмовника, досить терплячі в спілкуванні з іншими, відстоюєте свою позицію без зайвої запальності. Без неприємних переживань йдете на зустріч з новими людьми. У той же час ви не любите гучних компаній, екстравагантних витівок та багатослів'я - усе це вас дратує.

**13-9 балів.** Ви дуже товариські (часом, мабуть, навіть надміру), зацікавлені, говіркі, любите висловлюватися по різних питаннях, що, буває, дратує інших. Охоче знайомитеся з новими людьми, нікому не відмовляєте в проханнях, хоча не завжди можете їх виконати. Буває, що ви виходите з себе, однак швидко відходите. Чого вам бракує, так це посидючості, терпіння і відваги при зустрічі із серйозними проблемами. При бажанні, однак, ви зможете змусити себе не відступати.

**8-4 бали.** Товариськість «б'є ключем». Ви завжди в курсі всіх справ. Любите брати участь у всіх дискусіях, хоча серйозні теми можуть викликати у вас нудьгу. Охоче висловлюєтесь, навіть якщо ваше уявлення про проблему більш ніж поверхове. Усюди почуваете себе у своїй тарілці. Беретеся за будь-яку справу, хоча далеко не завжди можете її успішно довести до завершення. З цієї причини люди ставляться до вас із деяким побоюванням і сумнівами. Замисліться над цим.

**3 бали і менше.** Ваша комунікабельність хвороблива. Ви балакучі, багатослівні, втручаєтесь в справи, що не мають до вас ніякого відношення, беретеся судити про проблеми, в яких зовсім некомпетентні. Через це ви часто буваєте причиною різного роду конфліктів. Вам рекомендовано самовиховання.

**Висновок:**

**Завдання 2:** виконайте вправу «Техніка активного слухання» та зробіть висновок про власну здатність активного слухання. Як на вашу думку, чи є дана здатність важливою для професійної діяльності лікаря? Відповідь обґрунтуйте.

**Інструкція:** методика з визначення ступеня вираженості вміння слухати іншу людину. Надайте відповіді ствердженням «так» або «ні» на 16 запитань.

№	Запитання	Варіанти відповідей	
		так	ні
1	Чи чекаєте ви терпляче, поки інший припинить говорити та дасть вам можливість висловитися?		
2	Чи поспішаєте ви прийняти рішення до того, як зрозумієте суть проблеми?		
3	Чи слухаете ви лише те, що вам подобається?		
4	Чи заважають вам слухати співрозмовника власні емоції?		

5	Чи відволікаєтеся ви, коли співрозмовник викладає власні думки?		
6	Чи запам'ятовуєте ви замість основних моментів бесіди несуттєві моменти?		
7	Чи заважають вам слухати упередження?		
8	Чи припиняєте ви слухати співрозмовника, якщо з'являються труднощі в розумінні його думки?		
9	Чи займаєте ви негативну позицію щодо того, хто до вас звертається?		
10	Чи завжди ви слухаєте співрозмовника?		
11	Чи ставите ви себе на місце співрозмовника, щоб зрозуміти, що його змусило говорити саме так?		
12	Чи враховуєте ви факт, що у вас із співрозмовником можуть бути різні предмети обговорення?		
13	Чи враховуєте ви факт, що у вас із співрозмовником може бути різне розуміння слів, які ви використовуєте в бесіді?		
14	Чи намагаєтеся ви зрозуміти, що спричинило суперечку: різні точки зору, постановка питання тощо?		
15	Чи уникаєте ви погляду співрозмовника під час бесіди?		
16	Чи виникає у вас непереборне бажання перервати співрозмовника, вставити своє слово замість нього або проти нього, «обігнати» його у висновках?		

**Опрацювання результатів:** підраховується кількість позитивних відповідей.

**Інтерпретація результатів:**

**6 балів і нижче** свідчать про низький ступінь вираженості вміння слухати інших, про спрямованість під час спілкування на себе (тобто задоволення своїх домагань незалежно від інтересів партнера по спілкуванню). Знижена чутливість щодо оцінювання поточної ситуації: коли — мовчати та слухати, а коли — говорити. Необхідно формувати навички ефективного слухання;

**7 до 10 балів** — середній ступінь вираженості вміння слухати співрозмовника. Це вміння швидше виявляється ситуативно й залежить від особистісної значущості (зацікавленості в отриманні) інформації, яка Вам надходить від співрозмовника. Виникає потреба в удосконаленні навичок і прийомів активного слухання;

**10 балів і вище** свідчать про вочевидь виражене вміння слухати інших незалежно від особистісної значущості інформації, яку отримуєте від співрозмовника. Така людина є ефективним працівником (якщо її діяльність ґрунтується здебільшого на спілкуванні з людьми).

**Висновок:**

#### Інформація для обговорення на практичному занятті.

##### **Комунікативні бар'єри:**

*Комунікативні бар'єри* (франц. *barrière* — перешкода) — психологічні перешкоди, що виникають на шляху отримання інформації. Виникають на макро- і мікрорівнях.

*Макробар'єри* пов'язані з середовищем, у якому відбуваються міжособистісне взаємодія, комунікативний процес. Проявляються в інформаційному перевантаженні (великий обсяг інформації знецінює її зміст), великій кількості носіїв інформації (газети, телебачення, конференції, звіти), використанні інформації (ексклюзивні дані застосовують для впливу на інших, доступ до обмеженої, призначеної для внутрішнього користування інформації розширює владні повноваження індивідів).

*Мікробар'єри* породжують особливості інтелекту учасників спілкування, неоднакове знання предмета розмови, різне володіння понятійним апаратом з певної галузі знань, відсутність єдиного розуміння ситуації спілкування, психологічні особливості партнерів, соціальні, політичні, професійні, релігійні відмінності у трактуванні інформації і ситуації взаємодії тощо.

Комунікативні бар'єри систематизують умовно у три групи: «авторитет», «уникнення», і «нерозуміння».

**Бар'єр «авторитет»** визначається умовним розподілом всіх людей на авторитетних і неавторитетних, людина довіряє тільки першим і, відповідно, не має довіри до других.

**Бар'єр «уникнення»** характеризується униканням людиною джерел впливу, ухиляється від контакту з співрозмовником.

**Бар'єр «нерозуміння»** пов'язаний з ситуаціями, коли джерело інформації заслуговує довіри, має авторитет, але інформація все-одно не доходить (ми не бачимо, не чуємо, не розуміємо):

1. **Логічний** — неадекватне розуміння інформації, породжене особливостями мислення партнерів по спілкуванню.
2. **Фонетичний** — перешкода, створена особливостями мови того, хто говорить.
3. **Семантичний** — розбіжності у системах значень партнерів по комунікації — тезаурусах, тобто лінгвістичного словника мови, з повною смисловою інформацією.
4. **Стилістичний** — невідповідність стилю мови комунікатора і ситуації спілкування або стилю мови й актуального психологічного стану реципієнта.

✚ Поміркуйте та визначте, які бар'єри є для вас найбільш актуальними, зробіть висновок.

**Висновок:**

## II. Основний етап (діяльнісний)

### 2.1 Розв'язання проблемних ситуацій (№ 1-10)

**Завдання 4:** розгляньте характеристики пацієнтів, проблемні ситуації, та можливі причини їх формування, наведені в таблиці 4. Надайте письмові рекомендації щодо спілкування лікаря з пацієнтами.

Таблиця 4

#### Типові проблемні ситуації взаємодії лікаря і пацієнта

Характеристика пацієнта	Можливі причини:	Рекомендації до спілкування
<i>Проблемна ситуація 1:</i> Пацієнт майже годину очікував консультації лікаря, який спізнився з особистих обставин. Довге очікування спричинило напад агресії. Пацієнт обурено кричав: «Я не розумію, чому мені доводиться очікувати?», погрожував скаргами до різних інституцій. При обстеженні лікар звернув увагу на пригнічений настрій, злість, схвильність до спалахів крайньої невдоволеності людьми, які його оточують.		
<i>Злий або вороже налаштований.</i>	<i>1. Внутрішні – психічні проблеми:</i> особистісний	

<p>Напружений, борознисті брови, стиснуті кулаки, схрещені руки, часте дихання, серцебиття</p>	<p>(межовий) розлад, маніакальна, депресивна роздратованість, психотичні розлади. 2. <i>Внутрішні</i> – фізичні проблеми: гострий або хронічний больовий синдром 3. <i>Зовнішні</i> проблеми.</p>	
<p><i>Проблемна ситуація 2:</i> Пацієнка О., 54 роки, інвалід II групи. У відділенні малопомітна, сидить на своєму ліжку, часто важко зітхає. На обличчі вираз туги і тривоги. При бесіді з лікарем хвилюється, злегка тремтить, невпинно перебирає руками свій одяг. На очах сльози. Скаржиться на пригнічений настрій, безсоння, наплив нескінченних тривожних думок про становище в сім'ї. Життя представляється їй непотрібним і безцільним, часто думає про те, що хвороба невиліковна.</p> <p><b>Уривок бесіди лікаря з пацієнткою.</b></p> <p>Лікар: Чому Ви вважаєте, що Ви нікому не потрібні? Удома Ви ведете господарство, виховуєте онуків. Ваші дітям було б важко без Вас.</p> <p>Пацієнтка: онуки живуть своїм життям...</p> <p>Лікар: Чому Ви так говорите? Адже тільки вчора приходила онука і Ваш син. Він сказав, що удома все гаразд, усі чекають на Вас.</p> <p>Пацієнтка: Не знаю... Напевно. Доктор, що зі мною? Дослідження, які Ви призначили допоможуть?...</p>		
<p><i>Тривожний</i> Розгублений, знервований. Може проявляти фізичні ознаки тривоги: (пітливість, тремтіння, промивки), швидко безконтрольно говорити; може здаватись, що він вимагає надмірної уваги від вас, особливо що стосується переконання. Може здатися, що він вас не чує та не пам'ятає що ви говорили раніше.</p>	<p>1. Звичайна поведінка тривожної особистості (або пацієнт страждає від тривожного розладу). 2. Реакція на хворобу та на медичну допомогу. 3. Стурбованість пов'язана з іншими проблемами в житті пацієнта.</p>	
<p><i>Проблемна ситуація 3:</i> Пацієнт І., 35 років, слюсар. Протягом декількох місяців не працює, постійно звертається за допомогою до різних лікарів. Скаржиться на слабкість, відсутність апетиту, безсоння. Відзначає неприємні відчуття у всьому тілі: не вистачає повітря, серце «ось-ось розірветься». Відчувається жар, в голові «важкість», вона немов забита, кров стигне, по всьому тілу «голки». При обстеженні пацієнта патологічних змін з боку внутрішніх органів не виявлено. Не зважаючи на дані досліджень, тлумачення лікарем результатів, обнадійливі слова, пацієнт залишається тривожним, підозрює у себе серйозне захворювання. Прагне звернутися до іншого лікаря, благає призначити «крапельниці» та додаткові дорогі лікарські обстеження.</p>		
<p><i>Іпохондричний</i> пацієнт Може скаржитись на безліч хронічних захворювань з нечіткими або перебільшеними симптомами, а також часто</p>	<p>1. Тип особистості, 2. Психотравмуючі ситуації, 3. Фактори середовища, інші захворювання.</p>	

страждати від супутньої тривоги, депресії і розладів особистості. Він часто звертається до багатьох лікарів, має історію багаторазової діагностики, та безліч лабораторних тестів.		
<p><i>Проблемна ситуація 4:</i> Пацієнт Х., 35 років. Млявий, повільний. Нічим не займається, не цікавиться, лежить в ліжку, не звертає увагу на оточення. Обличчя невиразне. Самостійно не умивається, не ходить, не відповідає на звернення сусідів по палаті. На питання лікаря відповідає з затримкою, односкладно, неохоче, не підіймає очі.</p> <p><b>Уривок запису бесіди з пацієнтом.</b></p> <p>Лікар: Скажіть, як Вас звать?</p> <p>Пацієнт мовчить. Після триразового повторення питання тихим голосом відповідає: Олег. Лікар (злегка трясє хворого за плече): Голова у Вас болить?</p> <p>Пацієнт (після паузи): Голова... Ні...</p> <p>Лікар: Давно Ви знаходитеся в лікарні?</p> <p>Пацієнт не відповідає навіть після неодноразового повторення питання.</p> <p>Лікар: Ви хочете одужати?</p> <p>Пацієнт: Хочу....Але, вже лікувався....</p> <p>Про попередній період захворювання не хоче згадувати.</p>		
<p><i>Пригнічений або сумний.</i> Виглядає сумним, нещасливим, має мало модульовану міміку, не посміхається, може плакати, може демонструвати унікаючі поведінку та бути не зацікавленим у навколишньому.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Тяжка втрата, травма, психічне захворювання,</li> <li>2.Вроджена або особистісна сором'язливість,</li> <li>3.Реакція на хворобу, попередній негативний досвід лікування захворювання,</li> <li>4.Очікування прихованої правди,</li> <li>5.Страх наслідків захворювання.</li> </ol>	
<p><i>Проблемна ситуація 5:</i> Пацієнт має гіпертонічну хворобу. Виглядає млявим, загальмованим. Вираз обличчя скорботний, сумний, тривожний. Настрій пригнічений. Скаржить на відчуття тяжкості в ділянці серця, блювоту вранці. Це, на його думку, свідчить про рак і близьку смерть. Переконати в протилежному його не вдається. Пацієнт зазначає, що постійно думає про роботу, збентежений, що зараз знаходиться на лікуванні. Щодня ставить ті ж самі запитання про діагноз, результати обстеження, правила прийому ліків. Намагається щось нотувати під час бесіди, але не пам'ятає, де робив попередні нотатки.</p>		
<p><i>Розсіяний або неуважний пацієнт.</i> Виділяється через велику частину «пустих» візитів до лікаря. Він може бути самотнім, залежним, надто боязким або збентеженим, щоб задавати питання, на які він дійсно хоче отримати відповідь.</p>	<p>Психічні та соматичні розлади.</p>	

Ставить багато раціональних питань, дуже хвилюється, або просто дезінформований і потребує уточнень.		
<i>Проблемна ситуація 6:</i> Пацієнт Д., 33 роки, цеховий майстер. Зазначає, що завжди конфліктує з колегами, оскільки вони не поділяють його прогресивні погляди. Часто пише на них скарги в різні інстанції, звинувачує в «антидержавній політиці», аморальній поведінці і т.п. Постійно натякає на «впливових друзів», які здатні вирішувати будь-які проблеми. Має намір продовжувати боротьбу із медичним персоналом лікарні за правду, «викрити кого слід за корупцію». Повторює щодня, що йому гарантовано державою отримання якісної медичної допомоги та безкоштовні ліки.		
<i>Маніпулятивний.</i> Часто грає на почуттях інших, загрожує гнівом, судовим позовом або навіть самогубством. Він, як правило, виявляє імпульсивну поведінку, спрямовану на отримання того, що він хоче, і часто буває важко відрізнити таку поведінку від межового розладу особистості.	Йому необхідні: лікарський час, лікарські старання, жалість або милосердя	
<i>Проблемна ситуація 7:</i> Пацієнт сумлінно виконує призначення лікаря, але з недовірою ставиться до нових призначень. Постійно намагається перевірити правильність призначень лікаря, консультується з іншими фахівцями, вивчає дані про призначене лікування в інтернеті. Часто скаржиться на погіршення стану після призначених процедур, виказує сумніви щодо їхньої ефективності.		
<i>Підозрілий.</i> Постійно недоброзичливий і підозрілий під час спілкування. Він може постійно підозрювати вас в чомусь, здатний як приховувати так і висловлювати свої підозрілі думки.	Характерологічна особливість, конфліктогенність.	
<i>Проблемна ситуація 8:</i> Пацієнтка 30 років перенесла планову операцію на щитоподібній залозі. Післяопераційний період протікав нормально, але хвора не встає з ліжка, відзначає різку слабкість, підвищену стомлюваність. Після виписки відчуває себе хворою, хоча ендокринолог запевнив, що її стан значно покращився. Звільнилася з роботи, припинила спілкування з подругами. На запитання лікаря відповідає односкладно, неохоче. Особистих запитань уникає.		
<i>Мовчазний або закритий</i> Вразливий, важко висловлює свої внутрішні почуття. Може соромитись відповідати на особистісні запитання. Відповідає на запитання частіше	1. Замкнена у собі особистість. 2. Прояв психічного захворювання 3. Реакція на хворобу і на отримання медичної допомоги.	

однокладно «Так», «ні», «не знаю», або взагалі мовчить.	4. Недостатньо розвинена емоційна система пацієнта	
<i>Проблемна ситуація 9:</i> У пацієнта часто підвищений настрій, він легко вступає в діалог з оточуючими людьми, постійно говорить, легковажно ставиться до недуги та лікування. Швидко переходить з однієї теми до іншої, складає враження, що не слухає пояснення та поради лікаря щодо лікування. Постійно перериває бесіду, згадує якісь події, що не мають відношення до його стану.		
<i>Балакучий.</i> Багатослівний, може перестрибувати з однієї теми на іншу, не може стисло відповідати на запитання.	Характерологічна особливість	
<i>Проблемна ситуація 10:</i> Пацієнтка І., 32 роки дуже задоволена, що захворіла, стверджуючи: «Зможу приділити більше уваги дітям, не буду відводити їх у дитячій садок, зроблю ремонт у квартирі, почитаю та займуся улюбленою справою».		
<p><i>Залежний</i> (від члена родини або стосунків) пацієнт</p> <p>1. У залежних стосунках член сім'ї неохоче залишає пацієнта самотійно з лікарем.</p> <p>2. Коли пацієнтові задають питання про його здоров'я, член сім'ї намагається першим відповісти на запитання, або пацієнт дивиться на члена сім'ї, перш ніж відповісти.</p> <p>3. Пацієнт, який активно спілкувався під час попередніх візитів, не говорить у присутності члена сім'ї.</p> <p>4. У пацієнта є ознаки, що вказують на фізичне насильство (наприклад, синці).</p>	Характерологічна особливість. Модель сімейних відносин	

### III. Заключний етап

**Завдання 5:** поясніть зміст наведених нижче професійних рис лікаря. Розташуйте наведені професійні риси лікаря у порядку важливості для вас (від найбільше важливої – до найменш важливої). Свій вибір обґрунтуйте.

**Відповідь:**

Компетентність –

Сумлінність –

Чесність –

Порядність –

Етичність у взаєминах з колегами –

Співчуття –  
Співпереживання –

### Завдання для позааудиторної роботи

**Завдання 3:** дайте відповіді на ситуаційні задачі:

1. Пацієнтка Л., 50 років, знаходиться в онкологічному центрі з приводу злоякісного новоутворення правої молочної залози. Сестра пацієнтки попросила лікаря проінформувати її про захворювання. Оберіть тактику лікаря в даному випадку:
  - A. Відмова інформування сестри про захворювання пацієнтки
  - B. Інформування сестри про захворювання без згоди пацієнтки
  - C. Повне інформування сестри про захворювання пацієнтки
  - D. Інформування сестри тільки з документацією і історією хвороби
  - E. Інформувати родичів про онкологічну патологію повинен зав. відділенням
2. Хвора С., 49 років, знаходиться на лікуванні в гінекологічному відділенні після операції екстирпації матки і яєчників унаслідок фіброміоми. Стан хворої задовільний. Чоловік пацієнтки зажадав від лікаря докладного опису оперативного втручання. Визначте тактику лікаря в даному випадку:
  - A. Повне інформування чоловіка після отримання згоди на це пацієнтки
  - B. Інформування чоловіка без узгодження з пацієнткою, оскільки він її близький родич
  - C. Категорична відмова в дачі інформації чоловікові
  - D. Інформування чоловіка після розгляду питання на ВКК
  - E. Запропонувати чоловікові отримати дозвіл на інформацію через суд
3. Хлопець К., 16 років. Закінчив школу з оцінками «добре». Захоплюється комп'ютерною технікою, програмуванням. У школі легко засвоював матеріал з алгебри, геометрії, креслення, фізики. Батько хлопця обіймає посаду головного лікаря міської лікарні, мати – працівник медичного університету. Юнак планує вступати до медичного університету. Визначте мотиви вибору професії юнака:
  - A. Позитивними
  - B. Негативними
  - C. Зовнішніми
  - D. Внутрішніми
  - E. Батьківськими настановами
4. У купейному вагоні швидкого поїзда серед пасажирів був лікар-стоматолог, який неодноразово в розмовах підкреслював свою професійну майстерність. У жінки з сусіднього купе почалися пологи. Лікар-стоматолог закрився в своєму купе і повідомив, що погано себе почуває, тому не зможе надати необхідну допомогу. Оцініть дії лікаря:
  - A. Лікарська помилка
  - B. Професійне правопорушення
  - C. Нещасний випадок
  - D. Помилка поведінки лікаря
  - E. Низький рівень морально-етичних якостей.
5. Пацієнт Т., 62 років має онкологічне захворювання. Стан тяжкий, турбує нестерпний біль. Просить про еутаназію, каже, що «жити лишилось недовго». Лікар порадившись з родичами погодився та виконав прохання. Оцініть дії лікаря:
  - A. Лікарська помилка
  - B. Професійне правопорушення
  - C. Лікарський обов'язок

D. Високий рівень морально-етичних якостей

E. Низький рівень морально-етичних якостей.

6. До терапевта уп'яте за місяць звернулася хвора Н., 40 років зі скаргами на головний біль, запаморочення, перебої в роботі серця, задишку. Пацієнтка наполягає на госпіталізації. При огляді патології не виявлено. Лікар нецензурно висловився сприводу прохання пацієнтки, направив її на консультацію до психіатра. Раніше подібного в поведінці лікаря не спостерігалось. Оцініть дії лікаря:

A. Синдром емоційного вигорання

B. Професійна деформація

C. Нервова напруга

D. Професійний цинізм

E. Низький рівень морально-етичних якостей.

7. Дівчина 15 років, звернулася до гінеколога з проханням зробити аборт (вагітність 11-12 тижнів). Лікарем проінформовано батьків дівчини. Оцініть дії лікаря:

A. Лікарська помилка

B. Професійне правопорушення

C. Лікарський обов'язок

D. Помилка поведінки лікаря

E. Розкриття лікарської таємниці.

8. До лікаря звернулася жінка 20 років. При огляді виявлено «гострий живіт», направлена до хірургічного відділення з діагнозом «Розрив кісти яєчника». В ході операції з'ясувалося, що у жінки гострий апендицит. Яка помилка була допущена при встановленні діагнозу:

A. Поведінка медперсоналу

B. Лікувально-технічна

C. Лікувально-тактична

D. Діагностична

E. Ведення медичної документації

1	2	3	4	5	6	7	8

**Завдання 4:** розробіть пам'ятку для лікаря: «Як ефективно взаємодіяти з пацієнтами різних типів».

#### Пам'ятка

**Завдання 5:** охарактеризуйте власні труднощі професійної взаємодії.

**Відповідь:**

- 1.
- 2.
- 3....

**Підсумок роботи на занятті:**

**ТЕМА: МОДЕЛІ ВЗАЄМОВІДНОСИН У СИСТЕМІ «ЛІКАР–ПАЦІЄНТ»**

**Мета:** розглянути різноманітні моделі взаємовідносин у системі «лікар–пацієнт»; визначити їхні переваги та недоліки; обрати оптимальну модель взаємовідносин у конкретній практичній ситуації.

