

БІОЕТИКА ВЗАЄМВІДНОСИН У СИСТЕМІ “ЛІКАР—ПАЦІЄНТ” В УМОВАХ НАУКОВО-ТЕХНІЧНОГО ПРОГРЕСУ ТА РИНКУ

**Бакалюк Олег Йосипович, Давидович Ігор Євгенович,
Вакіряк Петро Іванович, Потічна Олександра Ігорівна,**
Тернопільський національний економічний університет

Особливості лікарської діяльності полягають в установленні особливого рівня довіри пацієнта до лікаря [3; 18]. Останньому пацієнт добровільно вручає своє здоров'я, а деколи і життя, розкриває перед ним усі, навіть найбільш інтимні переживання. Специфіка цієї діяльності зумовлена і її високим і неповторним гуманістичним змістом, унікальністю буття людини, складністю виявлення компенсаторних можливостей організму людини як складної біологічної істоти з неповторним механізмом саморегуляції процесу обміну речовин, а у багатьох випадках і недосконалістю медичної науки та організації охорони здоров'я.

Біоетичні проблеми взаємовідносин “лікар-пацієнт” постали уже на етапі зародження медицини. Найбільш ранні аспекти діяльності лікаря зводилися до правил вигляду, характеру та поведінки лікаря (фізична витривалість, моральна стійкість, інтелігентність, тактовність у відносинах з хворими, колегами, учнями, колегіальність (Аюрведа, “Наука життя”). Подальший розвиток біоетики пов'язують з працями Гіппократа, в уяві якого для лікаря повинні бути характерні: “...презирство до грошей, совісність, скромність, простота в одязі, повага, відраза до вад, рішучість, чистота та багатство думок, знання усього того, що необхідно для життя, заперечення забобного страху перед богами...” [4, 87–88], постулатами, викладеними у Салернському кодексі здоров'я, Каноні лікарської науки Авіценни, “Факультетских обещаниях” російських вчених XIX століття [8]. Ці норми не втратили свого значення і тепер.

Закономірно виникає питання: якщо ці постулати витримати перевірку часом, то чи є необхідність знову повертатися до них? Відповідь однозначна: так. Причин багато. Перш за все це стрімкий науково-технічний прогрес, який уже вніс глибокі зміни в усі сфери діяльності людини, у тому числі у медичну науку та практику [13; 14].

У третє тисячоліття сучасне людство увійшло збагачене багатомістовим історичним, культурним та науковим спадком. Свідком цього є видатні досягнення і медичної науки. Гормональна та антибактеріальна терапії трансплантація органів і тканин, терапія стволовими клітинами, генна інженерія, рентгенологічні, ультрасонографічні і лапароскопічні методи діагностики та лікування, комп'ютеризація цих процесів — далеко не повний перелік усього позитивного, що привніс розвиток техніки у практичну медицину.

Колосальний об'єм цих принципово нових досягнень науки та техніки корінним чином змінив конкретні, історично складені умови професійної діяльності лікаря та його взаємин з пацієнтом. Якісні зміни у професію лікаря, які внесені цим прогресом, певним чином змінюють і його взаємовідносини з пацієнтом, виявляють нові можливості і породжують нові й досить серйозні проблеми та протиріччя. Вкажемо, наприклад, що такий метод лікування, як трансплантація органа, принципово відрізняється від інших видів оперативних втручань. По-перше, у цей процес втягується третя особа — людина, у якої “забирають” орган для трансплантації. По-друге, при цьому порушується стрижневий принцип медицини — не нашкодь — оскільки видалення органа, наприклад, нирки, у здорового донора для пересадки не є для нього абсолютно нешкідливим і супроводжується певним ризиком для здоров'я

і життя, як у момент трансплантації, так і у подальшому. По-третє, протиріччя між метою трансплантації та реанімації ставлять перед сучасною медициною складну етичну проблему про можливість вилучення органа у пацієнта з зареєстрованою так званою “смертю мозку” до появи ознак біологічної смерті [5].

Сучасні досягненні реаніматології деколи входять у протиріччя з моральними і етичними критеріями, що утруднює положення лікаря при виконанні ним лікарсько-го обов’язку. За допомогою апаратів керованого дихання та штучного кровообігу можна необмежено довго (деколи роками) зберігати життя людини, у той час як у мозку виникли глибокі незворотні зміни з руйнацією людини як особистості. Лікарі знають про безперспективність допомоги за таких умов, але не мають ні морального, ні юридичного права відключити апарати, тому що у цьому випадку дії лікаря будуть у суді розцінені як еутаназія, тобто сприяння настанню смерті пацієнта. Важкі моральні наслідки пов’язані у ряді випадків з оживленням недоношених новонароджених або тих, які народилися у стані глибокої асфіксії, з наявністю важкої пологової травми. Ці стани деколи супроводжуються розвитком незворотної психічної неповноцінності дитини, причому ці риси можуть перенестися на її майбутнє потомство.

