

**Хмельницький університет управління та права**  
**Хмельницька Крайова Організація**  
**Всеукраїнського Лікарського Товариства**  
**ГО «Лікарський клуб імені Степана Руданського»**  
**ХОГО «ОМНІ-мережа для дітей»**



# **МОРАЛЬНО-ЕТИЧНІ, ПРАВОВІ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РОБОТИ ЛІКАРЯ**

*збірник тез*  
*IV науково-практичної конференції*  
*(м. Хмельницький, 1 жовтня 2016 року)*

**ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ**  
**2016**

УДК 349(477)  
ББК 67.9(4УКР)3  
М 79

**М 79**      **Морально-етичні, правові та психологічні аспекти роботи лікаря :**  
збірник тез ІV науково-практичної конференції (м. Хмельницький,  
1 жовтня 2016 року). – Хмельницький : Хмельницький університет управління  
та права, 2016. – 60 с.

ISBN 978-617-7169-81-8

У збірнику представлені тези доповідей, які були оприлюднені на ІV науково-практичній конференції «Морально-етичні, правові та психологічні аспекти роботи лікаря», що відбулась у Хмельницькому університеті управління та права 1 жовтня 2016 року.

Збірник розрахований на наукових та науково-педагогічних працівників вищих навчальних закладів і наукових установ, студентів, аспірантів та докторантів медичного й юридичного напрямку, практичних працівників і широкий читацький загал.

УДК 349(477)  
ББК 67.9(4УКР)3

*Організаційний комітет ІV науково-практичної конференції «Морально-етичні, правові та психологічні аспекти роботи лікаря» не завжди поділяє думку учасників конференції.*

*У збірнику максимально точно збережені орфографія, пунктуація та стилістика, які були запропоновані учасниками конференції.*

*Повну відповідальність за достовірність та якість поданого матеріалу несуть учасники конференції.*

ISBN 978-617-7169-81-8

© Колектив авторів, 2016  
© Хмельницький університет  
управління та права, 2016

**Борщевська А.В.,**  
доцент кафедри психіатрії та психотерапії факультету післядипломної освіти  
Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького,  
кандидат медичних наук

**Юрій Фільц,**  
психіатр, психотерапевт КЗ ЛОК

## **ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКИХ СІМЕЙ ТА ВІДПОВІДНІ РЕСУРСИ**

Прагнемо додати не роки до життя,  
а життя до років.

Ольга Барна

Однією зі стійких ознак сучасного світу є перманентна кризовість, що проявляється у різних суспільних сферах: економічній, соціальній, політичній та культурній. В свою чергу, дисстреси в умовах суспільних криз часто пов'язані з такими травматичними подіями як: звільнення з роботи чи зміна місця роботи; зміна соціального статусу; зміна місця проживання або втрата житла; сімейні кризи та розлучення; конфліктні стосунки з іншими людьми на ґрунті розходжень у поглядах на соціальну ситуацію; невизначеність найближчої перспективи; хвороби свої чи близьких, втрати значимих людей тощо[5].

Питанню здоров'я присвячується національні та європейські політичні дискусії, його обговорюють міністри охорони здоров'я у всьому світі. З одного боку, вагомою складовою здоров'я людини є її психічне здоров'я і тема підтримки психічного здоров'я була і є однією з провідних у діяльності служб охорони здоров'я багатьох країн світу. З іншого боку, за останні 20 років психіатрія зазнала грандіозних змін. Генетичні дослідження суттєво змінили наші уявлення про природу психічних захворювань. Тим не менше, прогрес у сучасній психіатрії пов'язаний не стільки з успіхами біологічної терапії, скільки з новими технологіями організації психіатричної допомоги, дестигматизацією психіатрії, її інтеграцією з загальною медичною допомогою, орієнтацією на відновлення соціального функціонування та інклюзією хворих із психічними розладами, переносом акценту з біологічної терапії на психотерапію, реабілітацію, вирішення соціальних проблем хворого (клієнта) і його родини. «Система надання психіатричної допомоги в Україні гостро потребує реформування. І це має бути не тільки оптимізація певних напрямків, але й створення принципово нової моделі, орієнтованої на охорону психічного здоров'я населення, а не тільки надання психіатричної допомоги» [6]. Крім того, на жаль, «у наших співвітчизників відсутня культура психічного здоров'я, вони не вважають його порушеннями такі проблеми як безсоння, тривога, перепади настрою, тощо» [8].

Відомо, що важливими показниками психічного здоров'я і здоров'я людини в цілому виступають: актуальний рівень задоволення від життя; здатність переживання благополуччя; можливість вибору оптимальних поведінкових стратегій; підтримка динамічного балансу між організмом і середовищем.

В той же час, економічна та соціо-геополітична ситуація в Україні протягом останніх років «загострює» багато контекстів, які торкаються стосунків між людьми. Не стала винятком й інституція сім'ї, внаслідок чого багато родин набули «статусу кризових». Останнє відобразилося, зокрема, на зростанні статистики розлучень. За даними моніторингу Папського університету кількість розлучень в Україні у 2014 році зросла до 63% в порівнянні з позитивною динамікою 2003-2013 [7].

В свою чергу, розгубленість і тривога, які охоплюють дорослих, резонують на їхніх дітях. За інформацією Генеральної прокуратури України щороку близько 10 тис. дітей і підлітків потрапляють до притулків[3]. І як на одну з базових причин вказують на кризову ситуацію у сім'ях.

Крім українських реалій сьогодення, на динаміку процесів у родинах впливають і загальні тенденції країн, що охоплені економічними негараздами. Спостерігаються наступні ключові чинники змін соціальної ситуації, а саме: переміщення середовища спілкування дітей та підлітків з вулиці в Інтернет та різноманітні гаджети; змінюються ролі батьків - в теперішній час соціально-економічних потрясінь батьки приділяють більше уваги своїм кар'єрним та особистим ресурсним інтересам, у зв'язку з чим їх контакт з власною дитиною-підлітком стає більш поверхневим і обмеженим [2].

Разом з тим, особливе місце у сучасних наукових дослідженнях посідає вивчення впливу міжособистісних чинників (сім'ї, соціального оточення) на адаптаційну поведінку людини та її здатність до подолання дисстресових впливів. В сучасній ситуації, коли в країні є багато хаосу, діти та підлітки орієнтуються. в першу чергу, на поведінку значимих дорослих. Якщо батьки, вчителі, спілкування з котрими є теж вагомим за часом та змістом, повністю знаходяться під владою своєї безпорадності, то дітей також переполює це почуття. Якщо ж батьки чи вчителі, виявляючи свою стурбованість за ситуацію, не піддаються відчуттям безпорадності та безсилля, а натомість обговорюють емоції максимально відкрито, виказують турботу про страхи дітей, вислуховують та заспокоюють їх, тоді діти, під захистом своїх піклувальників, можуть почувати себе в безпеці. «Дослідження інтерперсональних стосунків демонструють, що соціальне оточення є тим ресурсом, завдяки якому ефекти стресових впливів різноманітним чином пом'якшуються та блокуються» [2].

Отже, здорові комунікації, в першу чергу, сімейні, можуть бути вагомим психологічним ресурсом для всіх членів родини і дітей, зокрема. Батьки та інші близькі дорослі створюють своєрідний фундамент, зону зрозумілого, так званого, «психологічний тил», необхідний для впевненого входження в світ однолітків, який інтригує, одночасно викликаючи як цікавість так і тривогу. Тому батьки стають об'єктом інтересу, психологічного аналізу, співвіднесення з собою (Пахальян, 1981). Натомість, те, що часто пропонують своїм дітям батьки, «висячи на телефонах або вмикаючи телевізор чи інший гаджет, - це відсутня присутність. Це ілюзія того, що вони поряд» [1].

Дослідження 4000 підлітків виявило, що найвагоміша серед їхніх життєвих цінностей є цінність щасливого сімейного життя. В цьому ж дослідженні було виявлено, що рівень тривоги та стресу підлітка пов'язаний з характеристиками батьківського стосунку, а саме: відсутністю позитивної цікавості зі сторони матері; ворожістю та непослідовністю батьківських проявів тата (Кривцова, 1997). Автори вказують: «Відсутність впевненості в позитивності материнських відчуттів та тривожне очікування непередбачуваних реакцій батька невротизує підлітків, робить їх високо тривожними особистостями, що не може не відобразитися на рівнях їх соціальної адаптації та шкільної успішності.

Отже, потреби в емоційній близькості, спілкуванні, схваленні, повазі – це ті базові речі, які необхідні кожній людині. І тому теми, що стосуються цих комунікаційних азів мали би стати одним з психоедукаційних блоків, які викладаються у ВУЗах та навчальних закладах іншого рівня як для лікарів та середнього медичного персоналу, так і для педагогів.

Таким чином, рівень організації системи охорони психічного здоров'я у суспільстві - це тест на зрілість цього суспільства.

Зараз в Україні простежуються тенденції до «діалогу, взаємодії та можливої інтеграції різних напрямів і рівнів знань про людину у смислового полі психології» [4]. І мультидисциплінарна команда фахівців, а саме: сімейні лікарі, терапевти, педіатри, психіатри, дитячі психіатри, психотерапевти, психологи, педагоги, працівники соціальних служб, володіючи значним превентивним потенціалом для психопросвіти, може нести ідеї охорони психічного здоров'я в українське суспільство при відповідній підтримці компетентних сфер.

Все буде не так, як ми вирішим.  
Все будет тоді, коли ми вирішим  
Омар Хайям

### **Використані джерела:**

1. Вікторія Горбунова *Виховання без нервування. / Майстер-клас для мам і тат // Клуб сімейного дозвілля. - Харків. - 2014. С.10.*
2. Кондрашкин А.В. Кириллова Т.О. *Социальная ситуация развития современного подростка в контексте модели социально-психологической помощи в восстановительном подходе. / Электронный журнал «Психологическая наука и образование» 2012, №4. <http://www.psyedu.ru/journal>.*
3. Оксана Миколюк *Повірити в підлітка. / Газета "День" №233.- 11.12.2014р.*
4. Тітов І.Г. *Інтегративна модель структурно-функціональної організації особистості. / «Психологія і особистість». // Науковий журнал.-№1(9).-2016. С.18.*
5. Уварова С.Г. *Особистість в умовах суспільної кризи. / «Психологія і особистість». // Науковий журнал. №1(9). 2016. С.163.*
6. [www.neuronews.com.ua/](http://www.neuronews.com.ua/)-№4. 2015.
7. <http://tyzhden.ua/News/84488a>
8. [www.vz.kiev.ua](http://www.vz.kiev.ua)



**Верлан-Кульшенко О.,**

*Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова*

### **ВИЗНАННЯ МЕДИКА-ДОБРОВОЛЬЦЯ УЧАСНИКОМ БОЙОВИХ ДІЙ: ДО ПОСТАНОВКИ ПРОБЛЕМИ**

Актуальність. Викликом для всього народу України стали події останніх років, починаючи з Майдана і закінчуючи антитерористичною операцією (далі – АТО). З початком ведення бойових дій на сході України виникло безліч юридичних питань, одним із них є питання визнання медичного працівника-добровольця учасником бойових дій.

Матеріали і методи. Чинна нормативно-правова база в сфері охорони здоров'я.

Методи дослідження: порівняльно-правовий, правового моделювання, аналітичний, бібліографічний, історичний, системного підходу.

Мета дослідження: проаналізувати можливості отримання медичним працівником, який здійснює свою діяльність на добровольчих засадах, статусу учасника бойових дій.

Результати дослідження. В контексті нашого дослідження ми виокремлюємо цивільних медичних працівників від військових медиків. Це пов'язано насамперед з тим, що перебування військових медиків в зоні збройного конфлікту передбачено специфікою професії. Щодо цивільних лікарів, то їх перебування в зоні АТО пов'язуємо з наступними причинами: по-перше, це медичні працівники, які до конфлікту проживали в Донецькій, Луганській областях, і залишились там працювати, по-друге, це медичні працівники, які виїжджали у службу відрядження в зону АТО, по-третє, це медичні працівники, які поїхали за «покликом серця» надавати допомогу добровольчим збройним формуванням або ввійшли до складу добровольчих медичних об'єднань.

Ми розглянемо проблему присвоєння статусу учасника бойових дій медичним працівникам-добровольцям. Адже якщо перші дві групи медичних працівників можуть довести своє «законне» перебування в зоні АТО, отримати статус учасника війни і відповідні пільги, то з медичними працівниками, які допомагають в зоні військових дій на добровільних засадах, це питання залишається відкритим.

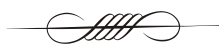
Насамперед, законодавчо неврегульованим залишається статус формувань медичних працівників в зоні АТО. І хоча стаття 4 Закону України «Про боротьбу з тероризмом» дозволяє керівництву АТО залучати окремих громадян до роботи в АТО, до даного часу проблема не вирішена.

Наступним гострим питанням є отримання медичним працівником статусу учасника бойових дій та відповідних пільг і соціальних гарантій. Стаття 37 «Основ» передбачає, що громадянам, які під час невідкладної або екстремальної ситуації брали участь у рятуванні людей і сприяли наданню медичної допомоги, гарантується у разі потреби в порядку, встановленому законодавством, безоплатне лікування та відшкодування моральної та майнової шкоди, заподіяної їх здоров'ю та майну. Проте вона не включає в себе соціальні пільги. Вони забезпечуються учасникам АТО згідно Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» та Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту».

Рішення про надання статусу учасника бойових дій приймається міжвідомчою комісією з питань розгляду матеріалів про визнання учасниками бойових дій. Для надання статусу учасника бойових дій особам, командири військових частин або інші керівники установ, закладів у місячний термін після завершення особами виконання завдань АТО зобов'язані подати на розгляд комісій, утворених в міністерствах або інших державних органах, у підпорядкуванні яких знаходилися військові частини, установи або закладу, у складі яких проходили службу особи, довідки встановленої форми та документи, які є підставою для надання особам статусу учасника бойових дій. Комісії вивчають документи і подають їх на розгляд міжвідомчої комісії, яка і надає статус учасника бойових дій особі. Проте, оскільки формувань медиків в зоні АТО «не визнано», то відповідно і статус отримати медикам-добровольцям не вдається.

Крім того, робота медичного працівника, а саме професійна діяльність в контексті надання невідкладної медичної допомоги регламентована статтями Конституції, Цивільного Кодексу, Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Закону України «Про екстрену медичну допомогу» та іншими нормативно-правовими актами. Тому право по наданню невідкладної медичної допомоги в зоні АТО не потребує окремого законодавчого регулювання, адже у разі відсутності медичного працівника вона може надаватись на домедичному рівні громадянами. Разом з тим, медичний працівник, згідно статті 33 «Основ» у разі, якщо він здійснює допомогу повинен надавати її у закладах охорони здоров'я, що забезпечують надання медичної допомоги згідно з одержаною відповідно до закону ліцензією, та фізичними особами - підприємцями, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку і можуть перебувати з цими закладами у цивільно-правових відносинах. Тоді виникає питання як закріпити можливість перебування в зоні АТО цивільного медика, який надає медичну допомогу за добровільних засадах? Адже прямого зв'язку із закладом охорони здоров'я в нього немає.

Отже, сьогодні без належного законодавчого регулювання медичні працівники, які надають допомогу на добровільних засадах в зоні АТО, фактично перебувають поза законом. І та велика, благородна місія, яку вони здійснюють, в будь-який час може перетворитись для кожного з них в «законодавчу пастку».



**Виговська Т.В.,**  
професор кафедри безпеки життєдіяльності  
Хмельницького університету управління та права,  
кандидат біологічних наук

## **ДО ПРОБЛЕМИ БЕЗПЕКИ ПОВОДЖЕННЯ З ПЕСТИЦИДАМИ ТА АГРОХІМКАТАМИ НА ХМЕЛЬНИЧЧИНІ**

Важливою складовою екологічної політики та екологічної безпеки в епоху НТП є контроль за поширенням в довкіллі пестицидів та агрохімікатів. Інтенсифікація агровиробництва шляхом застосування мінеральних добрив та хімічних засобів захисту рослин (ХЗЗР) має передбачати жорстке дотримання правил безпеки поводження із ними на всіх етапах робіт. Крім того, дуже важливо передбачати екологічні наслідки такого втручання в довкілля. Сумний досвід, зокрема Молдови, де така інтенсифікація призвела до значного хімічного забруднення довкілля, і, як наслідок, значного зростання частоти народження дітей з вадами розвитку, вимагає від нас бути пильними та тримати дану проблему на контролі. Не менш важливою і актуальною як для України, так і для Хмельниччини, є проблема заборонених та застарілих пестицидів.

Над даною проблемою в різні роки працювали Курінний А.І., Пілінська М.А., Бужівська Т.І., Коган Ю.С., Ранський А.А., Гайдідей О.В. та інші.

Пестициди широко використовувалися в Україні до середини 90-х років ХХ століття. Щорічне застосування пестицидів у сільському господарстві у 1980-1991 роках складало приблизно 150 тис. т (3—5 кг/га орних земель). Встановлено, що на кожну людину, яка мешкає на території колишнього СРСР, припадає у середньому 28,5 кг використаних ХЗЗР. Після 1991 р. обсяг застосування пестицидів в Україні зменшився (100 тис. т. у 1992 р.) з подальшим скороченням до 0,6 кг/га на рік [1]. Але в ґрунтах пестициди залишилися, і, за даними В.А.Барановського на Хмельниччині середня багаторічна залишкова теоретична кількість пестицидів в ґрунтах складала 1-1,3 кг на га. [2, с.230].

Пестициди забруднюють довкілля не тільки у процесі використання їх як ХЗЗР, але й в процесі виробництва, зберігання, транспортування та знищення. Після внесення пестицидів у навколишнє середовище людина вже не може контролювати і регулювати їх колообіг. Пестициди у довкіллі під впливом кисню, освітлення, вітру, температури, вологи, типу та стану ґрунтів піддаються складним перетворенням, можуть переноситися на значні відстані та накопичуватися в організмах тварин і людей. При розкладі пестицидів у навколишньому середовищі утворюються нові хімічні сполуки, які виявляють інші хімічні та біологічні властивості. У більшості випадків ці речовини більш стійкі та більш токсичні у порівнянні з вихідними пестицидами.

Результатом широкого застосування пестицидів у господарствах України в минулі роки є повсюдне забруднення ґрунтів орних земель, інших територій і, як наслідок, харчових продуктів. Водними та повітряними потоками пестициди розповсюдились по всій території країни та за її межами. Доведено, що стійкі хлорорганічні пестициди, такі як ДДТ та його метаболіти, ізомери гексахлороциклогексану, альдрин та інші є глобальними фоновими забруднювачами ландшафтів та агроландшафтів.

Нині в Україні через складну економічну ситуацію, а також через застосування сучасної техніки сівозмін, та перехід до застосування біологічних засобів захисту рослин (ЗЗР), потреба в хімікатах зменшилась.

Щодо застосування біологічних засобів захисту рослин, то, за оцінками Research Techart, світовий ринок хімічних ЗЗР щорічно падає на 1,0-1,5%, а ринок біологічних ЗЗР збільшується і в 2010 році досяг 512 млрд. доларів.

В Україні до «Переліку пестицидів та агрохімікатів» (2012 р.) включено 60 біологічних засобів захисту. Широко застосовуються в агроценозах сільгоспкультур для захисту від шкідників біологічні препарати на основі *Bacillusthuringiensis*[3].

Іншим поясненням зменшення використання хімічних засобів захисту рослин може бути застосування на території України ГМО рослин. Варто зазначити, що на території Хмельницької області контролю за поширенням ГМО сільгоспкультур до цього часу жодними контролюючими службами не ведеться.

Щодо безпеки пов'язаної із застосуванням пестицидів і агрохімікатів, то як показали дослідження українських токсикологів, серед стійких органічних забрудників (СОЗ) докільця особливе місце займають саме пестициди, перш за все хлоровані вуглеводні. Виконуючи своє призначення – вбиваючи бур'яни та шкідників, пестициди одночасно діють як токсиканти і мутагени на ті види, що споживають оброблену продукцію. ДДТ, альдрин, ГХЦГ визначались у ґрунтах протягом 8-12 років і більше після їх використання [4].

Характерною особливістю хлоровмісних пестицидів є накопичення їх у продуктах рослинного і тваринного походження та дуже повільне зменшення залишків. Їх знаходили у фруктах і овочах через декілька місяців після останньої обробки. Спостерігається наростання концентрації хлоровмісних пестицидів в багатьох ланках трофічних ланцюгів. Дуже важливо контролювати їх внесення і вміст в сільськогосподарській продукції. Їх мутагенний, канцерогенний, гонадотоксичний, ембріотоксичний та тератогенний ефект свідчить про особливу небезпеку для будь-яких живих організмів [5,6].

На Хмельниччині протягом 2012 року пестициди були внесені на площі 3 210 тис. га у кількості 2,8 тис. тонн, а у 2013 році – на площі 3 413 тис. га ( в перерахунку на 1 слід) у кількості 2,7 тис. тонн [7,с. 75, 8,с. 101]. У 2014 році в літне-осінній період (липень - листопад) внесені на площі 3183 тис. га у кількості 2,87 тис. тонн. За 2015 рік засоби захисту рослин внесені на площі 3278 тис. га у кількості 2,82 тис. тонн. Таким чином, в останні 4 роки спостерігається певна стабільність у використанні ЗЗР.

Одним із найбільших агрохолдингів на Хмельниччині донедавна був «Стіомі-холдинг», який на території Чемеровецького, Ярмолинецького та Волочиського районів на площі більш ніж 98 тис. га вирощував переважно кукурудзу, сою та озиму пшеницю. Для підвищення врожайності застосовувались різноманітні пестициди та агрохімікати. Тоді від місцевого населення було багато скарг про порушення техніки безпеки під час внесення хімікатів, що призводило до погіршення здоров'я селян та до знищення їх особистих посівів та посадок. При цьому порушувались вимоги ст. 3 ЗУ «Про пестициди та агрохімікати»[9] та наказу МОЗ України від 03.08.1998 року №1 «Транспортування, зберігання та застосування пестицидів у народному господарстві. Державні санітарні правила»[10]. Так у названому Законі України наголошується на пріоритетності збереження здоров'я людини і охорони навколишнього природного середовища по відношенню до економічного ефекту від застосування пестицидів і агрохімікатів, а в санітарних нормах вписані чіткі правила безпеки внесення пестицидів в агроценози у цьому зв'язку, на нашу думку, необхідно активізувати інформаційну кампанію серед працівників агрокомпаній і жителів сіл по безпечному застосуванню ХЗЗР в зоні їх проживання та посилити відповідальність контролюючих служб за їх діяльність та бездіяльність.

Контролем за використанням пестицидів на Хмельниччині нині займаються: фітосанітарна інспекція, обласна СЕС, екологічна інспекція. Отримати будь-яку інформацію від фітосанітарної інспекції вдалось не одразу. Лише після кількох спроб та переговорів була надана інформація про хід робіт із захисту рослин у господарствах Хмельниччини за 2014 рік (липень-листопад), де наводились дані лише про кількість внесених пестицидів та площі внесення.

Інша контролююча служба – Хмельницька обласна СЕС – атестована на визначення 91 пестициду. У 2013 році визначали пестициди у 944 пробах. Зі слів завідувачої лабораторним комплексом, відхилень по вмісту пестицидів в цих пробах не було виявлено. А ось по нітратах спостерігаються перевищення, особливо у воді. Так у 2013 році даною лабораторією перевірено 2038 проб питної води на вміст нітратів. У 12,3% проб спостерігали невідповідність нормативам в сторону перевищення. Із 2296 проб колодезної води у 46,9% також виявили перевищення нітратів. Все це є наслідком неконтрольованого внесення



азотних добрив в попередні роки і може призвести як до отруєнь дорослих, так і до смертельних отруєнь серед немовлят. А віддаленими наслідками впливу підвищеного вмісту нітратів може бути зростання темпів мутагенезу та канцерогенезу в регіоні.

Важливою проблемою на Хмельниччині, як і у всій Україні, є знешкодження непридатних хімічних засобів захисту рослин.

