

ПРО ПИТАННЯ МОРАЛЬНИХ РЕГУЛЯТОРІВ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Процес очевидних змін, які відбуваються на початку ХХІ ст. в економічній, політичній, духовній, освітній сферах, гостро ставить перед колективами вищих навчальних закладів відповідальне завдання – необхідність не лише здійснювати професійне навчання, а й виховувати грамотних, духовно збагачених, національно свідомих фахівців, рівень знань яких відповідав би вимогам суспільства. Потреба в розв'язанні важливих соціально-економічних і культурно-просвітницьких проблем ставить нові вимоги до морального виховання майбутніх медиків у вищій школі, оскільки моральність медичних працівників є обов'язковою умовою успішної професійної діяльності.

У сучасній науці багато уваги приділяють розгляду та аналізу проблем становлення особистості лікаря (Н. Яковлева, Б. Ясько, А. Васюк), формуванню ідентичності особистості майбутнього лікаря (О. Денисова), формуванню професійно-комунікативної компетенції як засобу досягнення успішності у створенні ситуації “терапевтичного спілкування” (В. Дуброва) тощо. Дослідники відзначають суттєву роль етичної культури особистості лікаря (О. Денисова) як показника успішності професійної діяльності та особистісної самореалізації.

У процесі багатовікової лікарської практики склалися особливі комунікативні норми відносин лікаря й пацієнта, що зумовило формування лікарської етики та деонтології (Ю. Виленський, О. Грандо, С. Грандо, С. Гурвич, О. Іванюшкін, О. Изуткін, Ю. Лисицин, Л. Лурія, І. Матюшин, І. Макшанов, П. Назар, Ю. Павлов, Д. Писарєв, П. Сапроненков, І. Харді, Г. Царегородцев, А. Швейцер, М. Штальман, М. Яровинський). Науковці зазначають, що входження нових фахівців у систему медичного обслуговування породжує нову систему вимог до них і відповідальності.

Метою статті є розглянути особливості трансформації моральних підстав медичної діяльності; акцентувати увагу на провідних принципах діяльності медичних працівників.

На наш погляд, моральність є основним регулятором успішності професійної діяльності, забезпечуючи продуктивність функціонування медицини як соціально-професійної системи та сфери реалізації особистісних якостей медичних працівників як її суб'єктів. Саме норми моральності є орієнтирами й обмежувачами реалізації медичних знань і навичок у конкретних випадках. Тому моральні основи медицини та діяльності медичних працівників у нашому дослідженні є визначальними.

Незважаючи на свою стабільність, моральні підстави медичної діяльності схильні до різного роду трансформацій. Уявлення про добро і зло, про обов'язок і честь, що мають загальнолюдський характер, визначають характер медичної етики – вчення про мораль медпрацівників, їх поведінку, взаємозв'язки з хворими, з колегами, із суспільством [1, с. 10]; науки,

яка визначає моральні норми професійної діяльності медичних працівників; розглядає сукупність моральних факторів, якими керуються медичні працівники в усіх сферах своєї діяльності, спрямованої на задоволення потреб суспільства й людини, щоб зберегти та зміцнити здоров'я [5, с. 27].

Медична етика упродовж тисячоліть прагнула урегулювати складні відносини, що виникають між медичним персоналом і хворими, що відчують страждання, потребують особливої турботи й уваги і часто не лише в лікуванні хвороб, а й рятуванні життя. Пройшовши у своєму розвитку складну еволюцію, професійна медична етика увібрала найбільш універсальні принципи медичної діяльності, моралі, що сформувалися в різні епохи й засновані на нормах і моральності. Ці принципи виступають елементами медичної діяльності, що утворюють і визначають моральні якості та професійну поведінку медичних працівників. Саме внаслідок своєї універсальності вони далеко не завжди легко узгоджуються один з одним. Тому моральне поле, структуроутворювальні компоненти якого народжуються в боротьбі зі смертю й стражданням, у важких виборах і тяжких пошуках, відрізняється високою напруженістю [2; 5; 7].

