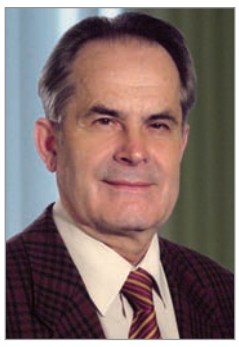
М.А. Андрейчин, член-кореспондент НАМН України, д.м.н., професор, Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Біоетичні та духовні засади медичної допомоги інфекційним хворим



М.А. Андрейчин

Низка актуальних проблем, що склалися в сучасній українській медицині, викликають необхідність у більш широкому використанні біоетичних і духовних засад під час надання медичної допомоги інфекційним хворим, вимагають знання особливостей психіки таких пацієнтів, принципів емпатії, біоетики, нооетики та їх застосування в професійній роботі лікаря-інфекціоніста, зумовлюють потребу в зміцненні духовності медичного персоналу.

По-перше, відбулося небачене розшарування суспільства на дуже багатих і дуже бідних громадян; причому якщо перших приблизно 5-7%, то других – майже 50%, із них 8% – люди, які перебувають за так званою межею бідності. Зважаючи на те що інфекційні захворювання найчастіше вражають соціально незахищені верстви населення, стає зрозуміло, чим викликана особлива увага до цих хвороб у сучасному українському суспільстві.

По-друге, вартість надання медичної допомоги інфекційним хворим за останні роки значно зросла. Нагадаємо, що діагностика хронічного гепатиту С та річне лікування з використанням пегільованих інтерферонів сьогодні коштують близько 150 тис. грн. У більшості країн оплата діагностики й лікування інфекційних хвороб здійснюється за рахунок держави. Подібний підхід застосовувався в Україні в радянські часи і був би виправданим нині, але, на жаль, зараз основна частина витрат припадає на пацієнтів. Оскільки більшість хворих бідні, то вони не спроможні повною мірою скористатися досягненнями науки й практичної медицини. Державної програми з інфекційних хвороб, на яку б виділяли кошти, досі немає, попри щорічні наполегливі звернення, у тому числі й відкриті листи, до перших осіб держави, Асоціації інфекціоністів України.

По-третє, щороку повільно, але неухильно збільшується приватний медичний сектор, який бере на себе надання відповідної допомоги інфекційним хворим. Однак інфекційні захворювання, попри свій інтегральний характер у медицині, мають принципову відмінність від соматичних і психічних. Це диктує необхідність спеціальної підготовки медичного персоналу та багаторічного досвіду. За умов, що склалися, цим нехтують; лікуванням інфекційних хворих займаються не тільки лікарі різних спеціальностей, а й аптекарі та фармацевти.

По-четверте, понад 70 років комуністична влада за допомогою потужного ідеологічного апарату насаджувала населенню атеїстичний світогляд, який не сумісний із духовними потребами людей.

По-п'яте, стрімкий науково-технічний прогрес вимагає швидкого розвитку етико-філософського світогляду лікарів, у тому числі інфекціоністів, паразитологів, епідеміологів, мікробіологів та імунологів – усіх медичних фахівців, чия діяльність пов'язана з інфекційною патологією.

Ще у 1980-х роках ми опублікували декілька статей про деонтологічні вимоги щодо діяльності інфекціоністів [1]. Як у ті далекі роки, так і сьогодні лікар будь-якої спеціальності повинен дотримуватися принципу гуманізму як основної засади практичної медицини: кожна медична спеціальність має свої деонтологічні особливості, пов'язані з її клінічною специфікою, а спеціальність інфекціоніста – ще й епідеміологічні особливості.

Психологічні стани, що спостерігаються у пацієнтів з інфекційними захворюваннями

Своєрідність взаємин між медичним персоналом та інфекційними хворими обумовлена контагіозністю інфекційних захворювань, що зумовлює такі психологічні стани у пацієнтів:

- усвідомлення заразної суті інфекційного захворювання: страждання не тільки через хворобу та перспективу втратити здоров'я чи навіть життя, а й від думки, що в організмі живе та множиться паразит;
- переживання через потенційну небезпеку інфікувати рідних і близьких людей;
- міркування щодо ймовірності інфікувати себе іншими хворобами під час перебування в інфекційному стаціонарі або відвідування кабінету інфекційних захворювань у поліклініці;
- сумніви щодо правильності діагнозу інфекційного захворювання;
- небажання інформувати лікаря про обставини ймовірного зараження, оскільки вони нерідко пов'язані з особливостями інтимного життя, побуту, шкідливими звичками, наркотичною залежністю, а їх оприлюднення, на думку пацієнта, може зашкодити його авторитету, кинути тінь на сім'ю чи друзів, а також знизити бажання лікаря надати дієву допомогу;
- переживання, пов'язані з ізоляцією від рідних і близьких.