На Хмельниччині у 2000 році за результатами інвентаризації було 342,6 тонни НП. Із них 9,9 тонн зберігались на централізованих складах [ 11, с.445].

У 2001 році в Україні було прийнято «Порядок проведення комплексної інвентаризації місць накопичення заборонених і непридатних до використання в сільському господарстві хімічних засобів захисту рослин

Отже, ще з 2001 року значна кількість спеціалістів різних галузей мали встановити достовірну інформацію про реальну кількість НП. Але із року в рік проводилась інвентаризація непридатних пестицидів і з'являлись все нові і нові дані. Так черговою інвентаризацією встановлено, що станом на листопад 2014 року в області залишки накопичених непридатних та заборонених ХЗЗР, становлять 458,125 тонн і накопичені в у 18 місцях зберігання[13].

В рамках виконання Регіональної програми поводження з небезпечними (токсичними) відходами у Хмельницькій області на 2010-2015 роки протягом 2010-2013 років на території області проводились роботи із екологічно безпечного збирання, перевезення, зберігання, оброблення та знешкодження непридатних або заборонених до використання ХЗЗР, у тому числі з підготовки та вивезення їх за межі України. Обсяг вивезених за межі України непридатних та заборонених ХЗЗР становить більше 746 тонн (2010 рік - 152,2т, 2011 рік - 119,043т, 2012 рік -453,22 т, 2013-22 т) . Загальний обсяг фінансування робіт з контейнеризації, перезатарення та вивезення на знешкодження хімічних засобів захисту рослин становить 30 млн. 848 тис. грн., у тому числі з державного фонду охорони навколишнього природного середовища – 26 млн. 220 тис. грн., обласного фонду охорони навколишнього природного середовища – 4 млн. 627 тисяч гривень.

У ході проведених на території області вищезазначених робіт повністю очищено складські приміщення у Білогірському, Віньковецькому, Деражнянському, Дунаєвецькому, Ізяславському, Летичівському, Старосинявському, Теофіпольському, Хмельницькому, Шепетівському та Ярмолинецькому районах. [14].

Станом на червень 2016 року обсяг вивезених із Хмельниччини ХЗЗР становить 1321,457 тонни. У цьому році з обласного фонду охорони навколишнього середовища виділені кошти на проведення робіт з вивезення та знешкодження більше 107 тонн непридатних пестицидів[15].

Отже, без сумніву із року в рік питання екологічної безпеки поводження із непридатними пестицидами перебували на контролі екологів і влади. Але після витрачених 30 848 тис. грн. на вирішення проблеми з НП у області, залишок НП станом на листопад місяць 2014 року складав 458,125 тонн. Виникає закономірне питання про ефективність екологічного управління та екологічного інспектування при проведенні регіональної екологічної політики в галузі екологічної безпеки поводження з НП. Іншим не менш важливим питанням є ефективність використання величезних, як для Хмельниччини, фінансових ресурсів.

Враховуючи наявність вітчизняних досліджень розробок, та, навіть патентів на переробку непридатних пестицидів [16], незрозуміла позиція Міністерства охорони навколишнього природного середовища, яка полягає у наданні переваги дороговартісному вивезенню непридатних та застарілих хімічних засобів захисту рослин за рубіж. Адже якщо раніше вартість таких робіт складала біля 23 тис.грн. за тонну, то станом на січень 2015 року, за деякими оцінками, вартість таких робіт зросла до 38 тис. грн. за тонну. Варто переглянути стратегію поводження із НП і, в такий важкий для країни час, заощадити природоохоронні кошти мобілізувавши зусилля власних спеціалістів, в першу чергу хіміків-органіків та хіміків-аналітиків, для остаточного і ефективного вирішення даної проблеми.

Разом з тим слід наголосити на необхідності підвищення відповідальності за багаторічні, неточні дані по інвентаризації непридатних пестицидів на Хмельниччині, що тягне за собою значні фінансові витрати без досягнення необхідного ефекту – очищення довкілля області від небезпечних хімікатів.

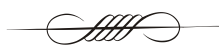
Настав час більш системно займатися проблемами безпеки внесення пестицидів та агрохімікатів на поля Хмельниччини. Для цього, на нашу думку, варто створити тимчасову комісію із усіх зацікавлених у даній проблемі спеціалістів, представників громадських організацій, депутатів різних рівнів та жителів сіл, які б вивчили дану проблему і намітили шляхи її оптимального вирішення.

Таким чином, медико-екологічна проблема безпечного застосування пестицидів і агрохімікатів на Хмельниччині є досить актуальною і потребує суворого громадського контролю та вчасного реагування зі сторони влади.

### **Використані джерела:**

1. *Проблеми непридатних пестицидів в Україні: загальні відомості [05.10.09,18:53] [Електронний ресурс] ВЕГО "МАМА-86". - <http://www.mama-86.org.ua/index.php/ru/eliminateacuterisks/37-2009-10-05-16-55-26.html>.*
2. *Барановський, В. А. Екологічна географія і екологічна картографія [Текст] / В. А. Барановський. - К. : Фітосоціоцентр, 2001. - 252 с*
3. *Ткаленко, Г. Біопрепарати в боротьбі зі шкідниками / Ганна Ткаленко // Агробізнес сьогодні. - лютий 2013 / № 4 (251) [Електронний ресурс] Газета Агробізнес сьогодні. - URL: [http://www.agro-business.com.ua/2010\\_06\\_11-12\\_53-00/1475-2013\\_03-28-11\\_40\\_32.html](http://www.agro-business.com.ua/2010_06_11-12_53-00/1475-2013_03-28-11_40_32.html).*
4. *Пилинская, М. А. Частота аберацій хромосом у людей, проживаючих в районах с различным расходом пестицидов [Текст] / М. А. Пилинская, В. С. Журков // Генетика. - 1977. - Т. 13, № 1. - С. 158-161.*
5. *Каган, Ю. С. Глобальное значение пестицидов и особенности их биологического действия [Текст] / Ю. С. Каган // Профилактическая токсикология - 1984. - Т. 2, ч. 1. - С. 123-134.*
6. *Кореляційний зв'язок між вмістом стійких хлорорганічних пестицидів та абераціями хромосом у хворих з гліальними пухлинами головного мозку // [Електронний ресурс] Інститут екології та токсикології ім. Л. І. Медведя. - URL : [www.meaved.kiev.ua/arhiv\\_mg/st\\_2001/01\\_4\\_ll.htm](http://www.meaved.kiev.ua/arhiv_mg/st_2001/01_4_ll.htm).*
7. *Стан навколишнього природного середовища Хмельницької області у 2012 році [Текст]. - Хмельницький : Департамент екології та природних ресурсів Хмельницької ОДА, 2013. - 75 с*
8. *Стан навколишнього природного середовища Хмельницької області у 2013 році [Текст]. - Хмельницький : Департамент екології та природних ресурсів Хмельницької ОДА, 2014. - 101 с*
9. *Про пестициди та агрохімікати : Закон України від 04.04.1995 р. № 14 [Електронний ресурс] Верховна Рада України. Законодавство України. - URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/86/95-вр>.*
10. *Транспортування, зберігання та застосування пестицидів у народному господарстві Державні санітарні правила ДСП: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.1998 р № 1 [Електронний ресурс] Нормативно- директивні документи МОЗ України. - URL : <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=4151>.*
11. *Утилізація та рекуперація відходів [Текст] : навч. посіб. / [Бондар О. І., Горох М. П., Корінько І. В. та ін.]. - К.-Х. : ДЕІ-ГТІ, 2005. - 460 с*
12. *Про Порядок проведення комплексної інвентаризації місць накопичення заборонених і непридатних до використання в сільському господарстві хімічних засобів захисту рослин : Наказ від 30.11.2001 р. № 315/376/412 // Мінагрополітики України, Мінекоресурсів України, МОЗ України [Текст] ОВУ. - 2001. - № 46. - Стор. 280. - Ст. 2053.*

13. Інформація про стан поводження з небезпечними відходами, у тому числі непридатними до використання та забороненими до застосування хімічними засобами захисту рослин [Текст] / Департамент екології та природних ресурсів Хмельницької ОДА, 2014 р. – Особистий архів автора.
14. Інформація щодо поводження з небезпечними відходами [Текст] / Державна екологічна інспекція у Хмельницькій області, 2014. – Особистий архів автора.
15. Інформація про засідання круглого столу на тему: «Охорона довкілля та раціональне використання природних ресурсів» [Текст] / Департамент екології та природних ресурсів Хмельницької ОДА, 2016 р. – Особистий архів автора.
16. Екологічні та технологічні аспекти зберігання та переробки пестицидних препаратів [Текст] / Райський П. А. [та ін.] // Медичні перспективи. - 2004. - № 2. - С 116-119.
17. Куренной, А. И. Исследование пестицидов как мутагенов внешней среды [Текст] / А. И. Куринный, М. А. Пилинская. - К. :Наукова думка, 1976. — 115 с.
18. Радкевич, О. В Уїзях на Здолбунівщині, труять без попередження / Олександра Радкевич [7:09, травня 5, 2014] [Електронний ресурс] ЗдолбунівCity – вісник громадської організації "ЗЕОН". - URL : <http://zdolbunivcity.net/v-ujzdztsyah-na-zdolbunivschyni-truyat-bez-poperedzhennya>.



**Виговський Л.А.,**  
завідувач кафедри філософії та соціально-гуманітарних наук  
Хмельницького університету управління та права,  
доктор філософських наук, професор

## **БІДНІСТЬ ЯК ПРИЧИНА МЕДИКО - ЕТИЧНОЇ ПРОБЛЕМИ В УКРАЇНІ**

В Україні, як свідчить статистика, нині зубожіння характерне вже не лише для пенсіонерів, але й стосується працюючих селян, низько кваліфікованих працівників, інженерно-технічного персоналу, вчителів, вчених, працівників культури. Головною причиною такого стану є нездатність держави захистити своїх громадян за умов проведення економічних реформ, діяльності кримінальних структур. Так, за даними Національної академії наук в нас найвищий рівень експлуатації найманих працівників в Європі. Частка зарплати в собівартості продукції сягає 6,5%, тоді як в європейських країнах – більше 30%. Тому в нашій державі існує таке ганебне явище для цивілізованого світу, як бідність серед працюючих. В Україні кожен п'ятий працюючий є бідною людиною. Як що в нас середня зарплата в 2015 році ледве досягла €155, то в Польщі – €980, у Латвії – €823, у Німеччині – €4100.

Така нерівність найбільш наочно проявляється в наявності ряду проблем. Так, по-перше, в державі зафіксовано небувалу поляризацію в доходах і життєвому рівні громадян, мешканців різних регіонів і типів поселень. Тому подолання такого явища на принципах соціальної справедливості по визначенню не може сприйматися однозначно в усіх своїх класичних аспектах. Це пояснюється тим, що за нинішньої надмірної майнової диференціації в суспільстві, масовому безробітті, реалізація норм соціальної справедливості, які існують у розвинутих країнах (де принцип ринкової нерівності ототожнюється зі справедливістю), не може позитивно сприйматися багатьма соціальними професійними групами українського суспільства саме з причин стійкості ментальних і культурних традицій. Через те, насамперед, владі необхідно подолати найбільш кричущі форми прояву нерівності громадян, які можуть стати джерелом формування радикально-деструктивних настроїв в суспільстві.

По-друге, особливу занепокоєність викликає наявна деградація сільської місцевості як середовища проживання, яка обумовлюється перш за все низькими доходами населення і

незадовільним станом об'єктів соціальної інфраструктури. Безробіття в зв'язку з розпадом колективних форм господарювання досягло критичного рівня.

По-третє, в державі продовжує погіршуватися демографічна ситуація. Тому терміново необхідно суттєво посилити допомогу малозабезпеченим сім'ям із неповнолітніми дітьми. Важливо для молодого покоління створювати рівні стартові умови для навчання, роботи.

По-четверте, нині критично низьким є життєвий рівень непрацюючих пенсіонерів, інвалідів, які становлять значну частину населення країни. Злиденність цих категорій населення створює незадовільний морально-психологічний клімат.

По-п'яте, досі не вирішеною залишається для багатьох громад ситуація в населених пунктах, бюджетоутворюючі підприємства яких не відновили свою діяльність.

Подолання соціальної нерівності ускладнюється порушеннями з боку держави і підприємств етичних правил економічної поведінки і, зокрема, дотримання вимог справедливості.

До цього необхідно додати й те, що на сході України йде неоголошена війна з Російською федерацією. За цих умов система державного регулювання соціальної політики потребує потужної інституціональної підтримки, орієнтованої на підвищення добробуту й якості життя населення.

Зрозуміло, що соціально-економічна нерівність громадян прямо чи опосередковано зумовлює розбіжність у стані здоров'я тих чи інших верств населення. За визначенням ВООЗ, нерівність щодо здоров'я – це відмінності у стані здоров'я або в розподілі ресурсів здоров'я між різними групами населення, що виникають у зв'язку з соціальними умовами, в яких люди народжуються, ростуть, живуть, працюють і старіють. Масштаби такої нерівності можна (і потрібно) зменшити за допомогою ефективної державної політики. Так, Ріо-де-Жанейрська політична декларація з соціальних детермінант здоров'я (2011) підтвердила бажання представників урядів всіх країн-членів ВООЗ домогтися соціальної справедливості та справедливості стосовно здоров'я через вплив на соціальні детермінанти здоров'я і благополуччя за допомогою всебічного багато секторального підходу.

Зокрема в цьому документі зазначено, що вплив на ці детермінанти як для уразливих груп, так і для населення в цілому є важливим для формування й існування інклюзивних, справедливих, економічно продуктивних і здорових громад та держав. Позитування здоров'я і благополуччя людини як однієї з ключових характеристик того, що складає успішне, інклюзивне та справедливе суспільство в XXI столітті, невід'ємно пов'язане із дотриманням прав людини на національному та міжнародному рівнях. Комісія ВООЗ з соціальних детермінант здоров'я дає три загальні рекомендації щодо політики, спрямованої на зменшення соціальної нерівності стосовно здоров'я:

- поліпшити умови повсякденного життя;
- подолати несправедливий розподіл влади, грошей і ресурсів;
- виміряти і зрозуміти проблему та оцінити вплив здійснюваних заходів.

Щодо України, то внаслідок відсутності проведення відповідних реформ відбулося суттєве погіршення ситуації в медичній галузі. «Комерціалізація» її зумовила високий рівень корупції. Тому бідність багатьох людей не дозволяє їм отримати належну медичну допомогу, оскільки плата за проведення операції може в багато разів перевищувати їх фінансові можливості. Цьому сприяє і те, що по великому рахунку нинішня матеріально-технічна база наших медичних установ не відповідає сучасним вимогам. Тому необхідно на державному рівні розробити і, головне, реалізувати дієву програму соціально-економічної політики щодо подолання злиденності більшості громадян України. Найважливішою її умовою повинно бути адекватне уявлення про те, як формується нерівність щодо здоров'я, які чинники впливають на цей процес, як ці види нерівності пов'язані між собою, і які є шляхи зниження нерівності до соціально прийнятної рівня.

До речі, вивчення різниці у стані здоров'я й тривалості життя певних соціальних груп населення, особливо відмінних за рівнем доходів, дає можливість оцінювати ступінь соціальної нерівності, з одного боку, та виявляти шляхи й резерви підвищення соціального

контролю над станом здоров'я населення – з другого. Це повинно стати базою для прийняття обґрунтованих цілеспрямованих управлінських рішень.

Сьогодні політика, спрямована на збереження здоров'я і подовження тривалості життя, вбачається світовою науковою спільнотою як усвідомлений плановий і поступальний вплив на соціальні детермінанти громадського здоров'я. Стратегія такого впливу включає процеси транспарентного і інклюзивного прийняття рішень, з урахуванням думок усіх відповідних груп і секторів, а також розробку політики, яка ефективно функціонує і досягає чітких та вимірюваних результатів, формує підзвітність і, що найбільш важливо, є справедливою як щодо процесів розробки політики, так і результатів.

На жаль, кардинальна зміна ціннісних орієнтирів в нашому суспільстві зумовила неприховану «матеріалізацію» потреб і запитів багатьох людей. Для них сутністю буття є мати матеріальні цінності, а не бути кимось (Е.Фромм). Тому відмова з боку держави від контролю над доходами громадян породила в багатьох з них бажання будь-якими засобами отримати гроші. Звідси і розквіт корупції в усіх її проявах в усіх сферах суспільного життя. Як свідчить практика, нині корупційна складова стала притаманною і медичній галузі.

Зрозуміло, що у цього явища є і об'єктивні причини. І перша з них – мізерна заробітна плата медичних працівників. Зрозуміло, що спеціаліст, який, образно говорячи, отримує копійки, прагне компенсувати таку несправедливість. І часто це робиться за рахунок хворих. І в такій ситуації частина лікарів прагне мати справу з багатими людьми, оскільки вони мають можливість оплатити більш кваліфіковану медичну допомогу.

Але, в цьому контексті варто згадати, що історія медицини має вражаючі приклади дотримання професійної лікарської етики в контексті ставлення до зубожілих верств населення. Так, засновник монастирської медицини святий Агапіт (XI ст.) відмовився від безпосередніх лікарських відвідин хворого самого князя Володимира (м. Чернігів) для того, щоб в Печерській Лаврі щоденно безвідмовно приймати хворих різних верств населення. Він перший однаково професійно й відповідально лікував своїх пацієнтів незалежно від їх фінансового стану чи належності до клану багатих. Нагадаємо, що Агапіт вилікував князя наданням йому через посильних ефективною фіторецептури. Коли ж вдячний Володимир забажав йому матеріально віддячити, то Агапіт зачинився за монастирською брамою, аби князь не мав можливості передати йому дари. Саме такі засади морального ставлення до хворих повинні стати взірцем для сучасних ескулапів.

До слова, Данило Самойлович (1744-1805), батько української та європейської епідеміології, під час спалаху чуми в Москві добровільно перебував серед хворих в Угрешському монастирі в усі страшні місяці лютування морової пошесті. Він й сам переніс відносно легку форму цього захворювання. Очевидно, що це було свідоме нехтування своїм здоров'ям і життям заради порятунку хворих

В цьому контексті необхідно згадати й Степана Руданського (1834-1873), видатного українського поета-демократа і талановитого лікаря, який практикував у Ялті. Він безвідмовно лікував хворих бідняків у своїй хатині. Більше того, для найбільш знедолених він організував безкоштовне харчування.

Антон Чехов (1860-1904) був серед тих, хто заснував у Ялті перший безкоштовний санаторій для бідних хворих на сухоти. Він особисто пожертвував частину свого матеріального статку для допомоги хворим.

Особливе місце в цьому списку займає Теофіл Яновський (1860-1928), якого у Києві називали святим доктором. Він майже щодня залишав у бідних родинах, куди його викликали до хворих, гроші на ліки та їжу. Причому він робив це делікатно, не принижуючи гідності пацієнта. Зазвичай його дарунки знаходили після візиту лікаря під подушкою

Зрозуміло, що нині професія медика викликає багато відгуків, причому нерідко протилежних. Це пояснюється тим, що вона, по-перше, пов'язана із здоров'ям і життям людини. А по-друге, кожен лікар - сумлінний або не дуже – завжди має справу з різними пацієнтами, різними характерами. Одні бувають, вдячними за будь-яка увагу і допомогу. Інші, навіть самовіддані дії медиків, сприймають байдуже або вороже. При цьому, як не

прикро, частина медиків у тій чи іншій формі вимагають винагороди за надані медичні послуги. Тому в такій ситуації досить актуальною є проблема формування у медиків професійної етики.

Варто нагадати, що за довгу історію медицини етичні принципи оформилися в чітко сформульовані правила, норми поведінки лікаря. Збірка цих норм називається медичною деонтологією. Сам термін «деонтологія» (від грецького слова «деон» - належний) введено в XVIII ст. англійським філософом Бентамом. Цим терміном він позначив правила професійної поведінки лікаря до людини.

Сучасна медична деонтологія включає в себе вчення про лікарську етику і естетику, лікарський обов'язок і лікарську таємницю тощо. Вона вивчає принципи поведінки медичного персоналу, систему його взаємин з хворими, їх родичами та між собою.

Медична етика також включає постулати про лікарський обов'язок, слово лікаря, лікарську таємницю, добро й зло, інші моральні та філософські категорії і пріоритети в охороні здоров'я. А лікарська деонтологія - це догми професійних обов'язків у медицині, вона є прикладною частиною концептуального вчення про медичну етику. Етичні закони і позиції у медицині - це погляди і знання, які наочно інтегрують моральні основи особистості лікаря й загалом лікарювання, теорію й практику стосунків з хворими, суспільством та колегами.

Засвою історію медична практика багато норм деонтології зробила свого роду ритуалами, на зразок правил хорошого тону, глибинний сенс яких людина не завжди розуміє, але намагається їх дотримуватися. Проте життя складне, і нерідко вона ставить перед лікарем і суспільством проблеми, для вирішення яких немає готових відповідей і деонтологія допомогти не в силах. Тоді єдиний вихід - безпосередньо звернутися до власного етичного почуття, самому думати і вирішувати, як вчинити правильно.

Загальні закономірності появи і розвитку професійних стосунків з їх відображенням у моралі сприяють розумінню змісту лікарської етики й моралі. Хворий, коли звертається до лікаря, стає об'єктом професійного впливу. Треба пам'ятати, що у професійному відношенні лікар має справу з об'єктом найвищого ступеня складності - людиною. Розмаїття чинників, котрі визначають початок, перебіг і кінець будь-якої хвороби, кожний раз ставить перед лікарем виключно важку гносеологічну (пізнавальну) задачу, котру він повинен розв'язати протягом короткого часу.

Лікар повинен ставитися до хворого не як до людини взагалі, а як до особистості. Інакше гуманізм є лише принципом, а не реальним вчинком. Тому, лікарський гуманізм постає реалізацією конкретного, реального гуманізму. Щодо моралі як суті, то маємо тут деяку однозначність, не залежну від обставин. Вона нібито забезпечує "надійність" лікаря у його відносинах з людьми (здоровими і хворими) безпосередньо на робочому місці й у побуті, визначає всі етичні принципи його. Починаючи спілкування з хворим, лікар зобов'язаний сконцентрувати на ньому свою увагу, забути про його фінансовий стан, застосувати свої знання й досвід у справі збереження життя, полегшення страждань, відновлення здоров'я хворої людини..

Сьогодні, як свідчить практика, поки що не можна виявити чіткого взаємозв'язку між основними факторами соціальної нерівності та станом здоров'я нашого громадянина. Зрозуміло, що це не означає, що його взагалі немає. Але для виявлення такого взаємозв'язку необхідно застосовувати більш надійні джерела інформації.

На жаль, в Україні відсутня культура здорового способу життя, це ілюструє стрімке зростання з віком частки осіб з хронічними захворюваннями. Відсутність такої культури і призводить до того, що дохід має обернений вплив на стан здоров'я, оскільки значні витрати на лікування не завжди можуть повернути втрачене здоров'я. В той час, як витрачені кошти на профілактику різного виду захворювань та здоровий спосіб життя і формують прямий зв'язок між станом здоров'я та доходами населення.

Тому у сучасного медичного корпусу потрібно на засадах гуманізму формувати відповідне відношення до знедолених людей. Людина, навіть бідна, повинна мати

впевненість в тому, що лікар прикладе максимум зусиль для того, що б підтримати її в скрутну годину.

