

Бібліотека медичного капелана



БІОЕТИКА

ПОСІБНИК

Комісія Української Греко-Католицької Церкви
у справах душпастирства охорони здоров'я

Біоетика

Посібник

Львів • 2016
Видавництво «Друкарські куншти»

УДК 27-468.6
ББК 86.37-12
К 63

Комісія УГКЦ у справах душпастирства охорони здоров'я. Біоетика: Посібник. — Львів: Друкарські куншти. 2016. — 288 с.

Посібник із Біоетики є п'ятим виданням із серії «Бібліотека медичного капелана». Теми посібника є цінним матеріалом для застосування медичними капеланами в лікувальних установах, душпастирями в парафіяльній діяльності та у медичних університетах, для використання медичним персоналом у лікувальних установах з метою утвердження персоналістичної моделі біоетики в українському суспільстві. Посібник охоплює широке поле морально-етичних проблем у галузі медицини та стосується сфери діяльності людини.

Видання здійснене за підтримки

ДІСЦЕЗІЇ ЛІМБУРГУ

та

благодійній організації

«ЦЕРКВА В ПОТРЕБІ»

БІОЕТИКА ТЕРАПЕВТИЧНИХ ВЗАЄМОВІДНОСИН

Повага до людського життя, опіка над ним та охорона ви-никають з його особливої та неповторної гідності. Людська істота є насправді «єдиним творінням на землі, яке Бог хотів задля нього самого»¹. Фізичне життя людини, хоч і бере участь в трансцендентній цінності особи, відображає через свою природу тимчасовість людського становища, яка найбільше проявляється в час хвороби та терпіння через недомагання цілої особи. «Справді, хвороба і страждання є досвідом, що заторкує не лише тіло, але всю людину в її єдності духа і тіла»². Хвороба є чимось більшим ніж клінічний факт, що може бути описаний з медичної точки зору. Є завжди станом особи, яка недомагає. Працівники служби охорони здоров'я повинні ставитися до хворого відповідно до інтегрального сприйняття людської особи. Йде мова про те, щоб вони крім відповідної технічно-професійної компетенції усвідомлювали цінності і значення, які надають сенс хворобі і їхній праці, а також перетворюють кожен окремих клінічний випадок у міжособистісну зустріч.

У кожному випадку до особи хворого є завжди дотична його родина. Допомога членів родини і їхня співпраця з працівниками служби охорони здоров'я є цінним вкладом в медичну опіку над хворим.

Діагностування

Умовою ефективності кожного медичного втручання є правильно встановлений діагноз, тобто окреслення патології чи хвороби в її проявах та причинах. Встановлення

¹ Giovanni Paolo II, *Lettera enciclica «Veritatis splendor»*, in *Acta Apostolicae Sedis* 85, 1993, 1133-1228, n. 13.

² Giovanni Paolo II, *Lettera apostolica «Motu proprio» Dolentium hominum*, in *L'Osservatore Romano*, 4 March 1985. – P. 1, n. 2.

причини недомагання є першим і найбільш визначальним моментом терапевтичних взаємовідносин між пацієнтом та лікарем. Перед безпосереднім початком лікування лікарю слід пам'ятати насамперед про те, що «будь-яке втручання в людське тіло є втручанням не лише в тканини, органи та їхні функції, а й в саму особу»³. Задля забезпечення справедливості, ефективності та гармонійності стосунків важливо, як для лікаря, так і пацієнта, щоби вони поважали свої індивідуальні обов'язки. Очевидно, що лікар є слугою пацієнта – але не його невільником. Не завжди пацієнт буде в змозі усвідомлювати та розуміти можливі наслідки здійснення своїх прохань. І тут лікар має виступити особливим «медичним порадиником» для пацієнта. Він не має влади над пацієнтом – не існує чогось на зразок «лікарських наказів», є лише поради. Якщо пацієнт незадоволений фаховістю порад, то одна із сторін повинна звернутись за порадою до іншого фахівця⁴.

На цьому першому етапі терапевтичних взаємин медичний працівник повинен остерігатися двох крайніх рішень: **відмови в лікуванні та діагностичної настирливості**. Інколи, може трапитись, з огляду на обмежену компетентність лікаря, або його вузьку спеціалізацію, що він змушений відмовити пацієнту в своїх послугах, тим самим забезпечуючи головний медико-деонтологічний принцип – «**найперше, не нашкодь**». Проте, належною відповіддю медика в такому випадку буде скерування пацієнта до іншого відповідного спеціаліста.

У першому випадку, коли **лікар відмовляється лікувати**, без належного скерування, хворий змушений вдаватися до пошуку відповідного спеціаліста, клініки або діагностичного центру, що може створити небезпеку не знайти відповідного лікаря чи діагностичного центру, готових зайнятись станом його здоров'я.

Натомість, про так звану **діагностичну настирливість** йде мова тоді, коли лікар або клініка вдається до найрізно-

³ Congregazione per la Dottrina della Fede, *Istruzione «Donum Vitae»*, in *Acta Apostolicae Sedis* 80, 1988, n. 3.

⁴ Див. Дан Г. П., *Етика для лікарів, медсестер і пацієнтів*, Свічадо, Львів, 2008. – С. 42-43.

манітніших засобів, щоб «за всяку ціну» знайти хворобу в особи, яка звернулася з потребою в обстеженні. У таких випадках медичний працівник керується виключно економічними чи комерційними мотивами в діагностуванні хвороби або надає проблемам медичної значимості, яка по своїй суті не має жодного санітарно-медичного характеру. Тут аж ніяк не йде мова про допомогу особі в визначенні фактичного стану її здоров'я, а навпаки, вона вводиться в оману або обмежується її відповідальність.

«Фундаментальне та первинне право на життя кожної людини, яке деталізується як право на охорону здоров'я, підпорядковує собі професійні права працівників служби охорони здоров'я. З цього випливає, що кожна справедлива вимога з боку працівників служби охорони здоров'я повинна бути виражена в такий спосіб, щоб за необхідності забезпечити право хворого на отримання належних медичних втручань. Для того, у випадку страйку, повинні бути забезпечені – також через застосування правових норм – істотні та термінові медико-терапевтичні втручання для охорони здоров'я пацієнта»⁵. Натомість, «відступ від ліжка хворого» працівників служби охорони здоров'я у випадку передбаченого правом страйку, що наражає на небезпеку як здоров'я, так і життя пацієнта, є неприпустимим вчинком, гідним осуду як з етичної точки зору, так і принципів медичної деонтології. Це зокрема стосується і діагностування, адже вчасне обстеження, встановлення діагнозу, зауваження змін стану здоров'я, виявлення їх причин дозволять найбільш ефективно провести лікування.

Якщо виключити вище описані крайнощі, то успішна діагностика, яка забезпечує гідність та інтегральність особи, зокрема із застосуванням найновіших технічних діагностичних засобів, не викликає на загал великих проблем етичного характеру. По своїй суті така діагностика скерована на лікування, а отже є добрим вчинком для здоров'я хворого. Кожне медичне втручання, включаючи і діагностичне, якщо спирається на терапевтичний принцип є морально допустиме. «Процедури, що застосовуються на соматичних клітинах

⁵ Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, *Carta degli Operatori Sanitari*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano, 1995, n. 49.

виключно з терапевтичною метою, в принципі є морально прийнятними»⁶. Натомість, діагностування, що може заторкнути або заперечити гідність людської особи (пренатальна діагностика з евгенічних мотивів), заслуговує на моральне засудження.

Медико-деонтологічні принципи лікування

Після правильно встановленого медичного діагнозу настає етап застосування адекватної терапії та реабілітації, тобто прийняття рішення щодо характеру втручань (лікування та догляд), які уможливають цілковите видужання на початковій стадії хвороби або залікування головних патогенних симптомів в складних хворобливих станах, а також особистісну та суспільну реінтеграцію пацієнта.

Терапія є медичною дією у вузькому сенсі, скерованою на подолання хвороб, їхніх причин, проявів та наслідків.