Видатні інфекціоністи минулого сторіччя аналізували психічний стан інфекційних хворих і присвятили їх взаєминам із лікарем низку публікацій, що вплинули на формування світогляду багатьох поколінь спеціалістів. Це, насамперед, українець за походженням, клініцист і філософ, московський академік Олександр Федорович Білібін, який писав: «Профессия медика предъявляет повышенные требования не только к голове, но и к сердцу человека», «Медицина для истинного врача больше, чем профессия. Она – образ жизни», «Истинное врачевание представляет собой сплав науки с гуманизмом» [2].

Із повагою та вдячністю варто згадати київського професора Бориса Леонтійовича Угрюмова, його мемуарні роздуми «Записки фронтового лікаря», «О врачебном долге», «Медицинская биография поколений», «Незримый фронт», «Природа, болезни, ученые». Ці книги з дарчими підписами автора я зберігаю як реліквії.

О.Ф. Білібін, 1897–1986

Б.Л. Угрюмов, 1913–1993

Питання професійної етики і деонтології в практиці лікаря-інфекціоніста

Між інфекціоністами немає достатньої етичної консолідації, і тому ми витрачаємо багато сил і часу на бюрократизацію професійної роботи; ми змушені списувати стоси паперу, вести детальні карти стаціонарного хворого, щоб захистити себе на випадок його скарги чи претензій із боку адміністрації.

Можливо, іншою крайністю є історія хвороби пацієнта із черевним тифом, який протягом 4 міс 1941-1942 рр. перебував в Острозькій лікарні (Рівненська обл.). Таке тривале стаціонарне лікування відображене лише на 4 сторінках бланка.

У наш час для зберігання інформації легше було б використовувати електронні носії, однак на заваді звільнення лікаря від написання безлічі паперів стоїть недовіра, пов'язана з категорією моралі.

Ще недавно медики обговорювали питання лише професійної етики й деонтології. На сьогодні цього вже недостатньо.

Світова медична спільнота перейшла на якісно вищий рівень філософського світогляду й оперує такими новими поняттями, як емпатія, біоетика та нооетика. Для багатьох українських лікарів, у тому числі інфекціоністів, на жаль, ці терміни мало про що говорять, та й науковці з галузі інфекційних хвороб не поспішають трансформувати нові філософські здобутки в медичну практику.

Інфекціоніст, як і будь-який інший клініцист, зобов'язаний встановити діагноз інфекційної хвороби й призначити ефективне лікування. Успішно досягти цього можна лише за певних умов. Необхідно, зокрема, вивчити та врахувати особливості психіки хворого, рівень його культури, ставлення до свого здоров'я, індивідуальну реакцію на хворобу, вплив попереднього лікування.

Більшість пацієнтів потребують приязного ставлення та заспокійливої бесіди для підтримання надії на видужання. Проте трапляються хворі, на яких краще впливає категоричний висновок. Одні шукають контакту з лікарем, інші, навпаки, уникають спілкування з ним. Чимало пацієнтів ігнорують наявність хвороби навіть у разі тяжкого перебігу, деякі ж навіть незначне порушення стану сприймають як велике нещастя, з яким не можуть впоратися. Як лікареві себе поводити з різними хворими?

Світовий досвід пропонує проявляти емпатію – співпереживання і співчуття по відношенню до емоційного стану іншої особи, що сприяє порозумінню. Психотерапевти за допомогою спеціальних тренінгів розвивають у собі засади емпатії, щоб розуміти переживання пацієнта і в подальшому вміти піклуватися про нього. У багатьох країнах давно створені та успішно діють громадські товариства з емпатії. В Україні сьогодні подібних об'єднань немає.

Під час опублікування у 2005 р. першої статті на цю тему [3] ми не могли знайти жодного посилання на інфекціоніста, хоча переглянули основну літературу. Опитали тоді багатьох лікарів і науковців, але зіткнулися з нерозумінням цього терміна. Можливо, тому, що емпатія є категорією християнського милосердя, тобто любові до ближнього, до якого закликає церква. А все, що пропонувала ця інституція, у радянський час відкидалося або замовчувалося. В академічному виданні «Философский энциклопедический словарь» (М., 1983) статті про емпатію немає.