Повселюдна технізація, машинізація, хімізація та урбанізація життя людини супроводжується також суттєвими змінами у структурі захворюваності та смертності населення. Інтенсифікація праці, накопичення великих мас людей у містах, постійно зростаюче забруднення довкілля, необхідний для щоденного засвоєння величезний потік інформації, різного роду стресові ситуації — усе це вносить свій вклад у процес зникнення ряду захворювань і виникнення нових. Практика широкого застосування антибіотиків, крім позитивних зрушень у плані зменшення кількості інфекційних захворювань, супроводжується розвитком резистентних до їх дії знову ж таки інфекційних захворювань (вказемо, що стан з поширенням туберкульозу в Україні розцінений як епідемія!) з видозміненою клінічною картиною, негативним впливом (як і інших хіміотерапевтичних засобів) на імунну, дихальну, серцево-судинну системи, системи детоксикації та елімінації чужорідних речовин (ксенобіотиків). А зміни у клінічній картині і перебігу захворювання поряд з усе зростаючим потоком спеціальної інформації вимагають від лікаря постійного удосконалення і підвищення кваліфікації. Звичайно, за своїм покликанням, кожен лікар зобов’язаний постійно розшукувати, оцінювати і узагальнювати необхідну інформацію щодо новітніх медичних технологій діагностики та лікування. До його послуг — понад 40 тисяч (!) біомедичних журналів, у яких щорічно публікується майже 2 мільйони наукових статей [11, 4]. Але як можна регулярно “переварювати” такий об’єм інформації?

Сказане у такому ж ступені має відношення і до пацієнта. Безпосереднім результатом впливу науково-технічного прогресу є якісні зміни його особистості. Стрімке проникнення досягнень науки і техніки в усі регіони життя людини — управління, виробництво, побут, відпочинок — супроводжується зростанням загальної та гігієнічної культури населення. Як наслідок — у більшій частині випадків лікар має справу з новим типом особистості пацієнта, якого не можуть не хвилювати питання власного соматичного та психічного здоров’я. Він хоче розібратися в суті наявних в його організмі фізіологічних і патологічних процесів, мати повну інформацію про стан свого здоров’я, характер захворювання, рівень ризику для життя, можливі підходи до лікування, позитивні та негативні наслідки кожного із існуючих методів, механізм дії призначуваних ліків, їх ефективність, побічні прояви. Тому натеper слід однозначно відкинути застарілу доктрину сліпого підпорядкування пацієнта лікареві [12, 7].

Виник й інший “тип” — “войовничий” пацієнт, який, наслухавшись радіо — та телепередач або начитавшись спеціальної літератури, вважає, що власне він повинен диктувати лікарю план свого обстеження та лікування (звичайно, найбільш сучасними діагностичними методами та “сильними” або “модними” препаратами).

Іншим важливим аспектом у системі “лікар-пацієнт” є “просвітницька” діяльність окремих пацієнтів. Як правило, це “бували” пацієнти, які встигли побувати у багатьох клініках і перепробувати на собі масу форм та методів лікування. Такі, з дозволу сказати, “ветерани від медицини” створюють чималу небезпеку як для лікарів, так і для їх пацієнтів, сіючи зерна невпевненості в правильності діагнозу та призначеного лікування для пацієнта та нігілізму до можливостей медицини взагалі. Ці “зерна” глибоко вкорінюються у підсвідомості пацієнтів і нейтралізувати їх — важка психологічна проблема.

Не можна в аспекті біоетики не згадати про її ще один аспект — минулий принцип “лікар-пацієнт” замінений натепер принципом “лікар (лікари) — прилад (прилади) — пацієнт” [1]. В лікувальних закладах широко використовуються прилади не тільки для визначення окремих параметрів життєдіяльності людини, але й існують цілі кабінети та діагностичні відділення функціональної діагностики. Не викликає сумніву позитивний момент такого стану медицини, однак він “посприяв” “подрібненню” медицини як цілої науки на ряд вузьких спеціальностей (“ологій”), де вивчають стан і лікують один орган або систему, втрачаючи при цьому поняття цілісності організму. Усе це викликає певне незадоволення пацієнта, коли він за апаратами та аналізами не бачить свого лікаря, не може поділитися з ним своїми переживаннями, страхами, проблемами, і потреба пацієнта в чуйному, уважному відношенні лікаря, в його доброму слові, яке дає надію, у наш технічний вік не тільки не зменшилася, а навіть загострилася.

