

## Розділ I

# ЗАГАЛЬНОТЕОРЕТИЧНІ ТА СПЕЦІАЛЬНІ ПСИХОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

УДК 342.72/73

В. Д. Гоцанюк

## МОРАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ

*Обґрунтовано актуальність проблеми моральної відповідальності медичних працівників, визначено головні завдання щодо формування психологічного здоров'я пацієнтів лікувальних закладів. Здійснено аналіз співвідношення різноманітних підходів до тлумачення терміна «пацієнт» з метою ґрунтовного аналізу точки зору, хто ж є одержувачем нововведень і покращення та учасником лікувального процесу.*

**Ключові слова:** моральна відповідальність, медичний персонал, пацієнт, психічне здоров'я.

**Постановка проблеми.** Сучасність знаменується швидким розвитком медико-біологічних наук і технологій, які людина інтенсивно використовує. Унаслідок багатьох позитивних та оптимістичних результатів, які очевидні із цього процесу, людина розпочинає вважати, що одвічна тасмниця людської хвороби та страждання поступово будуть вирішені, здоров'я зміцніє, а життя буде тривалішим. Нові публікації, які висвітлюють інтенсивність розвитку у сфері генетики, біотехнологій і клінічних досліджень, переконують у цьому. У свідомості ми розуміємо, що медико-біологічні досягнення ніколи не вирішать проблеми нашого тілесного існування, але ми все ж таки зачаровані прогресом медичної науки і біотехнологічними інноваціями [1, с. 195–197].

**Стан дослідження.** Засновником лікарської етики заслужено вважається Гіппократ, який систематизував правила медичної етики, що існували на той час, на підставі багатовікового досвіду медицини. Його праці «Клятва», «Про лікаря», «Про благопристойну поведінку» містили кодекс моральних норм, обов'язкових для тих, хто вибрав лікування своєю професією. Саме Гіппократу належить відомий вислів: «Медицина є найблагодініше зі всіх мистецтв». Пріоритет серед лі-

карів у питаннях лікарської етики належить видатному клініцистові С. П. Боткіну, який вперше в практиці російської медицини обґрунтував необхідність створення етичного кодексу російського лікаря. Проблеми деонтології в медицині вперше були висвітлені в роботах відомого хірурга-онколога М. М. Петрова, що розкрив зміст деонтології і окреслив шляхи її розвитку.

Внесок у розвиток деонтології та етики зробили визначні вчені сучасності Н. Сокольський, О. Михайленко, Г. Степанівська та інші. У системі моралі, як у вирішальній сфері суспільної свідомості, своєрідне місце належить професійній (фаховій) моралі. Показово, що групою львівських науковців – А. Гнатишаком, В. Нором, В. Ромовською, Б. Савчиком, Б. Ковалівим, Л. Криштальською, Б. Надрагом, А. Рудницькою створено проект Етичного кодексу лікаря.

**Мета статті** – аналіз фундаментальних соціально-психологічних чинників моральної відповідальності медичного персоналу.

**Виклад основних положень.** Аналіз наукових розвідок дає підстави стверджувати про те, що у досягненнях медичної галузі недостатньо зважається на пацієнта як на одного із учасників цього процесу. З одного боку, ми користуємося із цього суспільного феномена, тому що в якийсь момент потребуємо лікування, раніше чи пізніше стаємо пацієнтами, де використовуємо досягнення науки і техніки. Однак, і з іншого – після більш ретельного аналізу не зрозуміло, хто ж є сам пацієнт. За видимих досягненнях науки у галузях фармакології, генної інженерії і біотехнологій, щораз менше зрозуміло, кому адресовані здобутки людського розуму. Тому виникає нагальна потреба висвітлення різноманітних підходів до тлумачення терміна «пацієнт» з метою ґрунтовнішого аналізу точки зору, хто ж є одержувачем нововведень і покращення та учасником лікувального процесу. Пов'язується це також із тим, що через згадуваний технологічний поступ у біомедицині губиться зустріч із хворою і терплячою людиною, де це впливає на моральну відповідальність медперсоналу.