Реабілітація, натомість, є комплексом медичних, фізіотерапевтичних, психологічних і пристосувальних заходів, застосованих для відновлення або поліпшення психофізичного стану осіб з обмеженими здібностями щодо їхньої інтеграції, відносин чи продуктивної праці. Мета терапії та реабілітації є не лише добро і здоров'я тіла, а цілої особи, тіла якої торкнулася хвороба. Цілісна та багаторівнева терапія, скерована на досягнення інтегрального добра для особи (терапія в загальному значенні як процес лікування та реабілітації), не вважається результативною виключно з огляду на клінічну успішність (терапія в вузькому значенні), вона скерована і на реабілітаційні заходи, що полягають у поверненні особи їй самій, через поновну активацію та відновлення фізичних функцій, обмежених хворобою⁷.

Хворому належаться всі доступні терапевтично-реабілітаційні заходи та засоби, які можуть ефективно вплинути на його здоров'я. Фундаментальне право людини на лікування та її відповідальність за власне здоров'я накладає на кожно-

⁶ Congregazione per la Dottrina della Fede, *Istruzione «Dignitas Personae»*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano, 2008, n. 26.

⁷ Поп. Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, *Carta degli Operatori Sanitari*, n. 62.

го пацієнта обов'язок як самого лікування, так і дозволу на його проведення. А, отже, ті, що опікуються хворими, повинні дуже уважно виконувати свої обов'язки та застосовувати не лише необхідні та корисні середники, безпосередньо скееровані на одужання, але й такі, що зменшують біль та приносять полегшення, коли відновлення здоров'я є неможливе.

Працівник служби охорони здоров'я, коли йдеться про неможливість повного видужання, за жодних обставин не може відмовити в лікарській опіці. Він зобов'язаний застосувати всі можливі пропорційні засоби (звичайні засоби). Натомість, лікар має право відмовити в застосуванні непропорційних засобів (надзвичайні засоби). Залежно від стану хворого, **звичайними засобами** є ті втручання, коли збережена відповідна та належна пропорція між застосованими засобами та отриманим результатом. У випадку непропорційності застосування середників щодо очікуваного або отриманого терапевтичного результату, такі засоби слід визнати як **надзвичайні**. При встановленні або перевірці пропорційності засобів, належна оцінка середників може бути дана тоді, «коли тип застосованої терапії, ступінь її складності та пов'язаних з нею небезпек, необхідність або можливість проведення співвідносні із очікуваними результатами, беручи до уваги у властивий спосіб стан хворого, як рівно ж і його психофізичні сили»⁸. **Принцип пропорційності** використання медичних засобів може бути уточнений та практично застосований наступним чином:

- Якщо нема доступних інших засобів, допускається – за згодою хворого – використовувати середники (медичні втручання чи медикаменти), отримані в результаті найновіших медичних досліджень чи винаходів, навіть якщо вони не були клінічно перевірені у застосуванні та застосовувались би з певною небезпекою.
- Допустимо переривати використання таких середників, подальше застосування яких не приводить до отримання очікуваних результатів,

⁸ Там само, п. 64.

тому що не існує вже пропорційного відношення між «вартістю середників та залучених до цього людей» і «передбачуваними наслідками», або «застосовані терапевтичні середники завдають хворому непропорційного страждання чи спричиняють більше ускладнень, аніж передбачуваної користі».

- Завжди допустимо визнавати достатніми середники звичайно застосовувані при певних захворюваннях. Саме тому, невільно нікого змушувати до використання такого способу лікування, який, хоч і застосовувався раніше, однак не виключав певного роду небезпеки або був надто обтяжливим. Відмову від такого середника не слід порівнювати зі самогубством; радше варто визнати її як прийняття особливого людського стану, як бажання уникнути складних медичних втручань, користь яких не відповідає покладеним на них надіям, або недопущення до великих обтяжень родини і суспільства⁹.

З метою забезпечення інтеграції здоров'я особи, у випадку відсутності інших середників, можуть бути допустимі необхідні втручання, які передбачають часткову модифікацію, каліцтво або видалення органів. Терапевтична маніпуляція з організмом в такому випадку керується **принципом цілісності**, і власне через це ще називається **терапевтичним принципом**. Згідно з цим принципом «кожен окремий орган підпорядковується цілісності тіла і повинен йому підпорядковуватись у випадку конфлікту»¹⁰. Тут мова йде про так званий конфлікт цінності між порушенням тілесної інтегральності (видалення хворого органу, наприклад ампутація ноги ураженої гангrenoю) та рятуванням людського життя. Фізичне або тілесне життя людини, якщо, з одного боку, виражає особу і її фундаментальну гідність, тобто не вільно ним користуватися як якоюсь річчю (інструментально), то з іншої – не вичерпує цінності цілої особи, ані не є найвищим,

⁹ Поп. Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, *Carta degli Operatori Sanitari*, n. 65.

¹⁰ Там само, n. 66.

абсолютним добром. Саме тому, у властивий спосіб допустимо використовувати певну «частину» тілесного життя людини для добра цілої особи.

Досвід болю та страждання

Біль – явище невід’ємно пов’язане із життям людини. Одночасно він є явищем психічним, чуттєвим та емоційним. Згідно із сучасним визначенням Міжнародної асоціації з вивчення болю (IASP) біль є «неприємним сенсорним та емоційним відчуттям, що пов’язаний з дійсним чи потенційним пошкодженням тканин, який супроводжують різного роду ознаки, пов’язані із збудженням вегетативної нервової системи та зміною поведінки»¹¹.

Процес формування відчуття болю називається **ноцицепція** та охоплює чотири етапи: трансдукцію, провідність, модуляцію та перцепцію. На етапі трансдукції в закінченнях ноцицепторного нейрона, у так званому ноцицепторі, який розміщений у периферійних відділах нервових волокон (А дельта – проводять раптовий біль і С – наростаючий), відбувається зміна енергії, викликана дією шкідливого фактора на електричний імпульс, що проводиться тими ж нервовими волокнами. Під час передання до вищих відділів нервової системи ноцицептивна інформація підлягає процесу модуляції (гальмування або збудження), ефектом чого є зменшення або збільшення вивільнення нейромедіаторів або зміна нейронної активності. Кінцевий етап ноцицепції – явище перцепції, що відбувається в корі головного мозку, або в місці, де виникає усвідомлення болю чи його локалізації. Кора головного мозку відповідає за інтерпретацію больового стимулу та відповідної реакції. Ця реакція дуже особиста і залежить у значній мірі від попереднього досвіду. Типовою поведінкою як відповідь на біль є страх, занепокоєння, агресія або гнів.

Особливої уваги заслуговує той факт, що завжди конкретний та особистий досвід болю – виражений коротким терміном «біль» – є таким, як його відчуває і описує хворий, а не

¹¹ Див. Dean A. Tripp, J. Curtis Nickel, «Psychosocial Aspects of Chronic Pelvic Pain», in *Pain: clinical updates XXI* (1), June 2013. – P. 1.

таким, як «уявляє собі» лікар чи оточення хворого. Тривалість болю і його інтенсивність дуже різноманітні, і залежать від причин, які його викликають. Міжнародна асоціація з вивчення болю типологізувала «відчуття болю» залежно від його тривалості на: гострий біль тривалістю до трьох місяців та хронічний біль – понад три місяці.

Гострий біль

Так званий гострий біль появляється у зв'язку з подразненням больових рецепторів, тобто чутливих нервових закінчень в тканинах, через дію шкідливого фактору. Це зазвичай рецепторний біль. Гострий біль виконує дуже важливі функції. Найважливіша з них – попереджувально-захисна. Завдяки їй, у момент дії шкідливого фактору на тканини тіла (наприклад – висока температура або гострий предмет) поява відчуття болю провокує відсторонення частини тіла від подразника, щоб не пошкодити шкіру і глибші тканини. Другою важливою функцією гострого болю є охоронно-забезпечуюча, у ситуації, коли тканина пошкоджена (наприклад вивих суглобу або перелом кістки). Поява болю в місці ураження змушує до обмеження руху кінцівки, що сприятиме процесу одужання. У більшості людей належний перебіг одужання або ефективно знеболююче лікування приводять до того, що біль зникає через кілька днів. Коли, однак, гострий біль утримується довше у зв'язку із неналежним або відсутнім лікуванням, то такий стан суттєво впливає на центральну нервову систему, призводячи до фіксації больового відчуття. Наслідком цього може бути перехід від гострого до хронічного болю.