Прадавній моральний принцип лікування – “*не зашкодь*” – був фундаментом моральної програми “батька медицини” Гіппократа (460–377 рр. до н.е.). Питання щодо ставлення до Гіппократа і його етики з боку сучасників залишається відкритим. У рамках історії медицини традиційно вважається, що його авторитет був надзвичайно високий. Проте аналіз згадок про Гіппократа в працях Платона й Арістотеля дає змогу зробити висновок про недостатність підстав для підтвердження прижиттєвого високого статусу лікаря з острова Кіс. За твердженням С. Трохачева, справжня слава прийшла до нього значно пізніше, за часів римського лікаря Галена (близько 130–210), завершувача античної медичної традиції [7].

За висловленням М. Фуко, сплеск римсько-елліністичного індивідуалізму сприяв відведенню все більш важливого місця окремим аспектам існування, особистій поведінці й увазі до самого себе: “Загальне уявлення про “культуру себе” може дати *принцип “турботи про себе”*, якому підпорядковано мистецтво існування... у різних своїх формах” [7]. Цей принцип конституював соціальну практику, надавши підстави для міжособистісних зв'язків, обмінів і комунікації; породив певний спосіб пізнання й обробки знання.

У своїй “Клятві” Гіппократ сформулював обов'язки медичного працівника перед пацієнтом. Усупереч традиційній тезі істориків про відносно світський характер старогрецької медицини, з перших рядків Клятва виявляє глибокий зв'язок з релігією. Зокрема, у трактаті “Про благопристойність” є такі рядки: “...Медицина налаштована шанобливо ставитись до богів” [7].

На думку М. Яровинського, якщо релігійний компонент виступає як засадничий, то в текстах, що підсумовують етичні положення (присяги, настанови, кодекси), неодмінно виявляються такі професійні установки: медичний працівник зобов'язаний поводитися “чисто і свято” не лише в рам-

ках професії, а й в особистому житті; йому категорично заборонено будь-яке посягання на життя людини; щира віра логічно призводить до постулювання безкорисливості медичного працівника. Усі зазначені настанови можна виявити в “Клятві”. На їх фоні й кристалізується *принцип “не шкодь”* як релігійна заборона творити зло [9; 10]. Цей принцип логічно визначає всі інші імперативи гіппократівської етики, що конкретизують і розкривають його стосовно потенційних ситуацій: не забезпечувати нікого смертельними отрутами; не надавати абортівні засоби; не вступати в несправедні (у тому числі любовні) відносини з родичами хворого; зберігати в таємниці інформацію про хворого, що не підлягає розголосу; не займатися самовихвалянням; звертатися до колег у важких випадках; бути помірним у платі за послуги й надавати їх за необхідності безкоштовно; дотримуватися охайності в одязі, не вживати пахощів і вина при пацієнті; бути чистим і порядним в особистому житті.

Отже, гіппократівський корпус на релігійній основі структурував моральний простір медичної діяльності, перетворивши його на впорядковане і несуперечливе ціле.

Проте принцип неспричинення шкоди вже в середні віки виявився недостатнім регулятором медичної діяльності через переоцінку пріоритетів: на зміну релігійному приходив економіко-правовий принцип (визначає звеличення корпорації медичних працівників). Чималу роль в інтенсифікації цього процесу відіграло Відродження – період, коли відбувається гуманізація медицини, переосмислення колишньої моралі та повернення до людини.

Найчіткіше тези нової медичної етики були викладені Парацельсом (1493–1541). Базовим серед них виступає *принцип “роби добро”*. Розглядаючи єдність людини й природи як зв’язок Мікрокосму та Макрокосму, Парацельс ставить питання про відповідальність людини перед Всесвітом. Якщо людина протидіє її законам, то вона вносить розлад у світову гармонію. Звідси випливає необхідність морального самовдосконалення, завдяки якому стане можливою така взаємодія людини та універсуму, за якої перша здатна гідно віддавати й гідно отримувати.

У текстах Парацельса також можна виявити вплив принципу “не шкодь” (вважаємо за можливе застосувати цей та інші принципи до всієї сфери медичної діяльності): “Кращі з наших відомих лікарів ті, хто завдає найменшої шкоди... Лікареві належить бути слугою природи, а не ворогом її; йому належить вести й направляти її в її боротьбі за життя, а не будувати власним нерозсудливим втручанням нові перешкоди на шляху зцілення” [8, с. 130].

