

SUMMARY

S. Shehavitsova. Pedagogical reflection as a conceptual suggestion of student's forming to professional pedagogical activity.

In the article it is represented on the base of learning scientific literature theoretical conclusion of pedagogical reflection as a conceptual student's state which provides to a future teacher a preparation for action in the situation with a high level of not determination, skills of stereotip's thinking his professional and pedagogical and personal's experience and determination reflection's functions in the system of forming of high school student's stereotip.

Key words: pedagogical reflection, student's subjectivity, subjective space, subjective activity, professional and pedagogical performance.

УДК 87.754+378.14

В. П. Шпак

Черкаський національний університет
імені Богдана Хмельницького

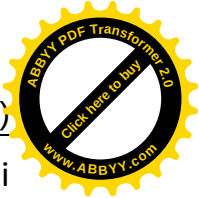
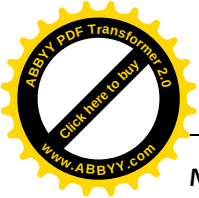
МОРАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

У статті розглянуто соціоморальні і морально-психологічні принципи, що висуваються до професійної діяльності медичних працівників в історії медичної освіти. У контексті виникнення і розвитку медичної деонтології розкрито співвідношення понять «медична деонтологія» і «лікарська етика». Дана характеристика моральних аспектів взаємодії медичних працівників різної кваліфікації між собою та з пацієнтами й їхніми рідними.

Ключові слова: соціоморальні принципи, морально-психологічні принципи, деонтологія, медична освіта, медичні працівники.

Постановка проблеми. Основні вимоги до професійної діяльності будь-яких фахівців традиційно знаходять своє відображення у відповідних їй принципах (від англ. *principle* – правило, що виникло в результаті об'єктивно осмисленого досвіду), що сприймаються як регламентація цієї діяльності певними правилами. Необхідність дотримання таких вимог у період формування ринкових відносин у сучасному суспільстві актуалізує переосмислення моральних основ взаємодії медичних працівників із пацієнтами, хоча сама проблема має давні історичні корені.

Цілком правомірно вважати розробником основних принципів медичної деонтології англійського філософа і правознавця Ієремію Бентама (1748–1832), який представив авторське бачення моралі та обов'язку в опублікованій у 1834 р. праці «Деонтологія, або Наука про мораль». Російський науковець М. М. Петров у 40-х роках ХХ ст. запропонував розглядати деонтологію як один із розділів медичної етики – наукової галузі, що вивчає специфіку виникнення і розвитку лікарської

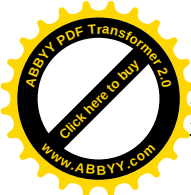


моралі в контексті конкретних історичних умов. У той же час, доволі складні і суперечливі ситуації, на які так багата медична практика, потребують умілого і правильного поєднання відразу кількох моральних принципів. Узгоджене поєднання цих принципів зумовлюється конкретністю ситуації, у основі якої лежить вибір форми поведінки медичного працівника згідно з наявними умовами його професійної діяльності та індивідуальними особливостями хворого.

Необхідність законодавчого закріплення вироблених моральних принципів професійної діяльності медичних працівників зумовила прийняття резолюції Генеральної Асамблеї ООН 37/194 від 18 грудня 1982 р. «Принципи медичної етики». Генеральна Асамблея посилається на свою резолюцію 31/85 від 13 грудня 1976 р., у якій вона пропонує ВООЗ підготувати проект кодексу медичної етики, у додатках до якого міститься зведення принципів, підготовлених Радою міжнародних медичних організацій під назвою «Принципи медичної етики, що відносяться до ролі працівників охорони здоров'я в захисті осіб від тортур та інших жорстоких, нелюдських або принижуючих гідність видів поводження і покарання». Крім того, враховуються рекомендації інших законодавчих документів: резолюції 1981/27 Економічної та Соціальної Ради від травня 1981 р., у якій рекомендовано Генеральній Асамблеї вжити заходи з завершення розробки проекту принципів медичної етики на її 36-й сесії; резолюції 36/61 від 25 листопада 1981 р., у якій йдеться про грубе порушення моральних вимог у професійній діяльності медичних працівників; статті 7 Декларації, що ухвалена в резолюції 3452 (XXX), згідно з якою кожна держава має розглядати будь-які тортури з боку медичних працівників як злочин, що переслідується кримінальним правом.