Ми переконані, що запровадження вчення про емпатію сприятиме поліпшенню морального клімату у стосунках лікаря з пацієнтом, а отже, підвищенню якості лікарської допомоги.

Однією з найчастіших помилок у практиці інфекціоніста є те, що свідомо чи підсвідомо вже в перші хвилини спілкування із хворим ми формулюємо вірогідний діагноз і далі збираємо анамнестичну та об'єктивну інформацію в межах передбачуваної хвороби. Все почуте й побачене інтерпретуємо з позиції власної здогадки, яка, однак, може бути хибною. Особливо часто це проявляється під час епідемій та пандемії. Згадаймо останню пандемію каліфорнійського грипу: чимало інших інфекційних хвороб сприймалися фахівцями як грип. Усі тоді були загіпнотизовані загрозою пандемічного грипу. Поширенню паніки також сприяли політики, які часто замість лікарів коментували клініку та епідеміологію грипу, здійснення лікувальних і профілактичних заходів. Одна з кандидаток на посаду президента України з телеекрана стверджувала, що це не епідемія грипу, а поширення легеневої чуми, і навіть принципові заперечення інфекціоністів не вплинули на її впевненість у своїй правоті.

У наш час великий вплив на людське суспільство мають урбанізація, глобалізація, техногенні катастрофи, кліматичні зміни, тому на зміну медичній етиці та деонтології з їх відносно вузькими завданнями прийшла біоетика.

Біоетика – систематичний аналіз людської поведінки у сфері життя і здоров'я з позиції моральних цінностей та принципів. Вона поєднує велике коло соціально-економічних, екологічних, медичних, морально-етичних, юридичних та інших питань, що стосуються всієї біосфери. У зв'язку з цим впроваджене поняття глобальної біоетики.

Основні принципи медичної біоетики в діяльності лікаря такі [4]:

- не нашкодити;
- допомагати і сприяти;
- визнавати і поважати вибір пацієнта;
- сповідувати соціальну справедливість;
- дотримуватися правдивості інформації;
- бути відповідальним (цей принцип додано нами, оскільки без його дотримання все наведене вище не можна реалізувати).

На інфекціоністів покладено відповідальність зберегти та відновити здоров'я інфекційного хворого, а також попередити інфікування інших. Якщо ми дійсно хочемо виконати це завдання, то мусимо бути відповідальними, виховувати цю рису характеру з дитинства і далі підтримувати на належному рівні. Цьому сприяє не стільки контроль із боку суспільства, скільки власне сумління. Зниження планки відповідальності в цивілізованому світі підлягає моральному і юридичному осуду, тому що ціна цього може бути дуже великою: втрата пацієнтом здоров'я і навіть життя.

У високорозвинених країнах відповідальність лікарів перебуває під пильним наглядом відповідних асоціацій, які здійснюють їх періодичну атестацію. Чи буде запроваджений подібний механізм в Україні, не відомо. Листи з такою пропозицією вже не один рік лежать у Міністерстві охорони здоров'я.

Біоетичні проблеми під час лікування ВІЛ-інфікованих

Важливість і багатогранність глобальної біоетики розглянемо на прикладі ВІЛ-інфекції. За короткий час ця небезпечна хвороба досягла масштабів пандемії, що, у свою чергу, призвело до появи низки етичних проблем. До них належать такі.

А. Клінічні аспекти:

- ставлення суспільства до інфікованих як до стигматизованих (затаврованих, від слова «стигма» – тавро, ярлик);
- дискримінація та остракізм;
- депресія, страх втратити сім'ю та друзів, стрес, неспроможність до адаптації;
- необхідність отримання інформованої згоди на тестування та консультування;
- відмова хворого від статевого життя;
- відмова від надання медичної допомоги;
- потреба в плануванні сім'ї, штучному заплідненні, перериванні вагітності тощо.

Б. Клініко-соціальні аспекти:

- особиста профілактика ВІЛ-інфекції;
- первинна профілактика ВІЛ-інфекції за підтримки державних, громадських і релігійних організацій;
- ВІЛ-інфекція як професійне захворювання;
- конфіденційність і повага до особистих прав і свобод людини;
- надання якісного лікування;
- апробація вакцин на хворих.