У сучасній науково-медичній літературі немає згідності щодо загального визначення поняття «пацієнт», де виявляється плюралізм його формулювання. Найчастіше пропонується тлумачення, у якому пацієнтом вважають «...особу, яка звернулась за наданням профілактичної, діагностичної, лікувальної чи реабілітаційно-відновної допомоги до закладу охорони здоров'я будь-якої форми власності чи медичного працівника індивідуальної практики незалежно від стану здоров'я або добровільно погодилась на проведення медико-біологічного експерименту» [2, с. 128–129]. Серед різних розумінь пацієнта, які визначаються терміном «бути пацієнтом», розглянемо два

наукові погляди. Спершу проаналізуємо пацієнта як клієнта, а згодом – як пацієнта, який звертається внаслідок хвороби. Ці значення актуальні в сучасній медицині, позаяк є предметом відносин «пацієнт-лікар».

Охорона здоров'я в Україні повністю залежить від бюджетного фінансування, якого, на жаль, як свідчить практика, не вистачає. Розвиток і залучення інших джерел фінансування стримується і недостатнім зацікавленням приватного сектора та механізми ринку, що, на жаль, незадіяні. В умовах гострої нестачі бюджетних коштів зростає частка амбулаторної та стаціонарної допомоги за кошти пацієнтів, що спричиняє зростання так званого «тіньового» сектора в українській медицині. Медичні послуги, на думку В. М. Лехан, щораз узалежнюються від фінансового механізму, навіть у деяких випадках зазнають від нього шкідливих впливів [3, с. 21]. Так, у приватних лікувальних закладах оплата за лікування визначається прейскурантом, а державні та комунальні медичні заклади можуть брати оплату лише за конкретно визначені лікувальні послуги, де водночас розвиваються неконтрольовані механізми пристосування до ринкового середовища [4, с. 227]. Дедалі частіше виникають неофіційні платежі пацієнтів, де вказується вартість лікування, не тільки, щоб покращити фінансові можливості медичної установи, але щоб отримати ще більший прибуток. У підсумку окреслюється головна мета – примноження фінансової вигоди, де розглядають того, хто лікується, як засіб для досягнення своєї мети. В центрі уваги медичних установ бажаний той, хто фінансово має вищий рівень матеріального забезпечення. Попри усе, не маємо наміру вдаватись у політичні дискусії щодо фінансування і комерціалізації медицини у нашій державі.

Слушною вважаємо позицію, висловлену учасниками Національного конгресу з біоетики, які не тільки підтвердили зростаючий інтерес до проблем біоетики в Україні, але й надали імпульс для подальшої практичної роботи в цій галузі. Також на засіданнях конгресу зважали на те, що на феномен комерціалізації медицини впливають тісні відносини між керівництвом медичного закладу і фірмою виробником діагностичного та лікувального обладнання або фармацевтичною компанією, в процесі яких відбуваються фінансово вигідні домовленості між лікарями і компанією з метою тестування своїх продуктів, або заохочення фармацевтичною компанією кваліфікованих лікарів за високу оплату проведення лекцій та публікування статей про їхню продукцію, що, своєю чергою, часто призводить до однобічності [5, с. 180].

Підтримуємо думку О. Н. Литвинова, який стверджує, що «...комерціалізація медицини є там, де мета медичного закладу зосереджена на прибутку через посередництво між фармацевтичною ком-

панією та пацієнтом» [6, с. 138]. Вважаємо, не слід плутати із необхідністю фінансування медичної галузі та медичного персоналу, які слугують необхідним і позитивним чинником.

На практиці безоплатна медична допомога регулюється механізмом фінансових відносин, позаяк людина, яка шукає різні шляхи, щоб побороти своє терпіння або хворобу, найперше виконує умови матеріального характеру. Пацієнт змушений найперше виявити свою фінансову спроможність, завдяки якій розпочинається його терапія. Тому, перш ніж хтось офіційно стане пацієнтом, найперше розглядатиметься як клієнт. Можна бути упевненим, що в ході лікування ним і залишиться.

Ще один аспект, на якому слід зупинитися, – «пацієнт унаслідок хвороби», якого можна розглядати упродовж конкретного терапевтичного періоду, де він є так званою біомедичною моделлю лікування. Згідно з цією моделлю людський організм і біологічні процеси, які у ньому відбуваються, можна повністю пояснити завдяки науковому поступу, досягненням медицини і спеціалізації в лікуванні різних хвороб. Отже, пацієнта позиціонують як складну структуру, яку досліджують спеціалізовані галузі медичної науки, незважаючи на трансцендентну цінність особи. Одержані медичні знання про пацієнта – сукупність знань, накопичених кожною дисципліною зокрема, про хвороби як прості зміни біохімічних реакцій або функцій органів, а це стало на перешкоді пізнанню людської особи [7, с. 27].