### **Використані джерела:**

1. *Нерівність в Україні: масштаби та можливості впливу / за ред. Е.М.Лібанової. – К.: Інститут демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України, 2012. – 404 с.*
2. *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health 21.10.2011 [Electronichtmlresource]: – Access mode: <http://www.who.int/sdhconference/declaration/en/index>.*
3. *Веденко Б.Г. Лікар — хворий, межа поведінки (Думки звичайних лікарів) / Б.Г. Веденко, В.А. Мельник, В.Г. Даценко // Новостимедицини и фармации. — 2010. — № 22(350). — С. 20-21.*
4. *Гурвич С.С. Врачебная этика и деонтология / С.С. Гурвич, А.И. Смольняков // Деонтология советского врача: Сборник статей / Под редакцией Г.И. Царегородцева и С.С. Гуревича. — К.: Здоров'я, 1976. — С. 3-16.*



**Виноград Н.О.,**  
завідувач кафедри епідеміології  
Львівського національного медичного університету  
імені Данила Галицького,  
доктор медичних наук, професор

**Шуль У.А.,**  
асистент кафедри епідеміології  
Львівського національного медичного університету  
імені Данила Галицького

**Лабойко В.В.,**  
асистент кафедри епідеміології  
Львівського національного медичного університету  
імені Данила Галицького

## **ГАРЯЧКА ЗАХІДНОГО НІЛУ ЯК ІНФЕКЦІЯ, ЩО ПОВ'ЯЗАНА З НАДАННЯМ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

**Актуальність.** Інфекції, пов'язані з наданням медичної допомоги (ІПНМД), є глобальною проблемою сьогодення як в Україні, так і у світі. Вони мають значне медико-соціальне та економічне значення, адже значно ускладнюють перебіг основного захворювання, здовжують тривалість лікування, часто призводять до інвалідизації та летального завершення, а також спричиняють колосальні фінансові збитки. Дані інфекції характеризуються поліетіологічністю, а їх збудники – стійкістю до дезінфектантів, антибіотиків та інших препаратів.

До найпоширеніших збудників ІПНМД належать бактерії (стафілококи, стрептококи, менінгококи, ентеробактерії, сальмонели, шигели, протей, клебсієла, легіонели, тощо), віруси (вірусних гепатитів А, В, С, D; ВІЛ-інфекції, герпесу, кору, краснухи, рота-, ентеро-, норовірусів), гриби (кандіда, аспергіли, дерматофіти), найпростіші (токсоплазми).

Однак спектр збудників ІПНМД в останні роки суттєво розширився за рахунок збудників, які спричиняють значні епідемічні ускладнення, більшість з них належать до особливо небезпечних інфекцій. Слід зазначити, що захворювання виникають як на ендемічних, так і неендемічних територіях. Описані десятки і сотні випадків внутрішньо



лікарняного зараження хворих і медичних працівників вірусами хвороби Ебола, гарячки Західного Нілу (ГЗН), гарячки Чикунгун'я, гарячки Денге, *Babesia spp.*, *Trypanosoma cruzi*, тощо.

**Мета.** Вивчити значимість ГЗН у структурі ПНМД і проаналізувати вплив чинників ризику на зараження людей вірусом ГЗН у закладах охорони здоров'я.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз літературних джерел та інтернет-ресурсу для оцінювання стану проблеми в Україні та світі; використано аналітичний прийом комплексного епідеміологічного методу дослідження.

**Результати та обговорення.** ГЗН – це вірусне зоотропнозне природно осередкове захворювання з трансмісивним механізмом передачі. Основними переносниками вірусу є комарі, рідше – кліщі. Окрім трансмісивного механізму передачі вірус може поширюватися вертикально (трансплацентарно та при вигодуванні дитини через материнське молоко), а також парентеральним шляхом під час медичних маніпуляцій, при переливанні компонентів крові, трансплантації органів, коли у донора, хворого на ГЗН, спостерігається вірусемія.

Вперше внутрішньоутробна передача вірусу ГЗН була зареєстрована в 2002 році у США, коли 20-річна жінка захворіла на 27 тижні вагітності. Її дитина народилася з кістозним пошкодженням мозкової тканини. Згодом завдяки посиленому спостереженню серед вагітних вдалося виявити ще 4 жінок, інфікованих ГЗН. У 2003 році Центр з контролю і профілактики захворювань у США отримав 74 повідомлення про ГЗН серед жінок під час вагітності, при цьому більша частина новонароджених дітей мала безсимптомний перебіг захворювання. Тоді ж в США було підтверджено можливість передачі вірусу ГЗН через грудне вигодовування, коли в 40-річній жінки в грудному молоці були виявлені нуклеїнові кислоти вірусу, а в її дитини – антитіла класу IgM до ГЗН.

Передача вірусу ГЗН при переливанні крові була вперше зареєстрована в 2002 році під час масштабного спалаху ГЗН в Північній Америці. У червні 2003 року в центрах збору крові в США і Канаді розпочалась програма донорського відтермінування і скринінгу донорської крові з експериментальними випробуваннями. Протягом 2003-2004 років було виявлено понад 1000 інфікованих вірусом ГЗН взірців донорської крові. Тоді ж описали інфікування ГЗН під час трансплантації органів та процедури гемодіалізу, а також професійне інфікування лабораторних працівників.

У 2015 році за даними ВООЗ офіційно було зареєстровано 2175 випадків ГЗН. Серед них 1455 пацієнтів мали нейроінвазивну форму, 142 випадки (10 %) завершилися летально, та 720 – грипоподібну форму, серед яких 4 випадки (0,6 %) мали летальне завершення. За даними епідеміологічного анамнезу приблизно п'ята частина пацієнтів (19,6 %) заперечували факт укусу комарів, а інфікування можна пов'язати із переливанням компонентів крові, трансплантацією органів та іншими інвазивними втручаннями.

Встановлено, що передача збудника інфекції парентеральним шляхом залежить від цілого ряду чинників, а саме: типу мікроорганізму (вірулентності), наявності або відсутності запальних реакцій, рівня імунітету. Застосування потужних імунодепресантів для запобігання відторгнення у реципієнтів трансплантаційних органів також підвищує ймовірність інфікування після трансплантації.

**Висновки.** Отже, ГЗН залишається актуальною проблемою сучасності не лише як природно осередкова інфекція, а й та, що має вагоме значення в структурі ПНМД. Враховуючи додаткові шляхи передачі збудника, важливим напрямком є запровадження лабораторного моніторингу з дослідженням всіх донорських біологічних рідин, тканин, органів для трансплантації, тощо на наявність вірусу ГЗН, а також посиленого спостереження серед вагітних жінок. Морально-етичні аспекти надання медичної допомоги вимагають проведення максимально безпечних для пацієнтів і медичного персоналу маніпуляцій для запобігання виникненню при цьому випадків інфікування різними збудниками.





**Гриновець В. С.,**  
доцент кафедри терапевтичної стоматології  
Львівського національного медичного університету  
імені Данила Галицького,  
кандидат медичних наук

**Ріпецька О. Р.,**  
доцент кафедри терапевтичної стоматології  
Львівського національного медичного університету  
імені Данила Галицького,  
кандидат медичних наук

**Гриновець І. С.,**  
доцент кафедри технології ліків і біофармації  
Львівського національного медичного університету  
імені Данила Галицького,  
кандидат фармакологічних наук

**Денега І. С.,**  
асистент кафедри терапевтичної стоматології  
Львівського національного медичного університету  
імені Данила Галицького

## **ВІДНОВЛЕННЯ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ» ЯК ПЕРЕДУМОВА СТАНОВЛЕННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ В УКРАЇНІ**

До становлення будь-якої галузі залучаються професіонали-спеціалісти. Не є винятком і така важлива галузь як медицина. За час незалежності в Україні створювалися медичні термінологічні словники, є видання про визначні дати та постаті в історії української медицини. Українська медична наука вкрай потребує уніфікованих для всієї країни відомостей про визначних учених, перелік світових досягнень та пам'ятних дат української медицини – тобто створення повноцінної галузевої спадщини. Однак упродовж останніх 5 років відбулося руйнування такого напрямку медичної науки як історія медицини. Апогеєм став відомий наказ МОНМС України від 21.12.2012 № 1462 (zareestrovaniy u Ministerstvi yustitsii Ukraini 10.01.2013 za № 89/22621) – «Про внесення змін до Переліку наукових спеціальностей», де зазначено: «1.8 у групі спеціальностей 14.02.00 «Профілактична медицина» галузі науки «МЕДИЧНІ НАУКИ» спеціальність 14.02.04 «Історія медицини» виключити». У сусідніх країнах (Польщі, Німеччині та ін.) – спеціальність «Історія медицини» ніхто не «виключав» – є спеціальність, відповідно і готуються галузеві енциклопедії, довідники на державному рівні. Отож, і в Україні настала нагальна необхідність відмінити положення зазначеного наказу та відновити спеціальність «Історія медицини» у попередньому статусі, що сприятиме подальшому розвитку медичної галузі в Україні.



**Дмитерко Т. В.,**  
лікар-стоматолог  
Хмельницького обласного госпіталя ветеранів війни

## **ГАЛІТОЗ – НЕПРИЄМНИЙ ЗАПАХ З ПОРОЖНИНИ РОТА**

Галітоз – це медичний термін, що означає неприємний запах з порожнини рота, який не зникає після використання засобів гігієни порожнини рота.

Галітоз не захворювання, це – симптом, який може свідчити про наявність патологічних змін в організмі, що потребують медичного втручання. Галітоз викликає дискомфорт в самого пацієнта і в людей, які його оточують.

Головною причиною галітозу є поява в повітрі, що видихається, летючих сірковмісних сполук та летючих амінів, які появляються з різних причин. Це може бути дисбаланс мікрофлори порожнини рота, зменшення кількості кисню в ротовій порожнині, виділення альвеолами легенів та ін.

По класифікації виділяють психологічні проблеми – це псевдогалітоз та галітофобія, а також істинний галітоз, який буває фізіологічним та патологічним.

Фізіологічний галітоз є завжди тимчасовим і проходить самостійно при усуненні факторів, що його викликають. Причинами фізіологічного галітозу можуть бути вживання специфічних продуктів харчування, дієтичне харчування або голодування, вживання алкогольних напоїв, паління, деякі медичні препарати можуть викликати галітоз, нервові перенапруження та стрес.

Істинний патологічний галітоз буває оральним та екстраоральним. Причинами орального галітозу є незадовільна гігієна порожнини рота та стоматологічні захворювання – карієс зубів і його ускладнення, запальні процеси в пародонті, запальні захворювання слизової оболонки порожнини рота та червоної кайми губ, пухлиноподібні новоутворення в порожнині рота, ксеростомія (сухість слизової оболонки порожнини рота). Істинний патологічний оральний галітоз потребує обов'язкового лікування в лікаря-стоматолога.

Істинний патологічний екстраоральний галітоз може бути симптомом захворювань інших систем організму – це захворювання ендокринної системи, шлунково-кишкового тракту, системи крові, патології бронхо-легеневої системи, захворювання додаткових пазух носа, захворювання гортані та ін. Такі пацієнти потребують додаткових обстежень та діагностики з подальшим лікуванням.

В діагностиці галітозу використовуються тести, що є доступними в домашніх умовах, використання спеціальних реактивів і спеціального обладнання в домашніх умовах та в умовах лікувального закладу, також використовуються різні датчики та прилади, спеціально обладнані приміщення.

Лікування галітозу включає в першу чергу якісну діагностику та виявлення джерела і причини неприємного запаху, лікування причинного захворювання, професійна та особиста гігієна порожнини рота, підтримання водного балансу організму, правильне використання засобів для боротьби з галітозом (настої лікарських трав, спреї, жувальні гумки, ополіскувачі та ін.), збалансоване харчування та здоровий спосіб життя.



*Дунаєвський С. В.,  
Хмельницьке обласне бюро судово-медичної експертизи*

### **ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ ЛІКАРЯ СУДОВО-МЕДИЧНОГО ЕКСПЕРТА З УЧАСНИКАМИ АТО**

Необхідність розв'язання проблем медичної допомоги та реабілітації учасників АТО є одним із найбільш значущих питань сьогодення, якому приділяється велика увага в засобах масової інформації, та яке виноситься на порядок денний засідань уряду, комітетів Верховної Ради України, громадських організацій, місцевих органів державної влади, до складу яких входять і бюро судово-медичної експертизи.

Багатогранність завдань медичної допомоги та реабілітації постраждалих в АТО потребує ефективного функціонування цієї системи як самостійного напряму клінічної та соціальної медицини. Служба судово-медичної експертизи України не може залишатись осторонь цієї роботи, зокрема лікарі відділу експертизи потерпілих, обвинувачених та інших

осіб, які в своїй щоденній праці стикаються з проблемами пацієнтів-учасників АТО та членів їх сімей.

У зв'язку з травматичними змінами (фізичними та психічними), яких зазнають учасники АТО під час виконання службових обов'язків, вони, потрапляючи до реалій мирного життя, часто стають учасниками конфліктних ситуацій, пов'язаних із порушенням закону. Найчастіше це трапляється на побутовому рівні, в сімейних стосунках, проявах громадської активності з відстоюванням власної життєвої позиції. У зв'язку з цим зростає кількість осіб, які стають причетними до конфліктів на зазначеному підґрунті та зазнають у свою чергу фізичних і моральних травм, у зв'язку з якими звертаються до правоохоронних органів.

У свою чергу, правоохоронці для вирішення питання встановлення відповідальності сторін у конфлікті, керуючись нормами законодавства про рівність громадян перед законом, призначають судово-медичні експертизи з метою встановлення ступеня тяжкості отриманих учасниками конфліктів ушкоджень. Саме в таких випадках лікар судово-медичний експерт повинен застосувати увесь інструментарій психологічних знань задля належного здійснення ефективної взаємодії з усіма сторонами конфлікту, учасниками котрого можуть виявитись особи, що брали участь в АТО.

Варто зазначити, що є деякі відмінності у випадку роботи лікаря судово-медичного експерта під час взаємодії з пацієнтами, які стали учасниками правопорушень та мають у минулому прямий чи опосередкований причинний зв'язок із впливом військових дій і пов'язаних із ними психологічних факторів.

Громадян, які звертаються за судово-медичною допомогою, лікарі судово-медичні експерти умовно поділяють на такі категорії: «непроблемні», «відносно проблемні» та «безумовно проблемні». Учасників АТО, які за статистичними даними потрапляють в поле зору правоохоронних органів щодо фактів здійснення кримінальних правопорушень, слід відносити до другої або третьої із перерахованих вище категорій, що однак, ніяким чином не слід розглядати як дискримінаційне ставлення. Як вже було зазначено, більшість кримінальних правопорушень за участю колишніх учасників АТО стаються на побутовому рівні та пов'язані зі зловживанням алкоголем. Не такими поширеними, але тим не менш розповсюдженими, є факти отримання тілесних ушкоджень колишніми учасниками АТО під час різного роду конфліктів суспільно-політичного характеру, блокування діяльності представництв органів влади, вуличних мітингів, протистоянь, акцій протесту, суто кримінальних злочинів, до яких їх залучають зацікавлені особи.

В чому криється причина такої поведінки колишніх учасників АТО? Наразі наслідкові причини, пов'язані з подіями на Сході України, є предметом гарячих дискусій та досліджень в українському суспільстві. Психологія післявоєнного синдрому прослідковує певною мірою однакові наслідки перебування людини в фізично та психічно важких військових умовах, але тим не менш, науковці зазначають певні відмінності від так званих «в'єтнамського» чи «афганського» синдромів.

Людська психіка не витримує жахів війни. Психічні розлади, як стверджують фахівці, виникають майже у половини учасників бойових дій. Так званий «афганський» синдром (а медичною термінологією ПТСР – посттравматичний стресовий розлад) несе в собі причину асоціальної поведінки військових ветеранів. Він проявляється через 3-6 місяців після завершення служби в «гарячих точках». Один із основних симптомів – «флешбеки»: ветерану вживаються неприємні спогади, які він намагається забути. У нього може проявлятися бурхлива активність, обумовлена комплексом провини. Аби «заглушити війну в голові», колишні воїни вживають спиртні напої, наркотичні речовини, можуть примкнути до кримінальних угруповань. Симптомами розладу також є «безпричинна» агресія, направлена, як правило, на сім'ю та близьких. ПТСР характеризується також соматичними проявами: порушенням сну, головними болями, серцевими нападами тощо.

Пацієнти з такими проблемами потребують особливої уваги лікаря судово-медичного експерта під час обстеження та встановлення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень в рамках

виконання судово-медичної експертизи: при викладенні обставин справи вимагають розуміння психології конфлікту в їхній інтерпретації, яку вважають єдино вірною, ґрунтуючись на власному переконанні своєї переваги як військового професіонала, намагаються домінувати над лікарем-спеціалістом зі встановленням власних правил спілкування.

Ризик наявності у них явищ посттравматичного стресового синдрому зобов'язує судово-медичного експерта, що працює з таким пацієнтом і його можливими «флешбеками», вміти вчасно та відповідно реагувати на такі явища та адекватно сприймати емоційний стан пацієнта.

Основним завданням лікаря судово-медичного експерта при роботі з колишніми учасниками АТО є вміння досягнути необхідного рівня емоційної стійкості, усвідомлюючи свою важливість у наданні пацієнту як медичної, так і правової допомоги, в той же час не переоцінюючи свою важливість у вирішенні проблеми пацієнта. Ці передумови є запорукою кваліфікованої та цільової допомоги, збереження власного психічного здоров'я для спеціаліста та основою для забезпечення цільового підходу до вирішення проблеми пацієнта.

Лікар судово-медичний експерт має розуміти свій особистісний потенціал, тобто, сукупність певних рис і якостей лікаря-практика, що формують відповідний тип поведінки: впевненість, неупередженість, адекватність сприйняття, урівноваженість, об'єктивність тощо.

Для успішного спілкування з потерпілим, який виявився учасником АТО, лікарю необхідно сформулювати у нього почуття безпеки, знизити рівень його тривожності, домогтися розуміння та вміння виражати свої емоції і почуття, продемонструвати прагнення допомогти йому з вирішенням проблеми, яка склалась у даній ситуації, подолати комунікативні бар'єри шляхом використання особистісних та професійних якостей.

З ціллю досконалого проведення судово-медичної експертизи з приводу визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень у військовослужбовця, демобілізованого з зони АТО, потрібно дати йому зрозуміти, що ви зацікавлені почути про його бачення проблеми на основі отриманого ним досвіду, допомогти військовому висловити суть проблеми і свої почуття словами, не сперечатися і не перебивати його. Може виникнути необхідність повторювати почуте, щоб впевнитися у правильності сказаного та дати можливість потерпілому ознайомитись із зафіксованими даними.

Якщо під час проведення експертизи військовий проявляє до лікаря судово-медичного експерта злість та агресію, потрібно домовитися з ним, що лікар у будь-який момент може взяти паузу, після оголошення якої з'ясування стосунків відразу ж припиняється. Під час цього «тайм-ауту» необхідно не концентруватися на почутті злості або образи. Після того, як тайм-аут закінчиться, необхідно проговорити шляхи вирішення питання. Необхідно акцентувати увагу на спільних думках та шляхах вирішення проблеми.

Враховуючи високу ймовірність наявності у пацієнтів з травмами в анамнезі фактів задокументованого лікування з цього приводу, слід приділити велику увагу досконалому вивченню особистої медичної документації потерпілих учасників АТО, в той же час, за необхідності, не нехтувати повторним обстеженням органів і систем потерпілих іншими лікарями-спеціалістами для встановлення повної клінічної картини та усунення можливості невірної трактування змін в організмі пацієнта.

Отже, робота лікаря судово-медичного експерта з учасниками АТО та членами їх родин в разі проведення судово-медичної експертизи передбачає перш за все розуміння мети, відповідної методики практичного виконання та особливостей взаємодії з цією групою пацієнтів. Саме вміння лікаря судово-медичного експерта дотримуватися під час проведення експертизи чітко регламентованої процедури її виконання, враховуючи перелічені вище особливості змін у пацієнтів даної групи, є запорукою об'єктивності виконання судово-медичної експертизи.



**Жарлінська Р.Г.,**  
*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,*  
*кандидат економічних наук*

**Жарлінська А.А.,**  
*Донецький національний університет*

## **ОКРЕМІ ПРАВОВІ АСПЕКТИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ**

Ситуація в охороні здоров'я є однією з найгостріших у нашій країні, галузь існує на межі виживання. Демографічні показники в Україні мають щорічну тенденцію до погіршення, і не останню роль у цьому процесі відіграє теперішній стан медицини. З метою подолання проблем у галузі у 2011 році було впроваджено реформу системи охорони здоров'я в окремих пілотних регіонах (Вінницькій, Донецькій, Дніпропетровській областях та м.Києві). Але в ході реалізації цього проекту було виявлено масу недоліків, які не отримали достатньої уваги з боку авторів реформи, крім того, результати реформи також не були узагальнені. Це, в свою чергу, потягло за собою не лише поглиблення вже існуючих проблем системи, але й створення нових, не менш серйозних. Насамперед зазначимо, що Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» нині втратив свою чинність, але до цього часу в галузі використовують норми підзаконних нормативних актів. Так, заробітна плата та нарахування заохочувальних виплат лікарям здійснюються, виходячи з обсягу та якості виконаної роботи. Отже, лікар, щоб отримати достатню заробітну плату, повинен навантажити себе достатньою кількістю пацієнтів, а іноді навіть надмірною, що звичайно призводить до зниження якості надання ним медичної допомоги. Крім цього, лікар отримує заохочувальну виплату лише в тому випадку, якщо він вилікував пацієнта, що звернувся до нього, без направлення його до лікаря вторинної медичної допомоги. Саме тому, ми можемо лише уявити, який відсоток пацієнтів не отримує достатньо кваліфіковану допомогу через фізичну неможливість лікаря загальної практики опанувати повні знання з усіх галузей медицини. І це лише для того, щоб лікар насправді міг прожити, а не виживати на мізерну зарплатню без тих самих заохочувальних виплат. Отже, вважаємо, що головним елементом в реформуванні охорони здоров'я все ж залишається фінансовий важіль, що в результаті тисне на всі інші елементи реформи, та лише від фінансування залежить розвиток галузі в цілому.

Нами досліджено матеріали медичної реформи Польщі, тому найкращий досвід можна використати в реформуванні вітчизняної медичної галузі. Перш за все, нагальним кроком є впровадження системи загальнообов'язкового медичного страхування, проект закону щодо якого обговорюється широким загалом фахівців. Згідно з польським досвідом, там насамперед були створені регіональні фонди охорони здоров'я. Такі фонди збирали внески громадян і укладали договори. З 2003 року ці фонди увійшли у підпорядкування Національного фонду здоров'я. Фонд збирає кошти з громадян у розмірі 9% від заробітної плати, держбюджету, а також із місцевих бюджетів і на основі цього формує обсяги фінансування сфери охорони здоров'я та встановлює ліміти для медичних установ. Таким чином, реформи такого типу не перетворюють систему охорони здоров'я на окремий бізнес-сегмент, адже сфера досі контролювана державою. Також важливо зазначити, що збір коштів із громадян складає лише частину загального бюджету, що не створює надлишковий тиск на економіку окремих господарств. Продовжуючи вивчення реформ охорони здоров'я у Польщі, необхідно зазначити, що така система забезпечує лікування всіх громадян, а також дає право на вибір лікарні та лікаря. До того ж, 99% працездатних громадян підлягають обов'язковому медичному страхуванню. Обсяг послуг, який забезпечує державний бюджет, є

обмеженим: система зорієнтована на надання первинної допомоги, а тому такі послуги, як стоматологічне протезування, пластична хірургія та вакцинація, не входять у покриття.

Незважаючи на це, існує можливість отримати лікування у приватних лікарнях, але для цього лікарня має підписати контракт на дозвіл обслуговування громадян. Звичайно, такі послуги можуть не покриватись бюджетом Національного фонду, але для того, щоб не платити з власної кишені, громадяни можуть підписати договір зі страховою компанією. Також дуже важливою рисою таких реформ є той факт, що працівники державних лікарень не мають права надавати платні послуги пацієнтам, що ліквідує можливість отримання хабарів.

Наступним важливим процесом у реформуванні охорони здоров'я Польщі є створення загальної бази даних – OSOZ. Така база дозволила стандартизувати та перевести в електронну форму інформацію про лікарні, аптеки та пацієнтів. Таким чином, процес надання інформації щодо годин роботи лікаря, аптеки набагато пришвидшується. Також, лікарі можуть швидко отримувати інформацію щодо історії попередніх лікувань та діагнозів пацієнта, що прискорює процес надання медичної допомоги.