Враховуючи позитивний міжнародний досвід (Міжнародний кодекс медичної етики від 1949 р., Міжнародну клятву лікарів від 1948 р., Етичний кодекс російського лікаря від 1994 р. та інші документи), в Україні Указом Президента від 15 червня 1992 р. затверджено Клятву лікаря, де вміщено всі важливі норми етики і деонтологічні принципи. Нині цю клятву повинні давати всі випускники медичних вищих навчальних закладів України.

Аналіз актуальних досліджень. Проблема співвідношення понять «медична деонтологія» і «лікарська етика» отримала належне обґрунтування у працях відомого російського вченого і теоретика медицини М. М. Петрова. Згодом вона була конкретизована Б. Д. Петровим, який відносить до проблем медичної деонтології обов'язок лікаря перед хворими і перед своїм народом, а також його громадянський обов'язок, а отже – усі моральні проблеми медицини.



Побутує також думка [6, с. 51], що лікарська етика є складовою медичної деонтології, оскільки наука про обов'язок вивчає принципи поведінки медичних працівників, тому вона значно ширша від норм професійної етики. Натомість О. Г. Михайлова вважає вживання поняття «деонтології» невиннованим, пояснюючи його сутність особливостями етимології.

Інший дослідник, М. Г. Стулов, узагалі не вдається до диференціації понять «моральність» та «етика», а С. О. Позднякова розглядає лікарську мораль як сферу моральних відносин, а деонтологію – як розділ теорії. У ряді інших досліджень лікарська етика характеризується з позицій теорії моралі, що вивчає роль моральних основ у діяльності медичного працівника, гуманність його ставлення до хворого, а також як наука про моральну цінність вчинків і поведінки медика, що є цілком правомірним.

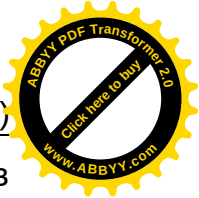
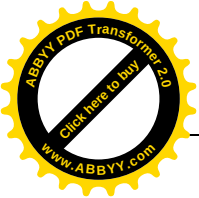
Мета статті – узагальнити наявні у сучасній медичній практиці вимоги до моральної сторони професійної діяльності медичних працівників.

Виклад основного матеріалу. Проведений нами аналіз основних публікацій із проблеми дослідження, а також окремих архівних документів (Постанови Ради Народних Комісарів УРСР «Про правила, що регулюють професійну роботу медперсоналу» від 1924 р.) [3], дозволяє стверджувати, що більшість науковців (С. С. Гуревич, С. О. Позднякова, О. І. Смольняков та ін.) присвячують свої наукові розвідки характеристиці двох груп основних моральних принципів професійної діяльності медичних працівників – соціоморальних і морально-психологічних. До соціоморальних принципів прийнято відносити:

1) *принцип гуманного ставлення до хворого* (виявляється в постійній готовності надавати медичну допомогу і піклуванні про хворого, що становить основну моральну вимогу до професіоналізму медичного працівника);

2) *принцип виключення дій проти здоров'я хворого* (полягає в тому, що медичний працівник покликаний турбуватися про здоров'я людей, віддаючи цій шляхетній справі всі свої сили і знання, що виключає будь-які навмисні чи ненавмисні дії на шкоду життю і здоров'ю хворого);

3) *принцип надання медичної допомоги всім, хто її потребує, незалежно від расової, політичної, релігійної приналежності* (має у своїй основі відомий гіппократівський принцип «перш за все – не нашкодь», у якому виражається вимога щодо обережності в діях і словах, турботи про стимулювання захисних сил організму людини, створення зовнішніх і внутрішніх умов для успішної боротьби організму з нездужанням. Це, у свою чергу, виключає непомірювані, непродумані, необґрунтовані слова і дії медичного працівника, що можуть негативно вплинути на самопочуття хворого, послабити його фізичні, психічні і моральні сили);