Хронічний біль

Хронічним болем є постійний або періодичний біль з тривалістю понад три місяці, що вимагає постійного знеболення. Зазвичай цей тип болю має складний механізм виникнення. Він не виконує ані попереджувально-захисну, ані охоронно-забезпечуючу функцію, і через те сам собою стає хворобою. Хронічний біль часто супроводжують різного роду соматичні симптоми, такі як розлади сну, зменшення життєвої актив-

ності, втрата апетиту і зміни в свідомості, більше того, часто біль можуть супроводжувати психічні розлади, наприклад страх чи депресія. З огляду на механізм виникнення хронічний біль поділяють на: **рецепторний біль** (пов'язаний із подразненням нервових закінчень) та **нерецепторний біль**. Останній у свою чергу поділяється на: **біль невропатичний**, що з'являється внаслідок пошкодження периферійної і/або центральної нервової системи, а також на **біль психогенний**, який появляється без ураження тканин, але має симптоми характерні для такого ураження. Невропатичний біль є особливим типом хронічного болю, адже виникає внаслідок пошкодження периферійної чи центральної нервової системи, наприклад на тлі розвитку раку, цукрового діабету чи оперізуючого герпесу. До невропатичного болю належать також **фантомні болі** (відчуваються в місцях відсутньої, ампутованої кінцівки або в місці, в якому не настали фізіологічні зміни, чи яке не було механічно пошкоджене настільки, щоб спровокувати істинний біль) і **хронічні післяопераційні болі** (пошкодження нервів внаслідок операції, так званого ятрогенного походження).

Хворі із хронічним болем окрім самого болю – особливо фізичного – часто відчувають рівно ж і страждання. **Страждання** є поняттям значно ширшим аніж біль і пов'язане із загрозою інтегральності особи, викликаною різними причинами: розвитком хвороби, перенесеним лікуванням, яке може викликати численні ускладнення, обмеженням можливості провадити самодостатнє та самостійне життя, погіршенням матеріального становища, а також психічними розладами (страх, депресія). У випадку хронічного болю, особливо під час перебігу онкологічного захворювання, страждання проявляється часто в якості **тотального болю** (всеохоплюючого). Це поняття охоплює всі виміри людської екзистенції: фізичну, психічну, соціальну і духовну. У такій ситуації необхідне не лише ефективне лікування фізичного болю, але рівно ж у широкому розумінні психічна, соціальна та духовна підтримка і опіка.

Відчуття болю є дуже суб'єктивним досвідом. Внаслідок оцінки його інтенсивності в об'єктивний спосіб – що вима-

гає інвазивних технік – він стає для хворого дуже обтяжливим. Через це методи так званої «об'єктивної оцінки» рідко застосовуються в сучасній медичній практиці. Найчастіше оцінку сили болю робить сам хворий, що дозволяє отримати найбільш вірогідний результат. У сучасній системі охорони здоров'я оцінка болю зазвичай визначається з допомогою візуально-аналогової шкали, так званої шкали VAS (Visual-Analogue Scale)¹². Ця шкала поділена на ступені від 0 до 10. Цифра 0 на ній означає «відсутність болю», а 10 – «найсильніший біль». Хворий позначає на шкалі градації відповідне місце, що відповідає інтенсивності його болю. Знеболювальна терапія застосовується під постійним наглядом із використанням шкали VAS, завдяки чому лікуючий лікар може оперативнo коригувати дозу ліків залежно від інтенсивності болю. У випадку, коли хворий з різних причин не може здійснити оцінку інтенсивності болю, це можуть замість нього зробити його рідні або сам лікар. Якщо хворий не в стані оцінити інтенсивність болю через ускладнення візуально-вербального контакту, наприклад часткову або повну втрату слуху чи зору, слабоумство чи інші хвороби, про існування та силу болю можуть інформувати зміни в його поведінці, такі як: міміка на обличчі (grimasi), стогін, плач, апатія, неспокій або навіть агресія, дотик до болючого місця на тілі, повільна ходьба або перебування упродовж тривалого часу в одній позі, необхідність допомоги інших осіб при неможливості самообслуговування.

Знеболювальна терапія

Лікування хронічного болю є різностороннє і охоплює окрім фармакологічних методів (фармакотерапія) рівно ж нефармакологічні методи: хірургічні, анестезіологічні, психологічні і реабілітаційні. У фармакотерапії хронічного болю вже близько 20 років використовується так звана **анальгетична драбина** (знеболювальна) запропонована Всесвітньою організацією охорони здоров'я. Вона поділяє звично засто-

¹² Поп. Jensen M. P., Chen C., Brugger A. M., «Interpretation of visual analog scale ratings and change scores: a reanalysis of two clinical trials of postoperative pain», in *Pain* 4(7), Sep. 2003. – P. 407-414.

вувані знеболюючі препарати на три групи (I–III рівні), залежно від інтенсивності болю, яку оцінюють за шкалою VAS¹³.

1) I рівень анальгетичної драбини. Хворим з інтенсивністю болю від 0 до 3 згідно зі шкалою VAS найчастіше призначають ненаркотичні анальгетики, до яких належить аспірин, парацетамол та нестероїдні протизапальні препарати (НСПЗП), такі як: диклофенак, напроксен, кетопрофен, піроксикам, ібупрофен, набуметон, німесулід, метамізол. НСПЗП можна комбінувати з парацетамолом, що підсилює знеболювальну дію, натомість недоцільно призначати одночасно два препарати з групи нестероїдних протизапальних препаратів. Вживання їх, особливо довготривале, інколи може викликати ускладнення в шлунково-кишковому тракті, такі як: ерозії, виразки, кровотечі або перфорації, зокрема в пацієнтів з супутньою виразковою хворобою шлунку чи дванадцятипалої кишки або запальними станами травного тракту. Нестероїдні протизапальні препарати можуть також негативно впливати на функцію нирок. Окрім цих препаратів допустимо одночасно призначати ад'ювантні анальгетики (препарати, первинним показом до застосування яких не є біль, проте вони діють анальгетично в деяких ситуаціях, наприклад нейролептики, протисудомні чи кортикостероїди).

2) II рівень анальгетичної драбини. При інтенсивності болю від 3 до 6 візуально-аналогової шкали зазвичай призначають легкі опіоїди. До цієї групи належать трамадол, кодеїн і дигідрокодеїн. Часто ці препарати комбінуються з препаратами першої групи, що значно збільшує знеболюючий ефект.

3) III рівень анальгетичної драбини. Інтенсивність болю від 6 до 10 пункту шкали VAS є показом до призначення сильних опіоїдів. Ці препарати мають сильну знеболюючу дію через утворення зв'язку з опіоїдними рецепторами. До опіоїдів належать натуральні препарати, отримані з опіуму або макового молочка: кодеїн, морфін та синтетичні препарати: фентаніл, бупренофін і метадон. У суспільстві поширена народна назва цієї групи препаратів – наркотики. Визначення **наркотик** є поняттям юридичним, а не медич-

¹³ Пор., *Cancer pain relief. With a guide to opioid availability*, 2 ed., Geneva, 1996. – P. 63.

ним, і тому не слід вживати його стосовно препаратів групи опіоїдів, призначених для лікування болю, а не отримання психічних ефектів.