Отже, реалізація та сама ідея реформування системи охорони здоров'я в Україні в цілому мали досить багато прогалин. Саме тому, вивчивши та проаналізувавши основні мінуси вітчизняної реформи та проведені реформи систем охорони здоров'я європейських країн, зокрема Польщі, можемо запропонувати декілька основних правок до медичного законодавства, що можливо, дасть змогу вивести всю систему охорони здоров'я на європейський рівень.



**Завгородня Н. І.,**  
доцент кафедри психології  
Національного аерокосмічного університету ім. М. Є. Жуковського  
«Харківський авіаційний інститут»,  
кандидат медичних наук

## **ЛІКАР-ХВОРИЙ-РОДИНА: НА ШЛЯХУ ДО ЕФЕКТИВНОГО СПІЛКУВАННЯ**

Хронізація неінфекційних захворювань є однією з найважливіших проблем сучасної медицини, а створення умов для надання всебічної допомоги контингенту хворих із хронічною патологією будь-якого генезу стає одним із завдань ефективного оновлення системи медичної допомоги.

На особливу увагу заслуговує питання впливу хронічного захворювання на якість життя родини хворої особи, визначення психологічних особливостей реагування на догляд та піклування з метою створення адаптивних умов для всіх учасників процесу лікування й піклування за хворим.

Одним із найскладніших у психологічному аспекті етапів перебігу хронічного захворювання є етап (або етапи, що часто повторюються) перебування в стаціонарі. Перебування в лікарняному відділенні ставить в один ряд лікаря (медичний персонал), пацієнта і його родичів як рівноправних учасників лікувального процесу.

При цьому, уникання їх взаємодії, або її непродуктивність може в перспективі ставити під загрозу ефективність лікувального процесу та блокувати досягнення визначених в процесі стаціонару завдань.

Патерналістська та технічна модель взаємин лікар-хворий, лікар-родина хворого, що є досі розповсюдженою в закладах охорони здоров'я, практично унеможливорює ефективний діалог усіх сторін процесу. При цьому, на ситуацію також суттєво впливають організаційні особливості надання допомоги – в першу чергу, відсутність чіткого юридичного



регулювання прав та обов'язків родини хворого, і, з іншого боку, відсутність умов перебування близьких для здійснення піклування та догляду.

Ефективна взаємодія можлива лише за умови спілкування в моделі, заснованій на повазі й взаєморозумінні усіх учасників процесу. Мова йде про те, що в широкому сенсі, «одиницею лікування» є не окремий пацієнт, який існує тільки в абстракції; «одиницею лікування» стає вся родина» [1].

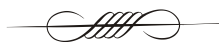
Реалізація на практиці системи тристоронніх відносин може бути здійснена виключно за умови опанування лікарем, як ключовою та компетентною фігурою лікувального процесу, підходів та прийомів усвідомленого спілкування, до основних елементів якого належать:

- доброзичливе та безоціночне ставлення до усіх учасників лікувального процесу;
- використання технік емпатичного слухання; «я-послання»;
- урахування індивідуально-психологічних особливостей усіх учасників процесу;
- персоніфікований підхід, що базується на конкретній інформації про конкретну ситуацію;
- включення елементів психоедукації в процес спілкування з метою впливу на компетенції учасників процесу;
- опанування прийомів раціональної психотерапії, невідкладної психологічної допомоги, технік нервово-м'язової релаксації.

Покращення ефективності повсякденної взаємодії лікар-хворий-родина в перспективі дозволить полегшити адаптацію усіх членів родини до ситуації хронічної хвороби та покращити їх якість життя.

#### **Використані джерела:**

*1. Хороший врач : учебник основной позиции врача / Клаус Дернер ; пер. с нем. И. Я. Сапожниковой при участии Э. Л. Гушанского. - Москва : Алетей, 2006. - 543 с.*



**Літвак А.І.,**

*доцент кафедри філософських і соціально-політичних наук  
ОРІДУ НАДУ при Президентіві України,  
кандидат медичних наук*

### **ЯКІСТЬ УПРАВЛІННЯ В МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ**

Якість управлінської діяльності, як процес, проявляється в його активізуючій, організуючій, направляючій, мотивуючій дії, що визначається правильним вибором засобів і методів дії, процедур їх реалізації. Про якість дії можна судити лише після її реалізації. **Якість управління є об'єктивно існуюча категорія, що відображає реальні властивості цієї діяльності і обумовлена її спрямованістю на досягнення реальних цілей, способами здійснення управління, взаємозв'язком з іншими видами діяльності.** Якість управління в системі охорони здоров'я (медичної організації) – це результативність і демократичність системи управління, що дозволяє задовольнити потреби не тільки зовнішніх, але й внутрішніх споживачів. **Це досягнення результату і задоволеність персоналу – об'єкту управління – процесом управління, рішеннями, які приймає керівництво.** Це сукупність чинників, що відображають в перспективі результативність управлінської діяльності або досягнення заздалегідь намічених результатів діяльності у встановлений термін, адекватність структури управління і безпосередню управлінську діяльність. Це інтегральна оцінка системи управління, що діє на випередження, при врахуванні чинників розвитку, які забезпечують необхідний результат. Висока якість результату медичної допомоги не може бути досягнута при непридатному управлінні медичною організацією. Якість медичної

допомоги і окремої медичної послуги забезпечує і повною мірою відображає рівень досягнутої якості управління. **Висока якість медичної допомоги можлива тільки при високій якості управління.**

Характеризуючи якість управління, виходячи з цільової функції – результат, ефективність, доступність медичної допомоги, структури і процесу управління, а також зв'язків, що можуть виникати між об'єктом і суб'єктом управління, ми виділяємо наступні напрямки (блоки) дослідження критеріїв якості управління: 1) цільовий, 2) структурно-організаційний, 3) лідерський, 4) процесний, 5) соціальної відповідальності і зворотного зв'язку. Кожен блок містить п'ять критеріїв, або ознак, характеристик, що відповідають назві блоку, на підставі яких виконується вимірювання і оцінка частоти використання управлінських заходів та дій за напрямками управлінської діяльності від 0 (ніколи) до 4 (постійно) балів.

Нами було проведено опитування лікарів міста-обласного центру за розробленою нами анкетною у листопаді 2015 року. Серед респондентів було 15 жінок і 6 чоловіків, всього 21 особа із різних медичних закладів. За зайнятими посадами було 14 рядових лікарів і 7 осіб, що наділені адміністративними функціями (заступники головного лікаря і завідувачі відділень). Середній термін перебування в медичній організації склав 12,6 років. Середній вік всіх респондентів склав 39,6 років, серед чоловіків – 40,7 років, серед жінок – 39,2 років.

Отримані результати опитування лікарів, яких можна розглядати як фокус-групу, свідчать про недостатній рівень якості управління в медичних закладах міста. Середній бал оцінки за всіма 25 критеріями склав 1,90 балів із 4,0 максимально можливих, що менше половини, і свідчить, що всі управлінські дії, які перераховані в анкеті, відбувались лише іноді, а необхідно, щоб вони були завжди і постійно, або зазвичай. Найбільшу оцінку – 2,62 бали отримав критерій (4.1) з четвертого процесного блоку про наявність і використання в медичних закладах клінічних протоколів, що регламентують лікувально-діагностичний процес. Хоча деякі респонденти оцінили цей критерій - «0», що свідчить про недостатню інформованість медичного персоналу і його залучення до спільної справи. За оцінками респондентів наступними йдуть два критерії із трохи гіршими оцінками із першого цільового блоку (1.5) про досягнення закладом необхідних результатів у встановлений термін і із другого структурно-організаційного блоку (2.4) – серед керівників є достатня кількість чоловіків і жінок, що свідчить про часткове вирішення гендерних проблем, які отримали однакову оцінку по 2,43 бали. Найгіршу і найнижчу оцінку 0,33 і 0,38 балів відповідно отримали критерії (5.3) про можливість оцінки підлеглими своїх керівників і (5.1) про наявність в організації певних критеріїв, що дозволяють оцінити задоволеність роботою кожного співробітника, обидва із соціального блоку. Майже ніде ці процедури зворотного зв'язку не проводяться.

Порівнюючи узагальнені середні оцінки за окремими блоками за п'ятьма критеріями у кожному, слід визначити їх наступний рейтинг. Найкраще серед інших управлінська діяльність оцінена за другим структурно-організаційним блоком – 2,24 бали, хоча це лише трохи більше половини від максимально можливої оцінки, і свідчить, що події відбувались лише іноді, і тут є над чим працювати і що удосконалювати. Головна риса системи критеріїв цього блоку це забезпечення технологічної послідовності і доцільності в діяльності структурних підрозділів організації і управлінського апарату, що забезпечує запланований результат.

Наступним за рейтингом йде четвертий блок, що характеризує управлінську технологію і процеси в організації, з оцінкою 2,12 балів. Критерії цього блоку дозволяють виявити і дати оцінку засобам, методам, стилю, технології управління і робіт, пов'язаних з цим – регламентація усіх управлінських процедур, технологія підготовки управлінських рішень, наказів, планів, програм, інших документів. За критеріями цього блоку можна судити наскільки управлінські дії прописані у різних офіційних документах – регламентах, прийнятих в організації і відомих широкому загалу.



Далі за рейтингом йде третій блок, що характеризує лідерство в організації, її лідерський потенціал, з незадовільною оцінкою 1,94 бали. Це дуже мало в сучасних умовах розвитку лідерства і його великого значення для розвитку і результативності організацій. Критерії цього блоку демонструють наскільки офіційно призначені керівники одночасно виявлять у своїй управлінській діяльності і поведінці лідерські якості, наскільки вони спроможні вести за собою людей до нових звершень і наскільки люди довіряють своєму керівництву.

За ним йде перший цільовий блок, критерії якого дозволяють судити наскільки організація є цілеспрямованою, наскільки цілі, обрані керівництвом організації, відомі більшості або всім працівникам. Ці критерії розкривають чи існує в організації моніторинг досягнення проміжних і кінцевих цілей і чи відбувається корекція курсу при допущених помилках і недосягненні необхідних результатів. Це важливо, адже без опанування чітких і ясних цілей всіма працівниками, організація нічого путнього зробити не може, не може досягнути омріяного результату. За оцінкою респондентів, яка також незадовільна і ще гірша за попередній блок, цей блок отримав – 1,91 бали. Це свідчить, що в медичних закладах не всі співробітники розуміють цілі своєї організації і не можуть сформулювати свою поведінку відносно загальної мети, від чого організація програє, бо не використовує ініціативу кожного співробітника на своєму робочому місці.

Найгіршим за оцінкою респондентів опинився п'ятий соціальний блок, за яким можна судити про те, наскільки управлінські рішення впливають на людей, покращують соціальні умови трудової діяльності, сприяють професійному розвитку працівника і відповідають інтересам персоналу. Цей блок отримав в середньому 1,30 балів, що є дуже низькою і вкрай незадовільною оцінкою. Критерії цього блоку свідчать, наскільки відкрита адміністрація до думок, зауважень і пропозицій персоналу, який психологічний клімат формується у трудовому середовищі. Наскільки управлінські рішення адміністрації і управлінський вплив на людей забезпечують соціальну стабільність, попереджують конфлікти, формують трудову мотивацію і лояльність до організації.

Таким чином, дослідження якості управління за оцінками лікарів, що працюють в різних закладах за своєю спрямованістю і рівнем надання медичної допомоги, демонструє недостатній рівень як в цілому, так і за окремими напрямками управлінської діяльності. Головною вадою управлінського процесу в медичних закладах є відсутність співпраці керівництва і медичного персоналу, непрозорість управлінського процесу, відсунення лікарів від прийняття рішень, недостатня інформованість медичного персоналу, який не завжди знає і розуміє, що відбувається в медичній організації, що викликає у нього пасивність і робить сліпим виконавцем чужих ідей у вирішенні актуальних завдань, а персонал організації мусить бути активним ініціатором того, що відбувається в трудовому колективі.

Задля поліпшення ситуації в системах управління медичних закладів, необхідно провести аналіз можливостей і професійної підготовки керівників усіх рівнів управління, щоб надати їм диференційовану допомогу і підтримку. Запровадити безперервне навчання і удосконалення керівників усіх рівнів управління з розвитку навиків управлінської діяльності, управлінської психології, лідерства, мотивування персоналу, регламентації управлінської діяльності, навиків комунікації та інше у формі постійно діючої школи керівника в охороні здоров'я при органі управління чи громадській організації. У керівників медичних закладів необхідно сформувати бачення організації як соціального явища, що допоможе їм змінити свою управлінську поведінку за для досягнення кращих результатів.

Постійне вдосконалення системи якості управління неможливе без зворотного зв'язку для постійного аналізу рівня задоволення потреб споживачів якістю продукції і персоналу, що надає послуги. Для цього необхідно налагодити щорічний моніторинг оцінки якості управління і оцінки діяльності керівників медичним персоналом в кожному медичному закладі з наступним складанням програм, при необхідності, щодо усунення недоліків і удосконалення управління.

Саме здатність керівників медичних організацій правильно інтерпретувати і використовувати інформацію про свою особисту діяльність і діяльність всієї організації визначає успішність і майбутні перспективи організації в довгостроковій перспективі. Інформація про управлінський процес в організації робить управління компетентним, дозволяє побачити перспективи розвитку і своєчасно виправити недоліки і прорахунки в роботі управлінського персоналу і діяльності організації.



**Островський М. М.,**  
*Львівський міський психотерапевтичний центр*

## **ДЕПРЕСІЇ, ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД ТА СИНДРОМ ПРОФЕСІЙНОГО «ВИГОРАННЯ»**

Працівники Львівського психотерапевтичного центру та психотерапевтичної структури міста долучаються до щорічних науково-практичних конференцій із доповідями та висвітленням актуальної теми в друкованих роботах [7,8,9]. Виїзні лекції для лікарів Львівського регіону стали проводитися також у супроводі Українського лікарського товариства. Тому в контексті створених вже Уніфікованих протоколів з надання медичної допомоги у лікуванні депресії і посттравматичного стресового розладу передбачається зосередження уваги на проблемі синдрому професійного «вигорання».

Реформування сучасної системи охорони здоров'я та перехід її на засади сімейної медицини передбачає і більш глобальний «холістичний» підхід (від грецького «holos» – все ціле) до розуміння здоров'я як такого. Доречно навести тут знамените визначення здоров'я з Преамбули Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), яка стверджує, що «Здоров'я – це не лише відсутність хвороби чи фізичних дефектів, а стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя». Такий холістичний підхід до реформування сфери охорони здоров'я передбачає не лише те що сімейна медицина надаватиме до 90% зі всіх хворих медичну допомогу, але й розширюватимуться функції самого лікаря загальної практики. Лікар загальної практики (сімейний лікар) – спеціаліст широкого профілю, який в майбутній схемі надання медичної допомоги населенню повинен бути центральною фігурою практичної охорони здоров'я. Він повинен здійснювати багаторічне спостереження за всіма членами сім'ї, включаючи дітей і пенсіонерів, організовувати профілактику, своєчасне виявлення і лікування найбільш поширених захворювань, надавати екстрену і невідкладну допомогу, виконувати медичні маніпуляції, проводити реабілітаційні заходи. Таке розширення повноважень передбачає як підвищення компетенції, так і збільшення психологічного навантаження та рівня професійного стресу у цих фахівців. Адже лікар зобов'язаний мати велику працездатність, уміти розподілити за ступенем важливості свої службові функції, володіти організаторськими здібностями. Враховуючи сказане вище, постає ще один важливий аспект організації охорони здоров'я та якості надання валеологічної допомоги – а саме психологічне здоров'я самого сімейного лікаря.

Роботу лікарів відносять до професій соціальної сфери, які пред'являють жорсткі вимоги до психофізіологічних особливостей спеціаліста-медика і вимагають науково обґрунтованих методів відбору, адаптації фахівців до умов праці і профілактики синдрому професійного або, як тепер його більш прийнято називати, емоційного «вигорання».

Синдром емоційного «вигорання» (СЕВ) — стан емоційного, фізичного і розумового виснаження, що проявляється у професіях соціальної сфери. Даний синдром включає три основні складові: емоційну виснаженість, деперсоналізацію (цинізм) і редукцію професійних досягнень.

Під емоційним виснаженням розуміється відчуття емоційної спустошеності і втоми, викликане власною роботою.

Деперсоналізація припускає цинічне відношення до праці і об'єктів своєї праці. Зокрема, в медичній сфері деперсоналізація припускає бездушне, негуманне відношення до пацієнтів, що приходять для лікування, консультації тощо. Пацієнти сприймаються не як живі люди, а всі їх проблеми і біди, з якими вони приходять до лікаря, із його точки зору, є малозначимі.

Нарешті, редукція професійних досягнень – виникнення у працівників відчуття некомпетентності в своїй професійній сфері, усвідомлення неуспіху в ній [2].

Людина уражена синдромом відчуває стійке небажання йти на роботу, що супроводжується депресією, порушеннями сну, пам'яті і уваги, зниженням активності, втратою інтересу до повсякденної діяльності, відчуттям її безглуздя, бажанням уникнути виконання своїх обов'язків. Знижується інтерес не тільки до професії, але і до життя в цілому. Можливий розвиток тривожного і депресивного розладів.

Головною причиною СЕВ вважається психологічна, душевна перевтома як наслідок тривалої дії професійного стресу. Коли вимоги (внутрішні і зовнішні) тривалий час переважають над ресурсами (внутрішніми і зовнішніми), у людини порушується стан рівноваги, яка неминуче приводить до СЕВ.

Тут слід зазначити, що найбільш вразливими до дії чинників СЕВ закономірно виявляються професіонали - особи з високим ступенем самовіддачі, відповідальності, з установкою на високий рівень досягнень, тобто висококваліфіковані спеціалісти.

Саме емоційне вигорання серед медиків – це загальноновизнана у світі проблема (за результатами досліджень з нею стикається від 30 до 80% працівників), яка все ще мало досліджена у вітчизняній галузі охорони здоров'я. Проте без сумніву СЕВ має безпосередній вплив на якість надання медичної допомоги та збереження здоров'я населення. Адже в першу чергу схильними до «вигорання» вважаються лікарі, медсестри, соціальні працівники, психологи, що пояснюється специфічними особливостями цих альтруїстичних професій (табл. 1). За даними англійських дослідників, серед лікарів загальної практики виявляється високий рівень тривоги в 41% випадків (Dinsdale P., 1995), клінічно виражена депресія - в 26% випадків (S. Rathod і співавт., 2000). Третина лікарів використовує медикаментозні засоби для корекції емоційної напруги, кількість вживання алкоголю перевищує середній рівень. За результатами дослідження, проведеному в нашій країні, у 26% терапевтів відмічений високий рівень тривожності, а у 37% - субклінічна депресія. Суттєво сприяє вигоранню робота з тяжкими хворими – геронтологічними, онкологічними пацієнтами, агресивними і схильними до суїциду хворими, хворими на узалежнення [5].

Слід зазначити, що умови професійної діяльності деколи можуть виявитись і причиною синдрому хронічної втоми, який, до речі досить часто супроводжує СЕВ. При синдромі хронічної втоми типові скарги хворих: прогресивна втома, зниження працездатності; погана переносимість раніше звичних навантажень, м'язова слабкість, біль в м'язах, розлади сну, головні болі, забудькуватість, дратівливість, зниження розумової активності і здібності до концентрації уваги. У осіб, що страждають на синдром хронічної втоми, може реєструватися тривалий субфебрилітет, болі в горлі. В даний час виділяють близько 100 симптомів прояву СЕВ, а також від 3 до 15 стадій вигорання. При постановці цього діагнозу слід враховувати, що при цьому повинні бути відсутніми інші причини або захворювання, здатні викликати появу подібних симптомів.

Перші роботи з цієї проблеми з'явилися в США. Першим американський психіатр Н. Frenzenberger у 1974 р. описав феномен «вигорання» і дав йому назву «burnout» для характеристики психологічного стану професіоналів у сфері соціальної допомоги, що знаходяться в інтенсивному і тісному спілкуванні з пацієнтами (клієнтами) та відчувають себе емоційно перевантаженими проблемами інших людей. Це, як він стверджує, супроводжується цинічною установкою: «Навіщо турбуватися? Це не має ніякого значення». Коли співробітник вигорає, він стає неефективним в своїх цілях і діях. Згодом, соціальний психолог К. Maslach (1976 р.) визначила цей стан як синдром фізичного і емоційного виснаження, який супроводжується розвитком негативної самооцінки, негативного

відношення до роботи, втратою розуміння і співчуття по відношенню до клієнтів або пацієнтів. На думку ж відомого вітчизняного дослідника В. В. Бойко [1] емоційне вигорання - це вироблений особистістю механізм психологічного захисту у формі повного або часткового виключення емоцій у відповідь на окремі психотравмуючі дії. Отже, «вигорання» частково функціональний стереотип, оскільки дозволяє людині дозувати і економно витрачати енергетичні ресурси. В той же час, можуть виникати його дисфункціональні наслідки, коли «вигорання» негативно позначається на виконанні професійної діяльності і відносинах з партнерами.

Спочатку під СЕВ визначали лише стан виснаги з відчуттям власної даремності. Пізніше симптоматика даного синдрому істотно розширилася за рахунок психосоматичного компоненту. Дослідники все більш пов'язували синдром з психосоматичним самопочуттям, відносячи його до станів передхвороби. У Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) СЕВ віднесений до рубрики Z73 - "Стрес, пов'язаний з труднощами підтримки нормального способу життя".

Серед професійних стресорів, які сприяють розвитку СЕВ, виділяють необхідність працювати в строго встановленому режимі дня, велика емоційна насиченість актів взаємодії, інтенсивне сприйняття, переробка та інтерпретація отриманої інформації та прийняття рішення, а також нечітка організація і планування праці, недостатність необхідних засобів, наявність бюрократичних моментів. У низки фахівців стресогенність взаємодії зумовлена тим, що спілкування триває годинами, повторюється протягом багатьох років, а реципієнтами виступають хворі з тяжкою долею, неблагополучні діти і підлітки, злочинці і постраждалі в катастрофах, що розповідають про своє сокровенне, страждання, страхи, ненависть.

Встановлений зв'язок рівня вигорання з характером професійної діяльності, що пов'язана з відповідальністю за долю, здоров'я, життя людей (див. табл. 1)[3].

*Таблиця 1*

**Середні значення основних характеристик вигорання у представників, різних професійних груп, у США (в %)**

Професійна група	Компоненти вигорання		
	емоційне виснаження	деперсоналізація	редукція професійних досягнень
Вчителі шкіл	21,25	11,0	33,54
Викладачі вузів	18,57	5,57	39,17
Соціальні працівники	21,35	7,46	32,75
Працівники медицини (лікарі і медсестри)	22,19	7,12	36,53
Працівники служби психічного здоров'я (психологи, психіатри, психотерапевти)	16,89	5,72	30,87
Інші професії (юристи, офіцери поліції, священики, бібліотекарі)	21,42	8,11	36,43

З метою оцінки рівня розвитку синдрому «вигорання» у медичних працівників комунальної 5-ої міської клінічної поліклініки фахівцями Львівського міського психотерапевтичного центру була проведена скринінгова діагностика рівня розвитку СЕВ у лікарів загальної практики - сімейної медицини. За допомогою методики «Діагностика

професійного вигорання» (К. Маслач, С. Джексон, в адаптації Н. Є. Водоп'янової) було опитано 34 із 60 працюючих сімейних лікарів і виявлені такі показники, що дозволяють стверджувати що розглянута нами проблема є надзвичайно актуальною і потребує подальшого вивчення та організації профілактичних заходів серед фахівців сімейної медицини ( табл. 2).