Вивчення теми забезпечить удосконалення та подальший розвиток **програмних компетентностей**, а саме: ЗК6 – Здатність приймати обґрунтоване рішення; ЗК7 – Здатність працювати в команді; ЗК8 – Здатність до міжособистісної взаємодії; ЗК 17 – Здатність діяти на основі етичних міркувань; ЗК 18 – Здатність до саморегуляції, управління емоціями та стресом; ФК26 – Здатність дотримуватись етичних принципів при роботі з пацієнтами, лабораторними тваринами.

**Практичний кейс № 2 Моделі взаємовідносин у системі «лікар–пацієнт»**

**Мета:** визначити динаміку ставлення людини до хвороби; охарактеризувати та проаналізувати моделі стосунків «лікар-пацієнт»

**Актуальність:** у практичній діяльності лікар стикається зі складними/нестандартними ситуаціями, пов'язаними зі взаємодією з пацієнтами. Застосування знань у професійній взаємодії з пацієнтами з різним типом темпераментом, тілобудовою, різного віку та статі, врахування їхніх психологічних якостей сприятиме ефективності взаємодії в системі «лікар - пацієнт». Володіння інструментами спілкування, веденням бесіди, захисту від маніпуляцій та вчасному їх розпізнаванню сприятиме створенню комфортного професійного середовища..

## I. Підготовчий етап (теоретичний)

### Рекомендована література

1. Зливков В.Л. Спес Гіппократа: основи психології спілкування для медичних працівників / В.Л. Зливков, С.О. Лукомська. – Ніжин : Видавець ПП Лисенко М.М.; Київ, 2017. – 208 с.

### Рекомендовані джерела інформації

- 14 типів пацієнтів: чи впізнаєте ви себе [Електронний ресурс] // 24 Канал. – Режим доступу: [https://health.24tv.ua/14\\_tipiv\\_patsiyentiv\\_chi\\_vpiznayete\\_vi\\_sebe\\_n1156099](https://health.24tv.ua/14_tipiv_patsiyentiv_chi_vpiznayete_vi_sebe_n1156099) (дата звернення: 16.06.2023). – Назва з екрана.
- Етика спілкування лікаря з пацієнтом [Електронний ресурс], 2021 / Афіна. Жінки проти раку // YouTube. – Режим доступу: <https://www.youtube.com/watch?v=vFmybu4DKrg> (дата звернення: 16.06.2023). – Назва з екрана.
- Ждан В. М. Навички клінічного спілкування у професійній діяльності лікаря [Електронний ресурс] / В. М. Ждан, Л. М. Шилкіна, О. М. Беляєва // The medical and ecological problems. – 2021. – Т. 25, № 3-4. – С. 18–23. – Режим доступу: <https://doi.org/10.31718/mep.2021.25.3-4.04> (дата звернення: 16.06.2023). – Назва з екрана.
- Особливості комунікації у медичному середовищі (методичні рекомендації) | Психосоматична медицина та загальна практика [Електронний ресурс] // Психосоматична медицина та загальна практика. – Режим доступу: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/212> (дата звернення: 16.06.2023). – Назва з екрана.

### Теоретична інформація

#### Динаміка ставлення людини до хвороби:

- ✚ **Домедична фаза** – триває до початку спілкування людини з лікарем, виникнення перших ознак хвороби, прийняття рішення про звернення за медичною допомогою.
- ✚ **Фаза руйнування життєвого стереотипу** – ізоляція людини від роботи, а іноді й від сім'ї (при госпіталізації), відсутність адекватних знань про хворобу, її перебіг та наслідки, підвищена тривожність.
- ✚ **Фаза адаптації до хвороби** – зменшення рівня тривожності, збіднена емоційна сфера.
- ✚ **Фаза формування компенсаторних механізмів** у випадку хронічної хвороби або одужання.

#### Типи реакції хворого на своє захворювання:

- ✚ стенічна,
- ✚ астенічна
- ✚ раціональна.
- ✚ **При адекватному типі реагування (нормозогнозії)** пацієнти правильно оцінюють свій стан, їх оцінка збігається з оцінкою лікаря.
- ✚ **При гіпернозозгностії** пацієнти схильні переоцінювати значущість окремих симптомів і хвороби в цілому,
- ✚ **При гіпнозозгностії** – навпаки, схильні їх недооцінювати.
- ✚ **При диснозозгностії** у пацієнті спостерігаються спотворення сприйняття і заперечення наявності хвороби і її симптомів з метою дисимуляції або через страх її наслідків.
- ✚ **Анозозгностія** – повне заперечення хвороби як такої.

Реакції на інформацію про хворобу залежать від «значення хвороби» для пацієнта:

- ✚ **хвороба-погроза або виклик**, а тип реакцій - протидія, тривога, відхід або боротьба

- (іноді параноїдальна);
- ✚ **хвороба-втрата**, а відповідні типи реакцій - депресія або іпохондрія, розгубленість, горе, спроба повернути до себе увагу, порушення режиму;
  - ✚ **хвороба-виграш** або позбавлення, а типи реакцій - байдужість, життєрадісність, порушення режиму, ворожість по відношенню до лікаря;
  - ✚ **хвороба-покарання**, при цьому виникають реакції пригніченості, сорому та гніву.

**Завдання 1:** *поміркуйте та наведіть приклади ставлення людини до хвороби (з власного життєвого або професійного досвіду). Обговоріть їх на практичному занятті.*

Таблиця 1

### Характеристика моделей взаємодії «лікар-пацієнт» залежно від типології пацієнтів

№з/п	Тип пацієнта	Модель взаємодії «лікар-пацієнт»
1.	ГАРМОНІЙНИЙ (реалістичний, виважений)	<b>партнерство</b> (співпраця у питаннях лікування, поділ відповідальності за результати обстеження і лікування між медпрацівником і пацієнтом).
2.	ЕРГОПАТИЧНИЙ (стенічний)	<b>контракт</b> (співпраця на основі взаємних зобов'язань, визначених завдань лікування та очікуваних результатів).
3.	АНОЗОГНОЗИЧНИЙ (ейфоричний)	<b>керівництво</b> (авторитарна модель, при пасивній ролі пацієнта у лікувальному процесі, медпрацівник базується виключно на своїх професійних знаннях і уявленнях про необхідність лікувальних заходів).
4.	ТРИВОЖНИЙ (тривожно-депресивний, фобічно-обсесивний)	<b>керівництво</b> (авторитарна модель, при пасивній ролі пацієнта у лікувальному процесі, медпрацівник базується виключно на своїх професійних знаннях і уявленнях про необхідність лікувальних заходів).
5.	ПОХОНДРИЧНИЙ	<b>керівництво</b> (авторитарна модель, при пасивній ролі пацієнта у лікувальному процесі, медпрацівник базується виключно на своїх професійних знаннях і уявленнях про необхідність лікувальних заходів).
6.	НЕВРАСТЕНІЧНИЙ	<b>керівництво</b> (авторитарна модель, при пасивній ролі пацієнта у лікувальному процесі, медпрацівник базується виключно на своїх професійних знаннях і уявленнях про необхідність лікувальних заходів).
7.	МЕЛАНХОЛІЙНИЙ (тужливий)	такі пацієнти потребують «материнського» підходу: їх потрібно постійно підтримувати та підбадьорювати, водночас основною моделлю взаємодії є <b>керівництво</b> (медпрацівник базується на своїх професійних знаннях і уявленнях про необхідність лікувальних заходів та використовує доступні йому методи розмовної психотерапії аби переконати пацієнта в ефективності лікування).
8.	АПАТИЧНИЙ (байдужий)	<b>керівництво</b> (авторитарна модель, при пасивній ролі пацієнта у лікувальному процесі, медпрацівник базується виключно на своїх професійних знаннях і уявленнях про необхідність лікувальних заходів).
9.	СЕНСИТИВНИЙ (вразливий)	такі пацієнти потребують «материнського» підходу: їх потрібно постійно підтримувати та підбадьорювати,

		переконувати в реальних і уявних побоюваннях, вселяти впевненість у позитивних результатах лікування.
10.	<b>ЕГОЦЕНТРИЧНИЙ</b> (істероїдний, демонстративний)	<b>керівництво</b> ( <i>авторитарна</i> модель, при пасивній ролі пацієнта у лікувальному процесі, медпрацівник базується виключно на своїх професійних знаннях і уявленнях про необхідність лікувальних заходів).
11.	<b>ПАРАНОЇДНИЙ</b> (підозрілий)	<b>керівництво</b> ( <i>авторитарна</i> модель, при пасивній ролі пацієнта у лікувальному процесі, медпрацівник базується виключно на своїх професійних знаннях і уявленнях про необхідність лікувальних заходів).
12.	<b>ДИСФОРИЧНИЙ</b> (агресивний)	<b>партнерство</b> ( <i>співпраця</i> у питаннях лікування, поділ відповідальності за результати обстеження і лікування між медпрацівником і пацієнтом).

Таблиця 2

### Характеристика ставлення до хвороби пацієнтів різного віку

<i>Характеристика ставлення до хвороби</i>	<i>Стратегія спілкування лікаря</i>
<b>Діти 4-9 років</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• відсутність усвідомлення хвороби в цілому;</li> <li>• невміння формулювати скарги;</li> <li>• сильні емоційні реакції на окремі симптоми хвороби;</li> <li>• сприймання лікувальних і діагностичних процедур як дуже страшних;</li> <li>• регрес на попередні етапи психічного розвитку;</li> <li>• почуття страху, туги, самотності у стінах лікувального закладу, далеко від батьків.</li> </ul>	<p>потребують «материнського» підходу: постійно підтримувати та підбадьорювати, переконувати в реальних і уявних побоюваннях, вселяти впевненість у позитивних результатах лікування. Бажана організація негучних ігор, читання, проведення процедур із умовляннями. Важливе професійне спілкування із родичами. Улюблені тварини, іграшки, книжки, мультфільми відволікують від неприємних відчуттів і важких переживань, позитивно впливають на її самопочуття, настрої і перебіг захворювання.</p>
<b>7-11 років</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• обмеженість знань про хвороби, зв'язок здоров'я переважно із відсутністю болю;</li> <li>• симуляція задля отримання певних зисків, маніпулювання батьками, які переживають за здоров'я дитини;</li> <li>• сильні емоційні реакції на окремі симптоми хвороби;</li> <li>• страх лікувальних і діагностичних процедур;</li> <li>• регрес на попередні етапи психічного розвитку;</li> <li>• почуття тривоги, страху та самотності у стінах лікувального закладу, далеко від батьків.</li> </ul>	<p>«материнський підхід»: постійно підтримувати та підбадьорювати, переконувати в реальних і уявних побоюваннях, вселяти впевненість у позитивних результатах лікування, крім того діти у цьому віці вже здатні зрозуміти загалом особливості їх хвороби, тому медичним працівникам слід у доступній для дитини формі, пояснювати особливості її стану. Бажана організація негучних ігор, читання, рукоділля. Важливе професійне спілкування із родичами хворої дитини</p>
<b>Підлітковий вік</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• наявність знань про хворобу;</li> <li>• переважання психологічної домінанти віку – бажання бути дорослим;</li> <li>• бравада як форма самозахист при внутрішній психологічній вразливості;</li> </ul>	<p>контракт (співпраця на основі взаємних зобов'язань, визначених завдань лікування та очікуваних результатів). Спілкування з урахуванням вікових психологічних особливостей, опорою на</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• зневажливе ставлення до хвороби, факторів ризику;</li> <li>• страх лікувальних і діагностичних процедур.</li> </ul>	самостійність і дорослість підлітка
<b>Юнацький вік (15-20 років)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• наявність знань про хворобу, її симптоми та наслідки;</li> <li>• переважання психологічної домінанті віку – самоствердження, спрямованість на соціальну активність, які хвороба може стати на заваді, а тому її симптоми всіляко ігноруються;</li> <li>• дисимуляція;</li> <li>• відсутність страху лікувальних і діагностичних процедур.</li> </ul>	«партнерство» (співпраця у питаннях лікування, поділ відповідальності за результати обстеження і лікування між медпрацівником і пацієнтом).
<b>Зрілий вік</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• наявність знань про хворобу, її симптоми та наслідки;</li> <li>• переважання психологічної домінанті віку – спрямованість на задоволення соціальних потреб, яким хвороба може стати на заваді, а тому її симптоми всіляко ігноруються;</li> <li>• дисимуляція;</li> <li>• помірний страх лікувальних і діагностичних процедур, поява фобій, пов'язаних із необхідністю лікування (особливо у стаціонарі).</li> </ul>	«партнерство» (співпраця у питаннях лікування, поділ відповідальності за результати обстеження і лікування між медпрацівником і пацієнтом), орієнтація на трудову і соціальну реабілітацію
<b>Літній вік</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• відсутність критичності у ставленні до хвороби, перебільшення значущості симптомів;</li> <li>• переважання психологічної домінанті віку – усвідомлення швидкоплинності життя та наближення смерті;</li> <li>• відсутність мотивації на одужання;</li> <li>• відчуття самотності, туги, безпомічності;</li> <li>• вікові зміни: зниження слуху, зору, пам'яті, звуження інтересів, підвищена вразливість, зниження здатності до самообслуговування.</li> </ul>	залежить від збереженості когнітивних функцій пацієнта: 1. «Керівництво». 2. «Партнерство». Важливо підтримання у пацієнта відчуття власної значущості, підкреслено шанобливе, тактовне, делікатне ставлення без фамільярності і моралізування; орієнтація на рухову активність і мотивацію на одужання.

## II. Основний етап (діяльнісний)

### 2.1 Завдання 2: розв'язання проблемних ситуацій №1-12

**Інструкція:** прочитайте сценарій проблемних ситуацій, наведених у таблиці 3, визначте тип пацієнта, модель взаємодії «лікар-пацієнт», оберіть та схарактеризуйте стратегію поведінки лікаря.

Таблиця 3

#### Проблемні ситуації

№	сценарій проблемної ситуації	тип	модель	стратегія
---	------------------------------	-----	--------	-----------

з/п		пацієнта	взаємодії	поведінки лікаря
1	<p>Пацієнт С., 50 років, колишній військовий. Поступив в онкологічний диспансер з підозрою на рак прямої кишки. Пацієнт замкнений, безвідповідально ставиться до лікувальних процедур, конфліктує з оточенням, принижує дружину, нецензурно висловлюється щодо персоналу відділення. Часто сидить наодинці в сквері лікарні.</p> <p>Лікар сів поруч із ним, півгодини вони сиділи мовчки. Наступного дня ситуація повторилася. Через кілька днів лікар на очах у пацієнта повісив на гіллі найближчого дерева годівницю для птахів і знову мовчки сидів поруч – тепер їх самотність порушувалося співом пташок. Протягом двох тижнів лікар завів ще й звичку прямо з лавки годувати прибудних кішку. Через кілька днів лікар і пацієнт вже вели короткі діалоги. Приблизно через місяць пацієнт став виконувати лікарські призначення, почав цікавитися ходом лікувального процесу.</p>			
2	<p>Пацієнтка П., 25 років, повар. Звернулася до лікаря з приводу страху негативного ставлення до себе з боку рідних і друзів через наслідки хіміотерапії. Пацієнтка більше турбувалася про випадіння волосся, ніж за відсутність видаленого органу. За словами дівчини, те, що вона лиса бачать усі, навіть добре підібрана перука кидається в очі оточуючим, які задають «незручні» питання, на кшталт того «у тебе рак?», «а як ти тепер жити будеш?». Пацієнтка скаржиться, що найближча подруга уникає спілкування.</p> <p>Допомога пацієнтці: призначено консультації психолога, родичів проінформовано про проблеми пацієнтки.</p>			
3	<p>Ірина Д., 32 роки, звернулася до стоматолога з приводу видалення зуба. На прийомі демонструвала декольте, заговарала з лікарем (після першого прийому розповідала подрузі, що «лікар на неї запав», стогнала від болю, який при огляді був мінімальний). Під час видалення зуба заважала стоматологу, хапала його за халат, попри анестезію кричала, намагалася вирватися, а потім неодноразово приходила на повторні прийоми скаржилася, що рана погано заживає. Ірина постійно наголошувала, що так як у неї, ні у кого не</p>			

	<p>болить.</p> <p>Стоматолог не реагував на поведінку пацієнтки та через деякий час вона переключила свою увагу на іншого лікаря.</p>			
4	<p>Галина С., 56 років, учитель молодших класів. Машиною швидкої допомоги доставлена у приймальне відділення міської лікарні зі скаргами на болі в животі. Через велику кількість пацієнтів 40 хвилин чекала на огляд лікаря. За цей час пацієнтка постійно скаржилась на біль, задуху, лаяла лікарів, звинувачувала їх в халатності та байдужості, зі скаргами зателефонувала на «гарячу» лінію МОЗУ. Медичним працівникам Галина жалілася на своє життя: «Мені абсолютно не цікаво стало жити. Вранці прокидаюся з думкою: «Як шкода, що закінчилася ніч і треба вставати». Прокидаюся вже втомлена і розбита. Роблю домашні справи, йду на роботу, спілкуюся з близькими, тому що треба. Ненавиджу домашню роботу. Чекаю, коли закінчиться день, щоб швидше лягти в ліжку. Але часто прокидаюся і не можу заснути до ранку». Після огляду лікаря кожні 5 хвилин запитує у медсестер про результати, скаржиться на втому та болі «не зрозуміло де».</p>			
5	<p>Олег П., 50 років, діагноз «виразкова хвороба шлунку». Понад 30 років пропрацює вчителем математики. Останнім часом відмічає регулярні загострення, від стаціонарного лікування відмовляється. Попри рекомендації лікаря щодо зміни способу життя, відновив репетиторську діяльність, працює над виданням підручника з математики.</p> <p>Лікар із повагою ставиться до роботи пацієнта, всіляко демонструє це.</p>			
6	<p>Олена К., 53 роки, після встановлення діагнозу «рак молочної залози», проведено радикальну мастектомію та курси хіміо- і променевої терапії. Весь період лікування пацієнтка перебувала в бадьорому настрої, вірила в ефективність лікування, виконувала лікарські призначення. Велику роль при цьому мала підтримка її чоловіка та дітей. Олена стала активним членом обласної громадської організації «Амазонки» та допомагала іншим жінкам адаптуватися до хвороби. Через 3 роки після закінчення лікування жінка регулярно відвідує онколога,</p>			

	проходить профілактичні огляди та продовжує вести активну громадську діяльність.			
7	<p>Світлана М., 36 років. Звернулася до стоматолога з приводу видалення 8-го зуба (зуба мудрості). На першій консультації питала про больові відчуття під час та після видалення, поведінка жінки була знервованою, відчувалась певна недовіра до лікаря та страх перед втручанням. Пацієнтка розповіла, що цікавилася перебігом проведення таких операцій та їх наслідків на різних форумах, консультиувалась із різними фахівцями, а даного лікаря обрала як найкращого у даній галузі. На видалення зуба пацієнтка з'явилася завчасно, скаржилась на підвищений страх і «мурахи на шкірі».</p> <p>Лікар заспокоїв пацієнтку фразою: «Мені такий зуб видаляли дві години, а я прооперую набагато швидше». Під час операції лікар заспокоював пацієнтку, розмовляв із нею, а після втручання детально пояснив, що вона має робити задля швидшого загоєння рани та дав номер телефону, за яким вона могла звернутися у випадку виникнення проблем, навіть, у неробочий час.</p>			
8	<p>Микола М., 62 роки, пенсіонер. Госпіталізований з діагнозом «злоякісне новоутворення шлунку неуточненої локалізації». Від спілкування з медичним персоналом пацієнт відмовлявся, пасивно, лише після тривалих спонукань, виконував рекомендації лікарів, від дорогівартісних обстежень відмовився. Зі слів пацієнта, у нього є відчуття, що з кожним курсом хіміотерапії він наближається не до одужання, а до смерті. Перший час після госпіталізації виявляв позитивні емоції, особливо, коли його відвідували дружина і діти, але через три тижні апатично реагував на їхню присутність. Відмова від спілкування найчастіше виражалася словами «болить», «втомився», якщо відвідувачі не реагували – він просто відвертався від них. Пацієнт перестав самостійно себе доглядати (хоча фізичний стан був задовільний). Лікар рекомендував родичам акцентувати увагу на тому, що Микола їм потрібен («А хто ж допоможе онуку з математикою?»), що вони хочуть аби той швидше повернувся додому</p>			

	(«Стільки ж справ накопичилось!»). Поступово пацієнт почав самостійно обслуговувати себе та проявляти більшу активність у лікувальному процесі.			
9	<p>Василь Д., 37 років. Після профілактично огляду діагностовано туберкульоз легень. Призначено додаткові обстеження у тубдиспансері. Пацієнт вважав, що «туберкульоз виключно хвороба асоціальних осіб», відмовившись від лікування він продовжив працювати. Знову звернутися до лікаря його змусило погіршення самопочуття, яке він пояснив «надмірним навантаженням на роботі» та попросив виписати «якісь пігулки для бадьорості».</p> <p>Лікар пацієнту наочно продемонстрував перебіг хвороби; роз'яснив подальші перспективи при дотриманні лікування та при відмові від нього; мотивував пройти додаткове обстеження та лікуватися у спеціалізованій медичній установі.</p>			
10	<p>Оксана Т., 52 роки, викладач університету. Після діагностики раку молочної залози постійно плакала. Будь-яке неприємне відчуття трактувалося нею як появу метастазів, а лікаря дорікала, що він приховує реальний діагноз і відмовляється адекватно обстежувати та лікувати її. Кілька разів на день за словами пацієнтки виникають гострі болі з різною локалізацією. Пацієнтка уважно спостерігає за діями медсестер, що вводять лікарські препарати, уважно читає етикетки на ампулах, шукає в Інтернеті інформацію про всі призначені ліки.</p> <p>Лікар зменшив дозу анальгетиків, а через тиждень повідомив про це пацієнтці. Пацієнтка обурилася, але коли зрозуміла, що її образ «мучениці» не спрацював (оскільки її викрито у відвертому перебільшенні симптомів хвороби), болі стали виникати рідше, їх інтенсивність знизилася, сльозливий стан поступово змінився на адекватне ставлення до хвороби.</p>			
11	Петро, 38 років, інженер-механік. Звернувся до лікаря-кардіолога зі скаргами на болі у серці. За словами пацієнта останній рік відчуває страх смерті від серцевого нападу. Страх настільки сильний, що він майже не виходить із дому, роботу виконує віддалено, якщо виникає потреба вийти з дому, то			

	<p>потребує супроводу. Пацієнт скерований до кардіологічного диспансеру, призначено оперативне втручання. З'ясовано, що найбільший вплив на Петра має його старша сестра, з якою лікарі провели бесіди щодо особливостей стану її брата, проведення та наслідки хірургічного втручання. Протягом усього процесу лікування сестра підтримувала брата, переконувала у необхідності та ефективності лікування, що загалом сприяло практично повному одужанню пацієнта.</p>			
12	<p>Вікторія С., 40 років, менеджер. Звернулася до гастроентеролога з приводу періодичного болю в животі. Жінка запідозрила у себе гельмінтоз і звинувачувала сусідку, у тому, що «вона завжди мені заздрила, а тому зурочила». До обстежень Вікторія ставилась вкрай негативно, особливо боялася ФГС, яка, на її думку, шкідливіша за саму хворобу. Тричі пацієнтка змінювала лікарів, звинувачувала їх у недбалості, нерозумінні ситуації та небажанні вплинути на сусідку. Під час перебування у стаціонарі писала скарги в місцевий відділ охорони здоров'я, ходила на прийом до головного лікаря. Мали місце чисельні конфлікти з іншими пацієнтами та медичним персоналом. Діяв лише впевнений «командний» тон лікарів, тоді вона заспокоювалася та виконувала всі медичні призначення.</p>			
13	<p>Володимир Д., 47 років, за час участі в бойових діях отримав декілька важких поранень та черепно-мозкову травму. Після демобілізації та тривалого лікування, Володимир організував обласну спілку учасників бойових дій, всіляко підтримує своїх побратимів, водночас раз на півроку проходить планове лікування в госпіталі, дотримується рекомендацій лікарів та допомагає іншим учасникам бойових дій в організації їх реабілітації.</p>			

### III. Заключний етап Завдання для позааудиторної роботи

**Завдання 1:** напишіть сценарії 2-3 проблемних ситуацій взаємодії лікаря з пацієнтами різного типу з використанням моделей спілкування «лікар-пацієнт».