У суспільстві існує великий страх перед морфіном, призначення якого може, але не обов'язково, викликати залежність. Однак слід зауважити, що морфін, призначений для лікування сильного болю, застосований належним чином під наглядом лікуючого лікаря, не викликає психічної залежності (наркоманія). Вживання морфіну і інших подібних препаратів виключно з терапевтичною метою – знеболення, є єдиним морально допустимим можливим способом застосування. Застосування їх з будь-якої іншої мети є морально неприпустиме. Необхідність збільшення дози морфіну чи інших опіоїдів найчастіше виникає з причини розвитку хвороби та посилення інтенсивності болю. У випадку ефективності зменшення болю іншими методами чи його повного зникнення, з'являється можливість безпечного припинення лікування морфіном через поступове зменшення дози. Однак не слід раптово припиняти лікування морфіном. У випадку довготривалого вживання препарату або у великих дозах можуть спостерігатися симптоми **абстиненції** (неспокій, страх, судом). Доцільно зауважити, що застосування морфіну або інших препаратів групи сильних опіоїдів значно поліпшує комфорт та якість життя хворого зі сильним болем. Саме таку мету має знеболювальна терапія.

Особливо важливу роль для хворого із хронічним болем відіграють допомога та підтримка близьких і відданих йому людей. З одного боку, вони стежать за вживанням ліків та забезпечують йому належну опіку, а з іншого – пацієнт усвідомлює, що не залишений сам на сам зі своїм стражданням. Із розвитком хвороби, зокрема онкологічних процесів, опіка і догляд за хворим стають щораз важчими для родини і незамінною є допомога паліативної служби. Паліативний догляд охоплює активну, усесторонню і цілісну опіку, що захищає хворого перед лицем невиліковної, прогресуючої хвороби, а також і його родину в термінальній фазі захворювання.

Паліативна опіка має неабияке значення під час активно лікування онкологічних захворювань, зокрема при радіо-

терапії та системному лікуванні (хіміотерапія, імунотерапія, гормонотерапія), з метою попередження та лікування можливих ускладнень самої хвороби і обтяжливого лікування її причин, застосування реабілітації, психологічної, соціальної та духовної допомоги як пацієнтам, так і членам їхніх родин. Паліативна опіка охоплює як догляд вдома (надається в порадах та помешканнях), так і стаціонарний догляд, який здійснюється в спеціальних лікарняних відділеннях і окремих хоспісах. В окремих випадках може надаватися так званий денний догляд. Завдяки паліативній опіці хворі з прогресуючою хворобою, хронічним болем та іншими супутніми симптомами отримують належний догляд, що поліпшує якість їхнього життя, а також психічний комфорт їхніх родин.

Паліативне лікування – це не лише сукупність добре визначених процедур медичного догляду, а й своєрідна філософія медичної допомоги, яка має за мету домогтися максимальної гармонії між професійною майстерністю та гуманним ставленням до невиліковно хворої людини. В основі добре продуманої паліативної медицини – розуміється не просто як професійне вміння давати знеболювальне – має бути закладене позитивне бачення кінця життя, що сприймається не як поразка медицини, а як вміння гідно провести невиліковно хвору людину в останню дорогу. Саме така «філософія» останньої медичної допомоги повністю виправдовує і обґрунтовує участь у процесі догляду за хворим команди фахівців (лікаря зі спеціалізованого центру, професійної медсестри, психолога, консультантів різного профілю, духовного наставника, працівника служби соціальної допомоги, фахівця з етики та волонтера), які вміють оцінювати потреби та ресурси пацієнтів і їхніх сімей, знають принципи застосування знеболювальних фармакологічних препаратів і контролю за іншими симптомами та здатні запропонувати адекватну психологічну підтримку.

Постать лікаря, що відіграє головну роль у команді, може бути різною, залежно від потреб пацієнта, тоді як для всіх без винятку хворих надзвичайно важливу й фундаментальну роль відіграє медсестра – вона перебуває біля пацієнта більшість часу, надає йому активну підтримку і медичну допомогу.

Важливі обов'язки виконують і інші члени команди: психолог допомагає хворому заспокоїтися та змиритися з думкою про незворотність хвороби і смерть, готує до важких випробувань найближчих родичів, допомагає працівникам закладу охорони здоров'я долати стрес, спричинений тим, що вони щодня спостерігають смерть своїх пацієнтів («синдром професійного спустошення»); волонтер може надати допомогу матеріального й суто людського змісту, яка потрібна хворому і його сім'ї, проте він має бути адекватно підготовлений (практично й психологічно), перш ніж увійти до команди; духовний наставник бере на себе обов'язок утішати хворого та його сім'ю, коли в цьому виникає потреба, дбає про забезпечення хворому необхідних духовних та релігійних потреб, руйнує безнадію дочасності, бере участь у підготовці до жалобної церемонії; фахівець з фізичної реабілітації допомагає пацієнтові відновити деякі життєві сили, моторні функції й цим полегшує якість його життя.

Цей вид допомоги задумано як відповідь на деперсоналізацію, на сегрегацію та на той стан занедбаності, в якому має звичай залишати безнадійно хворого пацієнта сучасна медицина. Технологія, яка тут застосовується, замість повністю ізолювати хворого або посилити його страждання застосуванням уже непотрібних терапевтичних засобів, ставиться на службу пацієнту, намагаючись якнайпильніше контролювати симптоми його болю, зробити значущим кожен день життя й максимально поліпшити його якість. Життя, проте, сприймається в персоналістичному розумінні, включаючи в себе не лише фізичний вимір, а й виміри психічний, релятивний і духовний.

Невиліковна хвороба рано чи пізно переходить у завершальну фазу, швидко прогресуючи та призводячи до неминучого кінця життя хворого – смерті. Хворого, який уражений незворотно прогресуючою патологією, проти якої не діють жодні спеціальні ліки, часто називають «безнадійно хворим» пацієнтом. Тут варто зазначити, що загальне сприйняття трактує це означення як сигнал зневіри і розпачу, капітуляції медицини (проте медицини у фальшивому, тріумфальному значенні), хоча вона іноді дбає про те, щоб захистити визна-

ченого в такий спосіб хворого від останньої прикраси, тобто його маргіналізації як вмираючого, а тому радить поводитися з ним дуже обережно, систематично намагаючись відвернути його від думок про смерть.

І хоч вилікувати таких осіб неможливо, медицина ще дуже багато може зробити для лікування симптомів (паліативне лікування), полегшення їхнього стану та надання суто людської підтримки. Тому в подібних випадках ліпше говорити про «хронічно хворого в завершальній стадії хвороби».

Для християнина страждання має особливе релігійне значення: **експіативне** – спокута за допущені гріхи та своєрідна компенсація за вчинене зло, та **сотеріологічне** – співучасть у справі спасіння Ісуса Христа. По-християнськи утверджене та вмотивоване прийняття страждання не провадить до визнання, що всяке страждання і всякий біль слід терпіти в кожному випадку, а отже не можна втручатися, щоб його полегшити. Більше того, подібні втручання стають шляхом гуманізації болю. Сама християнська любов вимагає від працівників служби охорони здоров'я полегшення фізичного страждання¹⁴.

Продовження болю перешкоджає осягненню добра та вищих цілей. Може викликати шкідливі наслідки для психофізичної інтегральності особи. Надто інтенсивне страждання може зменшити панування духа особи або й взагалі його унеможливити. З огляду на це, обов'язком працівника служби охорони здоров'я є полегшення або усунення болю при переході хворим порогу своєї витривалості. Морально допустимо застосовувати відповідні препарати та лікування з метою знеболення. Анестезія, рівно ж як і знеболення, впливаючи безпосередньо на осередок болю, повертає людину їй самій, вчиняючи людянішим її досвід страждання. Інколи застосування певних знеболювальних препаратів чи анестезії може привести до притуплення свідомості або втрати фізичних сил людини. Оскільки подібні втручання не мають на меті втрату свідомості і свободи, а лише позбавляють чутливості до болю, та застосовуються виключно в ме-

¹⁴ Поп. Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, *Carta degli Operatori Sanitari*, n. 69.

жах терапевтичної доцільності, то їх слід визнавати етично оправданими¹⁵.