В. Соціальні аспекти:

- загроза політичній стабільності;
- загроза економічній безпеці;
- державна політика та законодавчі заходи;
- міжнародне й регіональне співробітництво;

• релігійна підтримка хворих;
• використання засобів масової інформації та соціальної реклами;
• право на пільги й матеріальну підтримку;
• забезпечення прав і свобод, передбачених Конституцією і законами України;
• кримінальна й цивільна відповідальність;
• ставлення до сексуальних меншин і секс-бізнесу;
• ставлення до ін'єкційних споживачів наркотиків.

Нооетика: новий рівень біоетики

Нещодавно вченими (В.М. Запорожан, М.А. Аряєв) був обґрунтований новий етап історичного розвитку біоетики, яку назвали «нооетика» [4, 5]. За основу автори взяли вчення В.І. Вернадського про біосферу й ноосферу. Сам учений вважав, що «ноосфера – це біосфера, перероблена науковою думкою». Іншими словами, вона є новою специфічною оболонкою Землі, яку формує діяльність людей.

Згідно з новими уявленнями біоетика діє в межах біосфери та передбачає правила поведінки у ній в інтересах захисту людини, усього живого й довкілля. Нооетика повинна функціонувати в ноосфері, складається з правил і поведінки в ноосфері в глобальних інтересах існування живого, природи, екосистеми.

Місце та роль інфекційних хвороб у біосфері досліджують давно, нагромаджені колосальні знання, серед яких вагоме місце займає біоетика, зокрема медична етика. Менше уявлення маємо про виникнення та поширення інфекційних хвороб у ноосфері, яка швидко й масштабно змінюється, а етичний аспект цієї проблеми розробляється вкрай недостатньо. Разом із тим наслідки науково-технічної революції, яку переживає людство, у майбутньому можуть бути катастрофічними як для природи в цілому, так і для людини зокрема.

Особливу увагу слід звернути на появу нових інфекційних хвороб і повернення вже відомих інфекцій, загрозу біологічної війни й біотероризму [6]. На наше глибоке переконання, науковці, які займаються розробкою біологічної зброї, підлягають суворому моральному осуду. Наукова спільнота зобов'язана припинити з ними будь-які наукові взаємостосунки та оприлюднити своє негативне ставлення.

Медицина і духовність

Сучасний український учений-гігієніст, академік НАН України, віце-президент НАМН України, голова Комісії з біоетики при Кабінеті Міністрів України, доктор медичних наук, професор Ю.І. Кундієв висловився так: «Біоетика – це органічне поєднання новітніх досягнень біологічної науки та медицини з духовністю».

В історії медицини відомо чимало прикладів високодуховних лікарів, які самовіддано й безкорисливо служили хворим. У православному світі таким, зокрема, був чернець Агапіт Печерський [7]. Знаменитий лікар Київської Русі жив у XI ст., лікував за допомогою молитв, спеціального догляду, харчування та цілющих трав. Оскільки в той час більшість пацієнтів були інфекційні хворі, то цього монаха можна вважати одним із перших українських інфекціоністів, про яких до нас дійшла письмова згадка. У 2002 р. президія Асоціації інфекціоністів України затвердила Положення про нагородження кращих членів товариства іменною медаллю Агапіта Печерського «За внесок у боротьбу з інфекційними хворобами». Медалі вручають на чергових з'їздах інфекціоністів, на сьогодні вже нагороджено 38 лікарів.

Жак Луї Давід «Святий Рох просить Богородицю врятувати хворих від чуми»

Агапіт Печерський, ?–1095

Повернено із забуття в Україні ім'я Святого Роха – визнаного в християнському світі покровителя інфекційних хворих, який народився в XIII ст. на півдні Франції [8]. Ризикуючи життям, Рох жертовно й самовіддано допомагав хворим на чуму. Про цю людину, як і про київського Агапіта, ходили легенди. У Західній Європі ім'я Святого Роха носять лікарні, благодійні заклади, є пам'ятники йому. Цікаво зазначити, що ще 1778 р. такий монумент було встановлено на Тернопільщині після страшної епідемії холери. Зберігся фотознімок, зроблений у 1914 р., на якому зображений цей пам'ятник біля школи в м. Копичинцях. Проте у фатальну ніч 1952 р. він був знесений комсомольцями-активістами, і наступні покоління молоді нічого не знали про покровителя інфекційних хворих.

Про ім'я Роха я вперше довідався в 1990 р., коли побував у м. Празі (Чехія), де діє Інститут інфекційних хвороб ім. Святого Роха. На картині відомого французького митця Жака-Луї Давида зображено Роха, який молиться до Богородиці про захист хворих на чуму.