*Таблиця 2*

**Середні значення основних характеристик вигорання у сімейних лікарів комунальної 5-ої міської клінічної поліклініки (КМКП)**

	Компоненти вигорання		
	емоційне виснаження	деперсоналізація	редукція професійних досягнень
Сімейні лікарі К5МКП	36,17	12,0	28,69

Враховуючи особливості діяльності при якій існує підвищений ризик виникнення СЕВ, виникає закономірне запитання чому його питома вага нижча серед представників таких професій як лікар-психіатр, психотерапевт чи психолог? (див. табл. 1). Адже саме для представників даних професій характерна наявність високого рівня емоційної взаємодії та напруги, необхідність прояву співчуття та емпатії. На нашу думку це пов'язано саме зі специфікою підготовки фахівців даних професій та необхідністю постійного професійного вдосконалення у даній професійній групі: це різні види тренінгових методів підготовки і вдосконалення такі, як терапевтичний тренінг, котреапевтична і супервізорська моделі, балінтовські групи, що спрямовані на оптимізацію процесу взаємостосунків лікаря і хворого. Тренінгові заняття сприяють виробленню необхідних для успішної роботи лікарів особистісних якостей, методів психологічного захисту та запобіганню їх професійної деформації, за рахунок чого їм вдається уникнути появи емоційного виснаження у вигляді СЕВ.

Зважаючи на специфіку роботи сімейного лікаря вважаємо за потрібне детальніше зупинитись на розгляді саме такого методу профілактики СЕВ як балінтовські групи. Балінтовські групи, це тимчасові об'єднання лікарів, що створювались психологом Майклом Балінтом (1896-1970) спеціально для аналізу професійних проблем лікарів, які виникали а процесі професійної комунікації з пацієнтами. Лікарі обговорювали під керівництвом ведучого групи свій терапевтичний і психіатричний досвід для випрацювання оптимального методу взаємостосунків пацієнта і лікаря. Групова робота полягає в розгляді окремих випадків з практики учасників груп.

Основні цілі балінтовської групи:

- підвищення компетентності в професійному міжособистісному спілкуванні;
- усвідомлення особистісних проблем, що блокують професійний стосунок спеціаліста з пацієнтом;
- покращення психічного стану спеціалістів за рахунок колегіальної підтримки і спільного опрацювання важких випадків.

Виходячи з вищесказаного, ми пропонуємо наступні заходи профілактики СЕВ, які можуть покращити професійну адаптацію та анулювати дію професійного стресу:

- періодичний моніторинг стану фізичного та психічного здоров'я членів робочого колективу АСМ;
- організація ознайомчого семінару з проблеми розвитку СЕВ та способів його профілактики;
- сприяння запровадженню балінтовських груп для лікарів загальної практики покликаних до підвищення свідомої професійної мотивації, зменшення і зняття робочого напруження за рахунок обміну досвідом у вирішенні складних професійних задач;

- надання кваліфікованої психологічної індивідуальної допомоги для попередження і купування СЕВ.
- повторне проведення психологічного скринінгу рівня розвитку професійного стресу у лікарів;

**Отримані дані дозволяють зробити наступні висновки:**

- 1) актуальною є профілактика СЕВ тепер вже й для психологів, що надають допомогу бійцям АТО паралельно із сімейними лікарями, психіатрами та психотерапевтами.
- 2) під час Революції Гідності психотерапевтична підтримка була успішно проведена для профілактики емоційного вигорання серед медиків Майдану за що психотерапевт вже в березні 2014 року отримав подяку від коменданта наметового містечка.
- 3) очевидною є доцільність організації груп взаємодопомоги та обміну досвідом (Балінтовських груп), які діють у середовищі американських та вітчизняних працівників служби психічного здоров'я і попереджують розвиток синдрому «вигорання» у останніх.

**Використані джерела:**

1. Бойко В.В. *Енергія емоцій в общении: взгляд на себя и на других.* М: Академический проект; 1996.
2. Дмитренко Г., Пономаренко В. *Культура здоровья в системе управления человеческими ресурсами // ПЕРСОНАЛ. — 2003. — № 1. — С. 78–82.*
3. Орел В.Е. *Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы.* Психологический журнал 2001. – № 22 (1). С. 90-101.
4. Сидоров П. *Синдром эмоционального «выгорания» // Новости медицины и фармации. — 2005. — № 13. — С. 7–8.*
5. Юрьева Л.Н. *Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика, коррекция.* Днепропетровск.: Изд-во Днепропетровской мед.академии. 2003
6. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. *Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп.* - М., 2002. С.360-362.
7. Островський М.М. *Первинна і вторинна профілактика депресивних розладів у практиці сімейного лікаря// Практична медицина.- 2007.-№ 3.- С.113 -114.*
8. Островський М.М., Гошовський О.В., Панасюк О.В. *Співпраця психотерапевтичної служби з сімейними лікарями. Психалгія. // Журнал сімейного лікаря та сімейної медсестри. – 2010. – С. 35-37.*
9. Островський М.М., Галушко С.Я., Панасюк О.В. *Психотерапія в клініці сімейної медицини. // Медицина світу. Додаток: психіатрія. – 2011. – С.101-105.*



**Павленко І.А.,**  
*асистент кафедри анестезіології та інтенсивної терапії ФПДО  
Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького*

## **ОСОБЛИВОСТІ ЕТИКИ В РОБОТІ ЛІКАРЯ-АНЕСТЕЗІОЛОГА**

«Анестезіолог для хворого -  
це «ангел-охоронець»,  
і тому він має бути  
м'яким, тактовним і розуміючим.»  
Billon і Kavan (1960)

З кожним роком методи анестезіологічного забезпечення оперативних втручань стають дедалі складнішими та вимагають не тільки збільшення знань з фармакології та технічного оснащення, практичних навиків з їхнього використання, а й змінюють особливості етики, оскільки збільшується ризик для життя хворого.

Етика в анестезіології виходить з того, що при проведенні анестезії є великий ризик розвитку ускладнень, аж до фатальних, у хворого виключається свідомість, що робить його повністю залежним від анестезіолога, рівня його професійних і моральних якостей. Окрім людського фактору, включається ще й технологічний – справність в роботі анестезіологічного устаткування, забезпечення медикаментами та засобами і, навіть, дотримання належних санітарних норм.

Якщо сьогодні визначається багато завдань з дотримання прав пацієнта, то етичні моменти повинні передбачати свободу вибору хворим методу анестезії, що, в свою чергу ставить перед анестезіологом питання неформального підходу при оформленні задокументованої згоди. Необхідно детально розповісти хворому (або родичам, якщо хворий з порушенням свідомості) про різні варіанти знеболення, переваги і ускладнення кожного з них.

Основна відповідальність лягає на анестезіолога при підготовці хворого до операції, проведенні анестезії і забезпечення безпеки пацієнта під час операції. Анестезіолог не може обійтись без безпосередньої роботи з хворою людиною, а не просто з організмом.

Створення атмосфери комфорту для хворого за допомогою усунення страху перед операцією, заспокоєння, зняття психоемоційної напруги – основна мета премедикації, яка є безпосередньою підготовкою до анестезії або її складовою.

В палаті анестезіолог часто зустрічається з родичами пацієнта і йому необхідно серйозно зважати на те, що виняткове значення у формування психологічного стану має реакція найближчих родичів як на хворобу так і на операцію і її наслідки.

Робота в операційній має визначальне значення в діяльності анестезіолога, так як саме тут він зобов'язаний забезпечити безпеку хворого під час хірургічного втручання. Правила етики єдині для усього колективу – хірургів, анестезіологів, операційних та анестезіологічних сестер та інших спеціалістів, і дотримання їх необхідне в операційному блоці. Це не тільки сувора дисципліна і бездоганне та ретельне виконання своїх професійних обов'язків, а й взаємна повага і коректність, забезпечення ділової обстановки та створення дружньої творчої атмосфери взаємопідтримки.

Деякі морально-етичні аспекти відносяться до питань професійної честі й обов'язку анестезіолога, зокрема, турботливе відношення до людини, яка знаходиться без свідомості. Обов'язковими є ретельне дотримання стерильності та делікатності при інтубації трахеї, постановці катетерів, як довенних, так і сечового, прикривання серветками повік. Поки хворий у свідомості не потрібно оголяти без потреби його тіло і не хвилювати зайвими процедурами. Не можна передчасно припиняти подачу анестетиків і будити хворого до повного закінчення хірургічних маніпуляцій. Пацієнта слід виводити з наркозу дбайливо і делікатно, без грубих окриків і поплескування по щоках. Після цього спокійно повідомити,

що операція закінчилась. «Неприпустима зневага людської гідності хворого, коли він знаходиться в медикаментозному сні» (Бунятян А.А.).

Післяопераційний період вимагає особливої уваги до пацієнта, оскільки на етапі виведення з наркозу і переведення у відділення можуть виникнути небезпечні для життя ускладнення – порушення життєво важливих функцій. При передачі пацієнта іншому лікарю повинна бути професійна довіра і колегіальність, що демонструється детальною і правдивою інформацією про хід операції, анестезії, особливості та ускладнення, які виникали в роботі, та підтверджується об'єктивною оцінкою стану хворого. У післяопераційний період анестезіолог зобов'язаний стежити за станом хворого у відділення реанімації та тактовно висловлювати свої міркування про лікування, якщо в цьому виникає потреба. Гіпертрофована зарозумілість у відношенні до колег-лікарів шкодить хворому.

Дуже важливим аспектом є відношення лікаря до болю, до больових відчуттів пацієнта. Це проявляється саме в післяопераційний період, який найбільш тяжкий для хворого, бо під час найскладнішої і травматичної операції його життєвими функціями управляє анестезіолог і надійно оберігає від болю різними фармакологічними засобами. Після операції починаються страждання, і саме з виникнення болю. Труднощі боротьби з болем на цьому етапі пов'язані з пригніченням багатьох життєво важливих функцій організму, які часто знаходяться на хиткій межі компенсації. В останні десятиліття в цьому плані з'явився великий прогрес – впровадження регіонарної анестезії, винайдення нових фармацевтичних засобів. Загалом, боротьба з болем залишається основною прерогативою лікарської діяльності, тим, що створює її благородство та народжує повагу серед людей. Саме анестезіолог – це є «лікар від болю», а знеболення – це його основна функція.

Анестезіолог має бути компетентним, енергійним, впевненим і, разом з тим, людяним лікарем, який здатний заспокоїти хворого і вселити надію.

Робота анестезіолога дуже відповідальна, оскільки від нього залежить життя хворого, бо навіть невелика помилка може стати небезпечною для хворого. Звідси і високі вимоги до якості роботи анестезіолога, суворість оцінки його прорахунків та важливість ролі етичних норм і правил, як у відношенні до хворого і його родичів, так і до колег-лікарів та середнього і молодшого медичного персоналу.



**Панделі Л. Д.,**

*невролог Хмельницького обласного госпітала ветеранів війни*

## **ЧИ ІСНУЄ СИСТЕМА КОМАНДНОЇ РОБОТИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я АБО ВАВИЛОНСЬКА ВЕЖА УКРАЇНСЬКОЇ МЕДИЦИНИ**

Біблійна легенда про Вавилонську Вежу, історія про людські надмірності та пиху, актуальна і в теперішній час, якщо обговорювати напрямки розвитку будь-якої галузевої діяльності в Україні. Ця відома притча, як й інші біблійні сюжети, має кілька підтекстів:

1. Немає сенсу дивувати і вихвалити Бога (своєрідний докір святошам минулого і теперішнього часів та нагадування про те, що не слід робити безглузді кроки).
2. Змішавши мови, Бог створив конкуренцію серед людей для того, щоб вони змагалися між собою, а не з Богом.
3. Роз'єднавшись, народи створювали своїх власних богів і тоді сусідів можна було назвати іновірцями і це призвело до Вавилонського натовпу.
4. Після Вавилонського натовпу люди занурилися у гріхи, тому що зручніше було жити під заступництвом ватажка-бізувіра, чим дотримуватись законів, які створив Бог.
5. Однак, завжди є Надія...

Сучасний стан української медицини нагадує притчу про Вавилонську Вежу. Складається враження, що лікарі, медсестри та інші фахівці, які працюють у медицині



позбавилися звички розмовляти один з одним на зрозумілій мові, домовлятися між собою. Вони роз'єдналися і не сприймають принципів командної роботи. Мультидисциплінарний підхід під час супроводу будь-якого розладу здоров'я визнаний найефективнішим для покращення якості життя та безпеки пацієнта. В закладах охорони здоров'я України мультидисциплінарний підхід використовується не системно, а спорадично. Однак, завжди є Надія! Френсіс Бекон, англійський філософ, казав, що Надія – це добра вечерея, але поганий сніданок.

Настав час замислитись про майбутнє системи охорони здоров'я, яку поки ще економічно виснажують та територіально подрібнюють, а потрібно все навпаки – економічно підсилювати та сприяти консолідації медичних працівників, а саме, створенню мультидисциплінарного підходу в медичній галузі:

1. Мультидисциплінарний підхід – це залучення команди фахівців, які володіють навичками інтегровано взаємодіяти один з одним, визначати спільні реалістичні цілі та планувати втручання для їх досягнення.

2. Мультидисциплінарний підхід – це оптимізація спільного усвідомлення та визначення командних ролей і відповідальності кожного члена команди.

3. Мультидисциплінарний підхід – це вирішення основних проблем та покращення ефективності використання спільної інформації для досягнення визначених цілей.

4. Мультидисциплінарний підхід – це систематичний аналіз недоліків в роботі команди та створення умов щодо їх усунення.

5. Мультидисциплінарний підхід – це постійний спільний навчальний процес всіх членів команди, які мають рівні права.

6. Мультидисциплінарний підхід це злагоджена співпраця лідера та членів команди.

Головні ознаки лідера мультидисциплінарної команди:

- Він не начальник, а колега.
- Він не використовує членів команди, а сприяє їх розвитку.
- Він не викликає страх, а викликає повагу до себе.
- Він сфокусований не на процесі, а на людях.
- Він мислить перспективно.
- Він заохочує членів команди і не потребує нагород.

Кожний член команди повинен бути досвідченим, мотивованим та відповідальним.

Сфери компетенції членів команди взаємопов'язані між собою і впливають на головні складові, які відображені в Міжнародній класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ, 2001 р.), а саме, впливають на структури і функції організму, активність і участь індивіда, а також враховують фактори оточуючого середовища і особистості індивіда з обмеженням життєдіяльності (ОЖ). Використання МКФ сприятиме трансформації медичної моделі реабілітації в біосоціальну модель:

- ОЖ у індивіда не є причиною обмеження активності;
- Причина обмеження активності – організація суспільства;
- Суспільство дискримінує індивідів з ОЖ;
- Бар'єри, пов'язані з пересуванням, зв'язком, архітектурою, економікою не менш важливі, ніж бар'єри, пов'язані зі станом здоров'я;
- Менше акцентів робиться на фахівців охорони здоров'я в житті людей з ОЖ.

Скасування Наказу №33 МОЗ України від 23.02.2000 р. «Про примірні штатні нормативи ЗОЗ» дає можливість формувати мультидисциплінарні команди (МДК). Однак, це залежить від далекоглядності та порядності керівника закладів охорони здоров'я та стану фінансування медичної галузі. На жаль, брак фахівців з немедичною освітою, які працюють в медицині (фізичні терапевти, ерготерапевти, логопеди, соціальні працівники, протезисти та ін.) є суттєвим бар'єром в створенні МДК і потребує ініціації та стандартизації їхньої професійної підготовки у відповідних закладах освіти. Вкрай актуальною проблемою в формуванні мультидисциплінарної команди є оптимізація освіти медичних сестер та створення сприятливих умов щодо виконання їхніх професійних обов'язків, створення

реабілітаційного медсестринства. Ефективність роботи МДК залежить від вміння будувати специфічні реалістичні цілі стосовно кожного конкретного пацієнта в рамках надання спеціалізованої допомоги.

Таким чином, формування мультидисциплінарного підходу в медицині це вміння планувати, навчатись та впроваджувати нові методи роботи та підтримувати на певному рівні свої професійні навички, також це запорука безпеки пацієнта та профілактика лікарських помилок.

### **Використані джерела:**

1. *Посібник МКФ (російською мовою)*
2. *Постанова КМУ від 03.12.2009 р. №1317 «Питання медико-соціальної експертизи».*
3. *«Strategy for Stroke Nursing in Scotland 2011-2016».*
4. *A Rowart, V Lawrence, D Horsburgh, Legg L, Smith L; Scottish Stroke Nurses Forum «Stroke research questions: a nursing perspective», British Journal of Nurses, 2009, vol. 18, №2.*
5. *Кук М. «Эффективный тайм-менеджмент: как эффективно спланировать своё рабочее и свободное время», М. «ФАИР-ПРЕСС», 2003г.*
6. *А. Литвак «Управленческий минимум врача», Донецк, «Издатель Заславский», 2012 г.*



**Панчишин О. Б.,**  
*Львівський національний медичний університет  
імені Данила Галицького*

## **МОРАЛЬНІСТЬ МОЛОДИХ ЛІКАРІВ ЯК ЧАСТИНА СТАНОВЛЕННЯ ЛІКАРЯ З ВЕЛИКОЇ БУКВИ**

В Україні одвіку склалися традиції оточувати піклуванням старших, поважати жінку, радо зустрічати гостей, вітатися з сусідами, знайомими. Чи ж розумно сумніватися в їх доцільності? Якщо ввічливість і тактовність бережуть наші нерви, здоров'я, треба доводити їх важливість? Основні етичні принципи поведінки мають давні традиції, що беруть свої витоки із загальнолюдської культури.

Протягом свого історичного розвитку людство виробило структурну систему правил і норм культурної поведінки, які в різні часи називалися ще етикетом, правилами пристойності, манерами доброго тону. До всіх тих правил треба ставитися так, як ми взагалі ставимося до культури минулого: все краще сприймаємо, все гірше відкидаємо. Найкраще, коли етичні норми і принципи, тонкощі ввічливості людина засвоює з дитинства і згодом – у молодому віці. Мистецтво спілкування, людських взаємин – не такий предмет, щоб його опанування можна було відкладати «на потім».

Дуже важливо бачити себе. Є немало людей, які теоретично добре знають правила поведінки і все ж справляють враження невихованих, бо не вміють бачити себе ніби збоку, очима інших. Їхні дії і вчинки видаються нам егоїстичними або наївними. Про таких кажуть, що їм бракує психічної культури.

Кожна людина повинна навчитись стежити за своєю поведінкою, об'єктивно аналізувати свої вчинки, перевіряти себе: чи бачить вона в собі, в людях, явищах природи й суспільного життя головну суть, чи тільки поверхові, другорядні деталі? Чи розуміє зміст того, що каже? Чи може точно висловити словами те, що думає? Наскільки глибоко, пізнаючи навколишній світ, вона здатна пережити такі почуття, як радість, захоплення, подив, сум, тривогу, гнів, обурення, ніяковість, докори сумління?..

Молоді лікарі повинні мати більш-менш чітке уявлення про власний характер, вміти правильно оцінити свої здібності, інтереси. Психічна культура в цих сферах духовного життя нерозривно пов'язана з культурою моральною, громадською активністю людей. Пізнати та оцінити об'єктивно самого себе нелегко.

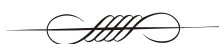
Добровільне людське співжиття неможливе без взаємної пошани, ввічливості, без уважного, бережного ставлення одне до одного, без чуйності, доброзичливості і взаємодопомоги. Ввічлива людина завжди привітна, люб'язна, готова допомогти іншим, поділити з ними радість і горе. Така людина ставить інтереси колективу вище від власних інтересів, глибоко поважає інших і робить усе можливе, щоб їх оберезити від зайвих роздратувань, незаслужених образ та всляких прикрощів.

Основою такої поведінки є повага до людини праці, піклування про її здоров'я, відпочинок, спокій і настрій.

Мабуть, у жодній сфері людської діяльності економічні і моральні принципи так тісно не переплітаються як у сфері надання медичної допомоги. Дуже часто хворі відвідують поліклініку чи перебувають на стаціонарному лікуванні. Там працюють люди з відповідною освітою, практичним досвідом. Лікарі, одержуючи диплом, навіть клятву дають не шкодувати сил і знань для тих, хто звертається до них по допомогу. Зразком особистої гігієни, охайності, покликани бути медичні працівники. На білосніжному халаті лікаря не має бути плям, а на рукавах розпоротих швів. Це також стосується моральної гігієни медичного працівника. У хворого нерідко поганий настрій, вони примхливі, дратівливі, невдоволені усім на світі. А лікар повинен мати виняткову витримку, ні за яких обставин не показувати свого роздратування, а навпаки, викликати у хворого оптимізм, бадьорість, віру в одужання. Він покликаний бути чуйним, уважним до хворого, зобов'язаний берегти таємницю його захворювання, бути готовим до самопожертви в ім'я врятування життя чи здоров'я людини.

І все ж якщо вам доведеться звернутися до лікаря, не забувайте, що він - така ж людина, як і ви. Лікар не володіє якоюсь надзвичайною силою, то не вимагайте від нього неможливого, не перетворюйте свою тимчасову болячку у світову проблему. Потрібно старатись не вередувати і поводити себе з лікарем стримано, скромно, що допоможе вам навіть скоріше видужати.

Тому мусимо, на завершення, сказати, що бажано кожному глибоко засвоїти основні правила етики, ввічливості, доброго тону, культурного поведіння з людьми – настільки глибоко, щоб вони стали його внутрішніми переконаннями. От тоді може і назвуть тебе лікарем з великої букви.



**Петришин О. А.,**

*асистент кафедри терапевтичної стоматології ЛНМУ імені Данила Галицького;*

*кандидат медичних наук*

**Петришин О. С.,**

*лікар-торакальний хірург ЛРФПЦ*

## **ЗНАЧЕННЯ КОРПОРАТИВНОЇ КУЛЬТУРИ ДЛЯ ДОТРИМАННЯ ЕРГОНОМІЧНИХ УМОВ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

Ергономічні умови діяльності медичних працівників базуються не лише на створенні оптимальних умов навколишнього середовища та знярядь праці у відповідності до анатомічних та фізіологічних особливостей організму людини, а й на взаємовідносинах у медичному колективі. Відносини між лікарями, сестрами і молодшими медпрацівниками повинні бути бездоганними і ґрунтуватися на абсолютній взаємній довірі. При цьому робота медичного персоналу повинна підкорятися суворій дисципліні, повинна дотримуватися субординація. Взаємини між лікарями та іншими медичними працівниками є важливою

частиною медичної деонтології. Від того, наскільки правильно і тактовно будуються ці взаємовідносини, який психологічний клімат в лікувальній установі, залежить і якість його роботи. Основою для правильних взаємин у медичному колективі є взаємоповага, взаємодовіра, готовність допомогти один одному, а в підсумку – хворому.

Поняття «корпоративна культура» існує вже досить давно і більшою мірою раніше стосувалося побудови взаємовідносин у великих іноземних компаніях. Проте з розвитком приватного медичного сектора, пацієнтоорієнтованості при наданні якісних медичних послуг/медичної допомоги виникла потреба у формуванні корпоративної культури в кожному медичному закладі.

Під корпоративною культурою розуміють сукупність ідей, поглядів, цінностей, норм та правил, прийнятих у конкретному медичному закладі, яких дотримуються всі співробітники. В основному ці правила встановлюються щодо робочих процесів, міжособистісних стосунків у колективі та взаємодії з клієнтами, партнерами та іншими представниками зовнішнього світу.

На сьогодні корпоративна культура існує в кожному медичному закладі незалежно від форми власності, підпорядкування чи розмірів. Щоправда, у деяких лікувально-профілактичних установах (зазвичай, державних) – це неписані норми, що передаються працівникові на словах. Проте керівники приватних медичних закладів намагаються прописати корпоративні правила, наприклад, у кодексі корпоративної етики, та донести вимоги такого документа до свідомості кожного конкретного працівника медичного закладу.

На перший погляд може здатися, що ці правила потрібні в першу чергу керівництву медичного закладу, для того щоб співробітники утримувалися у певних рамках, продуктивно працювали на результат, відчували корпоративний дух тощо. Однак, якщо розглядати це питання ширше, то стає зрозумілим, що корпоративна культура потрібна і самим співробітникам. Адже лише за умов побудови відносин на основі співпраці, взаємодопомоги та «командного духу» можливе створення сприятливого психологічного клімату в колективі.