4) *принцип солідарності всіх лікарів у боротьбі за мир* (набуває в наш час особливого соціального і політичного значення в боротьбі проти агресії, сил мілітаризму, спроб розв'язати нові війни або використати бактеріологічну зброю в різних регіонах земної кулі);

5) *принцип участі в охороні життя людей від тих чи інших надзвичайних ситуацій, що загрожують їм* (наприклад, від забруднення зовнішнього середовища радіаційними викидами);

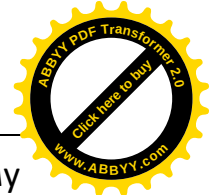
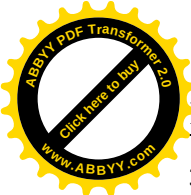
6) *принцип недопущення експериментів над людьми* (актуалізується в умовах боротьби проти епідемій і зумовлюється необхідністю розробки медичних препаратів для лікування «хвороб століття» – СНІДу, онкологічних захворювань, торч-інфекцій та ін.);

7) *принцип постійного підвищення професіоналізму* (полягає в тому, що наукові знання медичного працівника так само, як і його моральність, набувають високої цінності лише тоді, коли використовуються адекватно конкретного випадку та з урахуванням біологічних, психологічних і особистісних особливостей хворого, що потребує постійного вдосконалення, безперервного підвищення фахового рівня медика. Крім того, моральний критерій вимоги постійного підвищення знань, професійної майстерності, наукової обґрунтованості дій медичного працівника зумовлений відповідальністю за успішний результат лікування).

Група морально-психологічних принципів включає:

1) *принцип збереження лікарської таємниці* (відображає діалектику ставлення медичного працівника до інтересів хворого та інтересів суспільства, у основі якої лежить суперечність між відповідальністю медика за збереження найбільшої суспільної цінності – життя і здоров'я людини та відповідальністю перед суспільством за покладену на медичних працівників довіру. Не випадково в давні часи медицину називали *art mut* – мистецтво мовчання);

2) *принцип утримання від вчинків, які можуть принизити гідність професії медика* (розкривається у процесі спілкування медичного працівника з хворим, що відкриває доступ у потаємний світ людини і виключає вияв із боку медика як обурення, так і надмірної цікавості. Статус медика, що ґрунтується на його повазі і довіри з боку хворого, відкриває доступ до різної інформації: а) яка не має жодного значення як для хворого, так і для суспільства, але є необхідною для медичного працівника у процесі його спілкування з пацієнтом; б) яка є важливою для хворого, але індиферентною для суспільства; в) яка є однаково цінною і для хворого, і для суспільства, оскільки окремі патологічні стани потребують додаткових



заходів з охорони здоров'я і життя громадян. Головним при цьому залишається виключення можливості використання отриманої інформації медичним працівником із корисливою метою);

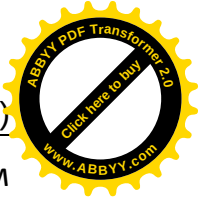
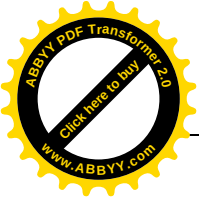
3) *принцип індивідуального підходу* (дозволяє медичному працівнику реалізувати весь спектр фахових знань відповідно до індивідуальних особливостей хворого, тому вміння бачити не лише окремі деталі, але й особистість пацієнта в цілому з її складними переживаннями та інтересами становить важливу моральну вимогу до діяльності медика незалежно від його фаху і визначає результативність лікування);

4) *принцип колегіальності* (не виключає особистої відповідальності і самостійності медичного працівника, але водночас потребує взаємної довіри і узгоджених дій з іншими фахівцями у розв'язанні завдань діагностики і лікування хворих, що сприяє покращенню організації медичної допомоги населенню, оптимізації боротьби за оздоровлення навколишнього середовища. Порушення цієї вимоги призводить до проявів кар'єризму, неповаги до точки зору колег, дискредитації інших фахівців в очах хворого, замовчування помилок, що несумісне з професійною честю медика).