**Відповідь:**

### **Підсумки роботи на занятті:**

#### **ТЕМА: ЛІКАРСЬКА ТАЄМНИЦЯ: МОРАЛЬНІ ТА ПРАВОВІ АСПЕКТИ**

**Мета:** розглянути та обговорити моральні та правові аспекти лікарської таємниці.

Вивчення теми забезпечить удосконалення та подальший розвиток **програмних компетентностей**, а саме: ЗК6 – Здатність приймати обґрунтоване рішення; ЗК7 – Здатність працювати в команді; ЗК8 – Здатність до міжособистісної взаємодії; ЗК 17 – Здатність діяти на основі етичних міркувань; ЗК 18 – Здатність до саморегуляції, управління емоціями та стресом; ФК26 – Здатність дотримуватись етичних принципів при роботі з пацієнтами, лабораторними тваринами.

#### **Практичний кейс № 3 Лікарська таємниця: моральні та правові аспекти**

**Загальна мета:** застосовувати знань про лікарську таємницю та захист інформації, що складає лікарську таємницю при розв'язанні проблемних ситуацій.

#### **Конкретні цілі:**

1. Застосовувати основні принципи медичної етики та деонтології для захисту конфіденційної інформації про пацієнта з метою формування довіри до лікаря та його рекомендацій.
2. Визначити зміст лікарської таємниці у професійної діяльності медичного працівника.
3. Спрямувати деонтологічні принципи збереження лікарської таємниці медичним персоналом на досягнення максимальної ефективності лікування.
4. Керуватися положеннями законодавчих та регламентуючих документів щодо формування моральної культури медичних працівників для захисту конфіденційності.
5. Профілактика та усунення шкідливих наслідків неякісної медичної роботи, що призводять до ятрогеній шляхом забезпечування збереження лікарської таємниці.

**Інструкція:** кейс складається з трьох етапів: 1) підготовчого (теоретичного), 2) основного (практичного), 3) заключного (підсумкового).

**Актуальність:** збереження лікарської таємниці важливий аспект професійної діяльності медичних працівників. Одним з обов'язків лікаря являється збереження конфіденційності інформації про хворого, її таємницю. В останній час, у зв'язку з запровадженням комп'ютерних технологій обробки медичної інформації та розвитком корпоративних інформаційних систем захисту інформації від несанкціонованого доступу стає надзвичайно актуальною.

### **I. Підготовчий етап (теоретичний)**

#### **Питання**

1. Визначити та сутність лікарської таємниці
2. Історія становлення лікарської таємниці
3. Принципи збереження лікарської таємниці
4. Права пацієнта на конфіденційність інформації про його стан здоров'я
5. Можливі обмеження права пацієнта на конфіденційність
6. Права лікаря та пацієнта і лікарська таємниця
7. Гарантії дотримання лікарської таємниці у Міжнародному Кодексу медичної етики.
8. Гарантії дотримання лікарської таємниці у Лісабонській декларації про права пацієнта.
9. Гарантії дотримання лікарської таємниці у етичному Кодексу Українського лікаря, проект Етичного кодексу медичної сестри України та інші.
10. Правові документи, що регламентують дотримання лікарської таємниці в Україні.

#### **Рекомендована література**

##### **Основні джерела:**

1. Ковальова О.М. Деонтологія в медицині: підручник / О.М. Ковальова, Н.А. Сафаргаліна-Корнілова, Н.М. Герасимчук. — 2018, 2-е вид., випр. — Київ : ВСВ «Медицина», 2018. — 240 с.

##### **Додаткові джерела:**

1. Етичний кодекс лікаря України [Електронний ресурс] // Офіційний вебпортал парламенту України. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/n0001748-09#Text> (дата звернення: 16.06.2023). – Назва з екрана.
2. Кримінальний кодекс України [Електронний ресурс] : Кодекс України від 05.04.2001 р. № 2341-III : станом на 28 квіт. 2023 р. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#Text> (дата звернення: 16.06.2023). – Назва з екрана.
3. Лікарська таємниця в Україні [Електронний ресурс] // Медична справа. – Режим доступу: [https://medplatforma.com.ua/article/406-lkarska-tamnitsya-umovi-rozgoloshennya#likarska\\_taiemnytsia](https://medplatforma.com.ua/article/406-lkarska-tamnitsya-umovi-rozgoloshennya#likarska_taiemnytsia) (дата звернення: 16.06.2023). – Назва з екрана.
4. Основи законодавства України про охорону здоров'я [Електронний ресурс] : Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII : станом на 28 трав. 2023 р. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 16.06.2023). – Назва з екрана.
5. Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині [Електронний ресурс] : Закон України від 17.05.2018 р. № 2427-VIII : станом на 7 січ. 2022 р. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2427-19#Text> (дата звернення: 16.06.2023). – Назва з екрана.
6. Про захист персональних даних [Електронний ресурс] : Закон України від 01.06.2010 р. № 2297-VI : станом на 27 жовт. 2022 р. – Режим

- доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2297-17#Text> (дата звернення: 16.06.2023). – Назва з екрана.
7. Про інформацію [Електронний ресурс] : Закон України від 02.10.1992 р. № 2657-ХІІ : станом на 31 берез. 2023 р. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2657-12#Text> (дата звернення: 16.06.2023). – Назва з екрана.
8. Цивільний кодекс України [Електронний ресурс] : Кодекс України від 16.01.2003 р. № 435-ІV : станом на 10 черв. 2023 р. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text> (дата звернення: 16.06.2023). – Назва з екрана.

### Теоретична інформація

До конфіденційної належить і медична інформація — свідчення про стан здоров'я людини, історію її хвороби, мету запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, зокрема й ризик для життя і здоров'я. Така інформація, а також дані про інтимне або сімейне життя особи — **це лікарська таємниця**.

Відповідно **п.3.6. Етичного кодексу** лікаря України кожен пацієнт має право на зберігання особистої таємниці.

Лікар, як й інші особи, які беруть участь у наданні медичної допомоги, зобов'язаний зберігати лікарську таємницю навіть після смерті пацієнта, як і факт звернення за медичною допомогою, за відсутності іншого розпорядження хворого, або якщо це захворювання не загрожує його близьким і суспільству.

Таємниця поширюється на всю інформацію, отриману в процесі лікування хворого (у т. ч. діагноз, методи лікування, прогноз тощо).

В нормативно-правових актах, у яких зазначаються відомості, що становлять лікарську таємницю, відсутнє чітке визначення цього терміна.

Відповідно до **ст. 40 Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я** «лікарську таємницю» можливо розуміти інформацію, яка стала відома медичні працівники й інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд і результати, інтимну й сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості.

Згідно зі **ст. 286 Цивільного кодексу України** «лікарську таємницю» слід розуміти як:

- таємницю про стан здоров'я особи;
- факт звернення за медичною допомогою;
- діагноз;
- інші відомості, одержані при медичному обстеженні особи.

**Забороняється** вимагати та подавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування фізичної особи.

Фізична особа зобов'язана утримуватися від поширення інформації, яка стала їй відома у зв'язку з виконанням службових обов'язків або з інших джерел.

Відповідно до **Кримінального кодексу України** під поняттям лікарської таємниці слід розуміти такі відомості:

- факти звернення за психіатричною допомогою та лікування у психіатричному закладі чи перебування в психоневрологічних закладах для соціального захисту або спеціального навчання, а також інші відомості про стан психічного здоров'я особи, її приватне життя;
- зараження особи інфекційною хворобою, що передається статевим шляхом, проведені медичні огляди та обстеження з цього приводу, дані інтимного характеру, отримані у зв'язку з виконанням професійних обов'язків посадовими особами та медичними працівниками закладів охорони здоров'я;
- результати медичного обстеження осіб, які подали заяву про реєстрацію шлюбу (Вони повідомляються лише цим особам. При цьому приховання тяжкої хвороби, а також

хвороби, небезпечної для другого з подружжя, їхніх нащадків, може бути підставою для визнання шлюбу недійсним).

Відповідно до [Закон України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині»](#) в Україні діють державні інформаційні системи трансплантації: Єдина державна інформаційна система трансплантації органів та тканин та Державна інформаційна системи трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин.

Обробка персональних даних, що є конфіденційною інформацією про фізичних осіб та міститься в інформаційних системах супроводу трансплантації, здійснюється з дотриманням вимог [Конституції України](#), [законів України "Про захист персональних даних"](#), ["Про інформацію"](#) та інших законів України.

Персональні дані, що є конфіденційною інформацією про фізичну особу, збирання, зберігання і використання яких не передбачено законодавством у сфері охорони здоров'я, та містять вимоги щодо обробки персональних даних в інших інформаційно-телекомунікаційних системах, можуть оброблятися у базах даних державних інформаційних систем трансплантації лише за згодою суб'єктів персональних даних.

Обов'язок зберігати лікарську таємницю встановлюють етичні та правові норми. Правила розпорядження даними, які становлять лікарську таємницю, та інформацією для пацієнта задекларовані на міжнародному рівні, зокрема у:

- Женевській декларації Всесвітньої медичної асамблеї, прийнятій на II Генеральній Асамблеї Всесвітньої медичної асоціації (вересень 1948 р.)
- Міжнародному кодексі медичної етики, прийнятому III Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації (жовтень 1949 р.)
- Положенні про захист прав та конфіденційності пацієнта, прийнятому 45ю Всесвітньою медичною асамблеєю (жовтень 1993 р.)
- Положенні та поглядах Всесвітньої психіатричної асоціації про права і юридичний захист психічно хворих, прийнятих Генеральною асамблеєю Всесвітньої психіатричної асоціації на VIII Всесвітньому конгресі із психіатрії (жовтень, 1989 року)
- Гавайській декларації Всесвітньої психіатричної асоціації, схваленій Генеральною асамблеєю Всесвітньої психіатричної асоціації (липень 1983 р.)
- Резолюції 46/119 «Захист осіб з психічними захворюваннями та поліпшення психіатричної допомоги», прийнятій Генеральною асамблеєю ООН (лютий 1992 року)
- Рекомендаціях 818 (1977) щодо ситуації з психічними захворюваннями, прийнятих Парламентською асамблеєю Ради Європи (жовтень 1977 р.)
- Рекомендаціях Комітету міністрів державам учасницям стосовно правового захисту осіб, які страждають на психічні захворювання та примусово утримуються як пацієнти (лютий 1983 р.)

**Клятва лікаря про лікарську таємницю** (Етичну норму містить Клятва лікаря, затверджена Указом Президента України від 15.06.1992 № 349: «Набувши професії лікаря та усвідомивши важливість обов'язків, що покладаються на мене, в присутності моїх учителів і колег урочисто клянусь [...] зберігати лікарську таємницю, не використовувати її на шкоду людині». (Джерело: Лікарська таємниця в Україні [Електронний ресурс] // Медична справа. – Режим доступу: [https://medplatforma.com.ua/article/406-likarska-taiemnytsia-umovi-rozgoloshennya#likarska\\_taiemnytsia](https://medplatforma.com.ua/article/406-likarska-taiemnytsia-umovi-rozgoloshennya#likarska_taiemnytsia) (дата звернення: 16.06.2023). – Назва з екрана.)

**Документи (матеріальні носії), які містять лікарську таємницю:**

- медична карта стаціонарного хворого (форма № 003/о)
- медична карта амбулаторного хворого (№ 025/о)
- медична довідка (лікарський консультаційний висновок) (форма № 086/о)
- виписка з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (№ 027/о)
- консультаційний висновок спеціаліста (№ 028/о)
- журнал запису оперативних втручань у стаціонарі (№ 008/о)
- протокол патолого-анатомічного дослідження (№ 013/о) тощо

Матеріальні носії лікарської таємниці в жодному разі не мають потрапляти до рук сторонніх осіб, окрім випадків, передбачених законодавством. Таким випадком, зокрема, може стати відкриття кримінального провадження, якщо ці речі та документи — потенційні докази у справі.

### Порядок розголошення лікарської таємниці

---

**Ст. 32 та ч. 3 ст. 34 Конституції України** передбачено умови, за яких відомості, що становлять лікарську таємницю в Україні, можуть бути розголошені, а саме — в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та прав людини, територіальної цілісності або громадського порядку, з метою запобігання заворушенням чи злочинам, для охорони здоров'я населення, захисту репутації або прав інших людей, запобігання розголошенню інформації, одержаної конфіденційно, або для підтримання авторитету і неупередженості правосуддя.

Відповідно до **ч. 2 ст. 39 Закону України "Основи законодавства про охорону здоров'я" ч.2 ст.285 Цивільного кодексу України** батьки (усиновлювачі), опікун, піклувальник мають право на отримання інформації про стан здоров'я дитини (**до 18 років**) або підопічного (недієздатної особи).

Також лікарська таємниця може бути розголошена без згоди пацієнта у таких випадках:

якщо пацієнт надає згоду на поширення такої інформації (ст. 21, ч. 2 Закону "Про інформацію");

медичну документацію про особу може отримати лише безпосередньо сама особа, якої це стосується (ч. 1 ст. 285 Цивільного кодексу України), або її представник, на підставі доручення або договору про надання правової допомоги (за умови, що копії зазначених документів будуть долучені до запиту), а також батьки (усиновлювачі, опікун або піклувальник) як законні представники дитини (до 18 років) або підопічного (недієздатної особи).

Тимчасовий доступ до документів, що містять лікарську таємницю, може надати слідчий суддя або суд в рамках кримінального провадження, якщо при цьому буде встановлено, що інших способів отримання необхідної слідству інформації немає (ч.6 ст. 163 Кримінально процесуального кодексу України).

Наречені мають право бути взаємно обізнані про стан здоров'я (ст. 30 Сімейного кодексу України).

Інформація про результати тестування на ВІЛ, про наявність або відсутність в людини ВІЛ-інфекції дозволяється лише: особі, стосовно якої було проведено тестування, батькам чи іншим законним представникам такої особи; іншим медичним працівникам та закладам охорони здоров'я – винятково у зв'язку з лікуванням цієї особи; іншим третім особам – лише за рішенням суду в установлених законом випадках (ч. 4 ст. 13 Закону "Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ").

Розкриття медичним працівником відомостей про позитивний ВІЛ-статус особи партнеру (партнерам) дозволяється, якщо людина, що живе з ВІЛ, звернеться до медичного працівника з відповідним письмово підтвердженим проханням або ж людина, що живе з ВІЛ,

померла, втратила свідомість або існує ймовірність того, що вона не отямиться і не відновить свою здатність надавати усвідомлену інформовану згоду.

Допускається передача відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги без згоди особи або без згоди її законного представника для організації надання особі, яка страждає важким психічним розладом, психіатричної допомоги та провадження досудового розслідування, складання досудової доповіді щодо обвинувачених або судового розгляду за письмовим запитом слідчого, прокурора, суду та представника уповноваженого органу з питань пробації (стаття 6 Закону «Про психіатричну допомогу»).

Відомості про лікування в наркологічному закладі можуть бути розголошені правоохоронним органам у разі притягнення такої особи до кримінальної або адміністративної відповідальності (ст. 14, ч. 5 Закону «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними»).

Відповідно до **ст. 7 Закону України «Про захист персональних даних»** до обробки персональних даних про здоров'я людини пред'являються особливі вимоги. Персональні дані такого характеру можуть бути предметом збору та обробки тільки у разі необхідності охорони здоров'я, встановлення медичного діагнозу, для забезпечення опіки або лікування або надання медичних послуг за умови, що такі дані обробляються медичним працівником або іншою особою закладу охорони здоров'я, на якого покладено обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних і на якого поширюється законодавство про лікарську таємницю.

Також законодавством встановлено, що у разі смерті пацієнта члени його сім'ї або інші уповноважені ним фізичні особи мають право ознайомлюватися з висновками щодо причин смерті (ч. 4 ст. 285 ЦКУ, ч. 5 ст. 39 Основ законодавства про охорону здоров'я). Результати медичного обстеження дозволено повідомляти нареченим (ч. 4 ст. 30 Сімейного кодексу України).

### **Відповідальність за розголошення лікарської таємниці**

Лікарська таємниця: поняття, порядок розголошення, відповідальність – WikiLegalAid [Електронний ресурс] // Платформа правових консультацій - WikiLegalAid. – Режим доступу: [https://wiki.legalaid.gov.ua/index.php/Лікарська\\_таємниця:\\_поняття,\\_порядок\\_розголошення,\\_відповідальність](https://wiki.legalaid.gov.ua/index.php/Лікарська_таємниця:_поняття,_порядок_розголошення,_відповідальність) (дата звернення: 16.06.2023). – Назва з екрана.

За незаконне розголошення лікарської таємниці встановлена кримінальна відповідальність (ст. 145 КК України). Так, умисне розголошення лікарської таємниці особою, якій вона стала відома у зв'язку з виконанням професійних чи службових обов'язків, якщо таке діяння спричинило тяжкі наслідки, – карається штрафом від однієї тисячі до чотирьох тисяч неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк до двохсот сорока годин, або позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років, або виправними роботами на строк до двох років.

Згідно зі ст. 132 КК України розголошення службовою особою лікувального закладу, допоміжним працівником, який самостійно здобув інформацію, або медичним працівником відомостей про проведення медичного огляду особи на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини, або захворювання синдромом набутого імунодефіциту (СНІД) та його результатів, що стали їм відомі у зв'язку з виконанням службових або професійних обов'язків, – карається штрафом від п'ятдесяти до ста неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк до двохсот сорока годин, або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до трьох років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.

В Україні посилені гарантії захисту лікарської таємниці встановлені щодо інформації про психічний стан пацієнтів, а також щодо обстеження на наявність ВІЛ-інфекції чи інших важких, невиліковних чи небезпечних інфекційних хвороб.

Зокрема, відомості про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги без згоди особи або без згоди її законного представника можна передавати для:

- організації надання особі, яка страждає на тяжкий психічний розлад, психіатричної допомоги
- провадження досудового розслідування або судового розгляду за письмовим запитом слідчого, прокурора та суду (ч. 4 ст. 6 ЗУ «Про психіатричну допомогу» від 22.02.2000 № 1489-III)

**Інформація про лікування особи у наркологічному закладі** може бути надана тільки правоохоронним органам у разі притягнення цієї особи до кримінальної або адміністративної відповідальності (ч. 5 ст. 14 ЗУ «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» від 15.02.1995 № 62/95-ВР).

Деякі нормативно-правові акти передбачають прямий обов'язок медичних закладів та працівників повідомити третім особам відомості, що становлять лікарську таємницю. Зокрема, працівники центрів медико-соціальної реабілітації жертв насильства у сім'ї мають повідомити про вчинене насильство у сім'ї уповноваженим підрозділам органів внутрішніх справ.

## II. Основний етап (діяльнісний)

### Завдання 1: Тест для контролю початкового рівня знань

Інструкція: *оберіть правильну відповідь на запитання:*

1. Назвіть принцип медичної етики, який лежить в основі конфіденційності інформації:

- A. Принцип справедливості
- B. Принцип правдивості
- C. Принцип дотримання обов'язків
- D. Принцип автономності
- E. Принцип «не нашкодь»

2. Назвіть статтю Кримінального Кодексу України, яка регламентує відповідальність за незаконне розголошення лікарської таємниці:

- A. 136
- B. 138
- C. 139
- D. 145
- E. 319

3. Назвіть статтю Кримінального Кодексу України, яка регламентує відповідальність за розголошення відомостей про медичне обстеження щодо ВІЛ-інфекції:

- A. 131
- B. 132
- C. 137
- D. 138
- E. 141

4. Назвіть працю, яка описує морально-етичні норми взаємовідносин у медичному колективі:

- A. «Аюр-Веда»
  - B. Клятва Гіппократа
  - C. «Настанови» Гіппократа
  - D. «Канон лікарської науки»
  - E. Міжнародний кодекс медичної етики
5. Назвіть документи, які регламентують збереження лікарської таємниці в Україні:
- A. Основи законодавства України про охорону здоров'я
  - B. Закон України «Про інформацію»
  - C. «Етичний кодекс українського лікаря»
  - D. Кримінальний кодекс України
  - E. Всі перераховані вище
6. Яку відповідальність несе лікар за розголошення конфіденційної інформації про хворого:
- A. Дисциплінарну
  - B. Соціально-правову
  - C. Адміністративну
  - D. Кримінальну
  - E. Всі перераховані вище
7. Яка стаття Етичного кодексу лікаря України регламентує конфіденційність інформації про пацієнта?
- A. 3.6
  - B. 4.1
  - C. 4.6
  - D. 5.7
  - E. 8.1
8. До конфіденційної інформації про хворого відносять всю, окрім:
- A. Венеричного захворювання в активній формі
  - B. Інфікування ВІЛ
  - C. Усиновлення дитини
  - D. Займана посада
  - E. Інфаркт міокарда в анамнезі
9. Обов'язок дотримання лікарської таємниці поширюється на всіх перераховане, крім:
- A. Студенти-медики
  - B. Санітар
  - C. Медрегістратор
  - D. Психолог
  - E. Фармацевт
10. Розголошення інформації, що становить лікарську таємницю, без згоди пацієнта допускається у всіх випадках, за винятком:
- A. З метою обстеження й лікування пацієнта, що через свій стан не може виразити свого бажання
  - B. При погрозі поширення інфекційних захворювань
  - C. По запиті слідчих органів і прокурора
  - D. З метою надання допомоги пацієнтові у віці 17 років для інформування батьків або законних представників

Е. При наявності підстав припускати, що шкода здоров'ю заподіяна внаслідок протиправних дій

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Завдання 2:** розв'язання проблемних ситуацій №1-10

1. При опитуванні хворий повідомляє лікарю подробиці свого особистого життя. Після прийому лікар з колегами обговорюють отриману інформацію. Оцініть дії лікаря.

**Відповідь:**

2. У пацієнта виявлено невиліковне захворювання. Він просить лікаря не повідомляти про це членам сім'ї. Як повинен учинити лікар?

**Відповідь:**

3. 17-річна дівчина звертається до сімейного лікаря і повідомляє, що вагітна, просить не говорити про це батькам і зробити аборт. Як повинен діяти сімейний лікар?

**Відповідь:**

4. Чоловікові 42 років за життєвими показаннями проведена хірургічна операція з приводу артеріїту нижніх кінцівок без попередження про можливі ускладнення. В результаті операції наступила повна імпотенція. Оцініть дії лікаря.

**Відповідь:**

5. При влаштуванні на роботу в рекламне агентство додатково до стандартного медичного обстеження адміністрація вимагає провести тест на ВІЛ/СНІД і надати результати за місцем роботи. Які мають бути дії працівника?