Отже, проблема організації сприятливого психологічного середовища, формування здорового психологічного клімату в колективі вимагає обов'язкової уваги. Здоровий психологічний клімат колективу характеризується наявністю уважного ставлення його членів одне до одного, симпатії, духовного підйому, щирих та позитивних взаємин, життєрадісності, участі кожного в спільній діяльності колективу та її високої ефективності. У колективі, де панує нездоровий психологічний мікроклімат, навпаки, виявляється напруженість людських стосунків, наявність конфліктів між членами колективу.



**Потічко В. В.,**

*консультант з грудного вигодовування,  
керівник Хмельницького ГПГВ «Щасливе материнство»*

## **ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ РОБОТИ ЛІКАРЯ ІЗ ЖІНКАМИ У ПЕРІОД ЛАКТАЦІЇ**

Ні для кого не буде новиною те, що головним атрибутом лікарської практики є її об'єкт - тобто людина, а також її здоров'я та життя. Зважаючи на те, що людське життя – це найважливіше, можна стверджувати про необхідність високих морально-етичних та психологічних якостей для будь-якого медичного працівника, тим паче, коли мова йде про жінку, котра нещодавно народила і годує малюка.

Під час запліднення, виношування дитини, пологів та догляду за немовлям жінку супроводжує та опікає безліч медичних працівників, насамперед, – це лікарі акушер-гінекологи та педіатри. Ефективність обстеження, спостереження і надання допомоги

вагітним жінкам та породіллям медперсоналом залежить не суто від медичних знань, а і від знання етики, моралі та психології.

Так стається, що із мамою, яка годує, може зустрітися лікар будь-якого напрямку. Адже, на жаль, годування груддю не забезпечує маму від хвороб та травм.

У випадку лікування жінки у період грудного вигодовування (ГВ) є певні особливості як психологічні так і практичні. Зокрема, перші три місяці після пологів жінка є особливо чутливою у зв'язку із гормональною перебудовою організму: налаштуванням лактації, запуском материнських почуттів та різкою зміною соціального стану від активного до досить домашнього. Отож, важливо враховувати момент життя жінки. У неї нещодавно сталася значна подія, яка не завжди виправдовує очікування (тобто не радість від материнства, а, навпаки, депресія, втома) і тому, коли лікар повідомляє про термінову необхідність проведення певних маніпуляцій чи лікування, мама може ігнорувати сказане, або, навпаки, сприйняти особливо важко. Зважаючи на це, на наш погляд, головне, це підтримка, розуміння, співчуття. Якщо жінка знаходиться у періоді грудного вигодовування, одразу виникає практичний аспект: чи переривати ГВ, як підібрати ліки, як адаптувати необхідність лікування до умов сім'ї.

В цих умовах лікарі повинні приймати рішення, враховуючи власні розуміння цінностей та зі з'ясуванням їх розуміння жінкою чи іншими зацікавленими особами (чоловік, батьки). При спілкуванні з ними медперсонал має бути витриманим, привітним, спостережним та вміти знаходити вихід із важких ситуацій. А скромність та охайний вигляд повинні бути невід'ємними рисами їхнього зовнішнього вигляду.

Щодо специфіки роботи із вагітними жінками та породіллями, то варто наголосити на деяких особливостях спілкування:

- варто встановити тісний контакт з пацієнткою ще під час першої бесіди, ставленням до неї, як до особистості, у будь-якому випадку;
- зовнішній вигляд лікаря та інших медичних працівників і манера їхньої поведінки мають бути впевненими, спокійними та доброзичливими;
- в ряді випадків потрібна психопрофілактична підготовка жінок;
- лікар зобов'язаний бути відмінним фахівцем;
- середній та молодший медичний персонал не повинен обговорювати діагноз, лікування чи результат захворювання, а також давати будь-які пояснення, що стосуються операцій та їх результатів - інформацію надає лише лікар;
- лікар зобов'язаний зберігати лікарську таємницю (крім випадків зазначених у законодавстві);

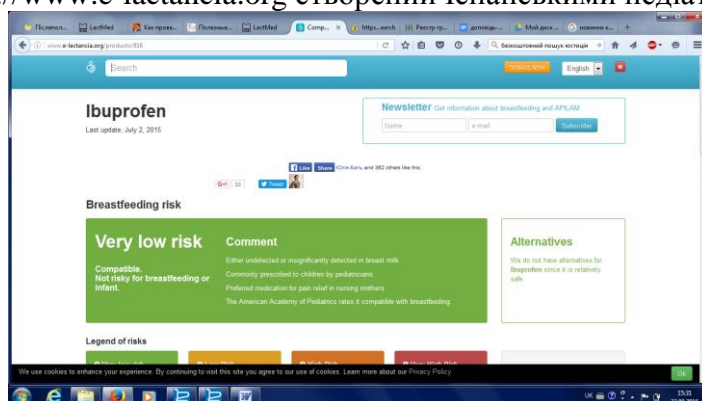
Але при цих всіх умовах, лікар не повинен забувати про особисті границі. В ситуації роботи із вагітними та молодими мамами, легко увійти у їх ситуацію і зачепивши особисті переживання, дати доступ до особистого простору. При роботі Ви лише фахівець, розуміючий, але із чіткими границями. Не варто ділитися особистим досвідом та емоціями.

Адже є категорія пацієнтів, особливо в складних життєвих ситуаціях, котрі сприймуть Ваше гарне відношення та співчуття, як сигнал до переходу на більш близькі відносини, та право нав'язливо дзвонити та порушувати Ваші особисті границі в майбутньому. Тоді важче буде відновити, аніж встановити їх одразу. Коли залишаєте телефон, варто проговорити, що передзвонити Вам можна із чітко визначених питань до 19 вечора.

Отож, переходимо до практичних речей. Перше, що варто розуміти, лікуючи жінку в період лактації, це те, що переривання годування буде своєрідною трагедією та сильним стресом, як для мами так і для дитини.

А ще, призначаючи ліки жінці в період лактації, лікар зустрічає безліч препаратів у інструкції по застосуванню яких написано, що не можна в період годування груддю. Це пов'язано із високою вартістю проведення досліджень лікарських засобів на сумісність з ГВ для фармацевтичних компаній. Але знаючи склад, тобто за міжнародною назвою діючої речовини можна перевірити ліки. Таку перевірку зручно провести разом із консультантом по ГВ або самому, маючи вихід в Інтернет. Запропоную вам 2 сайти:

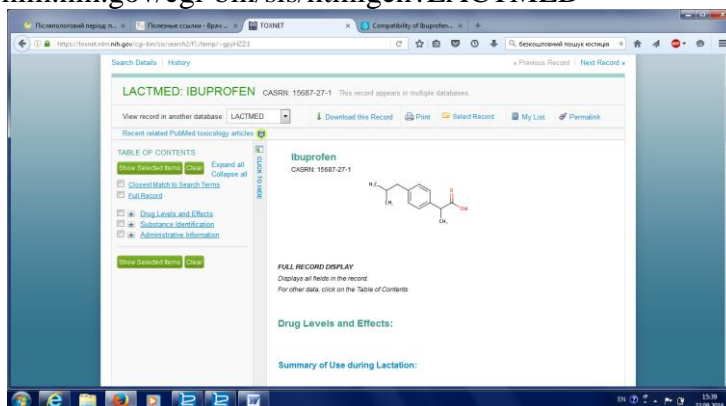
- перший <http://www.e-lactancia.org> створений Іспанськими педіатрами



Із ним зручно працювати, адже чітко прописані 4 рівні ризику, від низького до високого та пропонується альтернативні схожі засоби нижчого рівня ризику. Також нижче прописується фармакокінетика, за допомогою чого легко розібратися із періодом напіврозпаду і відкоригувати ГВ у певних випадках.



Другий LACTMED (США) Для його розуміння необхідне базове знання англійської.  
<https://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACTMED>



У випадку неможливості годувати в період лікування важливо підтримати жінку і запропонувати в цей період зціджувати груди, для збереження лактації на майбутнє. Достатньо зцідити груди щоп'ять годин.

Якщо мама приймає рішення про завершення годування, варто повідомити, що перев'язування не рекомендоване у наш час, у зв'язку із високим ризиком травматизації молочних залоз, що може призвести до новоутворень у майбутньому. Також прийом гормональних препаратів для завершення ГВ варто проводити під наглядом лікаря, і лише за призначенням. Часто побутує практика випити той чи інший препарат за порадою знайомих. І взагалі, такі гормональні препарати мають важку побічну дію та рідко допомагають при гіперлактації, що може зашкодити успішному перебігу лікування поточних захворювань. Варто рекомендувати відціджувати груди зі зменшенням частоти за потребою до моменту повного перегорання молока.



Адже лікар, котрий підтримає прагнення жінки годувати, отримає від неї вищий кредит довіри, що обов'язково позитивно відіб'ється на успішності лікування. Впевненість пацієнтки у знаннях і правильності дій лікаря та оточуючого медперсоналу не повинна похитнутися ні в якому разі!



**Ріпецька О. Р.,**  
*доцент кафедри терапевтичної стоматології*  
*Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького,*  
*кандидат медичних наук*

**Денега І. С.,**  
*асистент кафедри терапевтичної стоматології*  
*Львівського національного медичного університету*  
*імені Данила Галицького*

**Гриновець В. С.,**  
*доцент кафедри терапевтичної стоматології*  
*Львівського національного медичного університету*  
*імені Данила Галицького,*  
*кандидат медичних наук*

## **ЕТИЧНІ АСПЕКТИ В МОТИВАЦІ МОЛОДИХ ПАЦІЄНТІВ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ПЛАНОВОЇ САНАЦІЇ ПОРОЖНИНИ РОТА**

Упродовж останніх 10-ти років захворюваність населення віком 19–34 років на запальні та запально-дистрофічні ураження пародонту сягнула від 78 до 92 %, а у віці 19-26 років спостерігається різкий підйом стоматологічної і особливо пародонтологічної захворюваності за рахунок початкових форм ураження пародонту – генералізованих гінгівітів і генералізованого пародонтиту.

У зв'язку з вищезгаданим, велике значення у роботі стоматолога сьогодні слід надавати щорічним профілактичним оглядам та мотивації пацієнтів до проходження своєчасної планової санації за їхньої добровільної згоди. Особлива увага приділяється співпраці з пацієнтами в узгодженні плану і методик лікування, адекватних у кожному конкретному випадку. Такий підхід дозволяє пацієнтам бути активними учасниками лікувального процесу та почуватися більш впевненими у результатах лікування. Важливим етичним моментом у спілкуванні лікаря з пацієнтом молодого віку є вчасне пояснення згубного впливу таких шкідливих звичок як: паління, вживання алкоголю та наркотиків, ведення неморального способу життя, вживання ненатуральної синтетичної їжі та напоїв.

Таким чином, добрий психологічний контакт між лікарем та пацієнтом не тільки сприяє ефективності лікування, але в подальшому мотивує пацієнта на періодичні профілактичні огляди, постійний гігієнічний догляд за ротовою порожниною та проведення загальнооздоровчих заходів.



*Секунда М. О.,  
Горгота О. М.,  
Добрік Д. С.,*

*Комунальна міська дитяча клінічна лікарня м. Львова, Центр дитячої нефрології та  
артеріальної гіпертензії,  
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,  
кафедра педіатрії № 2*

## **ЗНАЧЕННЯ КОМПЛАЕНСУ В ПРАКТИЦІ ДИТЯЧОГО ЛІКАРЯ**

Питанню участі пацієнтів у процесі лікування приділялася особлива увага ще з часів Гіпократа. Шукаючи можливості оптимізації медичної допомоги, співпраця медичного персоналу та пацієнтів активно обговорюється в наукових колах упродовж останніх 30 років, оскільки успішність лікування часто залежить не тільки від правильного призначення терапії, але й від бажання пацієнта правильно виконувати призначення лікаря, бажання родини хворого співпрацювати з медиками.

Комплаєнс (від англ. compliance — згода, поступливість, догідливість) — поняття, яке все частіше зустрічається на шпальтах медичної преси та стає наріжним каменем сучасної медицини.

У медичному сенсі під комплаєнсом розуміють готовність, бажання, добровільний внутрішній обов'язок пацієнта виконувати призначення лікаря. В англійській літературі також використовується термін — «adherence» (прихильність).

За даними масштабних досліджень, проведених ВООЗ, дотримання пацієнтами довгострокового лікування незалежно від стану складає 50%. Самостійна відміна препаратів відбувається у 25% випадків. Такий комплаєнс пацієнта необхідно обов'язково враховувати лікарю при складанні терапевтичної тактики.

Визначено біля 250 факторів, які впливають на формування комплаєнсу. Найчастіше вони пов'язані з психологічними якостями пацієнта, індивідуальністю лікаря, особливостями фармакотерапії, соціально-економічними аспектами та організацією медичної допомоги.

Виділяють:

- позитивний комплаєнс (повне виконання пацієнтом призначень лікаря, що дає виражений позитивний результат лікування)
- недостатній комплаєнс (часткове виконання пацієнтом призначень лікаря та частково позитивний результат лікування)
- негативний комплаєнс (відмова пацієнта від виконання рекомендацій лікаря, негативний результат).

Надзвичайно важливим є формування позитивного комплаєнсу в педіатрії, оскільки відповідальність за лікування дитини лягає й плечі батьків.

В наш час, коли існує маса доступної медичної інформації, не завжди високопрофесійної, коли пропагується велика кількість альтернативних заходів лікування, коли люди більше довіряють форумам в інтернеті, переконати батьків в правильності терапевтичної тактики, зробити їх своїми союзниками в боротьбі з хворобою дитини є першочерговим завданням сучасного педіатра.

Надзвичайно складним формування комплаєнсу є в дитячій нефрології, особливо при довгостроковому лікуванні дитини з застосуванням гормональних, антибактеріальних, метаболічних середників, цитостатиків та ін.

В даній роботі наводиться власний досвід позитивного та негативного комплаєнсу, що суттєво вплинуло на перебіг та вихід захворювання у дітей.

У Центр дитячої нефрології та артеріальної гіпертензії з різницею в 1,5 місяця поступило двоє хлопчиків приблизно одного віку (6 та 5 років) з однаково вираженими ознаками нефротичного синдрому. Обох дітей лікував один лікар, обидва хлопчики знаходилися в тій самій палаті з тими самими умовами. Обидва пацієнти пройшли повний



об'єм клініко-діагностичних обстежень. Виявлені зміни були ідентичними. Пацієнти були проконсультовані працівниками кафедри педіатрії. Були призначені засоби базисної та патогенетичної терапії, яка включала преднізолон в дозі 2мг/кг, гепарин в дозі 200 од/кг, курантил в дозі 5мг/кг, інфузії глюкозо-солевих розчинів, діуретики.

Різниця між пацієнтами полягала лише у тому, що у першого хлопчика була повна сім'я, дружні батьки з вищою освітою. Другий хлопчик виховувався лише мамою, яка була в конфліктній ситуації з батьком дитини та негативному відношенні до оточуючого середовища, в тому числі і до медицини.

З батьками обох дітей були проведені бесіди про хвороби їх дітей, про необхідність застосування названих вище препаратів, їх фармакодинаміку, позитивні та негативні наслідки, прогноз щодо здоров'я та життя дитини без/або частковому лікуванні.

Батьки першої дитини після недовгих роздумів повністю довірилися лікарю та відповідально виконували всі призначення. Позитивний комплаєнс призвів до достатньо швидких позитивних результатів. Синдром Іценка-Кушинга, який розвинувся як типовий результат преднізолонотерапії, було мужньо сприйнято та пережито сім'єю. В даний час ця дитина перебуває на диспансерному спостереженні у нефролога. Загальний стан дитини задовільний. Лабораторні показники відповідають нормі. Повний позитивний комплаєнс дозволяє батькам звертатися до свого лікаря відразу при нашаруванні станів (ГРВІ, порушення дієти), які можуть спровокувати рецидив хвороби, для вчасної корекції дози преднізолону.

З мамою іншої дитини сформувати позитивний комплаєнс не вдалося. Вона була негативно настроєна проти всіх лікарських середників, наполягала на самостійному лікуванні дієтою та фітотерапією. За вимогою мами хлопчик був виписаний зі стаціонару відразу після завершення курсу гепаринотерапії. У виписці були чітко розписані рекомендації щодо преднізолонотерапії та інших середників, але комплаєнс з мамою був негативним.

Протягом півроку хлопчик був консультований іншими нефрологами та педіатрами, але позитивний комплаєнс не склався ні з одним спеціалістом. Лікування проводилося уривками з самостійною корекцією доз препаратів та їх відміною.

В результаті, через рік, завдяки наполегливості дільничного педіатра, дитина була вилучена з дому при участі правоохоронних органів та доставлена у вкрай важкому стані у відділення реанімації та інтенсивної терапії. Виражений набряковий синдром та інші метаболічні зміни загрожували життю дитини. Мама була відсторонена від спостереження за дитиною соціальними та провоохоронними службами. Але при повторному призначенні патогенетичної терапії вже у відділенні нефрології, результат був частково позитивним (протеїнурію знизилася до 0,99 г/л), оскільки внаслідок неадекватного застосування преднізолонотерапії (самостійної корекції дози та відміни) розвинулася часткова гормонорезистентність.

Враховуючи негативний комплаєнс мами, за сприянням соціальних служб дитина була скерована в Київський НДІ нефрології для підбору цитостатичної терапії. Можливо київським лікарям вдасться скласти позитивний комплаєнс з горе-мамою. Від цього буде залежати здоров'я та життя хлопчика, який мав та має великий шанс на повне выздоровлення.



## **ЛІКАРСЬКА ЕТИКА І ПРАВО**

Питання етики останнім часом привертають до себе все більше уваги нашого суспільства і, що важливо, зростання зацікавленості етичними аспектами нашого життя відбувається на тлі такого ж зростання зацікавленості аспектами правовими. Медицина не є у цьому винятком. Навіть навпаки: повноцінна медична діяльність можлива лише за умови дотримання правил медичної етики, деонтології. Етика – наука про моральність. Деонтологія (від грецького *deon* – обов’язок) – це та ділянка етики, предметом якої є вчення про обов’язок людини перед людиною та суспільством.

Отже, якими гранями може повертатися етика до людей у медицині? Передусім це стосунки між лікарем та пацієнтом. Важко переоцінити вагомість цього напрямку медичної етики. Більше того, саме цей напрямок відносин найбільше регламентований чинним законодавством, наскільки законодавство взагалі може регулювати етичні відносини. Значна кількість статей Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров’я» прямо чи побічно вказує на необхідність дотримання лікарем етичних правил під час виконання своїх професійних обов’язків. Слід зазначити, що правова регламентація етичних норм у стосунках лікаря з пацієнтом закладена і у багатьох міжнародних документах (договорах, деклараціях, хартіях тощо), ратифікованих на території нашої держави. Доцільно тут згадати Міжнародний кодекс медичної етики, який було прийнято у Лондоні, Лісабонську декларацію стосовно прав пацієнта, Женевську декларацію та інші документи.

Важливою стороною медичної етики є також стосунки між лікарями. Цей аспект певним чином є прихованим від широкого загалу, проте має не менше значення, ніж відносини «лікар – пацієнт». Більше того, цим стосункам у лікарському середовищі часто належить першість. І не дивно. Адже найдошкульнішою для лікаря буде неетична поведінка колеги. Це – майже як зрада. Цілком зрозуміло, що цьому питанню у нормативно-правових актах, як вітчизняних, так і зарубіжних, приділяється велика увага. «Лікар повинен ставитись до своїх колег так, як він хотів би, щоб вони ставились до нього. Лікар не повинен переманювати до себе пацієнтів своїх колег» (Міжнародний кодекс медичної етики: Лондон, 1949 р.). Кожен лікар, на мій погляд, мав би замислитись: чи так він поводитьсь? Чи не порушує подеколи – чи невдалою критикою, чи дошкульним словом – ці священні постулати етичності міжлікарських стосунків?

Порушуючи проблему етики в медицині, не можна не згадати і стосунків між лікарем та фармацевтом, між фармацевтом та пацієнтом. Адже саме фармацевт є тим спеціалістом, який може порадити як пацієнту, так і лікарю ті ліки, які в даній медичній ситуації є найбільш адекватними. Власне від фармацевта тут вимагається справжня етична філігранність, оскільки необережним словом, невмілою порадою можна нанести шкоду такому безцінному дару – довірі пацієнта. І зовсім неетично, з боку фармацевта, брати на себе сміливість підміняти лікаря, призначаючи медикаментозні препарати на всі випадки життя (читай хвороби), як це, на жаль, часто можна спостерігати в аптеках.

Як бачимо, етичні проблеми безпосередньо пов’язані з якістю міжлюдських стосунків. Медична етика і деонтологія надзвичайно сильно впливають на сам процес лікування пацієнта, а також, що надзвичайно важливо, на кінцевий його результат. Ні для кого не буде секретом, що результати лікування будуть найкращими у того лікаря, якому пацієнт довіряє. Зрозуміло, що жодна законодавча регламентація не може створити ситуацію, коли всі учасники правовідносин у галузі медицини будуть дотримуватись усіх приписів, в тому числі, і етичних. Це так само, як вважати, що за наявності Правил дорожнього руху всі його учасники будуть дотримуватись цих Правил.

Отже, яким же чином вирішувати ці непрості етичні питання? Необхідно створити таку ситуацію, коли лікар, який порушує етичні норми поведінки, буде підданий осуду своїх

колег. Власне такий осуд повинен бути найтяжчою карою для порушника. Зрозуміло, що тут неможливо обійтись без участі професійних асоціацій. Саме професійні асоціації і товариства можуть впливати на поведінку своїх членів, за умови законодавчої регламентації таких прав самих асоціацій. Так ця проблема вирішується в інших країнах західної цивілізації.

На даний момент існує проект Закону України «Про лікарське самоврядування», в якому велика увага приділяється власне регламентації відносин у сфері медичної деонтології. Ще одним документом, покликаним впливати на етичні аспекти медичної діяльності є «Етичний кодекс лікаря». Зрозуміло, що не можна вмістити у два нормативно-правових акти всі питання, що стосуються медичної етики. Проте наявність будь-яких правових документів такого гатунку буде сприяти цивілізованому розвитку даної проблеми. Необхідність розвитку медичної етики і деонтології вселяє великі сподівання на те, що наше суспільство дозріло до цивілізованого вирішення даного питання.



*Синиця В. В., Синиця А. А.,*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

## **ЕТИЧНИЙ КОДЕКС ЛІКАРЯ УКРАЇНИ У СВІТЛІ ЗАКОНОДАВСТВА**

Професійна діяльність лікаря, як жодна інша, перебуває під особливим впливом етико-деонтологічної компоненти. Суспільство завжди хоче бачити у лікарі постійну готовність до жертвовного служіння на благо здоров'я людей. Клятва лікаря України, клятва Гіппократа, високе покликання професії – ці та подібні аргументи виникають тоді, коли суспільство бажає отримати від медика віддачу більшу, ніж сам медик отримує матеріальну компенсацію за свою працю. І слід віддати належне, лікарі, у своїй більшості, справді роблять все, щоб відповідати усталеним ідеальним уявленням про етичний профіль лікарської професії.

Проте відомо також, що ідеалу досягти надзвичайно важко. А на кожному дїжку меду завжди, на жаль, знаходиться своя ложка дьогтю, і добре, якщо одна. Порушення медиками етичних і деонтологічних норм спричиняє передусім моральні страждання у пацієнтів. Можна намагатися виправдати багато таких порушень, окрім, звісно, відвертого хамства. Мізерна заробітна платня, величезна відповідальність, значні навантаження – приблизно таким є арсенал виправдовувальних аргументів. Але важливо пам'ятати головне: лікар також є людиною, якій властиво помилятись (тут мова не йде про так звану лікарську чи медичну помилку).

Необхідність впорядкування існуючих морально-деонтологічних норм професійної поведінки медика визріла доволі давно, власне, сама клятва Гіппократа є яскравим прикладом цього. Женевська декларація, Міжнародний кодекс медичної етики, Лісабонська декларація стосовно прав пацієнта, Гельсінська декларація – це лише деякі нормативні акти, які були прийняті світовою медичною спільнотою в ХХ столітті.