Згідно з вченням Парацельса, кожна людина наділена від природи трьома силами: Волею, Вірою й Уявою. Коли ці приховані сили пробуджуються в людині, вона стає Людиною-магом, Людиною-творцем, для якої не існує меж життя й смерті, часу та простору. Саме тут закладена установка на творчу активність: “Знання, для якого ми призначені, не обмежене межами нашої власної країни й не стане бігати за нами, але чекає,

поки ми не відправимося на його пошуки. Ніхто не зможе опанувати практичний досвід, не виходячи з будинку, так само як і не знайти вчителя таємниць природи в кутку своєї кімнати” [4, с. 36]. Медичний працівник повинен прагнути до Істини, якою є Благо і, пізнавши її, творити добро. Уся сутність відносин пацієнта й медичного працівника визначається благодіянням останнього. У моделі Парацельса основного значення набуває патерналізм – емоційний і духовний контакт медичного працівника з пацієнтом, на основі якого й будується увесь лікувальний процес [2]. Отже, принцип неспричинення шкоди та принцип “роби добро” доповнюють і урівноважують один одного: установка на активність обмежується досить чіткими межами можливої діяльності. Проте ця крихка рівновага незабаром порушується.

Розвиток капіталізму призвів до необхідності подолання або хоч би згладжування суперечностей між ідеалами патерналізму й ринком медичних послуг. В умовах індустріального суспільства “...виявилось, що традиційні моральні цінності усе менш ефективно діють на професійну поведінку медичних працівників, які мають продавати своє обслуговування... Чим ефективнішою ставала медицина, тим складнішою й дорожчою вона була, а медичному працівникові було все важче надавати безкоштовну медичну допомогу” [8]. суперечності й конфлікти, що зруйнували структуру морального простору медичної сфери, ініціювали спроби медичного співтовариства віднайти й закріпити моральні регулятори, здатні примирити реальність і традиційний гуманізм професії. Як просторовоутворювальний елемент була запропонована категорія “обов’язок” як основа нової етичної програми – деонтології (від грец. deon – “обов’язкове” і logos – “наука, навчання”) – вчення про обов’язок, про обов’язкове [4]. Медична деонтологія – сукупність етичних норм і принципів поведінки медичного працівника при виконанні своїх професійних обов’язків [1, с. 10].

Як зазначає М. Яровинський, формування деонтології науковці пов’язують з трактатом І. Бентама “Деонтологія, або наука про мораль”. Засновувавши концепцію утилітаризму, І. Бентам як критерій добра і зла визначив суму громадської користі. Попри те, що його міркування ніяк не торкалися медичної діяльності, надалі термін “деонтологія” тісно пов’язали з медициною. Деонтологічна концепція базується на найсуворішому дотриманні приписів морального порядку, дотриманні певного набору правил, встановлених медичним співтовариством, соціумом, а також власним розумом і волею медичного працівника для обов’язкового виконання [10].

На думку М. Яровинського, деонтологічна хвиля в медицині тривала аж до 70–80-х рр. ХХ ст., а її вершиною стала поява в 1988 р. двотомного керівництва “Деонтологія в медицині” (за ред. Б.В. Петровського). Проте істотними недоліками радянської деонтології були зайва консервативність і жорстка ідеологізація. У результаті моральний простір вітчизняної медицини перебував в ізоляції від світових тенденцій, а рівень моральної рефлексії відставав на півстоліття. Структуризація простору й спроби його мо-

дернізації здійснювалися або через “рішення згори”, або самими медиками в закритому режимі. Як результат – і медичне співтовариство, і соціум виявилися неготовими до новацій, впроваджуваних у діючу модель охорони здоров’я [9; 10].

Наприкінці 80-х рр. ХХ ст. (після впровадження в ряді західних країн *принципу інформованої згоди*) І. Шамов, аналізуючи деонтологічні проблеми, акцентував увагу на повідомленні хворому діагнозу. Визнаючи існування людей, що мужньо переносять звістку про важку хворобу, І. Шамов схильний вважати, що вирішувати, кому й що можна повідомити – справа медичного працівника, причому правду про хворобу можна сказати швидше у виняткових випадках. Свою позицію автор аргументує випадками з власної практики, що свідчать про благу силу надії й незнання [8]. На наш погляд, зазначені приклади свідчать швидше про характерне для цього періоду небажання пацієнта отримати інформацію про свій стан.