Кожній хворій людині, освіченій та ерудованій чи малограмотній не все одно, хто і як його лікує. Очевидно, що справа не йде про полеміку з пацієнтом, а про терпляче, авторитетне і терпеливе пояснення пацієнту його стану, сучасних підходів до лікування та вторинної профілактики. У розмові, коли пацієнт відчуває, що лікар вкладає у цей процес свою душу, пацієнт повірить у правильність призначеного лікування, безапеляційно виконає усі лікарські рекомендації. Однак не викликає сумніву, що регламентований наказами МОЗ час на спілкування з одним пацієнтом протягом 12 хвилин (!), аж ніяк не сприяє установленню творчого особистого контакту, а його недооцінка, вказівки, адресовані пацієнту імперативним тоном у межах вищенаведеного ліміту часу, викликають незадоволеність, тривогу і страх, що ще більше послаблює психологічний та фізіологічний захист його організму. **Ми вже не говоримо про те, що в умовах ринкових відносин, економічної нестабільності суспільства, невпевненості в завтрашньому дні, мінімальних доходів, страх захворіти і залишитися жebraком є у цій ситуації домінуючим!** Абсолютну рацію має академік Г.І. Царегородцев [16]: “... Медицина безпосередньо торкається етичного та емоціонального світу пацієнта, вона здатна впливати на його світ, а через нього і на життєдіяльність організму, його здоров'я та хворобу...”. Про це дуже добре сказав і Антуан де Сент-Екзюпері: “... Я вірю... прийде день, коли невідомо чим хворий віддасть себе в руки фізиків. Не питаючи його ні про що, фізики візьмуть у нього кров, виведуть якісь величини, перемножать їх одна на другу. Потім, звірившись з таблицею логарифмів, вони вилікують його однією-єдиною пілюлею. І все ж, якщо я захворію, то звернуся до якого-небудь старого земського лікаря. Він подивиться на мене краєм ока, пощупає мені живіт... вислухає мене. Потім кашляне,

розкурюючи свій чубук, потре підборіддя і посміхнеться до мене, щоб втамувати мій біль. Розуміється, я захоплююсь Наукою, але я захоплююсь і Мудрістю...” [9, 273–274, переклад наш, Б.О., В.П., П.О.]

А тепер про ту саму “одну-єдину Сент-Екзюперівську пілюлю”. Доведено, що нормальне фінансування системи охорони здоров’я є можливим лише за умови виділення на ці потреби 10–12% валового національного продукту. Цей показник в Україні за усі роки незалежності не перевищував 3%, а у бюджеті розвитку держави на 2006 рік він знову склав лише 3,3% і 67% від належного [6]. Це ж тільки США можуть дозволити собі щорічно виділяти на охорону здоров’я 1,8 трлн доларів, що складає 15,3% ВВП. Навіть якщо у наступних роках в економіці України пройдуть задекларовані позитивні зрушення, то медицина отримає від сили 20 млрд гривень, що все рівно буде у 500 разів менше, ніж у США. Такий “статус кво” ніколи не забезпечить виконання ст. 49 Конституції України про безоплатність медичної допомоги. До неприпустимо низького рівня зменшився також і гарантований державою обсяг надання невідкладної медичної допомоги при загрозувальних життєвих станах або нещасних випадках.

У силу дорожнечі у переліку ліків, дозволених для закупівлі органами охорони здоров’я, відсутні дійсно ефективні засоби, які спроможні радикальним чином змінити на краще перебіг хвороби. То, можливо, має рацію минулий міністр охорони здоров’я М. Поліщук [10, 8], який пише, що “... українська медицина схожа на потвору... Корупція проглядається легко — закупаються неефективні, несертифіковані ліки, непотрібне обладнання і, звичайно, за нереально завищеними розцінками...”.