Сьогодні ситуацій, за яких виникають етичні проблеми щодо застосування знеболювальних ліків, стало менше, бо медицина винайшла знеболювальні препарати, що не наражають хворого на ризики втрати свідомості та фізичних сил. Натомість особливого занепокоєння заслуговують випадки із застосуванням знеболювальних препаратів (опіоїдів) як засобу таємної практики еутаназії. Вони за жодних обставин не можуть бути морально виправдані, суперечать як принципам медичної деонтології, так і християнської моралі, заперечують гідність особи та заслуговують на справедливий осуд.

У випадку невиліковно хворого йдеться не про один тяжкий симптом, а радше про їх комплекс. Найбільше мучить такого хворого хронічний біль, що перешкоджає якомого спокійніше прожити останній період свого життя та спілкуватися зі своїм оточенням.

Тому заспокоєння болю є надзвичайно важливим завданням, що виправдовує навіть можливість наразити хворого на певний ризик. Уже Пій XII запропонував розв'язання проблеми болю безнадійно хворих в етичному контексті, яке потім увійшло до Вчення Католицької Церкви: застосування знеболювальних засобів є дозволеним, навіть якщо воно пов'язане з ризиком вкоротити життя хворого, коли немає іншого способу полегшити біль; крім того, застосування знеболювальних засобів слід вважати дозволеним навіть тоді, коли вони вводять хворого в стан непритомності, хоча позбавляти його спроможності мислити тверезо не дозволено без дуже поважних на те причин, адже йому треба дати час на залагодження своїх громадянських і релігійних обов'язків. Дуже істотною умовою надання дозволу таких втручань є те, що вони завжди спрямовані не на втрату свідомості та свободи, а на втрату чутливості до болю і здійснюються лише в межах клінічної необхідності.

Варто наголосити, що в окремих ситуаціях, особливо тих, що пов'язані із завершальною фазою невиліковної прогрес-

¹⁵ Пор. там само, п. 68-71.

суючої хвороби, слід бути дуже уважним та утриматись від небезпеки застосування **терапевтичної настирливості**, яка в своїй суті ніяк не поліпшує стан і якість життя пацієнта, а лише продовжує та посилює його страждання. Терапевтична настирливість має місце тоді, коли застосовуються засоби лікування, особливо виснажливі й тяжкі для пацієнта, прирікаючи його на штучно продовжену агонію (**дистаназія**). Відмову від такого лікування аж ніяк не можна розцінювати, як приклад пасивної евтаназії, а радше як забезпечення права пацієнта на гідну смерть.

Добровільна інформована згода

На відповідне медичне втручання працівник системи охорони здоров'я повинен отримати **згоду** хворого – **виражену** або **мовчазну**. Інакше кажучи, він може діяти лише тоді, коли пацієнт уповноважив його на це виразно або невиразно (безпосередньо або посередньо). Взаємини між лікарем та пацієнтом є перш за все міжлюдськими стосунками, так званими діалогічними, а не інструментальними. Пацієнт не є анонімною одиницею, до якої застосовуються медичні знання, а відповідальною особою, покликаною на співучасть у поліпшенні стану свого здоров'я або досягненні повного одужання. Він повинен мати забезпечену можливість особистого вибору і не може підпадати під вибір іншої особи. З метою здійснення хворим вибору в повній свідомості, розумінні та волі слід:

- надати відомість хворому про об'єктивний стан його хвороби;
- вказати перелік терапевтичних можливостей щодо хвороби;
- ознайомити з можливими небезпеками, ускладненнями, наслідками та очікуваними результатами різних методів лікування його хвороби.

Це означає, що виключною умовою проведення медичних втручань є надана пацієнтом згода, оперта на правдивій, достовірній та детальній інформації¹⁶.

¹⁶ Пор. там само, п. 68-71.

У питанні **презумпції згоди**, слід розрізнити пацієнта при повній свідомості та пацієнта, який не перебуває в такому стані. У першому випадку презумпція згоди не допустима: згода пацієнта має бути виразна та чітка. У другому – працівник системи охорони здоров'я може, а в надзвичайних ситуаціях мусить, керуватись презумпцією згоди на терапевтичне втручання, яке на основі своїх знань та в совісті вважає за необхідне. У випадку тимчасової втрати свідомості або волі (добровільність), лікар діє на засадах **принципу поруки і терапії**, тобто **підставової довіри**, з якою пацієнт довірився лікуванню з метою врятувати своє здоров'я або життя. У випадку тривалої непритомності та відсутності волі, лікар діє відповідно до **принципу відповідальності за здоров'я і життя людини**, яка зобов'язує кожного працівника системи охорони здоров'я піклуватись про здоров'я пацієнта. Якщо йде мова про членів родини, то вони повинні бути проінформовані про звичайні методи лікування та брати участь у прийнятті рішення щодо методів надзвичайних. Окрім медичних втручань, добровільна інформована згода пацієнта є обов'язкова при проведенні наукових чи клінічних експериментів або досліджень.

Отримання добровільної інформованої згоди базується на деонтологічному **принципі надання достовірної інформації**. Принцип надання достовірної інформації передбачає обов'язок професіонала надати необхідні відомості або подбати про те, щоб належно надавались відомості та пояснення хворому, його родичам і колегам (особиста інформація), органам державної та місцевої влади (публічна інформація).

Публічна інформація – це інформація про стосунки працівника системи охорони здоров'я з органами влади, вона поширюється через доповіді, звіти, оголошення, різні свідчення та повідомлення.

Натомість особиста інформація стосується взаємин медичного працівника із пацієнтом та його родичами. В основу цього принципу покладено право кожного пацієнта бути всебічно інформованим про стан свого здоров'я, про перебіг хвороби, про медичні втручання в його організм – зокрема й експериментальні, – до яких лікарі мають намір удатися, як

і, власне, про всі ті заходи, які можуть поліпшити його стан і за допомогою яких він зможе відповідально впливати на своє здоров'я. Принцип надання відомостей лежить в основі інформованої згоди.

Окремий аспект надання хворому відомостей пов'язаний із принципом надання достовірної інформації, тобто з вимогою поважати істину в процесі комунікації з пацієнтом. На цей принцип посилаються переважно в тій ситуації, коли доводиться вирішувати – казати чи не казати всю правду або її частину невиліковно або важко хворому. Принцип надання достовірної інформації передбачає також відвертість у спілкуванні з колегами та із родичами хворого.

Кожен пацієнт має право на отримання достовірної та правдивої інформації про стан свого здоров'я, перебіг хвороби та процес лікування. Це право є повсюди забезпечено відповідним законодавством як на національному, так і на міжнародному рівні.

Якщо у випадку виліковних хвороб і клінічних станів – це не становить жодних проблем, то у випадку із невиліковно хворим, повідомлення йому правди про стан здоров'я стає складною проблемою. Вона пов'язана із загальною проблемою стосунків між медичним працівником та пацієнтом.

До елементів, з яких складається етично оптимальне спілкування з важко або безнадійно хворим (зміст, інформативна модальність, середовище), слід ставитися дуже уважно, постійно пам'ятаючи, що ланками, які забезпечують функціонування інформативного каналу зв'язку є не лише пацієнт і лікар, а й професійна медсестра, члени сім'ї хворого.

Загалом, враховуючи особливості окремих ситуацій, можна окреслити такі етичні критерії, які визначають надання медичної інформації важко або невиліковно хворому пацієнтові.

- Оскільки правда залишається глибинним критерієм об'єктивно позитивного морального акту, родичам хворого і медичному персоналу, не варто його обманювати. Пацієнт має право на достовірну інформацію, тому що обман, крім того, що ускладнює його стосунки з родичами та з працівниками закладу

охорони здоров'я, не дає йому змоги підготуватися до гідної смерті. Помічено, що вчасно і належно повідомлена правда позитивно впливає на психічний і духовний стан пацієнта та його сім'ї. Отже, працівники системи охорони здоров'я повинні опрацювати стратегію надання достовірної медичної інформації у повному обсязі.