**Відповідь:**

6. Молодий чоловік 23 років добровільно обстежувався на ВІЛ/СНІД, про що згадав у розмові з батьками. За місцем обстеження прийшов батько з вимогою надати йому результати тесту на підставі споріднених зв'язків з обстеженим. Якими будуть дії медперсоналу?

**Відповідь:**

7. Хворий на СНІД просить не розповідати про його діагноз родичам. Який з правових документів регламентує відповідальність лікаря перед пацієнтом?

**Відповідь:**

8. Молодий чоловік, у якого є венеричне захворювання, збирається одружитися і просить лікаря не повідомляти про його захворювання дівчині. Які дії лікаря?

**Відповідь:**

9. Чоловік 36 років дивиться по телевізору репортаж з НДІ судинної хірургії, в якому йде мова про проведення пластики аорти з протезуванням аортального клапана. Розповідають, що однією з причин розвитку недостатності аортального клапана може бути перенесене венеричне захворювання (сифіліс). В одному з епізодів чоловік впізнав себе, коли він дійсно перебував на лікуванні, але не пам'ятає, щоб у нього брали дозвіл на зйомку. Хто несе відповідальність за розголошення інформації про операцію, а, тим більше, про можливу причину захворювання?

**Відповідь:**

10. До лікаря звернувся хворий, якого лікує його колега по відділенню, з проханням пояснити правильність призначеного лікування. Визначте дії лікаря.

**Відповідь:**

### **Завдання для позааудиторної роботи**

**Завдання 1:** *поясніть значення ствердження*

1.1 Етичне ставлення до особистості пацієнта не припиняється і після його смерті.

**Відповідь:**

1.2 Лікар ні в якому разі не повинен втрачати професійної незалежності.

**Відповідь:**

1.3 Лікар має право на матеріальну винагороду своєї праці у встановленому законом порядку.

**Відповідь:**

1.4 Лікар повинен захищати інтереси дитини чи хворого, який не може самостійно прийняти рішення, якщо очевидно, що інтереси його життя і здоров'я байдужі оточуючим чи недостатньо ними усвідомлюються

**Відповідь:**

1.5 Кожен пацієнт має право на зберігання особистої таємниці.

**Відповідь:**

1.6 У процесі наукових досліджень, навчання студентів і підвищення кваліфікації лікарів повинна дотримуватися лікарська таємниця.

**Відповідь:**

1.7 Демонстрація хворого можлива тільки за згоди його, його батьків або опікунів

**Відповідь:**

1.8 Інформація може бути прихована від пацієнта в тих випадках, якщо є вагомі підстави вважати, що вона може завдати йому серйозної шкоди.

**Відповідь:**

1.9 У разі наполегливої вимоги пацієнта, лікар зобов'язаний надати йому вичерпну інформацію.

**Відповідь:**

1.10 У випадку несприятливого для хворого прогнозу необхідно поінформувати його делікатно й обережно, залишивши надію на продовження життя, можливий успішний результат.

**Відповідь:**

### III. Заключний етап Резюме

#### 1. Правове регулювання змісту і обсягу інформації, яка надається пацієнтові в залежності від віку

Відповідно до **ст. 6 Основ законодавства про охорону здоров'я**, пацієнт має право на достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я і здоров'я населення, включаючи існуючі і можливі фактори ризику та їх ступінь.

**Зверніть увагу! Ст. 39. Обов'язок надання медичної інформації**

Пацієнт, який досяг повноліття, має право на отримання достовірної і повної інформації про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я.

Батьки (усиновлювачі), опікун, піклувальник мають право на отримання інформації про стан здоров'я дитини або підопічного.

**Отже**, якщо **дорослий дієздатний пацієнт** - має надаватися повна інформація.

Пацієнт має право бути поінформованим і встигнути вчинити юридично-значущі дії (заповіт).

**Неповнолітня особа** – діють не лише етичні норми, але й юридичні.

**ч. 3 ст. 284 ЦК України, ч. 1 ст. 43 Основ, надання медичної допомоги** здійснюється за згодою фізичної особи, яка досягла **14 років**, проте право на інформацію про стан здоров'я така особа має з повноліття, тобто **18 років**.

**ст. 285 ЦК України:**

**Повнолітня фізична особа** має право на достовірну і повну інформацію про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються її здоров'я.

У правовій доктрині Великої Британії виникло поняття – Gillick- компетенції (у кожному випадку щодо 16-літньої особи вирішується питання: здатність сприймати інформацію, готовність сприймати інформацію, і особливо, коли мова іде про обмежений життєвий прогноз).

Палати лордів у справі Gillick і Уест Норфолк і Вісбех району Управління охорони здоров'я (1985) Gillick-компетенції

#### 2. Запити як складова комунікації

Запити можуть бути або від пацієнта, який перебуває на лікуванні, від пацієнта, який виписався, від його законних представників та адвокатів.

**Якщо пацієнт перебуває в медичному закладі:** *медичні заклади зобов'язані надати всю інформацію.*

**Якщо пацієнт** просить копії медичних документів: *повинні надати, оскільки це його дані і він не повинен мотивувати для чого йому це.*

**Ст. 8 Закону про захист персональних даних:** доступ до своїх даних у повному обсязі й у будь-який час.

**Якщо пацієнт виписаний із медичного закладу:** *він має письмово звертатися відповідно до Закону про захист персональних даних.*

**До адвокатського запиту додають два ключові документи:** *копію ордеру та копію свідоцтва про право на адвокатську діяльність.*

**Увага!** *Прийнятні два види ордерів, на паперовій формі – ПІБ того, чий інтереси представляє адвокат і правильне найменування юридичної особи, і чи з обмеженнями чи без обмежень адвоката. Якщо в ордері обмеження не зазначено, то ви припускаєте, що адвокат діє без обмежень. (Якщо адвокат виходить за межі своїх обмежень, то він несе кримінальну відповідальність).*

### **3. Режим доступу до інформації про померлу особу**

**Увага!** *У разі смерті пацієнта у лікаря зберігаються «обов'язки» щодо лікарської таємниці.*

У разі смерті пацієнта члени його сім'ї або інші уповноважені ними фізичні особи мають право бути присутніми при дослідженні причин його смерті та ознайомитися з висновками щодо причин смерті, а також право на оскарження цих висновків до суду.

**Ст. 39. Обов'язок надання медичної інформації.** Якщо особа померла, то діє **НЕ** Закон про охорону особистих даних, а Закон про поховання та похоронну справу (ст. 7 – збереження інформації про померлу особу).

**Практика Європейського суду з прав людини:** *ухвалює рішення на користь права родичів на інформацію.*

Після смерті лікарю доводиться комунікувати з родичами, законними представниками, які знаходяться у складному психологічному стані.

У лікаря залишається обов'язок дотримання лікарської таємниці. І якщо немає досудового чи судового розслідування, то лікар не зобов'язаний надавати інформацію про пацієнта.

### **4. Інформована згода на медичне втручання**

#### **Ст. 43. Згода на медичне втручання**

Інформована згода на медичне втручання необхідна для застосування методів діагностики, профілактики та лікування.

Щодо пацієнта віком **до 14 років** (малолітнього пацієнта), а також пацієнта, визнаного в установленому законом порядку **недієздатним**, медичне втручання здійснюється за згодою їх законних представників.

Згода пацієнта чи його законного представника на медичне втручання **не потрібна лише у разі** наявності ознак прямої загрози життю пацієнта за умови неможливості отримання з об'єктивних причин згоди на таке втручання від самого пацієнта чи його законних представників.

Якщо відсутність згоди може призвести до тяжких для пацієнта наслідків, лікар зобов'язаний йому це пояснити. Якщо й після цього пацієнт відмовляється від лікування, лікар має право взяти від нього письмове підтвердження, а при неможливості його одержання - засвідчити відмову відповідним актом у присутності свідків.

Пацієнт, який набув повної цивільної дієздатності та усвідомлює значення своїх дій та може керувати ними, має право відмовитися від лікування.

Якщо відмову дає законний представник пацієнта і вона може мати для пацієнта тяжкі наслідки, лікар повинен повідомити про це органи опіки і піклування.

Під кожну медичну маніпуляцію має бути інформована згода, розроблена у формі, прийнятній для сприйняття пацієнтом без медичної освіти, певного віку.

### **5. Зміст лікарської таємниці**

#### **Ст. 40. Лікарська таємниця**

Медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків.

При використанні інформації, що становить лікарську таємницю, в навчальному процесі, науково-дослідній роботі, в тому числі у випадках її публікації у спеціальній літературі, повинна бути забезпечена анонімність пацієнта.

Якщо лікар виступає свідком, відповідно до ст. 65 КПК, то він має «свідоцький імунітет» і якщо така інформація є необхідною, то лікар має просити про закриття частину судового засідання.

Якщо особа жива, то вона має надати згоду на розкриття такої інформації.

**Завдання 3.** *Наведіть приклади недотримання лікарської таємниці.*

**Відповідь:**

**Підсумки роботи на занятті:**

## **ТЕМА: ЛІКАРСЬКІ ПОМИЛКИ, МОРАЛЬНА ТА ПРАВОВА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЛІКАРЯ**

**Мета:** визначити класифікацію лікарських помилок і їх наслідків; розглянути та обговорити моральні та правові аспекти відповідальності лікаря за їх скоєння.

Вивчення теми забезпечить удосконалення та подальший розвиток **програмних компетентностей**, а саме: ЗК6 – Здатність приймати обґрунтоване рішення; ЗК7 – Здатність працювати в команді; ЗК8 – Здатність до міжособистісної взаємодії; ЗК 17 – Здатність діяти на основі етичних міркувань; ЗК 18 – Здатність до саморегуляції, управління емоціями та стресом; ФК26 – Здатність дотримуватись етичних принципів при роботі з пацієнтами, лабораторними тваринами.

**Практичний кейс № 4 Лікарські помилки, моральна та правова відповідальність лікаря**

**Загальна мета:** застосовувати знання про лікарські помилки, їх наслідки та відповідальність при розв'язанні проблемних ситуацій.

**Конкретні цілі:**

1. Застосовувати знання про лікарські помилки при розв'язанні практичних ситуацій.
2. Визначити групи дефектів надання медичної допомоги у професійної діяльності медичного працівника.
3. Спрямувати деонтологічні принципи лікарської діяльності на досягнення максимальної ефективності лікування.
4. Керуватися положеннями законодавчих та регламентуючих документів щодо формування моральної і правової культури медичних працівників.
5. Профілактика виникнення лікарських помилок.

**Інструкція:** кейс складається з трьох етапів: 1) підготовчого (теоретичного), 2) основного (практичного), 3) заключного (підсумкового).

**Актуальність:** поряд із дефектами надання медичної допомоги трапляються і лікарські помилки. Жодна країна не має чіткого правового визначення лікарської помилки. Помилки лікарів - одна з найважливіших причин недовіри населення до медицини. І. В. Давидовський відзначав, що помиляються лікарі всіх спеціальностей, однак найбільше число помилок доводиться на терапевтів і хірургів. В Україні лікарські помилки, за даними ВООЗ, щодня забирають життя щонайменше 5-7 пацієнтів і стають причиною інвалідності 25-30 осіб. У 80-85% випадків лікарські помилки є причинами ускладнень захворювань, що призводять до важкого клінічного перебігу або летального результату.

## I. Підготовчий етап (теоретичний)

### Питання

1. Визначити та сутність дефектів надання медичної допомоги.
2. Класифікація лікарських помилок.
3. Причини та приклади найбільше поширених лікарських помилок.
4. Відповідальність за лікарські помилки.
5. Нормативна база щодо лікарських помилок.

### Рекомендована література

#### Основні джерела:

1. Ковальова О.М. Деонтологія в медицині: підручник / О.М. Ковальова, Н.А. Сафаргаліна-Корнілова, Н.М. Герасимчук. — 2018, 2-е вид., випр. — Київ : ВСВ «Медицина», 2018. — 240 с.

#### Додаткові джерела:

1. Антонов С.В. Лікарська помилка як особливий критерій при встановленні вини медичних працівників і цивільно-правові делікти / С.В. Антонов // Держава і право: зб. наук. Праць / Ін-т держави і права імені В.М. Корецького НАН України. — 2002. — Вип. 18. — С. 224–229.
2. Антонов С.В. Медична помилка: юридичний аспект / С.В. Антонов // Управління закладом охорони здоров'я. — 2007. — № 8. — С. 20–26. — Режим доступу: <http://www.medlawcenter.com.ua/ua/publications/75.html> (дата звернення: 16.06.2023). — Назва з екрана.
3. Беденко-Зваридчук О. Лікарська помилка: причини та наслідки [Електронний ресурс] / О. Беденко-Зваридчук // Новини медицини та фармації України. — 2012. — №6 (404). — Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/27798> (дата звернення: 16.06.2023). — Назва з екрана.
4. Кримінальний кодекс України [Електронний ресурс] : Кодекс України від 05.04.2001 р. № 2341-III : станом на 28 квіт. 2023 р. — Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#Text> (дата звернення: 16.06.2023). — Назва з екрана.
5. Лікарська помилка – види, причини, відповідальність лікаря [Електронний ресурс] // Медична справа. — Режим доступу: [https://medplatforma.com.ua/article/926-lkarska-pomilka-vidi-prichini-nasldki#lik\\_pomulka1](https://medplatforma.com.ua/article/926-lkarska-pomilka-vidi-prichini-nasldki#lik_pomulka1) (дата звернення: 16.06.2023). — Назва з екрана.
6. Основи законодавства України про охорону здоров'я [Електронний ресурс] // Експертус Медзаклад – Цифрове видавництво Експертус. — Режим доступу: <https://med.expertus.com.ua/laws/13477#8e631f21e3> (дата звернення: 16.06.2023). — Назва з екрана.
7. Про захист прав споживачів [Електронний ресурс] : Закон України від 12.05.1991 р. № 1023-ХІІ : станом на 19 листоп. 2022 р. — Режим доступу:

- <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1023-12#Text> (дата звернення: 16.06.2023). – Назва з екрана.
8. Про розвиток та вдосконалення судово-медичної служби України [Електронний ресурс] : Наказ МОЗ України від 17.01.1995 р. № 6. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0248-95#Text> (дата звернення: 16.06.2023). – Назва з екрана.
9. Сенюта І. Я. Медичне право: право людини на охорону здоров'я : монографія / І.Я. Сенюта. – Львів: Астроліабія, 2007. – 224 с.

## Теоретична інформація

### Дефект надання медичної допомоги

Ефективність функціонування системи охорони здоров'я органічно пов'язана з якістю медичної допомоги, причому ефективність є похідною якості. Але в деяких випадках лікування не дає очікуваного результату, тоді говорять про дефект надання медичної допомоги.

**Дефектом надання медичної допомоги** слід вважати помилкову дію (бездіяльність) медичного персоналу, що є порушенням правил, чинних інструкцій, положень та настанов, директив і наказів, виражених у неправильному наданні (ненаданні) медичної допомоги, діагностиці захворювань та лікуванні хворих (за відсутності прямого умислу заподіяння шкоди хворому).

### Групи дефектів надання медичної допомоги

#### 1. Дефекти медичної тактики

- необґрунтована відмова в госпіталізації
- пізнє направлення на стаціонарне лікування
- передчасна виписка хворого
- неправильно обраний спосіб діагностики, лікування або їхньої послідовності тощо

#### 10. Дефекти медичної евакуації

- неправильне транспортування хворого тощо

#### 11. Дефекти діагностики

- відсутність обов'язкових та додаткових діагностичних досліджень
- хибна інтерпретація досліджень
- невиявлення основного захворювання або ускладнення
- гіпердіагностика тощо

#### 12. Дефекти лікування

- несвоєчасне або неправильне за обсягом та часом лікування
- неправильна методика лікування
- помилковий вибір методу хірургічного втручання
- технічні дефекти при підготовці до операції

#### 13. Дефекти, пов'язані з різними порушеннями санітарно-епідеміологічного режиму

- внутрішньолікарняні інфекції тощо

**Службова недбалість** — невиконання або неналежне виконання службовою особою своїх службових обов'язків через несумлінне ставлення до них, що завдало істотної шкоди охоронюваним законом правам, свободам та інтересам окремих громадян, державним чи громадським інтересам або інтересам окремих юридичних осіб (ст. 367 КК).

**Лікарська помилка** — дефект надання медичної допомоги, пов'язаний із неправильними діями медичного персоналу, який характеризується як сумлінна омана за відсутності ознак умисного або необережного злочину.

**Лікарська помилка** — це похибка в професійній діяльності лікаря за умови, що він не допустив свідомої халатності чи недбалства. Це поняття слід відрізнити від професійного злочину медичного працівника та нещасного випадку.

За нозологічним підходом лікарську помилку розрізнять залежно від виду патології, під час лікування якої вона виникла:

- помилка при лікуванні гострого інфаркту міокарда
- помилка при «гострому животі»
- помилка при бронхіальній астмі тощо

З огляду на перебіг лікувально-діагностичного процесу помилки розподіляють залежно від його етапів:

- діагностичні
- лікувально-тактичні
- технічні
- деонтологічні
- організаційні

Медична помилка може виникнути з об'єктивних і суб'єктивних причин (Табл. 1). Перші виникають за обставин, що не залежать від особи, яка проводила лікування конкретного пацієнта.

Таблиця 1

### Причини та приклади лікарських помилок

Причина	Приклад
Об'єктивна	відсутність належних умов, необхідних для проведення повноцінного лікування. Однією з причин, що призводить до погіршення умов надання меддопомоги можуть стати раптові соціальні заворушення, війни, стихійні лиха, що призвели до руйнування мережі медичних закладів недосконале вивчення медичною наукою причин виникнення захворювання та ланок його перебігу недосконалість способів лікування захворювання індивідуальні особливості організму пацієнта та важкість його стану, наприклад індивідуальні особливості будови органів пацієнта чи вроджені вади розвитку. Крім того, на перебіг захворювання можуть несподівано вплинути індивідуальні реакції організму пацієнта — алергічні, токсичні, психологічні — на введення препаратів, проведення діагностичних процедур
Суб'єктивна	недостатньо високий рівень підготовки конкретного медичного працівника неправильне трактування медичним працівником результатів проведених діагностичних процедур недооцінка чи переоцінка лікарем рекомендацій фахівців інших спеціальностей, запрошених для консультації

### Реєстрація та розгляд лікарських помилок

Кожний випадок дефекту надання медичної допомоги у медичному закладі об'єктивно розслідуйте. Для цього кожний такий випадок вносьте до **Журналу реєстрації та розгляду лікарських помилок**. Після проведення всебічного розслідування. Покарання за скоєння лікарської помилки залежить від важкості її наслідків.

### Відповідальність за лікарські помилки

В Україні також чітко не визначено у правових документах, що ж таке лікарська помилка та які види покарань за неї застосовують. Однак, у розділі XVII «Злочини у сфері службової діяльності та професійної діяльності, пов'язаної з наданням публічних послуг»

Кримінального кодексу України від 05.04.2001 № 2341ІІІ (КК) подано чітке визначення недбалості.

**1.Кримінальна відповідальність:** наявна відповідальність (недбалість, умисел); наявність причинно-наслідкового зв'язку між діями (бездіяльністю) лікаря та станом пацієнта

**2.Цивільна відповідальність:** настає внаслідок протиправного заподіяння шкоди, зокрема здоров'ю пацієнта; настає внаслідок порушення договірних умов.

На думку юристів, оцінювати медичні помилки непросто, оскільки це питання стосується саме якості роботи медичного персоналу. Внаслідок неналежного надання медичної допомоги для лікаря може настати відповідальність:

- цивільно-правова
- кримінальна
- визнання невинності лікаря та звільнення його від відповідальності

Щоб правильно класифікувати несприятливий результат події для пацієнта, ступінь відповідальності лікаря та механізм компенсації матеріальної шкоди пацієнту, юристу важливо докладно вивчити обставини, за яких сталася лікарська помилка.

**УВАГА!** Кримінальна відповідальність загрожує лікарю, який:

- відмовився прийняти хворого в закладі охорони здоров'я, щоб надати йому невідкладну допомогу;
- відмовився надати першу медичну допомогу пораненому або травмованому;
- поверхово, формально обстежив хвору людину, яка потребує медичної допомоги.

Тож кримінальна відповідальність настає переважно тоді, коли медичний працівник **був зобов'язаний і мав можливість** надати хворому допомогу, однак не зробив цього.

Пацієнти, яким лікар не надав медичну допомогу, можуть вимагати, аби він поніс цивільно-правову, адміністративну чи навіть кримінальну відповідальність. Наслідки таких стягнень можуть бути нищівними як для репутації самого лікаря, так і для закладу охорони здоров'я загалом. Аби уникнути їх, слід дотримуватися вимог чинного законодавства й не забувати про професійні обов'язки.

**За яких обставин лікарська помилка не тягне за собою відповідальності?**

Відповідальність за порушення взятих на себе зобов'язань настає в кожному випадку, коли доведена вина посадової особи (необережність чи умисел).

Лікарська помилка НЕ стає результатом безвідповідального ставлення лікаря до своєї роботи, а виникає внаслідок впливу непередбачуваних чинників у таких ситуаціях:

- несприятливий збіг обставин
- наявність питань, на які наука ще не відповіла
- недосконалість медичної техніки
- недосконалість фармацевтичних препаратів, вплив яких на організм пацієнта не обмежується лише позитивною дією, але й здатен викликати негативні побічні ефекти

Це визначає **ст. 614 Цивільного кодексу України**.

Якщо лікарська помилка сталась з вини пацієнта, лікаря можуть звільнити від правової відповідальності. Утім, за умови якщо буде доведений факт неналежного виконання зобов'язань з боку пацієнта. Це передбачає ч. 6 ст. 10 Закону України «Про захист прав споживачів» від 12.05.1991 № 1023-ХІІ.

Пацієнт може просто не виконувати свою частину обов'язків в процесі лікування (ігнорувати рекомендації лікаря) або навмисно перешкоджати правильному процесу лікування. Замовник медичних послуг, тобто пацієнт, може порушувати:

- рекомендований режим лікування
- призначену дієту

- режим прийому ліків

Лікарська помилка не тягне за собою відповідальності також у ситуаціях, коли вона спричинена настанням непереборних чинників (форс-мажором). Такими чинниками стають зовнішні обставини, на які виконавець медичних послуг (медичний працівник) не може вплинути. При укладанні договору про надання медичних послуг сторони можуть прописати всі ці чинники у окремому розділі.

У більшості кримінальних проваджень проти лікарів застосовують **ст.140 Кримінального кодексу України (КК)**. Деякі слідчі та прокурори називають її «лікарською статтею» - «Невиконання чи неналежне виконання медичним або фармацевтичним працівником своїх професійних обов'язків внаслідок недбалого чи несумлінного до них ставлення, якщо це спричинило тяжкі наслідки для хворого».

Кримінальна відповідальність за ненадання медичної допомоги — найсуворіший вид юридичної відповідальності, передбачений **Кримінальним кодексом України (КК)**. Наслідком притягнення до неї може бути, зокрема, **позбавлення волі**.

Серед злочинів, які вчиняють проти життя та здоров'я особи, ненадання медичної допомоги залежно від обставин суд може кваліфікувати як:

- неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби ([ст. 131 КК](#));
- неналежне виконання обов'язків щодо охорони життя та здоров'я дітей ([ст. 137 КК](#));
- ненадання допомоги хворому медичним працівником ([ст. 139 КК](#));
- неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником ([ст. 140 КК](#));
- порушення прав пацієнта ([ст. 141 КК](#)).