У 1754 р. у м. Карлові Вари (Чехія) був споруджений монумент жертвам чуми. Він побудований на спільні кошти місцевих общин християн, мусульман та іудеїв, що підтверджує: для інфекційних хвороб не існує державних, національних чи релігійних відмінностей між людьми.

Висновки та пропозиції

1. Основні засади медичної етики та деонтології органічно увійшли в коло морально-етичних, екологічних, соціально-економічних, юридичних та інших знань і проблем, які вивчає біоетика.
2. Новим, вищим рівнем біоетики стала нооетика, що оцінює правила поведінки в ноосфері в глобальних інтересах існування живого, природи, екосистеми.
3. На сучасному етапі розвитку українського суспільства запровадження досягнень медичної біоетики відстає від потреб клінічної інфектології.
4. Медична біоетика інфекціоністів має низку особливостей, які обумовлені контагіозністю інфекційних хвороб.
5. Застосування інфекціоністами методів емпатії може покращити взаємини з хворими та якість їх лікування.
6. Відомі принципи медичної біоетики доцільно доповнити принципом відповідальності, що сприятиме їх впровадженню в практику.
7. Відродження та зміцнення духовності медичного персоналу сприяють підвищенню якості медичної допомоги інфекційним хворим. У зв'язку з цим необхідно більш широко популяризувати подвижницьке життя, жертовність і моральні принципи Агапіта Печерського і Святого Роха – покровителів інфекційних хворих, а також видатних учених-інфекціоністів XX століття.

Література

1. Андрейчин М.А. Вопросы деонтологии в работе инфекциониста // Тер. арх. – 1984. – № 9. – С. 112-114.
2. Билибин А.Ф. // Тер. арх. – 1981. – № 5. – С. 8-10.
3. Андрейчин М. Біоетика і емпатія // Християнське милосердя і світська емпатія (Науковий збірник). – Київ-Тернопіль: Укрмедкнига, 2005. – С. 61-65.
4. Запорожан В.М., Аряєв М.Л. Біоетика. – Київ: Здоров'я, 2005. – 288 с.
5. Запорожан В.Н. Путь к нооэтике. – Одесса: Одесский медуниверситет, 2008. – 284 с.
6. Андрейчин М., Копча В. Біотероризм: Медична протидія. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2005. – 300 с.
7. Києво-Печерський патерик / Пер. з церковносл. М. Кашуба і Н. Пікулик. – Львів: Свічадо, 2001. – 192 с.
8. St. Roch: http:// saints.catholik.org/saints/roch.html

НОВИНИ МОЗ

За останні 2 роки кількість курців серед українського населення зменшилась

В Україні вже другий рік діє Державна цільова соціальна програма зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров'я населення на період до 2012 р. Головним показником ефективності виконання цієї програми є рівень зменшення поширеності тютюнопаління.

З 2000 р. проводяться вибіркові опитування домогосподарств щодо самооцінки стану здоров'я та рівня захворюваності населення. Так, за даними опитування, у 2010 р. порівняно з 2009-м частка курців у віці понад 12 років зменшилася (з 23,5 до 22,4%).

Державною програмою передбачалося у 2010 р. зменшити показник поширеності куріння до 23%, проте вдалося досягти навіть кращого результату. Для прикладу, у 2008 р. цей показник становив 25,6%.