Після закінчення Другої світової війни деонтологічна модель морального простору медицини переживає глибоку кризу. За твердженням Н. Семашко, “нова структура духовно-морального підпростору не лише повинна була зупинити спроби використання медичних технологій у непристойних цілях, вона мала спиратися на визнання прав людини та відкритість механізмів прийняття морально неоднозначних рішень” [6, с. 242]. Такою основою став біоетичний *принцип автономії особистості пацієнта*, під яким розуміють фізичну й психічну недоторканність людини при наданні медичної допомоги. В етиці цей принцип уперше з’явився у філософії Нового часу й у подальшому був розвинений у працях Дж. Локка, І. Канта та ін. Сучасне введення зазначеного принципу у сферу охорони здоров’я було зумовлене необхідністю для медичного працівника спільно з пацієнтом вирішувати виниклі моральні дилеми в галузі медицини, викликані бурхливим розвитком біотехнологій тощо.

Якщо зміст деонтології був спрямований на регуляцію діяльності медичного працівника й тому встановлював його обов’язки, то зміст принципу автономії як базового принципу біоетики виражено мовою інтересів і прав. Біоетика в цілому спрямована на захист пацієнта.

Покладання контролю за дотриманням прав пацієнта (право вибору, право на інформацію тощо) на етичні комітети фактично інституалізувало біоетичні принципи, перетворивши їх на соціальний інститут.

Розробка принципу автономії особистості супроводжується особливим нововведенням – *принципом інформованої згоди* (уперше прийнятий на початку 80-х рр. ХХ ст.), який передбачає надання пацієнту (до початку лікування) повної інформації про його стан з урахуванням прогнозів можливих наслідків, пояснення йому можливої міри ризику, небажаних результатів, розкриття реальних альтернатив, надання права змінити рішення.

На відміну від практики патерналізму, подібне розуміння прав людини (хворого), її автономії в подальшому дало змогу розглядати пацієнта як партнера та співавтора всіх рішень, що приймаються фахівцем медичного профілю, хоча й у цьому випадку зберігається ризик неавтономної учас-

ті пацієнта у вирішенні своєї долі, не знімається його залежність від умовностей, від нездатності правильно зрозуміти й оцінити користь і шкоду для власного здоров'я. Інформована згода спирається на *принцип поваги до пацієнта* і, ширше, до людини в цілому. Саме внаслідок визнання цієї поваги стверджується, що треба не приховувати інформацію про стан хворого й можливі альтернативи лікування від самого пацієнта, а повідомляти йому.

У зв'язку з упровадженням у медичну практику трансплантології став очевидним ще один прихований шар морального простору, що формалізувався в моральному *принципі справедливості*, який полягає в тому, що кожен пацієнт, незалежно від соціального походження, матеріального стану, інших чинників, має право на отримання рівного обсягу медичної допомоги й рівного доступу до медичних ресурсів. Складність визначення та реалізації цього принципу багато в чому пов'язана з відсутністю єдиної теорії справедливості, а його вагомість зростає у зв'язку з проблемою розподілу ресурсів в умовах їх дефіциту. Більше того, головна соціальна й моральна проблема медицини в цьому аспекті може бути сформульована так: чи має кожна людина право на охорону свого здоров'я, чи таке право є привілеєм лише заможних членів суспільства?

Упровадження принципів автономії й справедливості спричинило зміну уявлень про фундаментальні підстави духовно-морального простору, але не відмінило принципів, що хронологічно передували йому, хоча їх зміст трансформувалася [8; 9; 10].

Висновки. Підсумовуючи вищесказане, можна стверджувати, що структура морального простору медичної діяльності виглядає таким чином. Принцип автономії особистості зрівнює ролі лікаря й пацієнта у сфері ухвалення рішень і спирається на визнання свободи вибору й самостійності людини. Принцип справедливості гарантує рівний розподіл медичних ресурсів між рівними у своїй автономії й свободі індивідами. Принцип неспричинення шкоди обмежує медичні втручання, оскільки передбачає домінування соціального, а не біологічного у визначенні якості життя, примат самореалізації над органічним благополуччям. Принцип “роби добро” спрямовує активність медичного працівника, дає змогу розставити пріоритети в процесі вибору серед можливих втручань.