У змодельованій ситуації пацієнт-людина, яка наділена розумом і духовним життям, не посідає належне місце. Ці вищі функції, які притаманні тільки людині, розглядаються як деякі складні функції матерії, які врешті-решт до цієї матерії можна наблизити, або взагалі не звертати-муть уваги, мотивуючи тим, що вони суттєво не впливають на функціонування організму. Отож, пацієнта можна розглядати як хворий організм. Лікар, який так окреслює пацієнта, на думку В. В. Руденя, зосереджує свою увагу винятково на наукових дослідженнях, зважаючи на причини відхилень від норми у випадку хвороби, і дотримуватиметься умов, які повинні бути виконані для того, щоб усунути ці аномалії [8, с. 187–189]. Хворобу лікар вважатиме одним із соматичних порушень, яке за допомогою доступних медичних технологій і лікарських засобів можна усунути. Пацієнт у цьому випадку – це наслідок хвороби.

Вищевикладене розуміння пацієнта, на нашу думку, виявляє свою хибність, позаяк, навіть якщо до пацієнта ставляться з повагою, це не відображає суттєву істину про те, хто він є. Немає сумніву в тому, що пацієнт є частково клієнтом. За зроблену діагностику, лікування або придбання ліків хтось повинен заплатити, навіть якщо це робиться непрямим чином, тобто за допомогою відповідних розви-

нених соціальних механізмів [9, с. 12–16]. Існування оплати за медичні послуги є справедливим та необхідним.

До аналогічного спрощення провадить розуміння пацієнта внаслідок хвороби. З одного боку, можна погодитися з тим, що будь-які тілесні захворювання повинні бути діагностовані в світлі останніх наукових досягнень. Крім того, практична діяльність лікаря повинна знаходитися в тісному контакті із наукою. Це часто поєднується з тим, що симптоми чи хвороби називаються конкретними, унікальними. Відтак пацієнт у відповідному аспекті може виглядати як незвичайний клінічний випадок. Однак, з іншого боку, цей погляд може бути недостатнім. У деяких видах захворювань немає зрозумілості щодо їх походження, де є підстави вважати, що важливу роль у їх вияві виконують психічні фактори, а в світлі подальших причин, – також духовні чинники. Медична діяльність не може ігнорувати «...глибоку єдність людської істоти як в очевидній взаємозалежності її фізичних функцій, так і в єдності її вимірів: тілесного, емоційного, інтелектуального і духовного» [10, с. 28].

Підкреслюючи неповторність пацієнта тільки на рівні біологічному, опускаючи психологічні та духовні детермінанти, як наслідок, виявиться важкість захворювання. Отже, із хворобою, як правило, поряд іде важке психічне переживання. Діагностування, серйозність захворювання і необхідність госпіталізації, страх перед болем і смертю породжують сильний емоційний стрес, глибоке почуття невпевненості й самотності. Пацієнт, якого сприймають як хворий організм, ще інтенсивніше переживатиме. Можна із упевненістю сказати, що його фізіологічний і психологічний стани погіршаться. Тому допомога лікаря не завершується проведенням терапії, але також охоплює людську допомогу морального характеру [11, с. 98].

Наведений вище аналіз спонукає нас до двох важливих висновків, а саме: *по-перше*, слід пам'ятати, що життя і здоров'я пацієнта не є одним із багатьох додаткових вартостей, які можна набути або відмовитися від них. Життя і здоров'я пацієнта – фундаментальне добро, дане Богом, від якого він не може добровільно відмовитися або які не може обміняти на щось інше [12, с. 525]. Різні дії людини у житті будуть не можливими до здійснення, коли особа є у стані клінічної смерті або життя на межі смерті, що зазвичай означає дисбаланс її здоров'я; *по-друге*, якщо пацієнт хворіє, це є свідченням не лише порушень функцій організму, а й негативною детермінантою психологічно-духовного виміру людського існування. Отож, коли говоримо про пацієнта, недостатньо говорити про хворий організм чи незвичайний клінічний випадок. Пацієнт хворіє на багатьох рівнях і послідовне лікування повинне входити до цієї багатомірності [13, с. 164–166].