**УВАГА!** Якщо лікар несвоєчасно або некваліфіковано надав допомогу пацієнту, суд може розцінити це як її ненадання.

Лікарю, який НЕ надав медичну допомогу, загрожує юридична відповідальність, зокрема цивільно-правова, адміністративна або кримінальна ([ст. 80 Основ](#)).

Відповідальність за [статтею 139 КК](#) може виражатися як у повній відмові від лікаря надавати медичну допомогу, так і в ненаданні допомоги в обсязі, необхідному в конкретній ситуації, тобто коли він надав допомогу несвоєчасно або некваліфіковано.

Із 01.07.2020 діяння за [ст. 140 КК](#) кваліфікується лише як **нетяжкий злочин**. До цього таке діяння могли кваліфікувати як злочин невеликої, так і середньої тяжкості.

#### **Що ця зміна означає для медичних працівників?**

За нетяжкий злочин лікар отримає покарання у вигляді штрафу в розмірі не більше ніж 170 000 грн або позбавлення волі на строк не більше ніж п'ять років.

Ступінь тяжкості злочину впливає на строки погашення судимості. Зокрема такими, що не мають судимості, визнають осіб, засуджених до позбавлення волі або основного покарання у вигляді штрафу за нетяжкий злочин, якщо вони протягом трьох років із дня відбуття покарання не вчинять нового кримінального правопорушення (ч. 7 ст. 89 КК).

#### **Адміністративна відповідальність**

Адміністративна відповідальність настає за правопорушення, передбачені [Кодексом України про адміністративні правопорушення](#) (КпАП).

До адміністративних правопорушень у галузі охорони здоров'я населення належать, зокрема:

- порушення санітарних норм ([ст. 42 КпАП](#));
- продаж лікарських засобів без рецепта у заборонених законодавством випадках ([ст. 42-4 КпАП](#));

- незаконне виробництво, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту в невеликих розмірах ([ст. 44 КпАП](#));
- порушення обмежень, встановлених для медичних і фармацевтичних працівників під час здійснення ними професійної діяльності ([ст. 44-2 КпАП](#));
- порушення встановленого порядку взяття, переробки, зберігання, реалізації і застосування донорської крові та (або) її компонентів і препаратів ([ст. 45-1 КпАП](#)).

**УВАГА!** Медичні й фармацевтичні працівники у своїй професійній діяльності не мають права рекламувати лікарські засоби, вироби медичного призначення ([ст. 78-1 Основ](#)). Тож поведінка лікаря, який надає медичну допомогу, аби спонукати пацієнта придбати певний лікарський засіб або виріб медичного призначення, є протиправною. Суд може розцінити її як адміністративне правопорушення, передбачене [статтею 44-2 КпАП](#). Лікаря можуть зобов'язати виплатити штраф у розмірі від 5100 до 20 400 грн.

### Цивільно-правова відповідальність

Пацієнти найчастіше обстоюють свої права у цивільно-правовий спосіб. Цивільно-правова відповідальність у сфері медичної діяльності — це вид юридичної відповідальності, який виникає внаслідок порушення майнових або особистих немайнових благ громадян у сфері охорони здоров'я. Особисті немайнові блага громадян, які безпосередньо пов'язані з медичною діяльністю, — це насамперед **життя та здоров'я**.

Більшість лікарів перебувають у трудових відносинах із закладами охорони здоров'я. А отже пацієнти подають позов не на конкретного лікаря, а на заклад.

**УВАГА!** Юридична або фізична особа відшкодовує шкоду, завдану їхнім працівником під час виконання ним своїх трудових (службових) обов'язків ([ч. 1 ст. 1172 Цивільного кодексу України](#); ЦК). Більшість позовів, що пред'являють пацієнти, — це позови про відшкодування **матеріальної та моральної шкоди**, яку було завдано здоров'ю. Відшкодовують таку шкоду відповідно до положень [статей 1166-1211-1 глави 82 ЦК](#).

## II. Основний етап (діяльнісний)

**Завдання 1:** оцініть ситуацію № 1 (чи вважаєте ви справедливими обвинувачення медичних працівників?)

### СИТУАЦІЯ № 1:

Суд розглянув кримінальну справу щодо обвинувачених — лікаря центральної районної лікарні та медичної сестри денного стаціонару цього ж медичного закладу. Вони порушили частину 1 статті 140 Кримінального кодексу України (КК).

### ОБСТАВИНИ СПРАВИ:

Суд встановив, що лікар та медична сестра недбало ставилися до своїх професійних обов'язків. Так, лікар:

- не забезпечив обстеження хворої, аби з'ясувати причину розвитку анемії;
- не направив хвору на обстеження у багатопрофільний лікувальний заклад III-IV ступенів акредитації або спеціалізований стаціонар;
- порушив вимоги нормативів надання медичної допомоги і призначив пацієнтці лікарський препарат внутрішньовенно.

Декілька днів потому медична сестра не прочитала напис на упаковці та на ампулі препарату і не звірила цей напис з листком призначення. На упаковці було зазначено, що препарат можна вводити лише внутрішньом'язово. Натомість медична сестра ввела пацієнтці препарат, вказаний у лікарському призначенні, внутрішньовенно. Через це у пацієнтки стався анафілактичний шок.

### РІШЕННЯ СУДУ:

Комісійна судово-медична експертиза встановила прямий зв'язок між недбалим ставленням обвинувачених до своїх обов'язків та наслідком — розвитком анафілактичного

шоку. Такі дії визначили як заподіяння тяжких тілесних ушкоджень за критерієм загрози для життя.

На судовому засіданні обвинувачені визнали свою провину, не заперечували проти зібраних доказів. Суд визнав їх винними у скоєнні злочину, передбаченого частиною 1 статті 140 КК, та призначив кожному покарання — рік позбавлення волі. Проте на підставі Закону України «Про амністію у 2014 році» від 08.04.2014 № 1185-VII обох працівників звільнили від покарання.

**Примітка.** Вирок Шевченківського районного суду Харківської області від 17.06.2014 у справі № 637/586/14-к.

**Відповідь:**

**Завдання 2:** *Що в лікарській практиці вважається дефектом надання медичної допомоги, а що лікарською помилкою?*

**Відповідь:**

**Завдання 3:** *Які види дефектів розрізняють? Наведіть приклади.*

**Відповідь:**

**Завдання 4:** *Які наслідки лікарської помилки для медпрацівника?*

**Відповідь:**

**Завдання 5:** *Розгляньте та прокоментуйте ситуації № 2-6.*

#### **СИТУАЦІЯ № 2. Лікар не надав невідкладну допомогу**

У приймальне відділення лікарні з болем у плечовому суглобі звернувся пацієнт. Під час накладення гіпсової пов'язки йому стало зле. Лікар вирішив терміново перевести хворого у відділення анестезіології та реанімації.

**Суд установив,** що лікар порушив вимоги наказу МОЗ і протоколів, затверджених у медзакладі. Зокрема, лікар не розпочав реанімаційні заходи в місці виникнення невідкладного стану (у гіпсувальній кімнаті), не ввів препарат «Епінефрин» як першу лінію лікування за анафілаксії, не усунув порушення дихання та кровообігу. До смерті пацієнта призвело те, що лікар-травматолог неналежно виконував свої професійні обов'язки, зокрема не вжив достатніх невідкладних початкових реанімаційних заходів.

**Суд визнав** лікаря винним і призначив покарання — один рік позбавлення волі. З лікарні суд стягнув 153 тис. грн матеріальної шкоди та 700 тис. грн моральної шкоди. Від покарання лікаря звільнили у зв'язку з амністією.

**Відповідь:**

#### **СИТУАЦІЯ № 3. Медсестра не зробила пробу на «Лідокаїн гідрохлорид»**

Неповнолітньому пацієнту призначили план лікування у стаціонарі шкірно-венерологічного відділення лікарні. Медсестра не зробила шкірну пробу на «Лідокаїн гідрохлорид» і ввела неповнолітньому антибіотик «Цефтриаксон» 750 мг у розчині

з «Фізрозчином» та анестезуючим засобом «Лідокаїном гідрохлоридом» 2%. Після цього стан хлопця раптово погіршився. Реанімаційні заходи не дали успіху й пацієнт помер.

**Суд установив**, що медична сестра знехтувала своїми професійними обов'язками. Вона усвідомлювала можливість тяжких наслідків для хворого, зокрема й смерть пацієнта, але не провела шкірних проб і легковажно розраховувала, що це не призведе до тяжких наслідків. Медсестра порушила вимоги посадової інструкції, наказу МОЗ та інструкції до препарату.

**Суд визнав** медсестру винною і призначив покарання:

- два роки позбавлення волі з позбавленням права обіймати посади в галузі охорони здоров'я на три роки;
- 500 тис. грн моральної шкоди.

Від покарання у вигляді позбавлення волі медсестру звільнили з випробувальним строком два роки.

**Відповідь:**

#### **СИТУАЦІЯ № 4. Лікар обрав неправильну тактику лікування**

Завідувач відділення судинної хірургії недбало виконав свої професійні обов'язки. Під час діагностичного обстеження та оперативного втручання лікар своєчасно не прийняв рішення про лікування пацієнтки антикоагулянтами без хірургічного втручання. Натомість провів операцію після першого з двох оперативних втручань. Лікар не обрав правильної тактики, що спричинило ятрогенне ускладнення. Неналежні дії лікаря призвели до тяжкого ушкодження — тромбозу стегнової артерії через її травму.

**Суд визнав** лікаря винним і призначив покарання — п'ять років позбавлення права обіймати посади, пов'язані з медичною (хірургічною) практикою. Лікаря звільнили від покарання у зв'язку із закінченням строків давності.

**Відповідь:**

#### **СИТУАЦІЯ № 5. Анестезіолог не перевірів, який балон під'єднано до апарата**

##### **ШВЛ**

Пацієнтку госпіталізували в хірургічне відділення з гострим апендицитом для оперативного лікування. Лікар-анестезіолог не виявив, що до апарата ШВЛ під'єднано балон з інертним газом «Аргон». Через це замість «Кисню» хворій подавали інертний газ «Аргон». Унаслідок цього виникла асистолія, й пацієнтка померла.

**Суд установив**, що лікар-анестезіолог неналежно виконав свої професійні обов'язки. Зокрема, він не перевірів, чи правильно під'єднано апарат ШВЛ «Фаза 21» до системи газопостачання. Через недбалість лікаря хвора померла.

**Суд визнав** лікаря винним і призначив покарання: два роки позбавлення волі. Лікаря звільнили від покарання у зв'язку з амністією.

**Відповідь:**

#### **СИТУАЦІЯ № 6. Лікар виконувала посадові обов'язки без належної кваліфікації**

Лікар із повною вищою освітою за спеціальністю «Лікувальна справа», спеціальністю «Інфекційні хвороби», кваліфікацією «Лікар-інфекціоніст» на посаді лікаря-інфекціоніста інфекційного відділення районної лікарні неналежно виконала свої професійні обов'язки, що спричинило смерть неповнолітнього пацієнта.

**Суд установив**, що лікар за кваліфікаційними характеристиками не відповідала вимогам до посади лікаря-інфекціоніста дитячого, не мала необхідних знань та навичок і не могла надавати кваліфіковану медичну допомогу малолітньому пацієнту. При цьому медпрацівниця не залучила до лікування лікаря-інфекціоніста дитячого. Дії лікаря суд кваліфікував як невиконання та неналежне виконання медичним працівником своїх професійних обов'язків внаслідок недбалого та несумлінного до них ставлення.

**Суд визнав** лікаря винною та призначив покарання: рік і шість місяців позбавлення волі з позбавленням права займатися лікарською діяльністю на строк три роки. Лікаря звільнили від покарання з іспитовим строком один рік.

**Відповідь:**

### III. Заключний етап

**Завдання 6:** розгляньте ситуацію та визначте, чи є порушення з боку лікаря? Як ви його класифікуєте? Яка відповідальність передбачена?

До чергового лікаря-фтизіатра звернувся тяжко хворий на хронічну заразну форму туберкульозу легень із розпадом легеневої тканини. Пацієнт просив надати йому медичну допомогу й госпіталізувати для проходження курсу лікування. Він також надав довідку про звільнення з місць позбавлення волі у зв'язку з хворобою та виписку № 292 із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого ТБ 09.

Лікар відмовилася без поважних причин надати медичну допомогу. Вона мотивувала це відсутністю направлення з обласного туберкульозного диспансеру.

Після відмови хворий пройшов до паркової зони на території обласної туберкульозної лікарні й перебував там із 26.06.2013 до 28.06.2013. Після втручання сторонніх осіб його госпіталізували. 02.07.2013 пацієнт помер від інтоксикації в результаті фіброзно-кавернозного туберкульозу легень. Це підтверджував висновок судово-медичної експертизи.

**Відповідь:**

### Завдання для позааудиторної роботи

**Завдання 1:** розгляньте та оцініть ситуацію. Чи правомірні дії жінки? Яке рішення може прийняти суд?

Жінка подала позов до суду, у якому стверджувала, що через втрату часу при пологах та після них її новонароджена дитина отримала гостру гіпоксію мозку. Гіпоксія вплинула на стан нервової системи, внаслідок чого дитина стала інвалідом.

#### ОБСТАВИНИ СПРАВИ

Позивач потрапила до акушерського відділення лікарні, де її оглянув черговий лікар-гінеколог. Він діагностував сідничне передлежання плоду і направив позивача до пологової зали, де почали стимулювати пологи. Позивач неодноразово просила викликати завідувача відділення та головного лікаря для проведення кесаревого розтину, оскільки плід мав велику вагу та перебував у сідничному передлежанні. Черговий лікар відповіла, що це не привід для кесаревого розтину.

Через п'ять годин після початку пологів у ще ненародженої дитини знизилася серцебиття. Плід почав підніматися вгору. Лікар викликала реанімаційне відділення, і внаслідок кесаревого розтину позивач народила дівчинку вагою 4 кг.

Матері дитини повідомили, що її донька перебуває у складному стані. Через добу після народження дитину направили до реанімаційного відділення іншого закладу.

**Відповідь:**

**Підсумки роботи на занятті:**

### **ТЕМА: ЯТРОГЕНІЯ: ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА**

**Мета:** визначити причини виникнення та розробити заходи профілактики ятрогеній.

Вивчення теми забезпечить удосконалення та подальший розвиток **програмних компетентностей**, а саме: ЗК6 – Здатність приймати обґрунтоване рішення; ЗК7 – Здатність працювати в команді; ЗК8 – Здатність до міжособистісної взаємодії; ЗК 17 – Здатність діяти на основі етичних міркувань; ЗК 18 – Здатність до саморегуляції, управління емоціями та стресом; ФК26 – Здатність дотримуватись етичних принципів при роботі з пацієнтами, лабораторними тваринами.

#### **Практичний кейс № 5 Ятрогенія: причини виникнення та профілактика**

**Загальна мета:** застосовувати знання про ятрогенії, взаємовідносини в системі «лікар» - «пацієнт» при розв'язанні проблемних ситуацій.

#### **Конкретні цілі:**

1. Застосовувати знання про ятрогенії при розв'язанні практичних ситуацій.
2. Визначити основні причини ятрогеній.
3. Спрямувати деонтологічні принципи лікарської діяльності на профілактику ятрогеній.
4. Розробляти заходи профілактики виникнення ятрогеній

**Інструкція:** кейс складається з трьох етапів: 1) підготовчого (теоретичного), 2) основного (практичного), 3) заключного (підсумкового).

**Актуальність:** Ятрогенні захворювання (ятрогенії) (лат. Iatrogenia; грец. iatros — лікар + γενναο — породжую) — захворювання або ускладнення захворювання, викликане тяжкими переживаннями хворого через необережні, необдумані висловлювання або поведінку медичних працівників, які негативно вплинули на пацієнта, його психіку, а через неї — на весь організм. Я.з. є результатом впливу на другу сигнальну систему хворого й являють собою окремий випадок психогенних захворювань. Я.з. можуть виникнути не тільки на основі сказаного лікарем, але й того, що він НЕ сказав, хоча мав. У хворого складається враження про наявність у нього якогось захворювання або про особливу його тяжкість. За походженням Я.з. тісно пов'язані з неправильною поведінкою медичного працівника та індивідуальністю пацієнта. Я.з. небезпечні не тільки для хворого, але й для членів його сім'ї, оскільки родичі при цьому нерідко вважають себе винними у виникненні, напр., у дитини психічного розладу. Для профілактики Я.з. необхідно враховувати всі особливості психіки хворого, дотримуватися деонтологічних принципів не тільки медичним, але й фармацевтичним працівникам, необережні висловлення яких при

спілкуванні з пацієнтом можуть призвести до психогенії..

## I. Підготовчий етап (теоретичний)

### Питання

1. Визначити та сутність ятрогенії.
2. Основні причини виникнення ятрогенії.
3. Основні шляхи уникнення ятрогенії
4. Проблема взаємин в системі «лікар-хворий» як одна з причин ятрогенії

### Рекомендована література

#### Основні джерела:

1. Ковальова О.М. Деонтологія в медицині: підручник / О.М. Ковальова, Н.А. Сафаргаліна-Корнілова, Н.М. Герасимчук. — 2018, 2-е вид., випр. – Київ : ВСВ «Медицина», 2018. – 240 с.

#### Додаткові джерела:

1. Абизов Р.А. Різновиди ятрогенних ускладнень в онкоотоларингологічних хворих [Електронний ресурс] / Р.А. Абизов, Я.В. Шкоба, Н.В. Божко // Здоров'я України | Інформація для спеціалістів охорони здоров'я. – Режим доступу: <https://health-ua.com/article/6566-rznovidi-yatrogennih-uskladnen-v-onkootolaringologichnih-hvorih> (дата звернення: 16.06.2023). – Назва з екрана.
2. Гритчук Я. С. Роль лікаря у виникненні ятрогенних захворювань / Я. С. Гритчук, Ю. М. Павличко, Я. М. Гритчук // Медицина залізничного транспорту України. – 2004. – № 2. – С. 98–99. – Режим доступу: [http://www.vitapol.com.ua/user\\_files/pdfs/mtu/100292058740472\\_17122009162956.pdf](http://www.vitapol.com.ua/user_files/pdfs/mtu/100292058740472_17122009162956.pdf) (дата звернення: 16.06.2023). – Назва з екрана.
3. Пасієшвілі Л.М. Ятрогенії та лікарські помилки як небажаний, але наявний атрибут медичної діяльності [Електронний ресурс] / Л. М. Пасієшвілі, А. А. Заздравнов, Н. М. Железнякова // Український терапевтичний журнал. – 2020. – № 2. – С. 76–81. – Режим доступу: <https://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/26812/1/%d0%af%d1%82%d1%80%d0%be%d0%b3%d0%b5%d0%bd%d1%96%d1%97%2c%20%d0%a3%d0%a2%d0%96%2c%202020-2.pdf> (дата звернення: 16.06.2023). – Назва з екрана.
4. Ятрогенія [Електронний ресурс] // Медична справа. – Режим доступу: <https://medplatforma.com.ua/article/607-yatrogenya-prichini-ta-nasldki> (дата звернення: 16.06.2023). – Назва з екрана.
5. Ятрогенные заболевания: мифы и реалии [Електронний ресурс] // Здоров'я України | Інформація для спеціалістів охорони здоров'я. – Режим доступу: <https://health-ua.com/article/15827-yatrogennye-zabolevaniya-mify-i-realii> (дата звернення: 16.06.2023). – Назва з екрана.

## Теоретична інформація

**Ятрогенії** – один із видів лікарських помилок. Це захворювання, патологічні процеси, стани, незвичайні реакції, виникнення яких певним чином обумовлене медичним впливом у ході обстеження, лікування хворих, виконання діагностичних маніпуляцій.

**Основа ятрогенії** – психологічний конфлікт із втягненням у нього всіх осіб, що мають контакт із хворим. Тому створення атмосфери, що виключає виникнення психотравмуючих ситуацій, які супроводжуються страхом і побоюваннями, особливо необхідне. І саме тому медичні працівники, а також інші особи, що мають безпосередній контакт із хворою людиною, несуть особливу відповідальність за виникнення ятрогенії.

Ятрогенії, викликані діями середнього медичного персоналу, називаються **соррогеніями**. Підвищена навіюваність, яка сприяє виконанню рекомендацій досвідченого лікаря в інших випадках, коли не беруться до уваги принципи деонтології, може викликати реактивні стани. Тривожна помисливість сенситивних осіб, астенізованих соматичними й інфекційними захворюваннями, у таких випадках отримує часто характер *ітохондричного марення, нав'язливих страхів, надзвичайно цінних ідей, реактивної депресії*.

Ятрогенні реакції можуть виникати й у членів родини хворого, тому що вони нерідко вважають себе винними у виникненні у своїх родичів нервово-психічних розладів і переживають з цього приводу.

Ятрогенії можуть привести до особливих видів лікарських помилок. *Наприклад*, відсутність повної інформації про стан свого здоров'я може породити у хворого «**німі ятрогенії**», як наслідок формування в нього неправильного уявлення про нібито наявне важке захворювання.

Так, при неповідомленні хворому результатів проведених консультацій і аналізів, чи, тим більше, про призначення активного лікування він звертається за роз'ясненнями до сторонніх некомпетентних осіб чи інших хворих, або переходить до читання спеціальної медичної літератури, одержуючи при цьому перекручену неадаптовану інформацію, що служить джерелом додаткових ятрогеній, у даному випадку названих **егогеніями**. Таким чином, під егогенією (від лат. «его» – «Я») розуміють пагубні самовпливи, виразність яких може бути зменшена за рахунок так званого «зцілювального мовчання» мікрооточення, зміст якого полягає в уникненні розмов про стан здоров'я кого-небудь у присутності дітей, хворих і осіб похилого віку.

**Ятропатії** є несприятливими наслідками дій медпрацівників, що необгрунтовано використовують лабораторні й інструментальні методи дослідження та завдають шкоди здоров'ю хворого. *Наприклад*, помилкове трактування лікарем функціонального шуму на верхівці серця, як ознаки вади серця, породжує ятрогенію в хворого, а через наступне неадекватне лікування – ятропатію.

**Види ятропатій:** а) *ятропатії травматичного походження* (випадки травм дитини під час пологів, наслідки неправильно виконаних операцій, спинномозкових пункції, анестезії, результати порушення техніки виконання ін'єкцій та ін.);

б) *ятропатії інтоксикаційного походження* – уведення препарату з недооцінкою його токсичного впливу. Усе це приводить до порушення гомеостазу (лікарської хвороби за Є.М. Тарєєвим). *Наприклад*, нераціональне використання антибіотиків, у т.ч. сульфаніламідів;

в) *ятропатії інфекційного походження* (лікарські порушення асептики й епідеміологічного режиму, наприклад, поява після щеплення поствакцинального інфільтрату);

г) *ятропатії організаційного походження* (випадки неправильної організації обстеження, лікування та догляду за хворими).

Початком сучасного вчення про ятрогенії стала опублікована у 1925 році праця Освальда Бумке «Лікар як причина душевних розладів». В подальшому термін «ятрогенія» використовувався для позначення захворювань, спричинених **психогенним впливом** медичних працівників на хворих. Сьогодні термін «ятрогенія» отримав більш широке значення — від стану, спричиненого діями медичного працівника, до хвороб, зумовлених дією медичних чинників фізичного, хімічного та механічного походження.