Україна та українські медики не могли стояти осторонь цього важливого поступу морально-етичних засад у лікарській праці. Першою в наш час спробою унормувати етичні та деонтологічні принципи роботи лікаря було розпрацювання і видання «Етичного кодексу лікаря» Українським лікарським товариством у Львові під редакцією проф. Ігоря Герича. І хоча цей документ, на превеликий жаль, не набув значного поширення, ця праця не була марною. Необхідність прийняття подібного документу неминуче постала перед медичною спільнотою України. А тому, після тривалої роботи «Етичний кодекс лікаря України» було прийнято та підписано на Всеукраїнському з'їзді лікарських організацій та Х З'їзді Всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ) в м. Євпаторія 27 вересня 2009 року.

Основною метою прийняття «Етичного кодексу лікаря України» (далі – Кодекс), як це можна побачити із преамбули, є моральна відповідальність лікаря перед медичною спільнотою та суспільством за свою професійну діяльність, а також необхідність доповнення механізмів правового регулювання взаємовідносин лікаря та пацієнта нормами медичної етики і деонтології. Моральні засади професійної діяльності лікаря, які були систематизовані у статтях Кодексу, віддзеркалюють положення Міжнародного кодексу лікарської етики, Гельсінської декларації, Загальної декларації про геном і права людини, Конвенції про захист прав та гідності людини з огляду на застосування досягнень біології та медицини.

Загалом «Етичний кодекс лікаря України», як і належить такому документу, узагальнює та об'єднує вітчизняні та зарубіжні надбання суспільної моралі та професійної етики і деонтології в одному документі, визначає норми поведінки медичних і наукових працівників, адміністраторів, сфера професійної діяльності яких охоплює лікувально-профілактичну та наукову діяльність у галузі охорони здоров'я.

Проте, слід зазначити, що у Кодексі, окрім регламентації морально-деонтологічних норм, доволі детально детермінуються норми поведінки вище вказаних осіб практично в усіх сферах їх професійної діяльності. При цьому така регламентація має доволі чітку кореляцію з нормами чинного законодавства. Зокрема, у багатьох статтях Кодексу дублюються норми статей Основ законодавства України про охорону здоров'я, Цивільного кодексу України та деяких інших законодавчих актів. Можливо, на думку укладачів, внесення нормативних положень чинного законодавства у статті Кодексу мало би підвищити їх дієвість та виконавчу дисципліну осіб, яких ці норми стосуються. Розмитість можливих санкцій за порушення норм, викладених у статтях власне Кодексу, а не у статтях нормативних актів чинного законодавства, не робить Кодекс дієвим інструментом, покликаним регламентувати етичні сторони професійної діяльності медиків. Велика ж кількість статей, які подеколи дослівно перегукуються зі статтями інших нормативних актів, робить даний Кодекс дещо громіздким, в якому на тлі норм чинного законодавства втрачають свій акцент норми етики.

Крім того, певну небезпеку для Кодексу становить відома для українського законодавства часта його зміна. Отже, можлива ситуація, коли норми Кодексу вступлять у колізію з новими нормами законодавства. Чи виникне тоді потреба у внесенні поправок до Кодексу? На даний час таке питання залишається відкритим.

Таким чином, «Етичний кодекс лікаря України» є надзвичайно цінним і важливим документом, однак його надмірна насиченість продубльованими нормами чинного законодавства робить його громіздким та вразливим до змін цих норм. На нашу думку, доцільно започаткувати дискусію про результати впливу Кодексу на медичну спільноту України та про необхідність внесення певних змін до його тексту.

Ця інформація була доведена автором цієї статті до учасників П'ятого національного конгресу з біоетики, який відбувся у вересні 2013 року в Києві. Відрадно, що поважний форум поділяє думки про необхідність вдосконалення Етичного кодексу лікаря України, що знайшло своє відображення в резолюції Конгресу: «Комітетам з питань біоетики НАН та НАМН України:

- разом з Міністерством охорони здоров'я України продовжити роботу над удосконаленням Етичного кодексу лікаря України, включаючи розробку механізмів його дотримання та визначення моральної відповідальності лікаря».

Наприкінці хотілось би побажати, щоб до цієї важливої та непростой роботи долучились Українське лікарське товариство у Львові разом з Всеукраїнським лікарським товариством, щоб внесені у Кодекс поправки та зміни не виявились відомими «шилом» та «милом», а справді зробили з Кодексу дієвий і вкрай потрібний медичній спільноті України документ.



## **ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ АКУПРЕСУРИ В МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

Перші письмові свідчення про точковий масаж зафіксовані 5 тисяч років тому. Цей метод отримав назву «чжень-цзю терапія», де «чжень» – дія голкою, а «цзю» – прогрівання.

В III сторіччі нашої ери з'явилась книга «Хуанді-ней-цзин» («Хуанді» – ім'я імператора, який увійшов в історію, як «Жовтий імператор»). Необхідно сказати що в Китаї було суворо заборонено розповсюджувати даний метод лікування за межами держави.

Але наприкінці XIII ст. кілька книжок про лікувальну дію на точки були привезені в Європу італійським мандрівником Марко Поло та ним була написана перша книга «Тайни китайської медицини», що поклало початок вивчення даного методу в Європі.

В XVII сторіччі голландський лікар Ріне ввів термін «акупунктура», де «acuto» (з латини) – гострий, а «punctura» – колоти. В Європі слово «акупунктура» – це міжнародно визнаний термін, означає голкорексотерапію і паралельно існує термін «акупресура», тобто – гостре натискування.

На початку XX сторіччя французьким фізіологом Г. Яворським був запропонований термін «рефлексотерапія», так як в основі даного методу лежить «рефлекс» – зворотня реакція організму на подразнення.

Після жовтневого перевороту в 1917 р. даний метод був відхилений в офіційній медицині та заборонений для проведення в лікувальних закладах тодішнього Радянського Союзу.

В 60-х роках XX сторіччя (період «Хрущовської відлиги»), група лікарів була відправлена до Китаю в Інститут «чжень-цзю терапії» для вивчення даного методу. Після повернення лікарів до Радянського Союзу, були відкриті кафедри рефлексотерапії при інститутах удосконалення лікарів.

В Києві кафедру неврології згодом перейменували на кафедру неврології і рефлексотерапії. Очолила її Мачерет Євгенія Леонідівна, яка довгий час була головним спеціалістом з рефлексотерапії при Міністерстві охорони здоров'я України. Вона автор ряду підручників та монографій по рефлексотерапії.

Перш ніж розібрати механізм дії, необхідно в'яснити, що лежить в основі даного методу лікування.

Рефлексотерапія – це метод лікування, в основі якого лежить рефлекс.

А що таке рефлекс? Це зворотня реакція організму на певне подразнення, яка здійснюється при обов'язковій участі центральної нервової системи.

А тепер приведемо невеликий експеримент. При головній болі, рука інстинктивно піднімається в область скроні, щоб промасажувати, потерти дане місце не задумуючись, що там є важлива точка для зняття головних болів, покращення мозкового кровообігу.

Тому, на рівні з рефлексом в основі даного методу є вроджений інстинкт – самозбереження.

А що таке інстинкт? Це ланцюг вроджених безумовних рефлексів, які проявляються в залежності від внутрішніх потреб людини.

Хоча китайці приписують винахід даного методу собі, але можна сказати, що виник він з появою людства, а китайцям треба віддати належне, що вони вперше описали і розвинули його.

Більше того, за механізмом дії рефлексотерапія нагадує ще один інстинкт.

Для виникнення лікувального ефекту в рефлексотерапії необхідне подразнення і, як наслідок, виникає рефлекторний ефект, який впливає на зміну функцій органів та систем.

I-й етап – місцевий, він полягає в тому, що при дії на точку проходить прискорення кровообігу, розширення дрібних судин (капілярів), внаслідок чого виникає почервоніння

(гіперемія), а також прискорення обмінних та збільшення трофічних (харчових) процесів шкіри.

II-й етап – сегментарний, відбувається на рівні спинного мозку. При дії на точку нервові імпульси досягають відповідного сегменту спинного мозку, який по вегетативній нервовій системі іннервує відповідні внутрішні органи. Таким чином, через сегмент спинного мозку можна подіяти на відповідний внутрішній орган і змінити його функцію.

III-й етап – загальний, відбувається на рівні головного мозку. При дії на точку, нервові імпульси через спинний мозок досягають головного мозку, де подразнюють особливі мозкові структури (зона гіпоталамуса), внаслідок чого виділяються специфічні речовини, які називаються нейрогормонами (так звані внутрішні наркотики людини – ендогенні опіати). В результаті такої дії відбувається знеболення, зняття спазмів, розслаблення (релаксація), снодійний ефект. Все це приводить до відновлення ендокринних функцій організму.

А тепер можна сказати, що механізм дії в рефлексотерапії дуже схожий на інстинкт самовідтворення, або статевий інстинкт. Різницею є тільки те, що місце дії в статевому інстинкті йде на ерогенні зони, а в рефлексотерапії на акупунктурні точки.

***Методи лікування в рефлексотерапії розділяються на такі групи:***

1. Сюди входять механічні подразники, серед яких виділяють:

1.1. Дія спеціальними акупунктурними голками. Саме цей метод названий «акупунктура». В нашій країні, більш поширений термін – «голкорексотерапія». В Китаї даний метод носить назву «чжень-терапія» (де слово «чжень» – голка). Використовувати його можуть лікарі, які пройшли спеціалізацію по рефлексотерапії.

1.2. Дія пучком голок розміщених разом, або вмонтованих в молоточок – цей метод носить назву «поверхнєве голковколювання». Даний метод неінвазивний, використовується без проколу шкіри. В нашій країні широко використовуються аплікатори Ляпко – це металеві голчаті стержні з різних металів на резиновій основі. Між стержнями виникає природний гальванічний струм, що також має лікувальну дію. Використовуються також аплікатори Кузнецова – це пластмасові стержні на тканинній основі.

1.3. Дія натискуванням (або пресацією) на акупунктурні точки. Даний метод носить назву «акупресура» (міжнародно визнаний термін). В нашій країні використовують більш вживаний термін – «точковий масаж». Точковий масаж – це частина рефлексотерапії, яка заключається в механічному подразненні на точку акупунктури (ТА) натискуванням, для відповідної лікувальної мети.

***Переваги точкового масажу над іншими методами лікування:***

- немедикаментозний метод лікування;
- неінвазивний метод лікування (без проколу шкіри);
- економічний;
- безпечний;
- швидкорезультативний;
- високоефективний при знятті больового синдрому.

2. В II-гу групу входять термічні подразники – дія температурними режимами.

2.1. Дія на точку підвищенням температури – метод «прогрівання». В Китаї метод носить назву «цзю-терапія», де слово «цзю» означає припалювання. В основі даного методу лежить прогрівання точки, спеціальними полинними сигарами. В Японії даний метод носить назву «мокса». В нашій країні можна віднести до цього методу відвідування парної в лазнях, сауни, тощо.

2.2. Дія на точку низькими температурами, або холодом, даний метод носить назву «кріотерапія». Прикладання холодних грілок, шматочків льоду, використання рідкого азоту або хлоретилу при місцевих спортивних травмах.

В нашій країні історично до даного методу можна віднести проведення загартовування, обливання холодною водою, моржування.

3. В III-ю групу входять світлові подразники – дія на точку світловим випромінюванням різного спектру довжини хвилі.

3.1. Дія на точку ультрафіолетовим випромінюванням, так звана УФВ-терапія, кварцування (до даного методу в природних умовах, можна віднести засмагання на сонці).

3.2. Дія поляризованим світлом. До цього можна віднести використання лампи Біоптрон швейцарської фірми «Цептер»;

3.3. Дія інфрачервоним світлом – це прогріваючі хвилі, які добре проходять крізь шкіряний покров.

3.4. Дія лазерним випромінюванням – «лазеротерапія».

4. В IV-ту групу входять фізіотерапевтичні подразники.

4.1 Дія низькими розрядами електричного струму – «електростимуляція» через накладання на шкіру електродів.

4.2. Електроakupунктура – це дія низькими розрядами електричного струму через акупунктурні голки.

4.3. Дія магнітним полем – «магнітотерапія».

4.4. Дія ультразвуком – «ультразвукове лікування».

4.5. Дія пониженим тиском (вакуумом) – вакуумтерапія.

4.6. Дія апаратами ультрависоких частот – «УВЧ - терапія».

4.7. Електроімпульсна терапія з використанням дарсонвалізації.

4.8. Дія апаратами мікрохвильового випромінювання. До цього можна віднести «мікрохвильову резонансну терапію» або «квантову терапію».

#### **Поняття про акупунктурні точки та їх властивості.**

1. Розміри БАТ на поверхні тіла людини можуть бути від кількох міліметрів до одного сантиметру і більше в діаметрі. Вони мають властивість змінювати свої розміри. Наприклад, при захворюванні певного органу точка, яка за нього відповідає, збільшується в діаметрі. Це має велике діагностичне і лікувальне значення.

2. Точки визначаються з моменту народження людини і розміщуються однаково по відношенню до кісткової системи людини.

3. Найбільш «улюблена» локалізація точок – в анатомічних заглибленнях.

4. Візуально точки не відрізняються від інших ділянок шкіри.

5. В акупунктурних точках найбільш висока локалізація нервових та судинних утворень, в яких проходять інтенсивні обмінні процеси та посилене поглинання кисню.

6. Точки мають особливі біофізичні властивості, а саме: зменшення електроопору шкіри, збільшення інфрачервоного випромінювання та посилення електротеплових і біоенергетичних перетворень. Біофізичні властивості точок акупунктури (ТА), використовують в електропунктурній діагностиці.

7. Точки завжди більш чутливі до натискування.

Необхідно сказати, що больовий признак (мед. термін – «симптом») в нашому організмі – це важлива і дуже корисна захисна реакція організму для виживання і самозбереження.

При натискуванні на точку виникають особливі больові відчуття, а саме:

- відчуття розпираючої болі;

- відчуття ломоти;

- відчуття оніміння;

- відчуття віддаючої болі, (мед. термін «ірадіація»), для порівняння – «відчуття проходження електричного струму».

8. При натискуванні на точку необхідно враховувати поріг больової чутливості пацієнта, попередньо проінформувавши його про відповідні відчуття. При виникненні даних відчуттів силу натискування важливо не збільшувати.

В точковому масажі виділяють дію, як на окрему точку, так і на цілу групу точок на меридіані.



Дія на точку методом натискування, частіше всього, здійснюється подушечкою великого пальця руки, але в залежності від чутливості шкіри можуть використовуватись подушечки інших пальців руки від вказівного до мізинця, наприклад в області лица, де шкіра найбільш чутлива.

Для підсилення дії на точку, проводиться натискування «з обтяженням». «Обтяженням» називається дія, коли подушечка одного пальця однієї руки, кладеться на нігтьову фалангу іншої. Для підсилення дії на точку рекомендують великий палець згинати під прямим кутом.

Особливу увагу в акупресурі приділяють «лінійному точковому масажу». Лінійним масажем (ЛМ) називають проведення точкового масажу на певну ділянку меридіану по АТ, які розміщуються на одній лінії. При виконанні лінійного масажу по меридіанах використовують подушечки великих пальців обох рук, які слідуєть один за одним. В окремих випадках використовується лікоть руки, наприклад, на точки по паравертебральних лініях в області спини. Цей метод також можна проводити «з обтяженням» (коли долоня іншої руки, проводить тиск на кулак).

В точковому масажі використовується часто «щипцеподібний метод» – це одночасне натискування на симетричні точки однією рукою, використовуючи подушечку великого пальця руки з однієї сторони, а вказівного або середнього – з іншої. Використовувати можна в області кінцівок або голови.

В точковому масажі **важливо** знати основні лінії на тілі, які співпадають з меридіанами.

Існують три основні методи дії в точковому масажі.

1. Тонізуючий (збуджуючий);
2. Седативний (заспокійливий);
3. Гармонізуючий (об'єднує в собі два попередніх методи).

Оскільки рефлексотерапія ґрунтується на відновленні порушеного балансу в організмі, тонізуючий метод застосовується при Ін-ській симптоматиці, а седативний при Ян-ській. Метод гармонізації призначений для профілактики захворювань, оздоровлення організму та у випадках коли важко розрізнити Ін-ську та Ян-ську симптоматику.

Всі вищеописані методи дії відрізняються між собою наступними показниками:

- силою натискування;
- тривалістю дії на точку;
- кількістю натискувань;
- кількістю задіяних точок за 1 сеанс;
- направленістю кільцеподібної дії, в залежності від руху годинникової стрілки;
- направленістю проведення лінійного масажу, в залежності від ходу енергії в меридіані.
- швидкістю проведення лінійних масажних прийомів.
- послідовністю використання точок на меридіані.

#### **Характеристика методу «тонізація» в акупресурі:**

1. Сила натискування на точку слабка, до початкових відчуттів.
2. Тривалість дії на точку коротка: від 2 до 5 секунд, використовуючи «кльовоподібний» метод.
3. Кількість натискувань на точку: від 10 до 15 разів і більше, з відривом пальця від шкіри.
4. Кількість задіяних точок за 1 сеанс: від 10-15 і більше.
5. Направленість кільцеподібної дії: за годинниковою стрілкою.
6. Проходження лінійним масажем: за ходом енергії в меридіані.
7. Проведення лінійного масажу: в швидкому темпі 10-15 разів, використовуючи метод «великого переступання».
8. Послідовність використання точок: за ходом енергії в меридіані.

#### **Характеристика методу «седація» в акупресурі.**

1. Натискування на точку сильне, відчутне, до виражених відчуттів.
2. Тривалість дії на точку довга: від 30 секунд до 1 хвилини, використовуючи метод «відліку пацієнтом».
3. Кількість натискувань на точку мала від 2 до 4 разів.
4. Кількість задіяних точок за 1 сеанс: від 2 до 4.
5. Направленість кільцеподібної дії: проти годинникової стрілки.
6. Проходження лінійним масажем: проти ходу енергії в меридіані.
7. Проведення лінійного масажу, в повільному темпі від 2 до 4 разів, використовуючи метод «малого переступання».
8. Послідовність використання точок: проти ходу енергії в меридіані.

***Характеристика методу «гармонізація» в акупресурі.***

1. Сила натискування на точку середня, до відповідних відчуттів;
2. Тривалість дії на точку: від 10 секунд до 20 секунд;
3. Кількість натискувань: від 5 до 10 разів.
4. Кількість точок за один сеанс середня, від 5 до 10.
5. Направленість кільцеподібної дії на точку в 2-х напрямках: використовуючи правило «свердлика» (вхід в точку за годинниковою стрілкою, а вихід з точки проти неї);
6. Проходження лінійним масажем по меридіану: в 2-х напрямках, як за ходом енергії, так і проти неї;
7. Проведення лінійного масажу: в середньому темпі (пальці від шкіри при цьому не відриваються).
8. Послідовність використання точок в 2-х напрямках: як за ходом енергії в меридіані, так і проти неї.

***Протипоказання до проведення точкового масажу:***

1. Онкологічні хвороби (доброякісні та злоякісні пухлини).
2. Хвороби крові (геморагічні анемії, порушення згортання крові, гемофілія).
3. Серцеві хвороби: інфаркт міокарда (активна фаза), активний ревматизм, гіпертонічна хвороба 3-4 ст., стенокардія.
4. Судинні захворювання: венозні тромбози та тромбоемболії в гострому періоді, варикозне розширення вен 3 ст.
5. Гострі інфекційні хвороби з підвищенням температури тіла, лихоманкою та хронічні інфекційні захворювання в стадії загострення.
6. Декомпенсовані захворювання життєво важливих органів.
7. Психічні хвороби (шизофренія, маніакально-депресивний психоз).
8. Вагітність, особливо в II – й половині.
9. Астенія та старечий вік.

***Поєднання акупресури з класичним лікувальним масажем.***

1. Якщо тривалість вибраних масажних одиниць 30 хв., то протягом перших 10 хв. рекомендується робити класичний масаж, починаючи від легких масажних прийомів до більш сильних.
2. Наступні 10 хв. ми рекомендуємо застосовувати точковий масаж. Спочатку – лінійний, на уражену частину меридіана, а далі – на локальні точки вибраним методом.
3. І останні 10 хв. використовують класичні прийоми масажу, але вже від більш сильніших до легких.

Ми вважаємо, що таке поєднання покращить ефективність лікування, скоротить тривалість лікувальних процедур і цим можна досягнути тривалих і стабільних позитивних результатів.

Оволодівши знаннями і практичними навиками точкового масажу з основами рефлексотерапії, ми рекомендуємо застосовувати його сімейним лікарям, медикам із середньою освітою а також рекомендувати населенню для профілактики захворювань у дітей та дорослих.

Курс точкового масажу з основами рефлексотерапії розроблений на основі багатолітньої лікувальної практики малого приватного підприємства «Альтернативна медицина».

Ми впевнені, що, освоївши курс по точковому масажу з основами рефлексотерапії, ви зможете простим, безмедикаментозним методом ефективно запобігати больовим синдромам і лікувати різні захворювання, використовуючи основний принцип медицини: «**NO NOCERI**» – «**НЕ ЗАШКОДЬ**».



**Ткач Б. В.,**  
голова Хмельницької Крайової Організації  
Всеукраїнського Лікарського Товариства

## **ТОВАРИСТВО ПОДІЛЬСЬКИХ ЛІКАРІВ – ОДНЕ З ПЕРШИХ НАУКОВИХ ЛІКАРСЬКИХ ТОВАРИСТВ НА ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ**

Діяльність лікарських товариств, які виникли в середині XIX століття у великих університетських містах російської імперії, достатньо висвітлена в багатьох працях істориків медицини, чого не скажеш про товариства лікарів периферійних міст, а саме Товариство подільських лікарів, яке зіграло велику роль у розвитку громадської медицини південно-західної частини імперії.

Служба охорони здоров'я на Поділлі почала розвиватись тільки після третього розподілу Польщі 1795 року, коли його приєднали до російської імперії і Кам'янець-Подільський став центром Подільської губернії. Тривалий час Поділля було полем бою між польським, турецьким, татарським та козацьким військами. Останнє панування турків на Поділлі 1672-1699 рр. перетворило Кам'янець та більші містечка в руїни, інші поселення просто перестали існувати. Не дивно, що лікарі не поспішали заселяти неспокійний та зруйнований регіон, не було тут також лікарень. Імператорський указ Павла I рекомендував відкрити лікарні та призначити повітових лікарів. Повітовий лікар мав під своєю опікою майже 150 тис. людей на території більш ніж 3 тис. кв. км. Відомий краківський лікар Олександр Кремер, який прибув до Кам'янця 1842 року, зустрів у місті тільки одного лікаря. Поступово на Поділлі осідало все більше лікарів. Невдача царизму у Кримській війні, вимоги щодо скасування панщини послабили царський режим. Цим вирішив скористатись невеликий колектив подільських лікарів і у вересні 1859 року у них з'явилась ініціатива створення першого на Поділлі наукового лікарського товариства. Лікарі збирались у відомого подільського лікаря, доктора медицини Олександра Кремера. Найбільш палким та активним пропагандистом створення лікарського товариства був доктор Андріян Баранецький, який мешкав у Ярмолинцях, а в 1858 році був одним із засновників Товариства польських лікарів в Парижі. Саме він опрацював проекти статуту та програми товариства.

28 жовтня 1859 року в домі доктора Олександра Кремера зібрались лікарі Баранецький, Нивинський, Залеський, Гурський, Старцев, Кремер, Ковальський і Пшиборовський, які прийняли рішення про створення Товариства подільських лікарів, відредагували та схвалили статут і програму Товариства. Олександра Кремера було обрано головою Товариства, Ананія Старцева – його помічником, Леона Ковальського – бібліотекарем, а Кароля Пшиборовського – секретарем. Товариство звернулось до подільського губернатора, повідомило його про початок своєї діяльності і вручило йому свій статут для затвердження. Дозвіл відкрити в Кам'янці Товариство лікарів отримано 11 листопада 1859 року, а затвердження статуту затягнулось до кінця 1860 року.