- Перш ніж повідомити пацієнтові правду про його стан, доцільно його вислухати і лише після цього розповісти про серйозність хвороби. Крім того, таке повідомлення слід доручити лікарю, відповідальному за клінічне обслуговування пацієнта. Нерідко трапляється, що лікар просить когось із працівників системи охорони здоров'я, найчастіше медсестру або акушерку, бути присутніми під час такої розмови або долучитися пізніше, щоб доступно розтлумачити й пояснити хворому слова лікаря.
- Спілкування не повинно обмежуватися з'ясуванням технічних аспектів хвороби – діагнозу та прогнозу хвороби. Заздалегідь треба подбати про створення атмосфери довіри та взаєморозуміння.
- Щоб повідомлення достовірної інформації не завдало хворому зайвих страждань, краще повідомляти йому правду поступово, час від часу оцінюючи спроможність суб'єкта сприймати її, тобто не допускаючи того, щоб хворий упав у депресію, залишаючи простір для надії, пам'ятаючи, що передбачення в медицині ніколи не є абсолютними.
- Приховувати від пацієнта серйозність його ситуації в усій її об'єктивній складності не можна, оскільки це позбавило б його можливості ухвалити перед смертю важливі рішення та достойно попрощатися з дорогими йому людьми.
- Недостовірні інформація щодо стану здоров'я пацієнта може спричинити неусвідомлену відмову пацієнта від лікування, що особливо небезпечно на ранніх стадіях розвитку хвороби, коли все ще зберігається надія на успішну терапію.

Для того, щоб добровільна інформована згода пацієнта була визнана за належну, вона повинна відповідати певним вимогам та умовам. До них належать: якість інформації, розуміння інформації, свобода пацієнта в ухваленні рішення, спроможність пацієнта ухвалювати рішення.

Якість інформації

Інформація, що надається пацієнтові перед тим як попросити у нього згоди, є неодмінним елементом для формування та чинності його згоди. Окрім випадків, що знаходять своє виправдання в аргументах крайньої необхідності, – у разі конкретної й актуальної небезпеки, яка може призвести до тяжких наслідків для здоров'я та життя пацієнта, – працівник системи охорони здоров'я зобов'язаний не тільки не втручатися в життєдіяльність організму пацієнта, коли його про це не просять і він не має дозволу пацієнта або той висловив свою незгоду, а й надавати йому належну інформацію, перш ніж просити такого дозволу.

Якість інформації оцінюється за її повнотою та пов'язаністю її змісту з патологічним станом, із запропонованим діагностичним і/або терапевтичним втручанням, з альтернативами, з ризиками та вигодою, що з цього випливають. Вона розглядається паралельно з якістю комунікації, усної або, краще, письмової, у разі інвазивних втручань та аж ніяк не мінімального ризику або експериментальних досліджень. Така комунікація повинна відбуватися в чіткій та об'єктивно зрозумілій формі, що була б наближена до інтелектуального й культурного рівня самого пацієнта або, щонайменше, до рівня пересічної людини. Ці два елементи, якість інформації і комунікації, таким чином, мають бути детерміновані реальним розумінням і усвідомленням наданої інформації. Ще більша відповідальність лягає на плечі працівника системи охорони здоров'я тоді, коли він повинен врахувати ту психологічну шкоду, якої може завдати своїм повідомленням пацієнтові, що перебуває у тяжкому стані. Остаточне рішення хворого має бути виражене чітко й зрозуміло, щоб у лікаря не залишилося жодних сумнівів щодо його свідомої волі.

Розуміння інформації

Але для того, щоб таке рішення було справді вільним, а отже, чинним, недостатньо надати хворому всю необхідну інформацію. Необхідно, щоб згода була отримана від особи, яка володіє правом, що в даному випадку охороняється, і спроможна усвідомлювати і керувати своїми діями. Крім того, ця особа повинна досягти віку, з якого вона може розумно розпоряджатись своїм правом. Це правило еквівалентне необхідності того, щоб суб'єкт усвідомлював інформацію, яку йому надали, й знав, на що він погоджується. Слід особливо підкреслити важливість розуміння пацієнтом наданої йому інформації та його спроможність ухвалювати рішення. Усі норми, як міжнародні, так і національні, на яких юридично базується згода, приділяють особливу увагу регламентації кола осіб, неспроможних надавати згоду, яка вважається чинною, недієздатних і неповнолітніх. У таких випадках рішення за них ухвалює їхній законний представник – опікун або батько чи мати, які мають на це юридичне право. Мінімальний вік, після досягнення якого суб'єкт набуває права надавати згоду, за відсутності спеціальних норм, на практиці зазвичай визначається на підставі загальної норми Цивільного Кодексу, згідно з якою з досягненням повноліття набувається здатність здійснювати всі дії, для яких не визначено іншу вікову межу¹⁷.

Щодо, експериментальних досліджень міжнародні документи вимагають здебільшого не лише згоди батька або опікуна, а й особистої згоди неповнолітнього в разі надання йому попередньої й адекватної інформації; таким чином неповнолітній набуває можливості відмовитись від участі в експерименті.

Свобода пацієнта

Внутрішній суб'єктивній спроможності особи усвідомлювати й керувати своїми діями, протиставляється зовнішній вплив, який може зашкодити якості добровільної згоди. Згода повинна мати змогу формуватися вільно: воля, покла-

¹⁷ Пор. Ст. 25. п.3 «Цивільна правоздатність фізичної особи», Цивільний Кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV, в *Відомості Верховної Ради України* № 40–44, 2003.

дена в основу її вираження, не повинна зазнавати жодного примусу й не повинна також залежати від будь-якого обману чи помилки, які могли б вплинути на суб'єкт в сутнісний і визначальний спосіб. Крім того, у разі здійснення експериментів юридичні норми визначають особливі категорії так званих вразливих суб'єктів, до яких належать студенти, засуджені, люди, котрі залежать від фармацевтичної промисловості, тобто особи, які можуть погодитися на участь в експериментальних дослідженнях під впливом чи то недоречних сподівань, чи то свого залежного становища на ієрархічній драбині, на вищих щаблях якої розташовуються люди, відповідальні за здійснення експерименту.

Спроможність пацієнта ухвалювати рішення

Гарантія права на свободу рішення передбачає для пацієнта можливість в будь-яку хвилину відмовитися від своєї згоди й припинити дії працівника системи охорони здоров'я, окрім випадків, окреслених згаданим «станом крайньої необхідності», коли така відмова могла б призвести до тяжких для пацієнта наслідків.

Особливості спілкування між медичним працівником та пацієнтом

Упродовж століть розвитку медицини викристалізувались три основні моделі і форми взаємовідносин між лікарем та пацієнтом. До них належать **«лікарський патерналізм»**, **«крайня автономія пацієнта»**, та так званий **«терапевтичний альянс»** або модель **«партнерської співпраці»**. Попри домінування певної моделі в ту чи іншу історичну епоху, усі вони збереглися і присутні в сучасних взаєминах між лікарем та пацієнтом.

В *домодерну епоху* розвитку медицини домінуючою була модель **«лікарського патерналізму»**, що полягала в абсолютній перевазі рішення лікаря щодо шляхів лікування. Добрий пацієнт, відповідно до такої моделі – це послухний пацієнт, що сумлінно виконує вказівки лікаря щодо процесу лікування. З огляду на компетенцію лікаря, така модель взаємин видається оптимальною. Проте в руках некомпетентного

спеціаліста, з невідповідними знаннями чи навичками – така модель стосунків ставала смертельно небезпечна. Окрім цього, розвиток науки і медицини спричинив стрімке накопичення нових знань і відомостей, що в свою чергу призвело до галузєвого поділу медичної науки. Лікарі, відповідно, стали вузько спрямованими спеціалістами, чия компетенція в одній медичній галузі є більша, а в іншій – менша.