Слід зазначити, що дефект надання медичної допомоги — це не тільки суб'єктивне ставлення медичного персоналу чи пацієнта до результату надання медичної допомоги. Цей термін має об'єктивне визначення, що міститься у Міжнародному класифікаторі хвороб Десятого перегляду (МКХ10) у тлумаченні ятрогенної патології.

**До ятрогеній належать хвороби, які зазначені у МКХ10 у таких рубриках:**

- наслідки отруєнь лікарськими засобами, медикаментами та біологічними речовинами; наслідки отруєнь, класифікованих у рубриках Т36Т50, Т9G глави XIX;
- ускладнення хірургічних і терапевтичних втручань, не класифіковані в інших рубриках (рубрики Т80-Т88 глави XIX);
- ускладнення терапевтичних та хірургічних втручань (рубрики Y40-Y84 глави XX);
- наслідки терапевтичних та хірургічних втручань як зовнішніх причин захворюваності (рубрика Y88 глави XX).

**Увага!** Несприятливі результати лікувальних заходів, проведених щодо помилкового діагнозу або з косметичною метою, неправильно проведені лікувальні заходи, що стали причиною інвалідизації або смерті хворого, випадкове нанесення шкоди хворому в ході планової хірургічної операції, переливання несумісної крові, маніпуляції, проведені з діагностичною метою, ускладнення лікарської терапії з розвитком дисбактеріозу, екзо- і ендогенної суперінфекції, а також смертельні алергічні реакції і смерть від наркозу можна віднести до *ятрогенних патологій*.

### Класифікація ятрогенних патологій

Однією з перших була класифікація І. Кассирського:

- безпосереднє травмування хворого невмілою поведінкою лікаря;
- непряме травмування, пов'язане з читанням медичної літератури;
- ятрогенії, зумовлені особистістю пацієнта, який має схильність до психопатичних, психоастеничних та нав'язливих реакцій;
- неправильне проведення інструментальних досліджень, помилкове введення лікарських препаратів при навантажувальних пробах (особливо в кардіології);
- посилене лікування одного захворювання, що призводить до виникнення інших (нераціональне або неправильне призначення, поліпрагмазія, самолікування під впливом реклами).

С. Долецький виділив наступні види ятрогенії:

**I. Ятрогенія впливу:** медикаментозна; маніпуляційна; наркозно-реанімаційна, хірургічна, аліментарна, променева;

**II. Ятрогенія бездіяльності.**

На сучасному етапі існує класифікація за **III категоріями:**

**I категорія** — патологічні процеси, реакції, які не пов'язані патогенетично з основним захворюванням або його ускладненням і не відіграють істотної ролі в загальному танатологічному оцінюванні випадку (танатологія – наука, що «вивчає смерть»);

**II категорія** — патологічні процеси, реакції та ускладнення, зумовлені медичним впливом, проведені за обґрунтованими показаннями і виконані правильно;

**III категорія** — патологічні процеси, незвичайні смертельні реакції, в тому числі зумовлені неадекватними, помилковими або неправильними медичними впливами, які спричинили летальний результат.

Основним у побудові класифікаційних схем ятрогенії має бути їхня причина, патоген. З огляду на це, ятрогенії поділяють на **5 груп:** психогенні, лікарські, травматичні, інфекційні та змішані.

**Психогенні ятрогенії** (*ятропсихогенії* – порушення, обумовлені впливом на психіку хворого): проявляються у формі неврозів, психозів, неврастенії, істерії, фобій, депресій, відчуття тривоги, депресивних та іпохондричних розладів.

Як правило, їх спричиняють необережні і неправильно розтлумачені висловлювання медичного працівника щодо стану здоров'я пацієнта, ознайомлення із власною історією хвороби та спеціальною медичною літературою, прослуховування публічних лекцій, особливо на телебаченні. Їх називають ще «хворобами слова». Ця група ятрогенії

розвивається також у разі неефективності лікування; недовіри до лікаря; страху перед методами діагностики і лікування; різкого переходу від активного способу життя до пасивного, зі звичних умов сім'ї і трудового колективу в групу людей із загостреним і зміненим особистісним сприйняттям.

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

**Медикаментозні ятрогенії** (*ятрофармакогенії* – розлади, пов'язані з негативним впливом лікарської терапії):

- фармакологічно негативні ефекти (наприклад, гіпоглікемічний шок після введення інсуліну);
- лікарські інтоксикації, включно із токсичною, мутагенною, онкогенною, тератогенною, ембріотоксичною та імунодепресивною діями;
- лікарська алергія;
- лікарська непереносимість псевдоалергічного походження;
- лікарська залежність;
- лікарські психози;
- реакції загострення (наприклад, бактеріальний (ендотоксичний) шок);
- ускладнення основної хвороби, спричинене фізикохімічною, фармакодинамічною і фармакокінетичною несумісністю ліків, що вводяться одночасно;
- післявакцинальні реакції та ускладнення.

Отже, виникають найчастіше, тому що поєднання декількох препаратів одночасно може викликати різний ступінь побічних, а іноді, і важких реакцій, пов'язаних з основним захворюванням та індивідуальними характеристиками препаратів, непередбаченими навіть при глибокому їх вивченні. Тому для профілактики медикаментозної ятрогенії французькі медики запропонували не призначати хворим літнього віку і тяжкохворим одночасно більше трьох препаратів

**Травматичні ятрогенії** (*ятрофізіогенії* – захворювання, викликані фізичним впливом медичних заходів):

Для захворювань, спричинених дією медичних пошкоджувальних чинників фізичного та механічного походження, зазвичай застосовують термін «медичні травми і їхні наслідки» (несприятливі наслідки хірургічних методів лікування). Епітет «ятрогенні» вказує на зв'язок травм із наданням медичної допомоги.

Під травматичними ятрогеніями розуміють хірургічні, маніпуляційні та випадкові медичні травми, опіки (променеві, термічні, хімічні) і наслідки травм. Особливо серйозні і численні наслідки та ускладнення хірургічних і маніпуляційних травм та опіків.

*Приклади:* анафілактичний шок, колапс операційний, гостра серцевосудинна недостатність, спайкова хвороба, пострезекційний синдром, повітряна емболія, тромбоз судин, ателектаз легенів, гемоторакс, гідроторакс, бронхоспазм, набряк легенів, набряк мозку, холестаза, емфізема підшкірної клітковини, кровотеча, асфіксія, атонія кишечника, безпліддя після видалення матки, променева хвороба тощо.

До цієї групи ятрогеній умовно можна віднести також наслідки надмірного втручання, втручання без показань (так звана хірургічна агресія) і, навпаки, залишення хворого без медичної допомоги та догляду.

**Інфекційні ятрогенії** об'єднують всі випадки інфекційних захворювань, зараження якими відбулося в процесі надання будь-яких видів медичної допомоги. Їх ще називають внутрішньолікарняними інфекціями. Термін «ятрогенія» прямо вказує на зв'язок захворювання або ускладнення з наданням медичної допомоги, що має акцентувати увагу лікаря на пошуку способів запобігання подібним явищам у своїй практиці. Термін «внутрішньолікарняні» може застосовуватися щодо ятрогенних інфекцій, які розвиваються у стаціонарах.

Ятрогенні інфекції спричиняє більш ніж 200 видів бактерій, грибів, вірусів, найпростіших, багатоклітинних безхребетних. Провідне місце займають умовнопатогенні мікроби, які викликають опортуністичні інфекції, тобто хвороби осіб зі зниженою функцією природного та набутого імунітету. Для збудників ятрогенних інфекцій характерні більш широкий спектр властивостей і більш високі темпи їх змін.

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

**Наркозно-реанімаційної ятрогенії.** Розвиток реаніматології привів до появи нового виду ятрогенії – післяреанімаційної, яка виявляється порушеннями обмінних процесів, структур і функцій мозку, ендокринного апарату, серцево-судинної системи, легенів, чинників імунітету і всього гомеостазу в цілому. До наркозно-реанімаційної ятрогенії можна віднести переломи ребер, пошкодження паренхіматозних органів й інші травми, що виникають в процесі реанімації.

Чисельність хірургічних ятрогеній «досить велика, хоча їх точний підрахунок досить утруднений і публікацій з цієї малозрозумілої теми дуже мало».

У **хірургічній ятрогенії**, як у фокусі, концентруються всі чинники, що впливають на частоту виникнення, її моральна сторона викладена М.І. Пироговим.

**Аліментарна ятрогенія** часто обумовлена шкідливими звичками людини, наприклад, нераціональним харчуванням за шкалою факторів ризику по раку; порадами, що дають лікарі для схуднення з використанням численних дієт, визначення режиму харчування та інші, іноді досить суперечливі, що активно підхоплюється і популяризується недостатньо кваліфікованими журналістами. Аліментарна ятрогенія можлива, коли здоров'ю хворого, який суворо виконує розпорядження лікаря-дієтолога, завдана шкода. Безперечно, що шкоду здоров'ю наносить нераціональне харчування, їжа з низьким вмістом білків, вітамінів. Проте причиною такого харчування є чинники соціальні, а не рекомендації лікарів.

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

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

**Віддалена ятрогенія** – це перебудова організму під впливом тривалої гормональної терапії; виникнення катастрофічних реакцій через декілька років після інтеркурентної інфекції; підвищення схильності до інфекцій у дітей, вигодованих штучними сумішами; порушенням психомоторного розвитку дітей при тривалій гіпоксії і пологовій черепно-мозковій травмі та інші. Передбачити ускладнення подібного роду досить складно, проте це примушує лікаря обов'язково думати про віддалені наслідки своїх втручань.

**За тяжкістю** ятрогенні ускладнення діляться на *легкі, середньої тяжкості й смертельні*. За всі перераховані вище порушення лікар несе моральну відповідальність перед собою і лікарським колективом.

**Причини ятрогеній**

1. Збільшення частоти контактів населення з медичними працівниками, збільшення можливостей отримання інформації щодо наявних хвороб, розширення масштабів активної профілактичної допомоги населенню тощо.

2. Збільшення кількості ушкоджувальних механічних, фізичних і біологічних чинників, які використовують для запобігання хворобам, визначення стану здоров'я та його відновлення. Слід розуміти, що лікарі бачать тільки переваги у їх застосуванні, забуваючи про негативний бік, про побічну дію, що призводить до розвитку ятрогеній.

3. Підвищена чутливість багатьох людей до ушкоджувальних чинників, особливо психічного, хімічного та біологічного (інфекційного) походження. У людей сформувався підвищена боязкість до того чи того чинника, які застосовують у профілактиці, лікуванні та реабілітації.

4. Суб'єктивні медичні чинники, в тому числі недостатнє розв'язання проблеми безпеки надання медичної допомоги, профілактики ятрогеній. Це, зокрема, недостатня етико-деонтологічна підготовка лікарів, слабка та застаріла матеріальна база лікувальних закладів, відсутність системи обліку лікарських помилок, недовіра пацієнтів до органів охорони здоров'я тощо.

#### **Об'єктивні фактори:**

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

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

- 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.

#### **Наслідки ятрогеній**

Медичні наслідки призводять насамперед до збільшення показників захворюваності, інвалідності, смертності. Ятрогенії можуть бути причиною тривалої втрати працездатності.

Економічними наслідками ятрогеній є збільшення вартості медичної допомоги та економічних втрат для сім'ї хворого.

Правовий та етичний аспект наслідків ятрогеній менш досліджений.

**Практичні кейси** [www.mmj.com.ua](http://www.mmj.com.ua) ISSN 1996-353X *Український науково-медичний молодіжний журнал № 3 (96) 2016*: до Стоматологічного медичного центру НМУ імені О.О.Богомольця у 2012-2015рр. звернулося 12 пацієнтів з вторинними, ятрогенними ураженнями слизової оболонки порожнини рота після проведенного лікування злоякісних пухлин.

**Приклад 1.** Пацієнтка Г., 1954 року народження, у серпні 2012 року звернулася телефоном зі скаргами на неможливість приймання їжі, біль у ротовій порожнині. Вдома перебуває місяць, перед цим два тижні перебувала на лікуванні у гінекологічному відділенні Київської міської онкологічної лікарні, де отримала карбоплатин (510г), циклофосфамід (1200мг), доксорубіцин (70мг).

Як свідчила довідка, пацієнтка виписана у задовільному стані. Але приїхати на консультацію до лікаря пацієнтка не могла, тому огляд було проведено в домашніх умовах. При огляді виявлено, що стан пацієнтки тяжкий: свідомість дещо змінена, критичність щодо свого стану знижена. Шкірні покрови сіру вато-жовтого кольору; цілісність зубних рядів збережена; явища генералізованого пародонтиту II ступеню хронічного перебігу; висота прикусу дещо знижена; слизова оболонка присінку порожнини рота і власне порожнини рота, глотки вкрита рясними щільними жовтими плівками, що не знімаються; навколо плівок

слизова яскраво-червоного кольору. Регіональні лімфовузли збільшені, ущільнені, малорухомі, безболісні при пальпації. Оцінка болю за шкалою ВАШ -70%. Провести цитологічне дослідження плівок не вдалося.

*Встановлено діагноз:* токсичний плівчастий мукозит порожнини рота.

Призначене місцеве лікування: гігієнічні полоскання порожнини рота 8-10 разів на день відварами трав (кореня алтея, насіння льону, ромашки, календули) з додаванням розчину лідокаїну гідрохлориду 2%; аплікації розчину террилітину, згідно з інструкцією застосування, розчинивши попередньо вміст флакону з сухою речовиною водою для ін'єкцій; «Бефунгін» (1 ч.л. на 0,5 склянки кип'яченої охолодженої води). Загальне лікування включало прийом «Ентеросгелю» по 15 мг тричі на добу, мумією по 1 табл.(0,02г) двічі на добу (зважаючи на стан хворої, було рекомендовано перед вживанням таблетку розчиняти у 30 мл кип'яченої охолодженої води).

Через три дні стан порожнини рота у пацієнтки покращився, оцінка болю за візуально-аналоговою шкалою (*Visual Analog Scale, VAS*) ВАШ - 50%, хоча загальний стан залишався стабільно тяжким, і через тиждень було зафіксовано *exitus letalis*.

**Приклад 2.** Пацієнтка Д., 1955 року народження у жовтні 2015 року звернулася до лікаря-стоматолога зі скаргами на пекучий біль у порожнині рота, горлі; наявність «висипань» тієї ж локалізації, неприємні відчуття у спокої, що підсилюються при прийомі їжі. У червні 2015 року було встановлено діагноз: карцинома кореня язика, і у липні проведено опромінення ураженої ділянки в умовах онкологічного центру ізраїльської клініки LISOD. Вказані скарги з'явилися через два тижні після радіотерапії.

*При огляді встановлено:* дефекти зубних рядів відновлено незнімними металевими з керамічним облицюванням конструкціями. Висота прикусу збережена. На слизовій оболонці щік, губ, піднебіння, під'язикової ділянки наявні множинні ерозивні поверхні неправильної форми різної площі; у ділянці присінку, по перехідній складці наявні плівчасті утворення білого кольору, частково прикріплені, легко знімаються, оголюючи ерозивні поверхні, болючі при доторкуванні; підщелепні лімфовузли збільшені, ущільнені, рухомі, незначно болючі при пальпації. Оцінка болю за шкалою ВАШ - 60%.

*Встановлено діагноз:* плівчастий радіомукозит. Рекомендоване лікування: заміна ортопедичних конструкцій на безметалові; загальне лікування: «Атоксіл» по 2 саше на склянку кип'яченої охолодженої води 3 -6 (до 12 мг) разів на добу; місцево - полоскання порожнини рота відварами насіння льону і кореня алтея почергово, 5-6 разів на день; аплікації розчину мумією (1 табл (0,02г) на 0,5 склянки кип'яченої охолодженої води) чотири - п'ять разів на добу після прийому їжі.

Через тиждень пацієнтка відмітила значне зменшення (на 30%) суб'єктивних відчуттів, покращення загального стану, хоча ортопедичні конструкції з технічних причин залишилися. Через місяць пацієнтка на повторний огляд не з'явилася у зв'язку зі зміною місця проживання.

**Обговорення.** Комплексне лікування злоякісних пухлин, за умови своєчасного їх виявлення, призводить до позитивних результатів у більш ніж 40% хворих [<http://www.who.int/gho/countries/ukr.pdf?ua=1> ; <http://diapharm.a.ua/articles/statistika-onkologichnihzahvoryuvan-v-ukrayini>].

Якщо хірургічне лікування з певних причин не показане, то на перший план виступають хіміотерапія й опромінення уражених ділянок.

Ніяким чином не оскаржуючи призначення як хіміотерапевтичних засобів так і опромінення, хочемо зазначити, що у наведених випадках застосування цих методів лікування призвело до уражень слизової оболонки порожнини рота, які в свою чергу потребували корекції; є всі підстави вважати ці ураження ятрогенними [Drannyk H.N. Klynycheskaia ymmunolohyia y allerholohyia: posobyе dlia studentov, vrachej-ynternov, ymmunolohov, allerholohov, vrachej lechebnoho profylyia vsekh spetsyal'nostej. - 4-e yzd., dop. — К., 2010 — 552 р: yl].

### Завдання для позааудиторної роботи

#### Завдання 1. Дайте відповіді на запитання 1-7:

1. Дайте визначення терміну «ятрогенія»:

- A. Несприятливий наслідок поведінки медперсоналу.
- B. Психогенний розлад унаслідок помилок медперсоналу.
- C. Захворювання, обумовлене психотравмуючим впливом необдуманих висловів і вчинків медпрацівників.
- D. Захворювання, викликане неправильними діями лікаря.
- E. Захворювання, обумовлене читанням медичної літератури.

2. Назвіть основні причини ятрогенних захворювань:

- A. Недостатній професійний рівень лікаря.
- B. Недостатній психологічний контакт лікаря з хворим.
- C. Поліпрагмазія.
- D. Нерішучість лікаря.
- E. Все перелічене вище.

3. Назвіть види ятрогеній, залежно від причин виникнення:

- A. Медикаментозна.
- B. Віддалена.
- C. Променева.
- D. Маніпуляційна.
- E. Все перелічене вище.

4. Захворювання, викликане діями медичного персоналу, називається:

- A. Ятрогенія.
- B. Гіпернозогенія.
- C. Все перелічене вище.
- D. Канцерофобія.
- E. Все перелічене невірно.

5. До обов'язків лікаря відносно пацієнта як особи включають все, окрім:

- A. Обговорення розміру винагороди.
- B. Оцінки емоційно-психологічного стану пацієнта.
- C. Поглибленого вивчення особи пацієнта.
- D. Установлення контакту з хворим і його близькими.
- E. Психологічної підтримки пацієнта та його родичів

1	2	3	4	5

6. Поясніть значення наступного вислову: «Якщо є декілька лікарів, один із яких лікує травами, інший лікує ножем, а третій – словом, зверніся до того, хто лікує словом».

**Відповідь:**

7. Поясніть значення наступного вислову: «Хто відчуває в собі силу зробити краще, той не відчуває страх перед визнанням своєї помилки».

**Відповідь:**

## II. Основний етап

**Завдання 1:** спрогнозуйте наслідки ятрогенії, базуючись на власному професійному досвіді.

**Відповідь:**

**Завдання 2:** як ви розумієте поняття: ятропатія, ятрогенія, соррогенія, егогенія, дидактогенія? Чи є вони тотожними?

**Відповідь:**

**Завдання 3:** перегляньте відеоролік за посиланням, зробіть висновки про етичне відношення до професії лікаря. [https://www.youtube.com/watch?v=LUIBxddd\\_KQ](https://www.youtube.com/watch?v=LUIBxddd_KQ)

**Відповідь:**

**Завдання 4:** розгляньте ситуації № 1-5. Визначте тип ставлення пацієнтів до захворювання та поясніть, чи може бути таке ставлення обумовлено ятрогеніями? Відповідь обґрунтуйте:

СИТУАЦІЯ 1. Хворий Г., 19 років, має незначний шкірний дефект в ділянці носа – внаслідок перенесеного в дитинстві абсцесу. Хворий має відчуття власної неповноцінності, не може зосередитись на навчанні. Хірурги відмовляються робити пластичну операцію, тому що дефект є зовсім незначний.

**Відповідь:**

СИТУАЦІЯ 2. Хворий з паралічем лівої кінцівки заспокоює себе поясненнями, вважає, що лівий бік завжди слабший і менш вправніший. Він навіть вважає, що «раніше був хворий, а тепер усе гаразд». Свою точку зору він нав'язує родичам.

**Відповідь:**

СИТУАЦІЯ 3. Хвора Н., вік 10 років. Діагноз: Бронхіальна астма. На жодний крок не відпускає свою маму. Боїться, що як тільки вона залишиться на самоті, то в неї виникне напад. Не може спати у зв'язку із страхом виникнення нападів вночі. Постійно думає про своє захворювання. Мати була змушена звільнитися з роботи. Постійний страх дівчинки перед нападами заважає їй у навчанні та спілкуванні з друзями. Дівчинка не може ходити до школи, не запрошує в гості друзів (боїться підхопити простуду, яка спровокує напад).

**Відповідь:**

**СИТУАЦІЯ 4.** Лікар, який хворіє на епілепсію, відмовляється приймати протиепілептичні препарати і взагалі не вважає себе хворим.

**Відповідь:**

**СИТУАЦІЯ 5.** Хвора М., вік 26 років. За фахом лікар. Потрапила в лікарню з нападом апендициту. Після успішного оперативного втручання хвора почала вимагати призначення великих доз антибактеріальних препаратів, хоча об'єктивних показів для цього не було. Хвора вирішила, що в неї сепсис, виникли звинувачення на адресу лікарів. Неприємні відчуття в організмі, які були пов'язані з періодом відновлення в післяопераційному періоді, хвора сприймала як ознаки інфекційного процесу.

**Відповідь:**

### III. Заключний етап

**Завдання 5:** Пацієнт звертається до лікаря з приводу нез'ясованих проблем стосовно свого стану. Але, лікарю телефонує колега з приводу іншого пацієнта. Як має поводитися лікар?

**Відповідь:**

**Завдання 6:** Хворий розповідає лікареві про своє життя. Як має реагувати лікар, щоб пацієнт, зрозумів, що його слухають, розуміють та співчують?

**Відповідь:**

### Завдання для позааудиторної роботи

**Завдання 1:** розгляньте ситуації «медичного лабіринту». Визначте психотравмуючі впливи. Чи можуть вони бути причиною ятрогенії? Відповідь обґрунтуйте.

1. Хворий звертається по медичну допомогу, але його направляють від одного лікаря до іншого, всюди говорять, що він «звернувся не за адресою»; з різним ступенем ввічливості йому відказують в допомозі. У хворого наростає відчуття невдоволення, напруги, гніву, він боїться, що його захворювання внаслідок цього стане запущеним і важче буде його вилікувати. Контакт такого хворого з медичними працівниками носить переважно адміністративний характер, у нього накопичуються різні довідки та формальні рекомендації.

**Відповідь:**

1. Деякі слова діють на хворого «токсично», в першу чергу це латинські терміни, діагнози: «інфаркт, параліч, пухлина, рак, шизофренія тощо».

**Відповідь:**

3. Електрокардіограма була зроблена здоровим особам, яким потім сказали, що дані свідчать про порушення серцевого м'язу, хоч останній був повністю нормальним.