Розмірковуючи над буттям пацієнта, у якому поєднане значення «медичне і моральне», можемо запитати себе про те, що є спільним для цього розширеного погляду, що впливає на те, аби пацієнта розглядати як людину, яка існує у вимірах тілесному, психічному та духовному.

Поняття особи виконує важливу роль у сучасній медицині та психології зокрема. Сьогодні серед науковців тривають дискусії щодо моральної, психологічної відповідальності медичних працівників, відсутній єдиний підхід до розуміння особи. У більшості цих дискусій розуміння особи зводиться до природного порядку. Так, на думку медичних працівників, бути людиною зводиться до існування на рівні біологічного життя, де ігнорують правду про людину та її інтегральну цілість й індивідуальний характер [14, с. 5–9]. Однак, бути особою – це виявляти вищі психічні функції, такі як свідомість, самосвідомість, здатність до раціональних і логічних дій або здатність мовити та інше. Цікавим у цьому розумінні є те, що вищі особистісні функції розуміються як похідна неврології. Логіка цього мислення така: починаю існувати як людина, де на певному етапі розвитку і зрілості організм набуває здатність виявляти вищі психічні функції, що означає, що я людина. Цей стан триває до моменту серйозних нервово-м'язових порушень (наприклад, через прогресуючу хворобу Альцгеймера). Водночас, хоча я є людиною, припиняю бути особою.

Таке розуміння особи не буде корисним у поясненні, чому пацієнт є багатовимірним існуванням, життя якого проявляється на різних рівнях. Наведена вище натуралістична концепція особи насправді сприймає її як матеріальне буття, яке зрідка показує вищий особовий характер. Потрібно наголосити на іншому понятті особи, яке суттєво виявить інше бачення пацієнта. Важливою передумовою для формування такого підходу буде вказівка на те, що особа є істота, наділена тілом і душею, двома вимірами, які творять її неповторність. Духовний її вимір визначається розумом, волею, свідомістю, здатністю до трансцендентності, до виходу за межі власних іманентних потягів у напрямі відкриття істини, краси, добра, спілкування з іншими. Цей унікальний духовний вимір разом із тілесним становлять неповторну індивідуальну особу. Саме такий вимір визначає, яке ставлення повинно бути до людини [1, с. 191–192].

Зазначені вище медична, моральна та психологічна моделі пацієнта виявили різні потреби, які має хвора особа. В існуванні особи виявляються потреби матеріальні, фізичні, психологічні та духовні, які підтверджують природу особи. Якщо ми ставимося до цих потреб відповідально, це свідчить про те, що вважаємо їх за те, чим вони є насправді, а не як складні форми однієї й тієї ж потреби. Тому слід визнати, що особа в своєму онтологічному і антропологічному вимірах є складною дійсністю, водночас цілковитою єдністю. Пояснення цієї

складної єдності можливе, коли ми приймаємо важливу основу. Йдеться про три фундаментальні складові людини: фізичну, психологічну та духовну реальність. Особа не є тільки одним із них, тобто не є тільки складною матерією і делікатним духом. Особа людини виявляється в індивідуальності душі-тіла, визначених духом. Посилаючись на давні традиції персоналістичної думки, можна сказати, що людина є духовним тілом і втіленим духом [4, с. 35–39].

**Висновок.** Розуміння пацієнта як особи, тілесно-духовного буття, дозволяє нам стверджувати, що практична медицина не обмежується професією, яку можна порівняти зі звичайними професіями або працею. Те, що в центрі медичної діяльності є завжди хвора особа, доводить, що лікування стає поєднанням практики, науки і мистецтва. Тут, без сумніву, розкривається важливий аспект гуманістичної медицини. Отож, лікар є не тільки професіоналом, який виконує сумлінно свої обов'язки, а й духовною особистістю. Зустріч із хворою особою в процесі терапії вимагає від нього реальної участі на різних рівнях. Відтак небезпідставно медична професія характеризується такими термінами, як «жертва» або «покликання». Крім того, присутність пацієнта, який є особою, вимагає від того, хто його лікує, щоб сам усвідомлював свій особовий статус. Пацієнт – особа, яка потребує зустрічі з лікарем – теж особою. І цій взаємодії їхнє ставлення один до одного визначається вмінням слухати, діалогом, взаємоповагою та довірою. Тільки завдяки співпраці, людській солідарності з пацієнтами, солідарність виходить за межі професійних медичних відносин, даруючи милосердне служіння особі згідно з її гідністю.