У *модерну епоху* – набуває поширення інша модель взаємин між лікарем та пацієнтом, в основі якої стоїть крайня автономія пацієнта. Модерна епоха – період становлення та боротьби за права людини. Тому право на особисту автономію виступає на перший план. У медицині це мало наслідок – збільшення ролі пацієнта в прийнятті рішення щодо лікування. Хворий сам обирає собі спеціаліста, клініку, діагностичний центр, терапевтичні методи, стежив за дотриманням його права вибору. Позитивом цієї моделі можна назвати те, що пацієнт активно брав участь у процесі лікування. Однак, з іншого боку, лікарі часто ставали заручниками рішення пацієнтів, зокрема в надзвичайних ситуаціях, коли була необхідність негайного прийняття рішень (переливання крові, нагальна операція тощо). Ефективність такої моделі ставала щораз сумнівною.

У *постмодерну епоху* – на передній план виходить модель взаємин між лікарем і пацієнтом, основана на партнерській співпраці між ними обома, так званий «терапевтичний альянс». Головним принципом і критерієм цієї моделі взаємин є ефективність лікування, більш сприятливі очікувані результати. В ідеалі ця модель має вигляд тісної співпраці медичної науки, технічного прогресу та етики задля досягнення кращого результату лікування. Ідеал лікаря в цій моделі – це моральне, наукове та організаційне лідерство; добрий пацієнт – це задоволений пацієнт; добрі взаємини – це взаємини між тим, хто надає медичні послуги і клієнтом; добра медсестра – це менеджер, відповідальний за якість наданого сервісу. Однак, яку б модель не брали за основу взаємин між лікарем і пацієнтом, вони мають будуватися на цілісній антропологічній концепції – незмінною повинна завжди залишатися повага до людини у її цілісності та ідентичності.

У повсякденній практиці взаємин та спілкуванні із пацієнтом лікар повинен керуватись головними принципами медичної деонтології. Окрім принципу надання достовірної інформації, про який вже йшлося вище, на окрему увагу заслуговують **принцип коректності, принцип збереження медичної таємниці та принцип гідності і професійної честі.**

Принцип коректності. Термін «коректність» у його широкому значенні вказує на такі особисті риси, як ввічливість, добре виховання, відкритість, дисциплінованість як щодо правил, що детермінують суспільні відносини, так і щодо вимог певного середовища чи історичного періоду. Перенесена в площину виконання професійних обов'язків коректність особливо стосується взаємин, які налагоджуються між працівником системи охорони здоров'я та пацієнтом, між ним і його колегами, з професійною корпорацією або колегією, з представниками державної влади. У багатьох кодексах наголошується на тому, що працівник системи охорони здоров'я повинен поводитися коректно не лише, коли виконує свої професійні функції, а й у сімейному та особистому житті, адже некоректна поведінка завжди може вийти за межі особистого та стати предметом публічного розголосу, підриваючи престиж професії.

Принцип збереження медичної таємниці є засадничим у взаєминах працівника системи охорони здоров'я з пацієнтом. Конфіденційність у загальноприйнятому значенні вимагає від працівника системи охорони здоров'я обачності, скромності, тактовності в ті хвилини, коли збирає анамнез чи інформацію про пацієнта та його близьких родичів. Водночас не слід виявляти недоречну цікавість чи втручатися у справи інших. У вужчому розумінні принцип конфіденційності покладено в основу охорони професійної таємниці, тобто відомостей про ті факти професійного життя, які слід зберігати у найсуворішій таємниці.

Принцип гідності та професійної честі – це принципи, які відповідають за формування професійної та особистої репутації працівника системи охорони здоров'я та гідності професії. При цьому слід пам'ятати, що репутацію формують не лише професійні знання, уміння, а й моральні риси. Будь-

який негативний вчинок або поведінка, навіть поза сферою професійної діяльності, можуть зашкодити авторитетові та престижу як окремого лікаря, так і професії. У такому розумінні цей принцип перебуває у тісному зв'язку з принципом коректності.

Одним з головних завдань спілкування та взаємин між лікарем і пацієнтом є створення атмосфери поваги і довіри, що виключає можливість обману чи зверхнього ставлення. Отже, у таких взаєминах центральне місце займає правда. Проте виникають питання на кшталт: хто повинен повідомляти її? Яку правду і як її подати в тому випадку, коли існує побоювання, що ця правда може завдати пацієнтові нестерпних страждань?

Виходячи з визнання права пацієнта знати правду про свій стан здоров'я, команда медичних працівників, які його обслуговують, повинна вирішити, що саме треба йому сказати, зважаючи на характер хвороби та його психологічні особливості. Команда медичної допомоги повинна також вирішити, на кого слід покласти обов'язок сказати хворому правду, причому краще обирати не того, хто найбільш компетентний з наукової точки зору або відіграє найважливішу роль у команді, а того, хто зумів налагодити найтісніші взаємини з пацієнтом. З цієї причини лікар, який надає медичну допомогу хворому, відчуваючи, що перебуває з ним у недостатньо близьких стосунках, може перекласти обов'язок повідомлення правди на когось іншого, хто ближче познайомився з пацієнтом, який, своєю чергою, вільний обирати собі за інтимного співрозмовника медсестру, акушерку, фахівця з реабілітаційної терапії чи когось іншого.

Щоб увійти в довіру до людини, працівник системи охорони здоров'я повинен володіти якостями, що виходять за межі суто технічної підготовки, зокрема, здатністю зрозуміти людину, налагодити з нею спілкування, сповнене взаємної довіри, розділити біль, вміти співчувати. Таке спілкування має відбуватися в контексті щирої поваги до пацієнта та його прав, необхідно налагодити з ним стосунки, які б налаштовували на діалог. Тоді повідомлення про стан здоров'я хворого стане моментом – і не єдиним – відвертого спілкування й

поступової підготовки до того, щоб прийняти і зрозуміти реальність, не лише у її земному вимірі.

Правду (істину) в людських стосунках за змістом можна поділити на чотири види. Перша – пряма істина. Це відверта відповідь на певне цілком конкретне запитання, внаслідок чого відповідь на нього є досить простою (наприклад, «Як тебе звуть?» – «Петро Петренко»). Другим видом є істина факту: вона стосується тих явищ, які сприймаються як тим, хто ставить запитання, так і тим, хто відповідає, тому що йдеться про об'єктивну реальність («Доц іде?» – «Так, іде»). Є істина особиста, яку повідомляють тому, хто слухає, щоб поінформувати його про найінтимнішу реальність (почуття, емоції тощо): якщо пацієнтові не вдасться налагодити особисте спілкування з працівником системи охорони здоров'я, їхні стосунки можуть піти хибним шляхом на шкоду як пацієнтові, так і працівникові системи охорони здоров'я.

Четвертим, найскладнішим, видом істини є істина інтерпретативна або герменевтична. Той, хто відповідає, повинен не лише спробувати зрозуміти, з якої причини той, хто запитує, ставить йому це запитання, а й передбачити наслідки спілкування. Саме цей вид істини (правди), повідомленої пацієнтові, порушує проблеми етико-деонтологічного характеру.

Яким має бути її зміст? Оскільки можна припустити, що медичний працівник теж може не знати правди (у діагностичному та прогностичному розумінні), опинившись, таким чином, у ситуації, коли він повинен не тільки казати правду, а й висловлювати свою невпевненість, то слід уточнити, що повідомлення правди тісно пов'язане з характером і тривалістю стосунків між працівником системи охорони здоров'я та пацієнтом. Іншими словами, повідомлення правди має *контекстуальний* характер. Лише щирі і відверті взаємини між працівником системи охорони здоров'я та пацієнтом уможливають вербальне і невербальне спілкування. За таких умов можна буде подолати конкретні труднощі, конфлікти, пов'язані з фізичним і психічним станом пацієнта, із середовищем, у якому розвивається терапевтична взаємозалежність, із тими обмеженнями, які притаманні самому

працівникові системи охорони здоров'я. Він, зі свого боку, повинен бути добре обізнаний з клінічними проблемами і труднощами, які доводиться долати пацієнтові, беручи в них участь безпосередньо й невимушено.

Уся команда, що бере участь у лікуванні, повинна налагодити з пацієнтом, наскільки це можливо, ще тісніші стосунки після відвертої розмови, в якій хворий довідується правду, особливо якщо це правда про хворобу, яка рано чи пізно призведе до смерті.