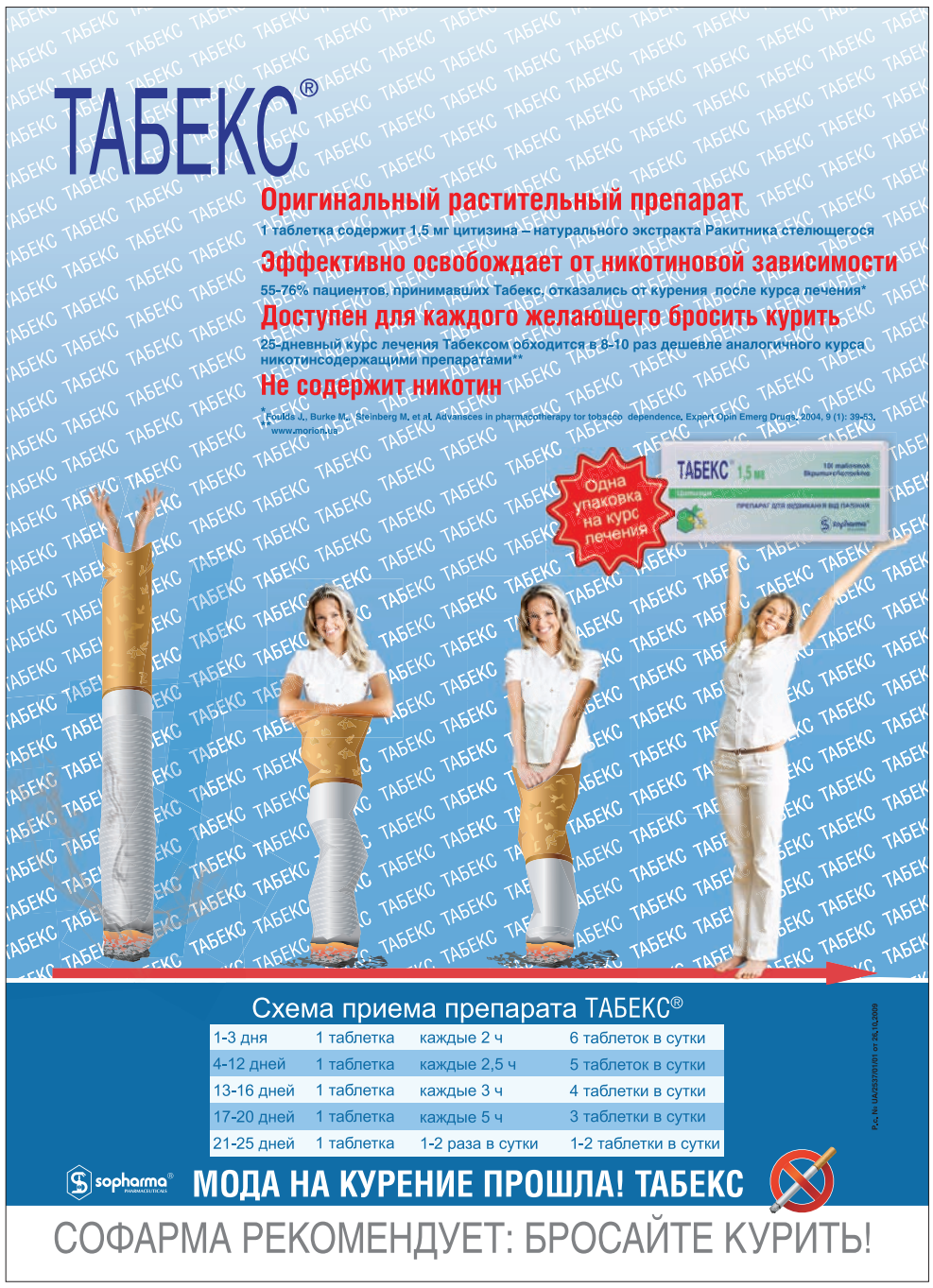
Розрахунки, зроблені за даними Держкомстату, свідчать, що за минулий 2010 р. серед чоловіків віком понад 18 років частка курців зменшилася з 49 до 46,5%, а серед жінок – із 6,2 до 5,8%. Натомість серед підлітків 14-17 років вона дещо зросла – з 3,6 до 4,3%.

Найвищі показники поширеності куріння фіксуються в Дніпропетровській (27,1%) та Донецькій (28,1%) областях. В інших регіонах поширеність куріння продовжує зменшуватися, а в Поліському, Подільському та Карпатському регіонах становить менше 20%.

У період з 2008 по 2010 рік частка курців серед осіб віком понад 18 років загалом зменшилася – з 27,5 до 24%. Цьому, в основному, сприяло значне підвищення акцизів і цін на тютюнові вироби.

Для того щоб посилити позитивну тенденцію до зменшення вживання тютюнових виробів, а отже, знизити кількість викликаних тютюнопалінням випадків захворювання і смерті, заходи, які передбачені Державною цільовою соціальною програмою, повинні фінансуватися та виконуватися в повному обсязі. Зокрема, до них належать такі: створення телефонної лінії для осіб, які потребують допомоги у відмові від куріння; посилення контролю за звільненням робочих і громадських місць від тютюнового диму, а також ухвалення Верховною Радою України законопроектів щодо заборони реклами тютюнових виробів.

За інфомацією прес-служби МОЗ України



Наш сайт www.health-ua.com В среднем более 8000 посещений в день* • Архив «Медичної газети «Здоров'я України» с 2003 года *http://top.bigmir.net/report/58476