**Відповідь:**

4. Лікар рекомендує хворому режим і пропонує вести такий спосіб життя, такі звички, інтереси і створення таких особистих контактів, які подобаються йому самому, не цікавлячись глибоко думкою, поглядами та життєвою ситуацією хворого.

**Відповідь:**

5. Лікар «думає вголос», говорить хворому про всі можливості диференціального діагнозу, не закінчує довгий ряд допоміжних методів обстеження та залишає на цей час хворого без лікування або передає йому ініціативу у відношенні виду лікування, наприклад, з такими словами: «Якщо б я знав, що мені з вами робити!».

**Відповідь:**

**Завдання 8:** *складіть програму (перелік заходів) профілактики ятрогеній.*

**Підсумок роботи на занятті:**

**ТЕМА: ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗАХИСТУ ПРАВА НА ЖИТТЯ ТА НА СМЕРТЬ**

**Мета:** визначити деонтологічні аспекти захисту права на життя та на смерть

Вивчення теми забезпечить удосконалення та подальший розвиток **програмних компетентностей**, а саме: ЗК6 – Здатність приймати обґрунтоване рішення; ЗК7 – Здатність працювати в команді; ЗК8 – Здатність до міжособистісної взаємодії; ЗК 17 – Здатність діяти на основі етичних міркувань; ЗК 18 – Здатність до саморегуляції, управління емоціями та

стресом; ФК26 – Здатність дотримуватись етичних принципів при роботі з пацієнтами, лабораторними тваринами.

### **Практичний кейс № 6 Деонтологічні аспекти захисту права на життя та на смерть**

**Загальна мета:** застосовувати знання про етику та медичну деонтологію при розв'язанні проблемних ситуацій, пов'язаних із захистом права на життя та на смерть.

#### **Конкретні цілі:**

1. Застосовувати знання про етику та медичну деонтологію при розв'язанні проблемних ситуацій.
2. Застосовувати принципи медичної етики та медичної деонтології для розуміння та захисту цінності людського життя, права людини на життя, розв'язання моральної проблеми штучного запліднення, абортів та «сурогатного материнства».
3. Визначення морально-правових аспектів реаніматології та трансплантології: обмеження використання органів від живих донорів, різні моделі забору органів від померлих донорів, ксенотрансплантація – за та проти.
4. Моральна оцінка процедур отримання та уведення в організм ембріональних стоволових клітин людини.

**Інструкція:** кейс складається з трьох етапів: 1) підготовчого (теоретичного), 2) основного (практичного), 3) заключного (підсумкового).

**Актуальність:** Міжнародний пакт про громадські права (1966) трактує право на життя як невід'ємне право кожної людини. Невід'ємні права - це вимоги, які визнаються юридичним правом і без яких неможливе гідне людське життя принципів не тільки медичним, але й фармацевтичним працівникам, необережні висловлення яких при спілкуванні з пацієнтом можуть призвести до психогенії.

Конституція України декларує вищі соціальні цінності - невід'ємні права людини: на життя, здоров'я, гідність, недоторканність та безпеку особистого життя. Право на гідну смерть розглянуто в біоетиці, новій етичній концепції, що виникла у США на початку 70-х років ХХ століття.

Поняття «якість життя» поєднує аспекти: медикосоціальний та морально-психологічний. Якість кінцевої стадії життя, можливість її підвищення, пов'язана як із вирішенням клінічних проблем та проблем медичного догляду, так зі створенням найможливіших комфортних умов існування хворих (фізичних, соціальних, психічних та емоційно-духовних). Майже всі складні проблеми медичної біоетики прямо чи опосередковано пов'язані з проблемою смерті - евтаназія, аборт, трансплантація органів і тканин, репродукційні технології тощо. Результатом послідовної рефлексії над цими сучасними явищами є принципово нове розуміння цінності смерті та життя.

Медична біоетика трансформує, як деструктивно-негативний погляд на смерть, так і безпідставне абстрактно-оптимістичне ставлення до подовження будь-якого «життя» людини, незважаючи на рівень його тілесної, духовної та соціальної якості. З'являється таке поняття як право на смерть, або визнання кожної людини найвищим авторитетом у питаннях про власні життя та смерть.

## **I. Підготовчий етап (теоретичний)**

### **Питання**

1. Проблема цінності людського життя.
2. Право людини на смерть.
3. Проблеми суїциду та евтаназії у сучасному суспільстві.

### **Рекомендована література**

#### **Основні джерела:**

1. Ковальова О.М. Деонтологія в медицині: підручник / О.М. Ковальова, Н.А. Сафаргаліна-Корнілова, Н.М. Герасимчук. — 2018, 2-е вид., випр. — Київ : ВСВ «Медицина», 2018. — 240 с.

#### Додаткові джерела:

1. Біоетика в Україні: стан і перспективи / Матеріали про II Національний конгрес з біоетики // Ліки України. — 2004. — №10. — С. 14–15.
2. Булеца С.Б. Право фізичної особи на життя та здоров'я: порівняльно-правовий аспект / С.Б. Булеца; Ужгород. нац. ун-т. — Ужгород : Поліграфцентр "Ліра", 2006. — 172 с. — Режим доступу: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/23775> (дата звернення: 16.06.2023). — Назва з екрана.
3. Запорожан В.М. Біоетика та біобезпека : підручник / В.М. Запорожан, М.Л. Аряєв. — Київ : Здоров'я, 2013. — 456 с.
4. Кулініченко Валентин. Життя та смерть у контексті біоетики / Валентин Кулініченко, Світлана Вєковшина // Дух і літера. - 2002.- № 11-12. - С. 236-245. — Режим доступу: <https://ekmair.ukma.edu.ua/server/api/core/bitstreams/35152677-f75e-48cb-adaa-93ed62dbf983/content> (дата звернення: 16.06.2023). — Назва з екрана.
5. Лікарська етика та деонтологія : бібліографічний покажчик [Електронний ресурс] / уклад. О. М. Довженко ; ЗДМУ, наукова бібліотека. — Запоріжжя, 2020. — 24 с. — Режим доступу: <http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/12717/1/Likars%27ka%20etyka.pdf> (дата звернення: 16.06.2023). — Назва з екрана.
6. Москаленко В.Ф. Біоетика: філософсько-методологічні та соціально-медичні проблеми : монографія / В.Ф. Москаленко, М.В. Попов. — Вінниця : Нова книга, 2005. — 218 с.

### Теоретична інформація

**Біоетика** (біомедична етика) — це міждисциплінарна наука, що займається вивченням морально-етичних, соціальних і юридичних проблем медичної діяльності в контексті захисту прав людини.

### МОДЕЛІ БІОЕТИКИ

#### 1. Ліберально–радикальна модель

У цій моделі морально дозволеним є те, що людина робить у своїй свободі. Єдиною існуючою цінністю є свобода, а отже свобода стає нормою. Тут слід зауважити, що коли свобода буде зрозумілою в абсолютний спосіб, то вона перетвориться у силу, яка розкладатиме суспільне життя і саму людину. Свобода має завжди іти в парі з правдою і відповідальністю.

#### 2. Соціологічно–утилітаристична модель

На підставі цієї моделі була вироблена концепція — якості життя (quality of life), яка багато в чому суперечить поняттю святості життя. Людська особистість прирівнюється до категорії чуттєвості, оскільки вони вважають справжніми людськими особистостями лише тих, хто є здатний відчувати задоволення або біль.

#### 3. Персоналістична модель

Моральні критерії цієї моделі знаходяться в самій людині, як особі. Людина є особою, людина є цінністю об'єктивною, надприродною і недоторканою, а отже має характер нормативний. Через те вона повинна бути трактована у своїй інтегральності (цілісності), розумності, свободі і відповідальності, етичності, в основному праві на життя. Морально добрим та виправданим у даній моделі є все те, що береже, оздоровлює та проявляє людину, як особу, а злом вважається все те, що переслідує, применшує, ображає, інструменталізує або врешті–решт просто елімінує особу.

Одним з її головних представників цієї моделі є католицький єпископ Еліо Сгречча, який протягом останніх 20 років, разом із співпрацівниками Католицького Університету Пресвятого Серця у Римі (Agostino Gemelli) та Інститутом Біоетики, який було створено при

цьому Університеті, розробили та опрацювали цілком нове бачення та сприйняття кожної людини – як особи (персони), від чого і сама назва даної біоетичної моделі.

**МОРАЛЬНІ КРИТЕРІЇ БІОЕТИКИ:** розвиток людини і пошана її гідності, бо людське життя може бути лише ціллю, але ніколи засобом.

**Мета біоетики** – охорона життя і здоров'я людини з моменту запліднення до природної смерті, яка буде виражатися через різні форми його лікування.

**Вживані засоби** – лише морально допустимі та скеровані до справжнього науково-технічного прогресу, який буде кваліфікуватися як людський.

**Експериментування** – має відображати гідність людини та має відбуватися в рамках складової структури життя як такого (не для того щоби змінювати людську природу, але для того, щоб допомогти розвинути згідно її суті, так як людині це властиво).

У випадку експерименту завжди існує ризик, але тим не менше він завжди має бути в межах розумного.

**Завдання біоетики** – виникає величезна необхідність в біоетиці, яка будучи відкритою для розвитку і поглиблення наукових знань з біології і медицини, досягнень технічних та соціальноорієнтованих наук, має залишитися вірною моральним засадам, які напружені на збереження гідності людини і її розвитку в повноті правди, трактувань людини, вартість якої криється у глибині її особистості як цілі.

**Метод біоетики:** використовується не чисто раціональний чи філософський метод, але швидше критичний, який ґрунтується на розумі, просвіченому вірою.

#### ПРИНЦИПИ БІОЕТИКИ

1. Принцип цілісності.
2. Принцип подвійного наслідку.
3. Принцип співпраці у злі.
4. Принцип солідарності та милосердя.
5. Принцип автономії особи пацієнта.
6. Принцип справедливості.

**Завдання 1:** *поясніть значення принципів біоетики*

**Відповідь:**

Основний офіційний документ у галузі біоетики – Конвенція про захист прав і гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології і медицини (Конвенція про права людини і біомедицини) 1996 р. проголошує, що «сторони цієї Конвенції зобов'язуються при використанні досягнень біології і медицини захищати гідність й індивідуальну цілісність кожної людини, гарантувати всім без виключення недоторканність особи і дотримання інших прав і основних свобод». Конвенція має силу не тільки морального заклик – кожна держава, що приєдналася до неї, зобов'язана реально втілювати положення Конвенції у власному внутрішньому законодавстві (Україна ще не ратифікувала цього документу).

Розроблено проект Загальної декларації про біоетику і права людини ЮНЕСКО (2005 р.), метою якої є забезпечення універсального комплексу принципів і процедур, якими можуть керуватись держави при розробці своїх законодавчих норм, політики й інших інструментів у галузі біоетики.

**Завдання 2:** *прочитайте наведені вислови. Якого принципу біоетики слід дотриматися?*

**Вислови:**

- 1) кожен пацієнт, незалежно від соціального походження, матеріального стану, інших чинників, має право на отримання рівного обсягу медичної допомоги і рівного доступу до медичних ресурсів;
- 2) існує практика лікування комерційних хворих, які вносять грошові кошти за надання медичних послуг у сфері трансплантології, отримують необхідний трансплантат, минаючи черговість;
- 3) виконання великого обсягу роботи за рахунок обмежених людських ресурсів зобов'язує управління військовою медициною при масових втратах здійснювати заходи щодо першочергового винесення з поля бою, надання медичної допомоги й евакуації тих осіб, які перспективні в плані одужання і повернення їх до лав. Відповідно, ті поранені, які за наслідками швидкоплинного огляду не потрапили до цієї групи, на жаль, часто залишаються на полі бою.

**Відповідь:**

**Евтаназія** (від древнегрец. Eu – добре і thanatos – смерть) – означає навмисне прискорення смерті або умертвіння невиліковного хворого, який перебуває в термінальному стані, з метою припинення його страждань. Вмираюча людина має право визначити, що для неї важливіше: бути до смерті особистістю зі самосвідомістю і розумом, чи просто залишатися ще якийсь час живим, в умовах штучної підтримки життя, але в несвідомому стані. Прийняття рішення про евтаназію пов'язане з ціннісним підходом до життя і може бути розглянуто як прояв самоповаги особистості.

Телеканал Інтер (Inter TV channel). Евтаназія. Право на смерть - Документальний проект [Електронний ресурс], 2018 / Телеканал Інтер (Inter TV channel) // YouTube. – Режим доступу: <https://www.youtube.com/watch?v=pc75B3VG9v4> (дата звернення: 16.06.2023). – Назва з екрана.

Поняття евтаназія введено Ф. Беконом у XVII ст. У 1935 році в Лондоні було створено перше в світі **«Товариство добровільної евтаназії»**. Воно пропагувало ідеї про те, що дорослому пацієнтові, який важко страждає від смертельної хвороби, для якої ще не знайшли способу лікування, закон повинен дати право на милосердя безболісної смерті. Обов'язковою умовою була добровільність – бажання хворого позбутися страждань.

У 1980 р. це суспільство перейменоване в «ЕХІТ» – **«Товариство за право померти з гідністю»**. У 1938 році схожа організація з'явилася в США.

У 1941 р. евтаназію дозволили в швейцарському кантоні Цюрих.

У 1973 році такі товариства виникли в Нідерландах і Швеції. У 1976 р. в Японії також було організовано **спільноту легкої смерті**.

У 1975 р. опубліковано бюлетень «Новини евтаназії», започаткований **Британським товариством евтаназії**. Пізніше такий же бюлетень почало випускати і **Американське товариство евтаназії**.

У 1989 р. Джек Кеворкян заснував практику активної евтаназії в Америці. Джек Кеворкян (англ. Jack Kevoorkian) – американський лікар-патологоанатом, прихильник «права на смерть». Завдяки популяризації евтаназії його прозвали «Доктор смерть». За власним визнанням допоміг скінчити життя самогубством більш ніж 130 важко хворим пацієнтам.

У 1989 р. побудував свій власний пристрій, так звану машину самогубства – Mercitron (від англ. mercy – милосердя), за допомогою якої невиліковно хворі та страждаючі пацієнти могли самі покінчити з життям, вчинивши самогубство. Пристрій забезпечував введення у кров медичних препаратів, які зупиняли серце і так припиняли страждання хворого.

4 червня 1990 р. перший пацієнт із хворобою Альцгеймера покінчив із життям за допомогою пристрою лікаря Д. Кеворкяна. Ідеї і практика евтаназії отримали широкий розголос у американському суспільстві. У 1991 р. штат Мічиган відібрав у Д.Кеворкяна ліцензію на право медичної практики та заборонив працювати лікарем. Проте, незважаючи на заборону, він продовжував допомагати важко хворим пацієнтам скінчити життя, діючи вже не як лікар, а як приватна особа. За таку діяльність проти «Доктора смерть» декілька разів порушували кримінальні справи, але його щоразу виправдовували. Завдяки популярності його послуг серед хворих та певної підтримки ідей евтаназії серед населення, у американському суспільстві почався діалог щодо доцільності та правових наслідків добровільної смерті.

23 листопада 1998 р. у прямому ефірі телебачення Д. Кеворкян показав відеоплівку від 17 вересня того ж року, яка демонструвала добровільне закінчення життя одним із важкохворих. На плівці Кеворкян власноручно зробив ін'єкцію смертельних препаратів хворому, який підтвердив своє бажання вмерти, але сам вже був нездатний це зробити. Відеозапис і дії Кеворкяна були розцінені як навмисне вбивство, проти нього знову була порушена кримінальна справа. Цього разу суд звинуватив його в умисному вбивстві і засудив на 25 років позбавлення волі.

### Види евтаназії

Сьогодні поділяють евтаназію на пасивну та активну, добровільну та ненавмисну.

**Пасивна** – рішення про припинення лікування при безнадійному стані хворого з метою прискорення настання природної смерті.

**Активна** – застосування засобів і дій, що прямо або побічно призводять до смерті безнадійно хворих, які страждають хронічними захворюваннями (наприклад вмирають від злоякісних захворювань), зокрема введення летальної дози наркотиків, що припиняють страждання і життя.

**Добровільна** – допомога при самогубстві або вбивство на прохання, здійснювана на прохання хворого.

**Ненавмисна** – припинення життя хворого без його згоди, без узгодження з компетентною особою.

**Асистована** – припинення життя безнадійних хворих, «які могли б висловити бажання добровільно піти з життя, але нездатні зробити це самі через фізичну неміч або з інших причин».

**Примусова** – прийняття лікарського рішення перервати життя хворого без його згоди. Зазвичай цей захід застосовується до новонароджених з важкою патологією та хворих із безнадійно пошкодженим мозком.

**Дистаназія** – заперечення смерті, спостерігається у випадку, коли лікар докладає героїчних зусиль, спрямованих для порятунку хворого.

**Ортотаназія** – поняття, близьке до пасивної евтаназії. Лікар не застосовує активних зусиль до підтримання життя хворого, але і не використовує засобів, що його вкорочують.

**Ятротаназія** – лікар сприяє смерті хворого після того, як хворого визнано невиліковним – **активна евтаназія**. Її прихильники висувають два основних етичних аргументи: милосердя і «золоте правило». Перший аргумент зумовлений нестерпними стражданнями, які відчуває вмираюча людина, і прагненням звільнити його від цих страждань. Така акція стає проявом милосердя і по відношенню до інших пацієнтів, яким буде приділятися більше уваги медперсоналу і медикаментів.

Аргумент «**золотого правила**» базується на категоричному імперативі Канта, який вимагає чинити з іншими так, як ми хотіли б, щоб чинили з нами. Стосовно до проблеми евтаназії це означає, що кожен з нас на основі принципу автономності особистості повинен мати право вибрати для себе болючу або безболісну смерть.

**Прихильники евтаназії** вважають її етично виправданою у випадках:

- 1) невиліковного захворювання, що викликає у людини нестерпні страждання,

2) важкої форми інвалідності, що обмежує життєдіяльність людини.

**Противники добровільної активної евтаназії** стверджують, що:

- 1) навмисне припинення людського життя завжди аморально і не може бути морально виправдано,
- 2) при постановці неправильного діагнозу можна занепасти людське життя;
- 3) при поспішному зверненні до евтаназії може статися так, що невиліковна сьогодні хвороба завтра буде успішно переможена;
- 4) з боку лікарів і близьких можливі зловживання «вбивством із милосердя», оскільки вони можуть бути зацікавлені в передчасній смерті хворого;
- 5) доступність евтаназії може спровокувати у медиків і близьких спокусу позбутися тягара турботи про важкохворого та догляду за ним;
- 6) суспільство, керуючись законністю евтаназії, може отримати право позбуватися від своїх недієздатних «непотрібних» і «зайвих» членів;
- 7) аморально залучати до участі в евтаназії лікарів – представників найгуманнішої професії.

**Завдання 3:** співставте доводи ЗА та ПРОТИ легалізації евтаназії, чи погоджуєтесь ви з висновками, що наведено нижче? Відповідь обґрунтуйте.

**Відповідь:**

## ЗАКОНИ УКРАЇНИ

### 1. Основи законодавства України про охорону здоров'я

**Завдання 4:** перейдіть за посиланням <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> та ознайомтеся зі ст. 45-51.

**Стаття 45.** Медико-біологічні експерименти на людях

**Стаття 46.** Донорство крові та її компонентів

**Стаття 47.** Трансплантація анатомічних матеріалів людині

**Стаття 48.** Штучне запліднення та імплантація ембріона

**Стаття 49.** Застосування методів стерилізації

**Стаття 50.** Добровільне штучне переривання вагітності

**Стаття 51.** Зміна (корекція) статевої належності

### 2. Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині

**Завдання 5:** перейдіть за посиланням <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2427-19#Text> та ознайомтеся зі змістом. Визначте поняття 1-8:

1. трансплантація
2. анатомічні матеріали
3. гомотрансплантати
4. біоімплантати
5. ксенотрансплантати
6. фетальні матеріали
7. донор
8. реципієнт

## II. Основний етап

**Завдання 6:** дайте відповіді на запитання 1-5.

1. Яка діяльність Державних та комунальних закладів охорони здоров'я і державних наукових установ пов'язана з трансплантацією?
2. Хто здійснює Державний контроль за діяльністю, пов'язаною з трансплантацією?
3. Хто може бути живим донором і який матеріал може бути взятий як гомотрансплантат?
4. Назвіть вимоги до взяття гомотрансплантата у живого донора.
5. Назвіть особ, у яких НЕ допускається взяття гомотрансплантатів.

**Відповідь:**

**Ситуаційна задача 1:** У живого донора взято гомотрансплантат, наявна його письмова заява про це, підписана свідомо і без примушування. Лікуючий лікар надав об'єктивну інформацію про можливі ускладнення для його здоров'я, а також про його права у зв'язку з виконанням донорської функції. У заяві донор вказав про свою згоду на взяття у нього гомотрансплантата, але НЕ вказав про свою поінформованість щодо можливих наслідків. Чи є це порушенням з боку лікуючого лікаря? Які наслідки можливі?

**Відповідь:**

**Завдання 7:** дайте відповіді на запитання 1-6

1. Хто встановлює факт смерті потенційного донора?

**Відповідь:**

2. З якого моменту людина вважається померлою?

**Відповідь:**

3. Що означає смерть мозку?

**Відповідь:**

4. Які лікарі не можуть брати участі у взятті у донора анатомічних матеріалів, у їх трансплантації чи виготовленні біоімплантатів?

**Відповідь:**

5. Чи має право фізична особа розпорядитися щодо передачі після її смерті органів та інших анатомічних матеріалів її тіла науковим, медичним або навчальним закладам?

**Відповідь:**

6. Хто забезпечує діяльність єдиної державної інформаційної системи трансплантації?

**Відповідь:**

### III. Заключний етап

**Ситуаційна задача 2:** батьки померлого чоловіка 25 років наполягають на взятті анатомічних матеріалів для трансплантації або для виготовлення біоімплантатів, але є заява померлого, нотаріально завірена, про незгоду бути донором.

*Чи можливо виконання вимог батьків? Відповідь обґрунтуйте.*

**Відповідь:**

**Ситуаційна задача 3:** у ДТП загинуло двоє підлітків 13 та 14 років. У дитячій лікарні знаходиться пацієнт, якому терміново необхідна трансплантація нирки, але пошуки донорів безрезультатні.

*Чи можуть бути взяті анатомічні матеріали загиблих підлітків? Відповідь обґрунтуйте.*

**Відповідь:**

### Завдання для позааудиторної роботи

**Завдання 1:** дайте відповіді на запитання 1-4

1. Особа, дала згоду стати донором до взяття гомотрансплантата. Чи має вона право відмовитися від даної нею раніше згоди?

**Відповідь:**

2. Донор заражений інфекційною хворобою внаслідок медичної процедури, пов'язаної із виконанням ним донорської функції. Які гарантії щодо відшкодування шкоди він має?

**Відповідь:**

3. Інвалідність донора настала у зв'язку з виконанням ним донорської функції. На який соціальний захист він має право?

**Відповідь:**

4. Смерть донора настала внаслідок виконання ним донорської функції. Чи мають право на соціальний захист члени сім'ї померлого?

**Відповідь:**

**Підсумок роботи на занятті:**

## **ТЕМА: ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВЗАЄМИН В МЕДИЧНИХ КОЛЕКТИВАХ**

**Мета:** розглянути різноманітні моделі взаємовідносин у медичних колективах; визначити їхні переваги та недоліки; обрати оптимальну модель взаємовідносин у конкретній практичній ситуації.