Однак справі не тільки у фінансуванні галузі. Потрібне ще й розумне використання цих коштів! Візьмемо, для прикладу, справу закупівлі ліків. Директор Державного фармакологічного центру, виконавчий директор Асоціації фармацевтів України В.Т. Чумак [17] вказує, що натепер в Україні зареєстровано біля 15 тис препаратів за торговими назвами, із них засобів за діючою речовиною — дещо більше 2250. Так, у нас зареєстровано біля сотні торгових марок диклофенаку та ацетилсалцилової кислоти, причому за різних тестів біоеквівалентності (!) інструкції до їх вживання схожі як дві краплі води. А анархія у цій справі, яка до останнього часу існувала на рівні МОЗ? Відсилаємо зацікавлені особи до інформації КРУ та Рахункової Палати: “За бюджетні кошти чиновники МОЗ України закупляли у “своїх” фірм ліки для державних лікарень за цінами, які на 587% (!) були вищі аналогічних ліків на нашому ринку, блокуючи можливість участі в тендерах інших фірм”. Загалом же результати перевірок свідчили про багатомільйонні втрати бюджетних коштів, їх нераціональне використання. А фінал? Один із високопосадовців МОЗ рішенням Печерського районного суду підданий адміністративному стягненню в розмірі 510 (!) гривень (“Дело врачей”. — Газета “2000” від 4.02.2005 р., блок В). А через брак бюджетних коштів населення не може сподіватися на відшкодування вартості дійсно ефективних ліків, яке натепер не перевищує 2,7%, у той час як за кордоном цей показник становить 70% [17].

Чи не звідси — втрата надії пацієнта на можливістьвилікування традиційними методами та зростання зацікавленості до нетрадиційної (читай — дешевшої) медицини. Ця “ніша” тут же заповнилася армією “білих” і “чорних” магів, чаклунів, провидців та цілителів місцевого і міжнародного класів (марій, анастасій, олександрів, чумаків), здатних знімати наговори, прокляття, чари, виправляти карму, заряджати воду, шампуні, лікувати усі хвороби — від вад серця до шизофренії [15]. Зацікавленість публіки підігривається вдалою рекламою наявності у них надприро-

дних сил у пресі, радіо. Ми вже не говоримо про некоректну, необ'єктивну, зверхну і категоричну рекламу імпортованих ліків на радіо та телебаченні, згідно з якою, усі вони — най..., най... найкращі, найбезпечніші, найефективніші, що не завжди відповідає дійсності [11, 4]. А як оцінити анархію при видачі ліцензій на право займатися медичною практикою зі сторони МОЗ України чи продаж більшості ліків в аптеках без рецептів, коли провізор може безапеляційно внести корекцію в лікування пацієнта, теж виходячи з інтересів певної фірми?

Так, в Україні прийнята “Концепція розвитку охорони здоров'я”. Однак і далі негативний вплив на стан здоров'я населення спричиняють все зростаюче забруднення довкілля, сумнівної якості харчові добавки та отрутохімікати у продуктах і загалом незбалансоване за вітамінним, мікроелементним складом та нафаршироване генетично модифікованими продуктами харчування, радіаційний фон як відлуння Чорнобиля, нав'язлива реклама пива на телебаченні (тут тобі і дружба, і чоловіча солідарність, і взаєморозуміння), закриття спортивних залів і відсутність елементарних умов для заняття спортом у школах, ріст наркоманії, некероване захоплення молоді комп'ютерними іграми зі садистським нахилом та ін. Невже усе це складові вказаної “Концепції”?

Вкажемо на ще один біоетичний аспект взаємин лікаря і пацієнта, який виник прямо-таки в останній момент. В епоху ринкових відносин медицина все більше перетворюється в бізнес, а пацієнт — в об'єкт наживи зі сторони лікаря. У наш побут, на жаль, усе більше входять і стають справедливими слова, сказані не дуже популярним сьогодні для цитування відомим класиком марксизму-ленінізму, і які мали у свій час відношення лише до капіталізму: “Буржуазія лишила священного ореола все роды деятельности, которые до тех пор считались почетными и на которые смотрели с благоговейным трепетом. Врача, юриста, священника, поэта, человека науки она превратила в своих платных наемных работников” [7, 35].