З аналізу науково-медичної літератури відомо, що під час спілкування з родичами хворого та іншими відвідувачами медичним працівникам необхідно: при можливості наперед підготуватися до спілкування, створивши для цього невимушені умови; усунути відволікаючі чинники; продемонструвати своє бажання слухати, сконцентрувати свою увагу на проблемах пацієнта, не переривати його; за необхідності проявити співчуття, бажання зрозуміти точку зору пацієнта, прагнення з'ясувати сутність проблеми пацієнта; реагувати на почуття пацієнта; намагатися бути зрозумілими, слідувати за своїми висловлюваннями і проводити їх оцінку, ставити за потреби уточнюючі запитання; узагальнити своє розуміння вислуханого і вжити необхідні заходи, щоб допомогти пацієнту.

Не бажано при спілкуванні з родичами пацієнта та іншими відвідувачами проявляти нетерпимість, удавану увагу, втрачати спокій, дратуватися, домінувати над пацієнтом, сперечатися або критикувати його, виносити поспішне рішення, переривати, наперед уважати, що пацієнт помиляється, переслідувати особисту користь [1].

В основу *відносин лікаря і хворого* має бути покладений загальновідомий принцип, що треба лікувати хворого, а не хворобу. При цьому лікар повинен розмовляти з хворим тактовно, зі співчуттям, заспокійливо. У жодному разі не слід виявляти нестерпність, роздратування, грубість, навіть у тому випадку, коли лікар має справу з нетерплячим, примхливим пацієнтом, або в нього виникає підозра, що хворий симулює.



Звертатися до хворого слід на ім'я та по батькові. У розмові з хворим лікар повинен подати йому надію на швидке одужання та повернення працездатності, навіть у випадку, коли перед ним онкологічний хворий.

Виняткове значення для хворого має зовнішній вигляд лікаря (чистота та охайність одягу, завжди спокійний, доброзичливий вираз обличчя. Вираз тривоги, огиди, зневаги до хворого на обличчі лікаря неприпустимі).

Відносини лікаря з родичами хворого, особливо онкологічного чи важкохворого, потребують особливого такту і делікатності, навіть, якщо на деякі запитання родичів хворого надто складно дати вичерпну відповідь. У такому разі лікар не повинен уводити родичів в оману стосовно діагнозу, плану обстеження та лікування хворого. Рідних слід запевнити, що медики роблять усе необхідне, тому хворий не залишається без уваги і допомоги. Щодо прогнозу захворювання завжди слід говорити обережно, і, якщо він здається лікареві несприятливим, треба поступово підготувати родичів до сумної звістки.

У основі **відносин медичної сестри і хворого** лежить турбота про покращання його фізичного і морального стану, тому слід урахувати такі вимоги:

1. Для подальшого лікування надто важливе значення має перше враження хворого про відділення, у якому він перебуває, тому палатна медична сестра повинна привітно зустріти хворого, провести його в палату, ознайомити з розташуванням різних приміщень (санітарний вузол, їдальня, ванна), правилами внутрішнього розпорядку.

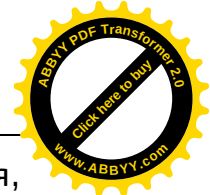
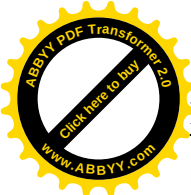
2. Слідкувати, щоб лікарняний одяг та взуття хворого були за його зростом, розміром, зі всіма ґудзиками, у протилежному випадку в нього може надовго зіпсуватися настрій, що негативно позначиться на якості лікування.

3. Слід звертатися до хворих тільки на ім'я та по батькові.