Вивчення теми забезпечить удосконалення та подальший розвиток **програмних компетентностей**, а саме: ЗК6 – Здатність приймати обґрунтоване рішення; ЗК7 – Здатність працювати в команді; ЗК8 – Здатність до міжособистісної взаємодії; ЗК 17 – Здатність діяти на основі етичних міркувань; ЗК 18 – Здатність до саморегуляції, управління емоціями та стресом; ФК26 – Здатність дотримуватись етичних принципів при роботі з пацієнтами, лабораторними тваринами.

### **Практичний кейс № 7 «Деонтологічні аспекти взаємин в медичних колективах»**

**Мета:** визначити тип лікаря на підставі характеристик; засвоїти деонтологічні аспекти взаємин в медичних колективах під час виконання лікарської і наукової роботи; використовувати набуті знання в клінічній практиці.

#### **Конкретні цілі:**

1. Демонструвати володіння основними деонтологічними аспектами взаємовідносин в медичних колективах під час виконання лікарської і наукової роботи.
2. Спрямувати отримані знання деонтологічних аспектів взаємовідносин в медичних колективах на досягнення максимальної ефективності лікування.

**Інструкція:** кейс складається з трьох етапів: 1) підготовчого (теоретичного), 2) основного (практичного), 3) заключного (підсумкового).

**Актуальність:** організаційну структуру медичної науки становлять різні науково-дослідні організації й колективи вчених із їхньою певною атмосферою наукового й морального клімату. Моральні відносини в таких колективах є досить складною проблемою, у тому числі з деонтологічних позицій.

Моральний фактор став одним із провідних у розв'язанні проблеми ефективності наукової праці, прискорення наукового прогресу. Зрозуміло, що чим вище можливості медицини, тим більше вимог висувається й до самих медиків. У століття технічного прогресу медицина збагачується новими методами дослідження, але ми повинні пам'ятати, що техніка не повинна бути бар'єром між лікарем і хворим, тому деонтологічні аспекти взаємин у медичних колективах під час виконання лікарської й наукової роботи досить актуальні.

Деонтологічні помилки можуть стати не тільки причиною конфліктів між медичним працівником і рідними хворого, а й побіжно — причиною діагностичних, тактичних, технічних помилок. За несприятливого завершення лікування саме деонтологічні помилки нерідко враховують рідні пацієнта, породжуючи скарги та вимоги притягти медпрацівника, що скоїв помилку, до відповідальності.

## **I. Підготовчий етап**

### **Теоретичні питання:**

1. Поняття про особисту і колективну відповідальність.
2. Вимоги, які висуваються до лікаря, який прагне присвятити себе науковій діяльності.
3. Найважливіші принципи вченого-медика.
4. Колегіальність у медичному колективі.

5. Фахова взаємоповага, порозуміння та вимогливість до практичної роботи медичних працівників заради інтересів пацієнта.

#### Рекомендована література

1. Деонтологія в медицині. Ч. 5 : метод. вказ. для самост. роботи студентів з курсу за вибором / упоряд. Т. В. Ащеулова, Т. М. Амбросова, Н. М. Герасимчук. Харків : ХНМУ, 2021. 36 с.

#### Рекомендовані джерела інформації

1. Етичний кодекс лікаря України [Електронний ресурс] // Офіційний вебпортал парламенту України. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/n0001748-09#top> (дата звернення: 16.06.2023). – Назва з екрана.
2. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги [Електронний ресурс] : Закон України від 07.07.2011 р. № 3611-VI : станом на 30 січ. 2018 р. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3611-17#Text> (дата звернення: 16.06.2023). – Назва з екрана.
3. Як змінилось ставлення українців до системи охорони здоров'я за три роки: аналіз соціологічних опитувань 2016-2019 рр. [Електронний ресурс] // Міністерство охорони здоров'я України. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/article/reform-plan/jak-zminilos-stavlennja-ukrainciv-do-sistemi-ohoroni-zdorovja-za-tri-roki-analiz-sociologichnih-opituvan-2016-2019-rr>. – Назва з екрана.

#### Теоретична інформація

Основні медичні етичні принципи та зобов'язання сформулював Гіппократ. Дев'ять з них стали основою Клятви Гіппократа:

- зобов'язання перед вчителями, колегами й учнями
- принцип незаподіяння шкоди
- принцип милосердя (зобов'язання надання допомоги хворому)
- принцип піклування про користь хворого та доміанти його інтересів
- принцип поваги до життя та негативного ставлення до евтаназії
- принцип поваги до життя та негативного ставлення до абортів
- зобов'язання про відмову від інтимних стосунків з пацієнтами
- зобов'язання особистісного вдосконалювання
- принцип конфіденційності (лікарська таємниця)

**Завдання 1:** *охарактеризуйте типи лікарів. Наведіть приклади.*

**Відповідь:**

#### Відповідальність лікаря

**Особиста** відповідальність лікаря спирається на його власний досвід, людські якості, глибоке знання хворого і його захворювання, індивідуальний підхід до кожного.

**Колективна** відповідальність - проведення в життя ідей, концепцій і традицій лікувальної (або наукової) установи, накопичених і узагальнених учителями та старшими колегами, в світлі основних принципів охорони здоров'я.

**Корпоративна культура** - сукупність ідей, поглядів, цінностей, норм та правил,

прийнятих у конкретному медичному закладі, яких дотримуються всі співробітники. В основному ці правила встановлюються щодо робочих процесів, міжособистісних стосунків у колективі та взаємодії з клієнтами, партнерами та іншими представниками зовнішнього світу.

**Завдання 2:** наведіть приклади особистої і колективної відповідальності лікаря (усно)

**Вимоги, що висуваються до лікаря, який прагне присвятити себе науковій діяльності:**

1. Належна загальна та спеціальна підготовка в тій галузі медичної науки, в якій лікар має намір працювати

**Завдання 3:** доповніть перелік вимог, що висуваються до лікаря, який прагне присвятити себе науковій діяльності (письмово)

**Відповідь:**

### Принципи взаємодії в системах:

#### А) «лікар — медсестра»:

Лікар і медсестра — домінуюча пара, яка впливає на всі процеси у відділенні, що мають вплив на пацієнтів. Наразі медсестра виконує роль справжнього асистента лікаря, його помічника і партнера.

1. Принцип чіткого розмежування функцій.
2. Принцип чіткого функціонального обмеження.
3. Принцип партнерства.
- 4.6. Лікарі зобов'язані з повагою ставитися до іншого медичного і допоміжного персоналу, постійно забезпечувати підвищення його кваліфікації.

**Завдання 4:** наведіть приклади ситуацій із власного професійного досвіду, коли порушуються зазначені принципи. Прокоментуйте наслідки порушень.

#### Б) «лікар—лікар»

Етичний кодекс лікаря України (РОЗДІЛ 4. КОЛЕГІАЛЬНІСТЬ ЛІКАРІВ)

- 4.1. Протягом усього життя лікар зобов'язаний зберігати повагу і почуття подяки до тих, хто навчав його мистецтву лікування.
- 4.2. Лікар зобов'язаний охороняти честь і шляхетні традиції медичного співтовариства, з повагою і доброзичливістю ставитися до колег.
- 4.3. Лікар не має права публічно ставити під сумнів чи дискредитувати професійну кваліфікацію іншого лікаря. Фахові зауваження на адресу колеги повинні бути аргументованими, необразливими за формою, висловленими в особистій розмові до того як це питання буде обговорюватися медичним співтовариством або етичним комітетом чи комісією.
- 4.4. У тяжких клінічних випадках лікарі повинні надавати поради і допомогу своїм колегам у коректній формі. За процес лікування всю відповідальність несе тільки лікуючий лікар, який може врахувати або відмовитися від рекомендацій, керуючись при цьому винятково інтересами хворого. Лікар не повинен створювати умови щодо переходу до нього пацієнтів від інших колег.

#### В) «медпрацівники – адміністрація»

- 4.5. Лікарі-керівники закладів охорони здоров'я та наукових і освітніх установ зобов'язані піклуватися про захист морально-етичних позицій і принципів, особистої гідності, а також достатнє матеріальне забезпечення і соціальний захист, створення належних умов для здійснення фахової діяльності, підвищення фахової кваліфікації підлеглих.

#### Г) «лікар- провізор (фармацевт)»

Головним у взаємостосунках медичних і фармацевтичних працівників є загальна мета – збереження здоров'я і благополуччя пацієнтів. При цьому лікар несе навантаження, пов'язане з постановкою діагнозу і призначенням ліків.

Задача провізора – допомога лікарю у виборі необхідного препарату, надання повної інформації про його властивості, синоніми і аналоги, сумісність з іншими ліками і ін.

Таким чином, лікар і провізор повинні працювати як колеги, з повагою відноситися до досвіду і знань один одного.

Лікарі і фармацевтичні працівники НЕ повинні: допускати нетактовних висловів на адресу один одного; поменшувати гідність один одного; допускати негативні вислови на адресу один одного у присутності хворого.

Звернення лікаря до провізора здійснюється через рецепт. Рецепт – це документ, який служить єдиною підставою для відпуску з аптеки більшості лікарських препаратів, для вживання їх хворими, виходячи з вказівок лікаря про дозу, порядок прийому.

Лікар і провізор несуть повну відповідальність за виписані і видані медикаменти. Тому при рецептурному відпуску провізор не повинен: підміняти лікаря у виборі ЛЗ; залишати без уваги допущені лікарями помилки і неточності, недотримання встановлених правил виписування рецептів і неправильно вказані дозування лікарських препаратів, виявлені несумісності і ін. Всі помилки повинні бути обговорені з лікарями.

### **Порушення норм етики та деонтології**

Зазвичай за незначні порушення медпрацівнику загрожує зауваження та пояснення з керівником. Якщо проступок може зіпсувати репутацію всієї установи, то скликається спеціальна комісія з питань медичної етики, в яку входять управлінці клініки та керівники структурних підрозділів.

Також може бути присутнім колега медпрацівника, який порушив норми, якщо цей колега подавав клопотання.

Комісія виносить рішення, та якщо вина була визнана, то застосовуються дисциплінарні заходи. В крайньому разі може дійти навіть до звільнення, що буває дуже рідко.

### **Причини порушень деонтологічних норм**

- **Мимовільна.** Буває дуже складно утриматися, якщо пацієнти починають грубити, і лікар може абсолютно випадково порушити норми, сам того не бажаючи.
- **Професійне вигорання,** яке було викликане постійною відповідальністю за чуже здоров'я або навіть життя.
- **Деяким студентам** та випускникам медичних ЗВО не підходить професія лікаря, та проблема зовсім не в знаннях, а в характері, навичках спілкування, інтересі до долі людей.

### **Найбільш поширеними прикладами порушення професійної етики лікарями є:**

1. Грубість та хамство.
2. Панібратство: безцеремонне ставлення до пацієнтів на «ти».
3. Байдуже, цинічне ставлення до пацієнта, перевага над ним. Це безпосередньо впливає на якість наданої допомоги, призводить до лікарських помилок і неправильно поставленого діагнозу.

### **Пам'ятайте!**

Взаємини у медичному колективі впливають на якість лікування. Якщо медпрацівник не відчуває підтримки колег, що його працю поважають та цінують, він менш відповідально ставиться до своїх обов'язків. Тому уникайте, зокрема, такого явища як «булінг» (від англ. bully — залякувати, цькувати, задирати):

- не «скидайте» на нового працівника багато роботи
- не використовуйте вербальні та невербальні жести ворожості
- не пліткуйте
- не розкривайте секретів

- не підривайте професійну компетентність колег
- не залякуйте нових працівників, особливо невпевнених у собі

Якщо у закладі виявили випадки булінгу, адміністрація має терміново втрутитись.

## II. Основний етап (діяльнісний)

### 2.1 Розв'язання проблемних ситуацій (№ 1-7)

1. В ході операції у пацієнта взяли шматок тканини, з якого згодом витягли клітини і виростили культуру, на якій проводилася експериментальна робота. Який принцип біомедичної етики був порушений, коли без згоди пацієнта використовувалися клітини, що містять його генетичний код?

**Відповідь:**

2. Ординаторові було доручено обробити досить великий матеріал з дослідницької роботи, після чого висновки припускали опублікувати в статті. Коли справа дійшла до складу авторів цієї статті, то ординатора туди не включили. Яким принципом повинні керуватися наукові співробітники у взаєминах начальник–підлеглий при проведенні біомедичних досліджень?

**Відповідь:**

3. Хворий з важким невиліковним захворюванням отримує пропозицію брати участь у сліпому дослідженні, яке контролюється плацебо. Принципово новий лікарський засіб, ймовірно, може радикально поліпшити його самопочуття, але всі властивості і ефекти дії цих ліків невідомі. Хто і що визначає рішення питання про участь у дослідженні?

**Відповідь:**

4. На базі дитячого інфекційного відділення фармацевтична фірма, співпрацюючи із завідувачем відділення, проводить клінічне дослідження нового противірусного препарату. У дане дослідження входить призначення препарату за схемою, двократний забір крові з периферичних вен на визначення Ig M і G, імунного статусу дитини до і після прийому препарату. Лікарі відділення пояснюють матерям факт узяття крові у дітей, як необхідність контролю динаміки перебігу захворювання, а не проведенням клінічного дослідження препарату. Яке правило біомедичної етики було порушене?

**Відповідь:**

5. Доцент хірургічної кафедри на обході в реанімаційному відділенні на питання пацієнта, який тільки опам'ятався після великої операції, про терміни перебування в реанімації лаконічно відповів: «До кінця!» Виходячи з якого принципу лікар не повинен був відповідати так, а був зобов'язаний детально роз'яснити хворому, що терміни перебування в реанімації визначаються тільки самопочуттям хворого і що приводів турбуватися немає?

**Відповідь:**

6. Лікар акушер-гінеколог, працюючи у фармацевтичній фірмі і отримуючи 20 % вартості препарату у разі його продажу, призначає дорогий полівітамінний комплекс всім вагітним на своїй ділянці. При цьому «забуває» розповісти про можливі побічні ефекти, такі, як часті алергічні реакції різного ступеня тяжкості і раннє закриття великого тім'ячка у дитини, а також про можливі дешевші, але не менш ефективні аналоги. Які моральноетичні принципи порушує лікар?

**Відповідь:**

7. Іноді лікарі відмовляють пацієнтам у проханні роз'яснити суть тієї або іншої діагностичної процедури або лікарської терапії, посилаючись на те, що пацієнт нічого не зрозуміє, не маючи медичної освіти. Який принцип біомедичної етики порушують лікарі?

**Відповідь:**

### III. Заключний етап

**Завдання 5:** *Як ви розумієте вислів Гіпократа “Клянусь ... поважати того, хто навчив мене лікарському мистецтву нарівні з моїми батьками”. Чи є він актуальним на сучасному етапі?*

**Відповідь:**

**Завдання 6:** *сформулюйте специфіку етики та деонтології у лікувальних відділеннях різного спрямування (терапевтичних, хірургічних, педіатричних, онкологічних, геріатричних тощо).*

**Відповідь:**

### Завдання для позааудиторної роботи

**Завдання 1:** *розробіть низку заходів щодо формування корпоративної культури у медичному закладі (можливо у тому, де ви працюєте). Визначте роль лікаря у формуванні корпоративної культури.*

**Відповідь:**

**Завдання 2:** *Діагностика професійного вигорання (К. Маслач, С. Джексон в адаптації Н. Водоп'янової). Зробіть висновки про отримані результати.*

**Мета:** визначення ступеня професійного вигорання.

**Інструкція:** Опитувальник має три шкали: «емоційне виснаження» (9 тверджень), «деперсоналізація» (5 тверджень) і «редукція особистих досягнень» (8 тверджень).

Прочитайте твердження, наведені в таблиці, відмітьте один із варіантів відповіді: «ніколи»; «дуже рідко»; «деколи»; «часто»; «дуже часто»; «щодня».

Опрацюйте отримані дані за наведеною шкалою.

Інтерпретуйте результат за наведеним ключом.

Твердження	ніколи	дуже рідко	деколи	часто	дуже часто	щодня
1. Я почуваю себе емоційно знищеним.						
2. Після роботи я почуваюся як вичавлений лимон.						
3. Зранку я відчуваю втому і небажання йти на роботу.						
4. Я добре розумію, що відчувають мої підлеглі й колеги, і стараюся враховувати це в інтересах справи.						
5. Я відчуваю, що спілкуюся з деякими підлеглими й колегами як з предметами (без тепла і симпатії до них).						
6. Після роботи хочеться на деякий час усамітнитися від усіх і всього.						
7. Я вмю знаходити правильне рішення в конфліктних ситуаціях, що виникають у розмові з друзями						
8. Я відчуваю пригніченість і апатію.						
9. Я упевнений, що моя робота потрібна людям.						
10. Останнім часом я став більш черствим до тих, з ким працюю.						
11. Я помічаю, що моя робота дратує мене.						
12. У мене багато планів на майбутнє і я вірю у їх здійснення.						
13. Моя робота все більше мене розчаровує.						
14. Я думаю, що дуже багато працюю.						
15. Буває, що дійсно мені байдуже те, що відбувається з кимнебудь із моїх підлеглих і друзів.						
16. Мені хочеться усамітнитися і відпочити від усього.						
17. Я легко можу створити атмосферу доброзичливості і співпраці в колективі.						
18. Під час роботи я відчуваю приємне задоволення.						

19. Завдяки своїй роботі я вже зробив у житті багато дійсно цінного.						
20. Я відчуваю байдужість і втрату цікавості до всього, що задовольняло б мене в моїй роботі.						
21. На роботі спокійно справляюся з емоційними проблемами.						
22. Останнім часом я бачу, що друзі і підлеглі все частіше перекладають на мене тягар своїх проблем та обов'язків						

**Опрацювання даних:** відповіді оцініть так: «Ніколи» – 0 балів; «Дуже рідко» – 1 бал; «Інколи» – 3 бали; «Часто» – 4 бали; «Дуже часто» – 5 балів; «Щодня» – 6 балів.

#### **Ключ до опитувальника**

«Емоційне виснаження» – відповіді «так» на запитання 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 (максимальна сума балів – 54).

«Деперсоналізація» – відповіді «так» на запитання 5, 10, 11, 15, 22 (максимальна сума балів – 30).

«Редукція особистих досягнень» – відповіді «так» на запитання 4, 7, 9, 12, 17, 20, 19, 21 (максимальна сума балів – 48).

Чим більша сума балів з кожної шкали окремо, тим більше в опитуваного виражені різні сторони вигорання. Про важкість вигорання свідчить сума балів усіх шкал.

#### **Відповідь:**

#### **Підсумок роботи на занятті:**

#### **ОРІЄНТОВНІ ТЕМИ МІНІ-ПРОЄКТІВ (ІНДИВІДУАЛЬНІ/ГРУПОВІ):**

1. Роль медичної педагогіки у професійній діяльності лікаря
2. Маркери корпоративної культури в медичній організації
3. Управління конфліктами в медичному середовищі
4. Профілактика професійного вигорання медичних працівників
5. Розвиток комунікативної компетентності медичного працівника
6. Психологія взаємовідносин лікаря та пацієнта
7. Гуманізація медицини
8. Механізми психологічного захисту
9. Біоетика терапевтичних взаємовідносин

10. Етичні напрями в біоетиці
11. Емпатія – шлях до серця людини
12. Етико-деонтологічні аспекти трансплантації органів
13. Гідність хворого у завершальній фазі життя
14. Етико-правові аспекти спілкування лікаря і пацієнта та колегіального спілкування.
15. Моделі взаємовідносин у системі «лікар–пацієнт».
16. Деонтологічні підходи при роботі з пацієнтами різного віку, релігійних конфесій.
17. Деонтологічні підходи до гендерних питань.
18. Етико-правові аспекти евтаназії.
19. Професійне вигорання медичних працівників.

**Для виконання міні-проєкту необхідно:**

1. Обрати одну тему, скласти план.

2. Розробити макет міні-проєкту відповідно до плану:

а) вступ (зазначити актуальність і ступінь розробки теми на сучасному етапі);

б) основна частина (викласти матеріал із обраної теми);

в) резюме (зробити власні викновки, зазначити перспективи подальшого дослідження

теми).

3. Підібрати літературні джерела та інформаційні ресурси

4. Розробити мультимедійну презентацію для унаочнення проєкту

5. Презентувати міні-проєкт на практичному занятті.

**Оцінювання:**

1. Здобувач освіти отримує оцінку на практичному занятті.

2. max оцінка при захисті проєкту – 12 балів, min – 4 бали

3. Бали конвертуються в оцінку:

1-3 бали	4-6	7-9	10-12
2 «незадовільно»	3 «задовільно»	4 «добре»	5 «відмінно»

<i>Критерії та показники, які оцінюються</i>	<i>Бали</i>
<b>Оформлення виступу</b> (мультимедійний супровід): -шрифт читабельний -кольорова схема однакова для всіх слайдів -наявність фотографій/рисуноків -наявність схем/таблиць -стислий виклад матеріалу, максимальна інформативність тексту (слайд не перевантажений текстом)	<b>1-3 бали</b>  1-задовільно 2-добре 3-відмінно
<b>Відеоролик з теми доповіді:</b> -використаний готовий -знятий самостійно Відеоролик відповідає темі, доповнює її розкриття	<b>1-3 бали</b> 1-задовільно 2-добре 3-відмінно
<b>Новизна та науковість інформації:</b> -сучасні статистичні дані -сучасні визначення понять -посилання на актуальні наукові публікації -практичне застосування інформації (приклад) -наявність власних висновків	<b>1-3 бали</b>  1-задовільно 2-добре 3-відмінно
<b>Доповідь</b> -чітко структурована -послідовно викладений матеріал -грамотна професійна мова -дотримання регламенту -доповідь не дублює слайди	<b>1-3 бали</b>  1-задовільно 2-добре 3-відмінно

*\*Примітка:* 1 бал – один із критеріїв відсутній або більшість показників кожного критерію не виявляються; 2 бали – усі критерії наявні але 1-2 показника відсутні; 3 бали – усі критерії наявні, усі показники розкрито.

#### ДОДАТКОВІ ВИМОГИ ДО ЗМІСТУ ПРЕЗЕНТАЦІЇ (за Д. Льюїсом)

- Кожний слайд відображає одну думку.
- Текст складається з коротких слів і простих речень.
- Рядок містить 6-8 слів.
- Всього на слайді має бути 6-8 рядків.
- Загальна кількість слів не повинна перевищувати 50.
- Дієслова мають бути в одній часовій формі.
- Заголовки мають привертати увагу аудиторії та узагальнювати основні положення слайду.
- У заголовках мають бути як великі, так і малі літери.
- Слайди мають бути не надто яскравими – зайві прикраси лише створюють бар'єр на шляху ефективної передачі інформації.
- Кількість блоків інформації під час відображення статистичних даних на одному слайді має бути не більше чотирьох.
- Підписи до ілюстрації розміщуються під нею, а не над нею.
- Усі слайди презентації мають бути витримані в одному стилі.

#### ЗАГАЛЬНІ ПРАВИЛА ВИКОРИСТАННЯ ШРИФТІВ

Кожний шрифт (гарнітура + написання) має одне змістове навантаження. Для сталої гарнітури традиційними є такі:

- напівжирний шрифт – назви структур документа,
- курсив – логічний наголос, зокрема, на формулюванні основних положень, означень тощо,
- «прямий» звичайний – основний масив інформації