Нині культурні та суспільні тенденції негативно впливають на моральність у медичному середовищі, де відбувається маніпуляція особою. Для оздоровлення персоналістичного виміру медичної науки і праці необхідно, щоб увесь медичний персонал виявляв у душі моральної відповідальності повагу людському життю і гідності хворої людини. Йдеться про те, щоб вони не були тільки інституцією, в якій надається медична опіка хворим і вмираючим, професійно рятується життя і здоров'я, але щоб ставали середовищем міжлюдських відносин, у якому є місце на переживання по-людськи та по-християнськи сенсу хвороби, терпіння і навіть смерті. Для людини віруючої у Христа така допомога особі стає нагодою служити самому Ісусові згідно з його словами: «усе, що ви зробили одному з моїх братів найменших, – ви мені зробили» (Мт. 25, 40).

---

1. Другий національний конгрес з біоетики. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.google.com.ua>

2. Стеценко С. Г. Медичне право України: підручник / за заг. ред. С. Г. Стеценка. – К.: Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність», 2008. – 507 с.

3. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я України / за заг. ред. В. М. Лехан. – К.: Сфера, 2001. – 171 с.
4. Антологія біоетики / за ред. Ю. І. Кундієва. – Львів: Бак, 2003. – 592 с.
5. Третій національний конгрес з біоетики з міжнародною участю. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.google.com.ua>
6. Литвинова О. Н. Лікар, який охороняє здоров'я / О. Н. Литвинова. – Тернопіль: ТзОВ «Терно-граф», 2008. – 236 с.
7. Савчик Б. О. Підручник для вищих медичних навчальних закладів. Біоетика / за ред. Еліо Згречча, Антоніо Дж.Спаньйола, Марії Луїзи ді П'єтро. – Львів, Медицина і право. – 2007. – 672 с.
8. Рудень В. В. Взаємини душі та тіла – архіважливість у благополуччі стану здоров'я людини / В. В. Рудень // Наука. Релігія. Суспільство, 2008. – № 3. – С. 187–194.
9. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка: підручник / Н. М. Касевич; ред. В. І. Литвиненко. – вид. 4-е. – К.: Медицина, 2011. – 424 с.
10. Хартія працівників охорони, здоров'я. Папська Рада до справ душпастирства в охороні здоров'я. – Ватикан, 1995. – 126 с.
11. Біоетика: учебник / Элио Стречча, Виктор Тамбоне. – М.: Библиейско-Богословский Институт св. Апостола Андрея, 2002. – 420 с.
12. Wróbel Józef. Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych / Józef Wróbel. – Kraków, 1999 г. – 460 p.
13. Підлісний Ю. Гідність людської особи та деякі межові медичні практики / Ю. Підлісний // На межі життя і смерті. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.family-institute.org.ua/visnyk-no-2.html>
14. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://ucu.edu.ua/files/2011/04/programa\\_konferencyu](http://ucu.edu.ua/files/2011/04/programa_konferencyu).

### **Гоцынюк В. Д. Моральная ответственность медицинского персонала**

*Обоснована актуальность проблемы моральной ответственности медицинских работников, определены главные задачи по формированию психологического здоровья пациентов лечебных учреждений. Осуществлен анализ соотношения подходов к определению понятия «пациент» с целью предметного анализа точки зрения, кто же есть получателем нововведений и улучшения и участником лечебного процесса.*

**Ключевые слова:** моральная ответственность, медицинский персонал, пациент, психическое здоровье.

### **Hotsanyuk V. D. Moral responsibility of medical staff**

*Actuality of the problem of moral responsibility of medical workers and determination of the main tasks of forming psychological health of patients of medical establishments are grounded. The correlation between different approaches to interpretation of the term «patient» for thorough analysis of the point of view on who is the recipient of innovations and improvements and a member of the treatment process is analyzed.*

**Key words:** moral responsibility, medical staff, patient, mental health.