Суспільство справедливо вимагає справедливості — дотримання гарантованої Конституцією статті 49 — безкоштовної медичної допомоги, забуваючи при цьому, що такої ж допомоги потребують і лікарі з їх жебрацькою зарплатою (29-е місце в рангу галузевих зарплат!). Однак маючи за своєю спиною “Феофанію” та тибетських шаманів, жоден уряд ніяк не може звикнути з думкою, що лікарі — це такі самі члени суспільства, як скромні українські мільонери або депутати Верховної Ради, що його праця чого-небудь та варта, і що вона повинна бути оцінена не нижче ніж, наприклад, каторжна праця охоронця в ювелірному бутику. А безпросвітність існування, несправедлива оцінка їх висококваліфікованої праці суспільством і породили зустрічну реакцію — прагнення отримати додаткову матеріальну винагороду не стільки для збагачення, **скільки для елементарного виживання** [2, 6]. Вихід з цієї ситуації зрозумілий і коментаря не вимагає.

На закінчення торкнемося іншої проблеми складової здоров'я, яка має відношення до соціуму та біоетики взагалі. Справа іде про духовність суспільства. Духовний рівень організації людини важко піддається кількісному аналізу, однак він (точніше, бездуховність) є провідним в зростанні показників смертності населення у країнах минулого СРСР. Причому у цей критерій не слід вкладати тільки релігійний зміст (хоча це теж важливо!). Під духовністю розуміють особливий стан психіки, який спрямований на усвідомлення суті життя і бажання жити, свого місця в цьому житті, визначення критеріїв добра і зла для оцінки людей та подій. Тому, навіть якщо зробити українців в декілька разів багатшими, зберігши теперішню соціальну атмосферу (байдужість, егоїзм, різке розшарування суспільства на багатих та бідних, невпевненість в завтрашньому дні, абсолютна незахищеність людини перед

чиновницькою вакханалією, страх захворіти і перетворитися на жебрака, несправедний суд) важко розраховувати на поліпшення демографічної ситуації в цілому. Тому поліпшення ситуації зі здоров'ям населення України вимагає, як видно, значних зусиль державних інститутів влади, вчених, практичних лікарів, кожної людини, однак альтернативи їй немає — адже справа йде про майбутнє нації.

Література

1. Биоэтика: принципы, правила, проблемы / Под ред. Б.Г. Юдина // М.: Эдиториал, 1998. — 364 с.
2. Бобров О.Е. Медицина и деньги // Новости медицины и фармации. — 2004. — № 2 (142). — февраль, 2004. — С. 6.
3. Власов В.В. Этические проблемы медицины на страницах зарубежной печати // Internet, Medline — 2002.
4. Гиппократ. Избранные книги. М.: Медицина, 1936. — Том 1. — С.87–88
5. Калита В. Эта многострадальная украинская трансплантология // Здоровоохранение. — 2002. — № 11.
6. Коваленко В.М., Дорогой А.П. Хвороби системи кровообігу в Україні: проблеми і резерви збереження здоров'я населення // “Здоров'я України”, № 18 (103), вересень, 2004.
7. Маркс К., Энгельс Ф. Манифест Коммунистической партии. М.: Политиздат, 1968. — С. 35.
8. Медицинская этика и деонтология /Под ред. Г.В. Морозова, Г.И. Царегородцева // М.: Медицина, 1983. — С. 101.
9. Мишко М. Сент-Экзюпери. М.: Молодая гвардия, 1963. — С. 273–274.
10. Поліщук М. Українська медицина схожа на потвору. “Місто”. — 21.11.2007. — С. 8.
11. Скакун М.П. Доказова медицина — веління часу “Медична академія”. — 2004. — № 9 (122). — С. 4.
12. Скакун М.П. Доказова медицина — практичним лікарям “Медична академія”. — 2004. — № 12 (125). — С. 7.
13. Смольняков А.И. Особенности взаимоотношений врача и больного в условиях научно-технической революции. / В кн.: Этико-психологические проблемы медицины. М.: Медицина, 1978. — С. 146–148.
14. Тогунув И.А. Научное обоснование эволюции взаимоотношений врача и пациента в условиях перехода к рынку медицинских услуг. Автореферат дисс... д.м.н: М., 2002. — 45 с.
15. Трахтенберг И.М., Шумаков В.А., Никберг И.И. Лжемедицина: доколе?! // “Здоров'я України”, № 5 (90), березень, 2004. — С. 28–29.
16. Царегородцев Г.И. Возрастание роли врача в современном обществе. / В кн.: Первая Всесоюзная конференция по проблемам медицинской деонтологии. М., 1970. — С. 29.
17. Чумак В.Т. На чем плывет Украина к мировым стандартам оборота лекарственных средств? // “Здоров'я України”, № 1–2 (134–135), січень, 2006.
18. Этический кодекс российского врача / Сборник официальных документов Ассоциации врачей России. — М., 1995. — 96 с.