Крім цього, вважаємо за необхідне зазначити, що на сьогодні старий ланцюжок “лікар – пацієнт” замінюється новим – “лікар – прилад – пацієнт”, а потреба самого пацієнта в чуйному та уважному ставленні лікаря, у його доброму слові, що вселяє надію, не зменшилась, про це лікар повинен завжди пам'ятати. Технологічний прогрес у медицині не повинен відсувати на другий план особистість пацієнта. Медицина була й завжди буде медициною особистості, медициною для людини з її складним світоглядом. Певні зміни деонтологічного характеру несе в собі спеціалізація сучасної медицини. За наявності багатьох вузьких спеціальностей відповідальність за хворого лягає на багатьох спеціалістів, які його досліджують і лікують.

На підставі вищевикладеного можна зробити висновок, що медична сфера, будучи унікальним моральним простором, висуває особливі вимоги

до якості професійної (передусім, морально-етичної) підготовки майбутніх медиків, особливим чином регулює моральні засади професійної діяльності й особливості підготовки медичних працівників у стінах освітніх установ. У зв'язку із цим необхідними якостями, якими має володіти медичний працівник, виступають моральні (професійно-етичні), а основними проблемами – проблеми їх формування.

Література

1. Агаркова А.О. Деякі аспекти формування професійно-етичної культури майбутнього лікаря / А.О. Агаркова // Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка. – 2010. – № 7 (194). – Ч. I. – С. 10–13.
2. Андриянова Е.А. Биоэтика / Е.А. Андриянова, В.В. Власов. – Саратов, 2003. – С. 11.
3. Грандо А.А. Лікарська етика і медична деонтологія / А.А. Грандо. – 2-ге вид., переробл. і доп. – К. : Вища шк., 1988. – 192 с.
4. Гуггенбюль-Крейг А. Власть архетипа в психотерапии и медицине / А. Гуггенбюль-Крейг. – СПб., 1997. – С. 59.
5. Радугин А.А. Этика : учеб. пособ. / А.А. Радугин. – М. : Центр, 2003. – 224 с.
6. Семашко Н.А. Об облике советского врача / Н.А. Семашко // Избранные произведения. – М., 1954. – С. 242.
7. Гиппократ. Этика и общая медицина / Гиппократ ; сост. С.Ю. Трохачев. – СПб. : Азбука, 2001. – 352 с.
8. Шапов И.А. Искусство врачевания / И.А. Шапов. – Махачкала, 1987. – С.119–142.
9. Яровинский М.Я. Лекции по курсу “Медицинская этика” (биоэтика) / М.Я. Яровинский. – М., 1999. – С. 24.
10. Яровинский М.Я. Формирование основных понятий медицинской этики и деонтологии / М.Я. Яровинский // История врачебной деонтологии : V Симпозиум по истории медицины СССР – ГДР : тез. докл. – М., 1983. – С. 13–17.

КЕМКІНА В.І.

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ З РОЗВИТКУ РУХОВОЇ СФЕРИ ДОРΟΣЛИХ СЛІПИХ

Важливим завданням України як європейської й демократичної держави є створення умов для повноцінної самореалізації та життєдіяльності своїх громадян. Люди з особливими потребами через обмежені можливості потребують особливої уваги й підтримки з боку суспільства. Саме ставлення до найменш соціально захищених верств населення завжди було свідченням цивілізованості суспільства та держави. Зважаючи на це, Конституція й закони України, ратифіковані міжнародні нормативно-правові акти, що визначають права людини, спрямовані на створення правових, соціально-економічних та освітніх умов для інтеграції в суспільство дорослих і дітей з особливостями фізичного та розумового розвитку. Практична реалізація значених завдань визначена в Концепції “Спеціальна освіта осіб з фізичними та психічними вадами в Україні на найближчі роки та на перспективу”.

У корекційній педагогіці проблема корекції психофізичних порушень у розвитку людей різного віку з втратою зору була предметом дослідження багатьох вітчизняних та зарубіжних учених. Вивчено окремі аспек-