4. Наявність взаємної поваги у відносинах медичної сестри і хворого допоможе йому невимушено виявляти свої відчуття та побажання.

5. Слід пам'ятати про вплив кожного слова медичного працівника, а також інтонації, з якою його сказано. Тому будь-який збуджений, байдужий чи стурбований тон при розмові з хворим неприпустимі, оскільки мова медичної сестри однаковою мірою може чинити і цілющий вплив, і гнітючу дію.

6. На запитання хворого стосовно діагнозу, перебігу чи прогнозу захворювання медична сестра повинна направити хворого за відповіддю до лікаря. Проте освічена медична сестра може сама роз'яснити хворому дію ліків, спосіб їх застосування, мету тієї чи іншої маніпуляції. Перед



виконанням деяких призначень (шлункове чи дуоденальне зондування, катетеризація сечового міхура, постановка клізми) необхідно пояснити хворому, як він повинен поводитися, щоб маніпуляція пройшла успішно.

7. У присутності хворого не слід вимовляти фрази, що можуть налякати його («у хворого в калі кров», «серцева діяльність у хворого порушена») або вживати слова, що вже стали відомими багатьом хворим (наприклад, *cancer*), як і не можна говорити хворому, що призначені йому ліки у відділенні відсутні.

8. У розмові з хворим медична сестра повинна вселяти йому віру в ліки та процедури, що призначені лікарем.

9. Необхідно уникати всіляких сторонніх розмов та дій під час проведення маніпуляцій, бо хворі розцінюють це як ознаку неуважного ставлення до них і навіть як причину негативних наслідків тієї чи іншої маніпуляції.

10. Слід пам'ятати, що метушлива, поспішна робота медичної сестри, неохайність її зовнішнього вигляду, робочого місця справляють на хворого негативне враження, примушують його сумніватися у правильності та ефективності маніпуляції.

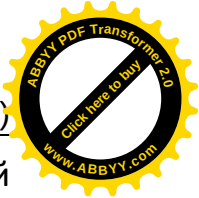
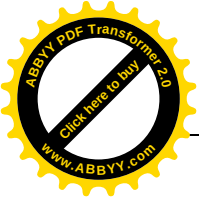
11. Ставлячись до всіх хворих доброзичливо та лагідно, медична сестра повинна більше уваги приділяти ослабленим та важкохворим. Дуже важливим для такого хворого є те, щоб медична сестра приходила до нього частіше, розмовляла з ним, підбадьорювала, озивалася до нього при найменшому звертанні, виконувала деякі його прохання.

Відносини медичної сестри і лікаря потребують дотримання таких вимог:

1. Медична сестра працює в тісному контакті з палатним лікарем; при цьому вона є його помічником і виконує його призначення. Оскільки вона набагато більше часу проводить біля ліжка хворого, ніж лікар, то може надати лікареві повну інформацію щодо змін у стані хворого (погіршення апетиту, погану переносність ліків, появу алергічних реакцій тощо).

2. Якщо в медичної сестри під час виконання призначень лікаря виникають якісь запитання або сумніви, вона повинна звертатися до лікаря за роз'ясненнями та уточненнями, але не у присутності хворого.

3. Відносини лікаря з медичною сестрою мають будуватися на діловій основі, у взаємній повазі. Звертатися одне до одного вони повинні на ім'я та по батькові. Помітивши помилку у призначеннях лікаря, медична сестра не повинна її обговорювати з хворими, а тактовно звернутися з цим питанням до лікаря.



4. Медична сестра має бути чесною не тільки перед хворим, але й перед лікарем. Якщо, наприклад, вона дала хворому не ті ліки або перевищила їхню дозу, вона повинна негайно доповісти про це лікареві, оскільки це торкається не тільки етичних норм, але й життя і здоров'я хворого.