Крім того, треба завжди пам'ятати, що правда (істина) є благом другорядним; попри всю свою важливість вона підпорядкована цінності життя. Тому, якщо ми визнаємо пріоритетним право хворого знати правду про стан власного здоров'я, це право має бути модульоване повагою до особи хворого, тобто треба бути дуже уважним, щоб правдива інформація не завдала, в остаточному підсумку, шкоди його здоров'ю. Це означає, що для відвертої розмови з пацієнтом треба обирати слухний спосіб і слухний час, що зміст розмови треба зіставити з діагнозом і прогнозом розвитку хвороби; адже співпраця пацієнта з лікарем є істотним фактором еволюції як самої хвороби, так і ситуації, в якій хворому треба повідомити фатальний прогноз.

Два інші елементи, про які ніколи не слід забувати, – це особистість пацієнта та характер патології.

Пацієнтів можна поділити на два типи: а) психологічно стійкі пацієнти, зі значним самоконтролем, що звикли брати на себе відповідальність та долати труднощі, для яких знання правди може бути корисним або які, прагнучи підкорити собі навіть свою хворобу, вдають, ніби їм усе відомо про неї; б) пацієнти, яких сповнює страх і, які здатні повірити навіть найбільшій брехні, аби лише не знати правду. У такому випадку можна ухвалити рішення не повідомляти хворому ані діагноз, ані прогноз з тим, щоб не ввести його у депресію, а сказати лише ті слова, які можуть переконати пацієнта розпочати курс лікування.

Працівник системи охорони здоров'я повинен враховувати рівень культури та психологію пацієнта, передбачати, що той може або не зрозуміти те, що йому кажуть, через лек-

сичну ускладненість висловленого або ж не повірити через небажання усвідомити ситуацію.

Здебільшого, коли ми розглядаємо проблематику повідомлення правди пацієнтові, маємо на увазі хвороби невиліковні, які можуть тривати довше або коротше, та про ракові захворювання. Але існує чимало інших ситуацій, які можуть поставити працівника системи охорони здоров'я в скрутне становище, щодо того як інформувати пацієнта. Розглянемо деякі з них:

1. Патології, які потребують негайного втручання: пацієнт, хворий на рак, повинен дізнатись правду якомога швидше, щоб розпочати хіміотерапію; лише тоді, коли втручання є неможливим, можна подумати про те, щоб відкласти розмову до часу, коли хворий буде здатний подивитись правді у вічі.

2. Патології, що дають підстави зробити абсолютно невтішний прогноз: скажімо, йдеться про пацієнта з пухлиною в легенях, жити якому залишилося, попри лікування, трохи більше року. Повідомляючи хворому діагноз, треба завжди залишати місце для надії та віри в сучасні та майбутні можливості медицини. Якщо повідомити хворому правду холодним і байдужим тоном (вам залишилося стільки-то днів, років, місяців життя), подібно до того, як виголошують вирок, право знати правду перетвориться на засіб знищення особи. Не слід забувати і про сім'ю пацієнта, яка живе його тривогами й страхами, і ставитися до неї з не меншою увагою.

3. Патологія, за якої фатальний кінець має настати швидко: у такому випадку правду можна відкривати поступово, не виголошуючи смертного вироку.

4. Патології хронічного характеру, наприклад, наслідки неврологічного захворювання у реабілітаційній фазі. Якщо передбачається, що лікування, а отже, й спілкування працівника системи охорони здоров'я і пацієнта триватимуть довго, то правду можна відкривати поступово, причому це має робити той, хто його лікує і з ким він зможе налагодити дружні стосунки.

5. Патології, відкриття правди про які може спотворити уявлення пацієнта про самого себе. Для прикладу, згадаймо про стан інтерсексуальності, як у випадку із синдромом

Морріса (Morris): суб'єктові, що виріс і сформувався як жінка, треба несподівано повідомити, що насправді він належить до чоловічої статі. Чи тут варто викласти йому одразу весь діагноз, чи досить буде лише сказати про наслідки (відсутність менструації, неплодність), неминучі за цієї патології, конкретно її не називаючи?

6. Патології, діагностувати які можна набагато раніше, ніж вони себе проявлять. Так буває тоді, коли застосовують методи прогностичної генетичної медицини, яка іноді може діагностувати патологію за 30-40 років до того, як з'являться її перші відчутні симптоми. Що сказати в цьому випадку пацієнтові? Насамперед слід з'ясувати, що пацієнт хоче знати і чи справді він хоче це знати. І лише після цього, поступово та обережно, повідомити йому правду.

На останок, слід зауважити, що у процесі спілкування між лікарем та хворим важливішу роль відіграє не зміст інформації, а манера її подачі і пояснення. Більше того, задля уникнення появи страху або депресії, пацієнт завжди повинен відчувати, що він є цінний, потрібний та бажаний. У будь-якому випадку пацієнт не може бути позбавлений надії.

Список використаних джерел

1. Дан Г., *Етика для лікарів, медсестер і пацієнтів*, Свічадо, Львів, 2008.
2. З'речча Е., Ді П'єтро М., Спаньйола А., *Біоетика. Підручник для медичних закладів*, переклад з італійської В. Й. Шовкун, Львів, Видавництво ЛОБФ «Медицина і право», 2007.
3. Терешкевич Г., *Біоетика в системі охорони здоров'я і медичної освіти*, навч. посіб. для студ., Світ, Львів, 2008.
4. Терешкевич Г., *Основи біоетики та біобезпеки*, підручник, ТДМУ Укрмедкнига, Тернопіль, 2014.
5. Цивільний Кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV, в *Відомості Верховної Ради України* № 40-44, 2003.
6. Congregazione per la Dottrina della Fede, *Istruzione «Dignitas Personae»*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano, 2008.

7. Congregazione per la Dottrina della Fede, *Istruzione «Donum Vitae»*, in *Acta Apostolicae Sedis* 80, 1988.
8. Dean A. Tripp, J. Curtis Nickel, «Psychosocial Aspects of Chronic Pelvic Pain», in *Pain: clinical updates XXI* (1), June 2013.
9. Faggioni M., *La vita nelle nostre mani. Corso di bioetica teologica*, Edizioni Camilliane, Torino, 2009.
10. Giovanni Paolo II, *Lettera apostolica «Motu proprio» Dolentium hominum*, in *L'Osservatore Romano*, 4 March 1985.
11. Giovanni Paolo II, *Lettera enciclica «Veritatis splendor»*, in *Acta Apostolicae Sedis* 85, 1993.
12. Jensen M. P., Chen C., Brugger A. M., «Interpretation of visual analog scale ratings and change scores: a reanalysis of two clinical trials of postoperative pain», in *Pain* 7, Sep;4th 2003.
13. Kowalski E., *Osoba i bioetyka. Zagadnienia biomedyczne dla duszpasterzy i katechetów*, Homo Dei, Kraków, 2009.
14. Pio XII, *Discorsi ai medici*, a cura di Angelini F., Orissonte Medico, Roma, 1959.
15. Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, *Carta degli Operatori Sanitari*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano, 1995.
16. Russo G., *Bioetica. Manuale per teologi*, LAS, Roma, 2005.
17. World Health Organization, *Cancer pain relief. With a guide to opioid availability*, 2 ed., Geneva, 1996.

Комісія Української Греко-Католицької Церкви
у справах душпастирства охорони здоров'я

БІОЕТИКА

Посібник

Літературні редактори
Богдана СТЕФУРА, Богдана БЛИЗНЮК

Богословський редактор
о. Володимир МІСТЕРМАН

Обкладинка
Ольга ШИНГУР

Керівник проекту
о. Руслан П'ЯСТА

Комісія УГКЦ у справах душпастирства охорони здоров'я

www.zdorovia.ugcc.org.ua
zdorovia.ugcc@gmail.com
тел. (032) 297-13-45

Львів • 2016
Видавництво «Друкарські куншти»
e-mail: rhera@ugcc.org.ua
Наклад 1000 прим.