Відносини медичної сестри і санітарки мають будуватися відповідно до таких вимог:

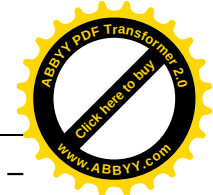
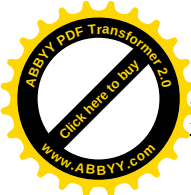
1. Санітарка безпосередньо підлегла палатній медичній сестрі.
2. Обов'язки медичної сестри та санітарки в основному розмежовані, але в них можуть бути і спільні дії – заміна постільної та натільної білизни, купання, транспортування хворого.
3. Якщо санітарка зайнята, медична сестра може сама подати та винести судно, сечоприймач (бажано при цьому надіти рукавички).
4. Розпорядження, які медична сестра надає санітарці, мають бути чіткими, несуперечливими, послідовними, не різкими, щоб у санітарки було відчуття, що їй не наказують, але скеровують і контролюють її дії.
5. Медична сестра повинна звертатися до санітарки на ім'я та по батькові [2].

Висновки. Уважаємо за необхідне підкреслити, що якою б актуальною не була нині проблема прискореного розвитку медичної науки і впровадження її досягнень у практику галузі охорони здоров'я, розширення і зміцнення матеріальної бази лікувальних закладів, оснащення їх новітньою технікою і апаратурою, усе ж таки питання про моральні якості медичного працівника, його ставлення до свого професійного обов'язку і фахова підготовка продовжують набувати важливого значення. Особистість лікаря і медичної сестри, їхній моральний вигляд і фахова підготовка – це у кінцевому результаті й визначає значний успіх охорони здоров'я в державному масштабі.

І, насамкінець, поведінка медичних працівників, їхні відносини зі співробітниками, хворими, їхніми родичами вдосконалювалися протягом багатьох століть. Ці норми і принципи повинні й надалі зазнавати позитивних змін, виступати основою для формування медичної етики і деонтології. Вчитися дотримуватися цих норм потрібно не тільки під час професійної діяльності, але й у процесі спілкування з колегами, хворими, їхніми родичами та близькими.

ЛІТЕРАТУРА

1. Веденко Б. Г. Медична етика і деонтологія [Електронний ресурс] / Б. Г. Веденко, Л. Б. Веденко, Ф. В. Мельник, В. Г. Даценко, А. В. Даценко. – Режим доступу : novosti.mif-ua.com/archive/issue-27...



2. Деонтологічні підходи до догляду за хворими [Електронний ресурс]. – Режим доступу : uastudent.com/deontologichni-pidhod...
3. Державний архів Полтавської області, ф Р-1503, оп. 1, спр. 288, арк. 142-148.
4. Основы медицинской этики и деонтологии [Электронный ресурс] Режим доступа : nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/ppmb...
5. Сенюта І. Етичні гарантії права на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування [Електронний ресурс] / І Сенюта. – Режим доступу : lawyer.org.ua/?w=p&i=12&d=417
6. Смольняков А. И. Врачебная этика / А. И. Смольняков, Е. Г. Федоренко. – К. : Здоровье, 1982. – 96 с.

РЕЗЮМЕ

В. П. Шпак Моральные принципы профессиональной деятельности медицинских работников.

Рассмотрены соционравственные и нравственно-психологические принципы профессиональной деятельности медицинских работников в истории медицинского образования. В контексте возникновения и развития медицинской деонтологии раскрыто соотношение понятий «медицинская деонтология» и «врачебная этика». Дана характеристика нравственных аспектов взаимодействия медицинских работников разной квалификации между собой и с пациентами и их родными.

Ключевые слова: соционравственные принципы, нравственно-психологические принципы, деонтология, медицинское образование, медицинские работники.

SUMMARY

V. Shpak. Moral principles of professional activity of medical workers.

Are considered social-morals and morals-psychological principles of professional work of medical workers in the history of medical education. In a context of occurrence and development medical deontology the parity of concepts «medical deontology» and «medical ethics» is opened. The characteristic of moral aspects of interaction of medical workers of different qualification among themselves and with patients and their native is given.

Key words: social-morals principles, moral-psychological principles, deontology, medical education, medical workers.