До всіх лікарів, які працювали на Поділлі були надіслані запрошення до вступу в Товариство. Було ухвалено проводити збори 2 рази на місяць почергово вдома в кожного члена Товариства та встановлено внески в скарбницю: 12 крб. сріблом за вступ та членські –

6 крб. на рік. Регламент зобов'язував членів Товариства, мешканців Кам'янця та околиць, до обов'язкової присутності на зборах, пропуск без поважної причини карався штрафом в скарбницю Товариства.

Крім засідань Товариства відбувались засідання комісій, що існували при ньому. Комісії провели лише кілька засідань, на яких розглядались питання про розвиток хвороб, котрі були найбільш поширеними на терені Поділля; питання, що стосувались суспільного здоров'я, читання наукових робіт, написаних самими членами товариства чи в перекладі з іноземної мови.

Товариство подільських лікарів у 1859 р. налічувало 86, у 1863 р. – 117, 1864 р. – 123, і на початку 1865 р. – 136 дійсних членів. Географія членства була досить широкою: 90 осіб були мешканцями або уродженцями Подільської, по 6 – Волинської та Київської губерній, 1 – Костроми, 1 – Вологди, 1 – Катеринослава, 2 – Тифлісу, 3 – Вільно, 12 – Кракова, 3 – Парижу, 2 – Пруссії. За національним складом 78% членів Товариства були поляки, решта – росіяни, українці, литовці, німці, французи та ін.

Ще після поразки польського повстання 1832 року, було заборонено польську мову у діловодстві і протоколи засідань Товариства і навіть медичні твори з Франції чи Німеччини мали бути в перекладі на російську.

Серед членів Товариства подільських лікарів були відомі особи:

- Олександр Кремер – лікар, перекладач, філософ;
- Густав Бельке – природознавець, автор багатьох природознавчих творів;
- Генрик Шопович – лікар, вихованець Ягелонського університету, піаніст і композитор;
- Кароль Пшиборовський – хірург, відомий перекладач німецьких медичних праць;
- Юзеф Аполінарій Ролле – лікар, історик Русі і Поділля, бібліофіл і букініст, з 1862 р. – секретар Товариства;
- Михайло Грейм – кам'янецький фотограф, етнограф, бібліофіл;
- Юліан Куровський – вихованець Ягелонського університету, просвітник медицини і гігієни серед простого люду, автор медичних книг для учнів фельдшерської школи.

Свою діяльність Товариство лікарів розпочало зі створення бібліотеки, яка інтенсивно комплектувалась за рахунок благодійних надходжень, обміну літературою зі спорідненими об'єднаннями лікарів Росії, України, Польщі, а також самих членів осередку, з яких найбільше книг передав Й. Ролле. У 1865 р. бібліотека Товариства налічувала 3526 томів. За кількістю та якістю медичної, природознавчої і краєзнавчої літератури вона тоді була однією з найбільших в губернії і фактично це була перша серйозна спроба заснування публічної бібліотеки в Кам'янці-Подільському і на Поділлі загалом.

Водночас Товариство подільських лікарів за безпосередньою участю Ю. Ролле розпочало формування першого на Поділлі краєзнавчого музею. До 1865 р. його членами було зібрано в містах і селах губернії 5040 зразків оригінальних експонатів, значна частина яких за своїм змістом і характером відзначалась унікальністю: колекції мінералів, мушлів, стародруків, старожитностей тощо. Експонати розподілялись по фондах 11 відділів музею. Поряд з відділами, які мали медичний характер, були й такі, як геологічний, палеонтологічний, зоологічний, ботаніки, археології, нумізматики. Музей був відомий ще й тим, що в його технічному відділі експонувалась діюча електрична машина. Члени Товариства звернулися до подільського губернатора з проханням виділити приміщення і дозволити офіційно відкрити музей. Однак губернатор наклав резолюцію: «За свіденнями, зібраними в губернії, в учредженнях подібного рода необхідности нет». Експонати, розсортовані у скрині, перебували частково у будинку Ю. Ролле та інших членів Товариства. З них була створена невеличка експозиція, яка перебувала в приміщенні губернської лікарні.

В грудні 1860 року губернатор повідомив керівництво Товариства про затвердження статуту. Хоча затверджений статут дещо відрізнявся від поданого проекту і обмежував поле діяльності Товариства, але саме затвердження стало прогресом у відносинах уряду і

Товариства, легалізувало його діяльність. 17 січня 1861 року з цієї нагоди відбулись урочисті збори Товариства подільських лікарів, на яких голова Товариства О. Кремер сказав: «Після довгого летаргічного сну ми бачимо знову рух у всіх проявах людської думки, скерований до науки і до застосування її для добра краю і загального добра. Дякуємо Богу, що ми дожили до цієї щасливої хвилини, коли замість застою починається рух, замість важкого сну – тверезе бодрствування, замість розпачливо опущених рук – діяльність, замість байдужості – гаряче співчуття, замість самолюбства – посвячення для братів, замість холодного серця – любов. Така зміна щаслива і спостерігаємо об'яви її, і вона обвіяла нас своїм весняним теплом і ми знову в своєму ще невеличкому Товаристві постановили працювати для добра науки, для добра людей, а значить і для іншого краю і ми, слабкі, але подвоюючи сили братерським зв'язком, хочемо йти з іншими і не залишатись позаду».

Згідно із статутом Товариство переймалося стеженням за розвитком медичних наук і впровадженням їх досягнень у практику, вивченням і поліпшенням санітарно-гігієнічного стану Подільської губернії, створенням професійної бібліотеки та медико-краєзнавчого музею, наданням матеріальної допомоги лікарям, які втратили заробіток по старості або в зв'язку з погіршенням стану здоров'я, видавничою діяльністю для оприлюднення наукових і популярних праць. Турбуючись про суспільне благо, члени Товариства прийняли програму по медико-топографічному спостереженню у краї. Цю програму розробив д-р Баранецький і її наслідком та головним друкованим органом Товариства стали щорічники наукових праць «Матеріали до топографії і лікарської статистики Поділля», 5 томів яких у 1860-1865 рр. вийшли у світ польською мовою у Варшаві. В цих виданнях представлені статті, розвідки і повідомлення, документи з історії медицини краю, про боротьбу місцевих лікарів від епохи середньовіччя з чумою, холерою, туберкульозом, про побутові умови бідноти в різні часи тощо.

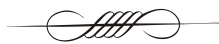
За завданням Товариства вивченням давньої і середньовічної медицини Поділля займався Ю. Ролле. Вивчаючи матеріали, він настільки захопився загальною історією краю, що статті, котрі йшли з-під його пера: «Площади и улицы, стоки и каналы в г. Каменце-Подольском», «М'ясо і його вживання, бойні і м'ясні лавки», «Про кладовища та будинки для зберігання покійників до поховання», «Про військовий набір у єврейському стані», «Освячення жител і міста Кам'янець-Подільського», «Проституція в Подільській губернії» та ряд інших можуть слугувати своєрідним посібником з етнографії краю. Ці глибокі знання побуту народу, його звичаї, обряди знайшли своє втілення у його циклі історичних оповідань. Ю. Ролле деякі дослідники сприймали як українофоба, але то була глибока помилка, або явне небажання побачити та відчутти те щире співчуття до знедолених селян, захоплення мелодійністю народної музики, красою українських жінок. Завдяки своїй великій науковій роботі, а також комунікабельності та особистому авторитету у наукових медичних колах Ю. Ролле встановив тісні зв'язки з існуючими товариствами лікарів м. Києва, Східного Сибіру, Пермського, Кронштадського, Пензенського, Архангельського, Кавказького і П'ятигорського бальнеологічного. Товариство Подільських лікарів користувалось у них надзвичайно великим авторитетом.

Секретар Товариства Ю. Ролле відмічав: «Дружньому життю Товариства можуть позаздрити колеги, що мешкають в інших місцевостях, різні суперечки вирішувались на засіданнях. Незгода легко може виникнути в маленькому куточку, де лікарів відносно народонаселення багато, додамо, що лікарів бідних і в місті також небагато; але впродовж року ні разу не доводилось вирішувати суперечку. Саме в цьому я бачу велику заслугу Товариства. Співдружність між нами не пуста формула – ми живемо як брати».

У січні 1863 р. спалахнуло і було придушене друге польське повстання. Репресії царського уряду були настільки жорстокими, що кожен поляк вважався потенційним злочинцем, вживання польської мови, зокрема на Поділлі, розцінювалось як злочин. Д-р Леон Ковальський був висланий до Вологди. Д-р Адріян Баранецький втік до Галичини. На той час діяльність Товариства вже викликала незадоволення офіційної влади, і вона шукала найменшого приводу, щоб припинити її. Така нагода трапилась. На початку 1865 р.,

під час приватної розмови з подільським губернатором член Товариства д-р Ананій Старцев розповів про те, що багато членів Товариства спілкуються між собою польською мовою, протоколи теж ведуться польською і т. д. Негайний обшук підтвердив цей донос. Все це свідчило, з огляду державних властей, про польський націоналізм. Розпочались обшуки та арешти членів Товариства. 25 лютого 1865 р. Товариство подільських лікарів було ліквідовано як таке, що «зрадило чисто науковому характеру подібних установ, надавши своїм діям відтінок польської національної пропаганди». О. Кремера після арешту й допитів, як «неблагонадійного в політичному відношенні» та «австрійського підданого» вислано разом із сім'єю до Львова.

В лютому 1872 року група передових подільських лікарів (Лясковський, Герат, Досновський, Заєв, Руденко) за підтримки Ролле, Пшиборовського, Наркевича направили клопотання подільському губернатору про відкриття Товариства подільських лікарів. Після цілої низки перешкод 23 серпня 1876 року затверджено новий статут Товариства, а в січні 1878 року відбулось організаційне засідання Товариства, на якому президентом було обрано доктора медицини, акушера В. Задергольма, а віце-президентом лікаря Кам'янець-Подільської повітової лікарні А. Старцева. Товариство проіснувало до 1917 року, зосередивши свою роботу не лише на санітарно-гігієнічних та медичних питаннях, а й охопило краєзнавчу діяльність.



**Чубучна І. І.,**  
*доцент кафедри внутрішньої медицини  
Львівського національного медичного університету  
імені Данила Галицького,  
кандидат медичних наук*

## **ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ – ЗАПОРУКА МАЙБУТНЬОГО**

Присвячується пам'яті мого батька  
професора  
Медчука Івана Кіндратовича,  
гігієніста, демографа,  
історика медицини,  
педагога і гуманіста, якому  
виповнюється 84 роки

*Mens sana in corpore sano* – в здоровому тілі здоровий дух, так казали древні. Це було їх лозунгом. Але сторіччя розвитку медицини підтвердили цю думку – психосоматика стала провідною темою наукових публікацій ХХІ сторіччя.

Що ж таке є здоровий спосіб життя? Необхідно визначитися з поняттями «хвороба» і «здоров'я». ВООЗ дає наступне визначення: індивідуальне здоров'я – це стан повного фізичного, душевного, сексуального та соціального благополуччя і здатність пристосовуватися до умов зовнішнього і внутрішнього середовища та природного процесу старіння, а також відсутність хвороби й фізичних дефектів. За Миколою Амосовим: здоров'я – це максимальна потужність органів і систем при збереженні якісних фізіологічних меж їх функцій.

Людина є предметом вивчення багатьох природничих (біологія, антропологія, фізіологія, медицина) та суспільних (соціологія, психологія, філософія та інших) наук. Але проблема її здоров'я до цього часу монополізована медициною, яка фактично є наукою про хвороби людини та засоби боротьби з ними.

Тут варто згадати піраміду Маслоу, яка відображає орієнтаційні цінності людини – зрозуміло, що перший рівень потреб є обов'язковим для усіх, проте до вищого рівня – самореалізації, доходять не всі та й прагнуть його не всі, тому ці потреби і мають вигляд піраміди: чим вище, тим вужче, тобто менша кількість людей сповідує вищі цінності.



Наступним елементом у розумінні здорового способу життя є гігієна, яка покликана створювати здорові умови існування людини, але це пасивно-захисний шлях профілактики захворювань. Активна позиція оздоровлення ґрунтується на розумінні суті індивідуального здоров'я, здатність людини управляти ним, тобто формувати, розвивати і закріплювати його. Наука, яка займається вивченням здоров'я, називається валеологією.

Що ж означає поняття «спосіб життя»? Спосіб життя – це категорія соціальна. Вона набагато ширша, ніж існуючі уявлення: це не тільки наявність або відсутність шкідливих звичок, це – рівень виробництва, добробуту, культури, освіти, медична активність та ін. За визначенням ВООЗ спосіб життя – це спосіб існування, який ґрунтується на взаємодії між умовами і конкретними моделями поведінки людини.

Адекватна (відповідна) модель поведінки для певних конкретних умов знижує ризик виникнення захворювання. Отже, різні умови життя передбачають і різні моделі поведінки.

Спосіб життя визначається суспільством, але принципи здорового способу життя формуються науками про людину – медициною, валеологією, педагогікою, соціологією, культурологією тощо.

У способі життя як соціальній категорії можна виділити наступні основні категорії (за Ю. П. Лісіциним):

- рівень життя (економічна категорія);
- якість життя (соціальна категорія);
- уклад життя (соціально-економічна категорія);
- стиль життя (соціально-психологічна категорія).

Під рівнем життя розуміють матеріальне забезпечення людей (заробітна плата, пенсії, стипендії, інші джерела добробуту, забезпечення житлом, роботою, соціальні гарантії тощо).

Якісна сторона життя визначається ступенем соціальних і духовних свобод індивіда. Індикатором якості життя є освіта, свобода думки, свобода слова. Статистика свідчить, що високоосвічені інтелектуальні люди з повагою відносяться до свого здоров'я і виявляють турботу про здоров'я інших.



Уклад життя характеризується відношенням людей до засобів виробництва, їх соціальною активністю, сімейним становищем, тобто ті сторони життя людини, в яких вона проявляє соціальну активність і які дають можливість їй досягти поставленої мети.

Стиль життя – це прийняті норми поведінки в суспільстві, зокрема, відношення між чоловіком і жінкою, стосунки між батьками і дітьми, повага до старшого покоління, етичні та естетичні цінності у суспільстві. Стиль життя також включає звички, смаки, схильності, манери, стійкі риси людей, наприклад стиль аскета, спартанський стиль життя, тощо. Стиль життя характеризує індивідуальність людини.

Спосіб життя поділяють на здоровий і нездоровий. Для здорового способу життя характерні наступні складові:

- активна життєва позиція;
- задоволення роботою, фізичний та духовний комфорт, повноцінний відпочинок;
- збалансоване раціональне харчування, дотримання закону рівноваги отримуваної енергії, що витрачається та закону про відповідність хімічного складу раціону фізіологічним потребам організму в харчових речовинах;
- регулярна фізична та рухова активність;
- психофізіологічне задоволення в сім'ї;
- економічна та матеріальна незалежність;
- особиста гігієна – раціональний режим праці та відпочинку, догляд за тілом, гігієна одягу та взуття, психофізіологічна гігієна (профілактика розумового та психічного перенапруження).

Усі ці складові здорового способу життя забезпечують людині задоволення від життя і позитивно впливають на її здоров'я та базуються на принципах моральності, які є основою соціального життя людини. Це насамперед свідоме відношення до праці, оволодіння скарбами культури, активне неприйняття звичок, які суперечать гуманності людини.

Нездоровий спосіб життя має протилежне до сказаного вище значення, наприклад замість регулярної фізичної активності та руху – гіподинамія, замість активної соціальної позиції – соціальна пасивність і так далі.

І наостанок хочеться навести Програму «7 сходинок до здоров'я», розроблену професором Г. Л. Апанасенком. Ось її основні положення:

1. **ФОРМУВАННЯ ПРІОРИТЕТУ ЗДОРОВ'Я.** Серед усіх щоденних турбот віддайте пріоритет здоров'ю. Нехай воно стане змістом і стилем Вашого життя. При прийнятті будь-якого рішення намагайтеся слідувати правилу: здоров'я найважливіше з усього, вище за моє здоров'я може бути лише здоров'я коханої людини. Ні в якому випадку не допускайте, щоб задоволення, гроші чи кар'єра досягалися коштом здоров'я. Усі Ваші справи у суспільстві чи родині повинні бути підпорядковані збереженню і зміцненню здоров'я. Хороше здоров'я дозволить Вам досягнути значно більшого, ніж усі інші Ваші зусилля. При цьому зрозумійте, що духовні аспекти здоров'я є головною складовою людини, єдиною основою вищих принципів моралі. Якість Вашого життя – це похідне від реалізації Вашого здоров'я, а висока моральність – основа виживання Вашого роду.

2. **ТРЕБА БУТИ ОСВІЧЕНИМ І ЗНАТИ ПРОБЛЕМУ ЗДОРОВ'Я.** Неможливо приймати рішення, не знаючи проблему і методи вирішення завдань. Ви повинні знати, що таке здоров'я, що для здоров'я добре, а що – погано, які методи існують для того, щоб самостійно оцінити своє здоров'я. Потрібно мати хоча б загальне уявлення про методи збереження і зміцнення здоров'я – раціональному харчуванню, корекції надмірної маси тіла, фізичному навантаженні, методах його дозування, масажі та самомасажі, загартовуванню (сауна, холодне обливання), ліках для здоров'я – вітамінах, харчових добавках та ін. Купуйте літературу з методами оздоровлення, обговорюйте проблеми зміцнення здоров'я у Вашій родині та серед Ваших знайомих. Проблеми здоров'я завжди повинні бути в центрі Вашої уваги. Пам'ятайте: здоров'я – запорука Вашого щасливого життя.

3. НЕОБХІДНО НАВЧАТИСЯ «ВИМІРЮВАТИ» СВОЄ ЗДОРОВ'Я. Оволодівайте простими методами самооцінки свого здоров'я. Робіть це часто, не рідше одного разу на місяць. Це Ваш стартовий майданчик. На ньому Ви будете будувати Вашу індивідуальну оздоровчу Програму. Оцінюючи регулярно «кількість» Вашого здоров'я, Ви зможете прогнозувати можливість розвитку хвороби і навіть ймовірність смерті від хвороби в найближчі 10 років. З появою перших успіхів у реалізації Програми оздоровлення Ви переконаєтесь, що ця ймовірність постійно зменшується.

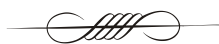
4. СКЛАДІТЬ ОСОБИСТУ ПРОГРАМУ ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я. Спочатку треба вибрати ті методи оздоровлення, які в найбільшій мірі відповідають Вашим цілям, можливостям та умінню. Ви повинні врахувати стан Вашого здоров'я і можливості: фізичні, моральні, емоційні, наявність вільного часу тощо. Викладіть все це на папері. Обдумайте. За необхідності проконсультуйтеся з інструктором чи досвідченою людиною, якій Ви довіряєте. Але остаточне рішення має бути за вами. Не намагайтеся включити до Програми вплив одразу на всі «слабкі ланки» Вашого організму. Не можна обійняти одразу усе, але можна частинами. Першочергово зосередьтеся на найбільш «слабкому» органі чи системі Вашого організму, «відмова» якого є найбільш вірогідною. Програма не повинна бути надто складною і важко виконуваною. Разом з тим, не сподівайтесь на чудодійність методу чи на будь-яке інше «чудо». Програма може змінюватися в міру зміни Вашого самопочуття. Особиста Програма має враховувати головні напрямки, які визначають процес оздоровлення (рухова активність, споживання води, харчування, психорегуляція, загартовування та ін.).

5. ВИКОНАННЯ ПРОГРАМИ. Необхідно чітко визначити:

- ✓ де і як виконувати програму оздоровлення;
- ✓ як коригувати програму;
- ✓ можливість участі державних і приватних центрів здоров'я;
- ✓ одяг, взуття і спорядження;
- ✓ як бути красивою;
- ✓ як вести себе жінці в «критичні» дні та ін.

6. ПРОФІЛАКТИКА ХВОРОБ. Визначте і постарайтеся зменшити ризик захворіти, отримати травму чи погіршити Ваше здоров'я. Якщо у Вас є фактори ризику розвитку хвороб, Ви повинні намагатися їх усунути. Багато факторів ризику закладені в самій поведінці людини. «Самозберігаюча поведінка» має бути Вашим гаслом у житті. Куріння та алкоголь – Ваші найзапекліші вороги. Контролюйте рівень артеріального тиску і, за можливості, концентрацію холестерину та цукру в плазмі крові. Не уникайте профілактичних оглядів. Не забувайте про особливості профілактики хвороб жіночої статевої сфери.

7. ОЗДОРОВЛЕННЯ НЕ ВИКЛЮЧАЄ ЛІКУВАННЯ. Якщо у Вас виявлено хворобу – лікуйтеся. Вилікуйте зуби, ліквідуйте закрепи чи розвільнення стільця. Здайте аналіз на наявність паразитів. Добре, якщо у Вас буде свій постійний лікар. Обговорюйте з ним вікові аспекти виникнення хвороб. Пам'ятайте: наявність хронічного захворювання здатна звести нанівець Вашу Програму зміцнення здоров'я.



**Штибель В. Г.,**  
УЛТ у Львові,  
кандидат медичних наук

## **СТАТУС ЛІКАРЯ В СИСТЕМІ ТРИКУТНИКА ВЛАДА-МЕДИКИ-ПАЦІЄНТИ**

Повага до прав людини та їх забезпечення в повсякденному житті світ вважає однією з найбільш важливих засад свого існування. Революція Гідності покладає на українських лікарів моральний обов'язок переглянути своє ставлення до пацієнтів, а також до посадових

осіб як своїх медичних закладів, так і органів виконавчої влади та місцевого самоврядування. Реформа системи охорони здоров'я повинна в першу чергу розпочатися з особистого прийняття моральних засад належної медичної практики та відповідній діяльності лікарської спільноти.

Внутрішнє сприйняття лікарем права кожного пацієнта на отримання медичної допомоги є підставою усвідомити сервісний характер своєї праці за суттю. Ба більше, професіоналізм медичного фахівця полягає не лише в належному виконанні своїх прямих посадових обов'язків, але й в наданні пацієнтові повної інформації в доступній та зрозумілій для нього формі. Медичний супровід хворого не може обмежуватися обстеженням, встановленням діагнозу та призначенням належного лікування. Украй важливим є визнання медичними працівниками права хворого на відмову від запропонованих обстежень і досліджень, способів і видів лікування. І хоча лікар, відповідно до Етичного кодексу лікаря, має повне моральне право відмовитися від ведення пацієнта, що не дотримується внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я та медичних приписів, компетентність фахівця полягає власне в продовженні опіки та супроводу хворого.

Однією з важливих складових медичної діяльності є довіра пацієнта. Чим більша довіра пацієнта, тим швидше він звертається за медичною допомогою, тим легше та успішніше проходить процес лікування. Враховуючи низький рівень соціального забезпечення в країні, тотальну недовіру населення до влади та посадових осіб усіх рівнів, викликати довіру пацієнта лікареві стає все важче. Саме тому, створення атмосфери прихильності, емпатія лікарів до пацієнта є сьогодні першочерговим завданням лікарської спільноти та може стати першим і вирішальним містком не лише для покращення взаємин лікар-пацієнт, але й для всіх взаємостосунків у державі, стати паростком її процвітання.

Щирісердечне відношення лікаря до пацієнтів надаватиме громадянам можливість подальшого власного утвердження професійної та громадянської відповідальності за ситуацію в країні та, відповідно, й у системі охорони здоров'я. Позитивне емоційне забарвлення медичного обслуговування з одного боку утвердить можливість належних етичних взаємостосунків, а з іншого – спровокує ланцюгову реакцію аналогічних повсякденних взаємин та кінцеве визнання таких норм загальноприйнятими.

Іншою складовою діяльності лікаря є його взаємостосунки з керівниками медичних установ та посадовими особами органів місцевого самоврядування й органів виконавчої влади. Зрозуміло, що лікареві простіше перекласти забезпечення обстеження й лікування на пацієнта. Та й система охорони здоров'я десятиліттями працює відносно лікаря методами морального тиску та примушування. Вольові особистості, не погоджуючись з принципами роботи системи та не бажаючи змінювати свої моральні принципи, покинули медичну галузь, ті що залишились – пристосувались або взагалі не зауважують порушень моральності в своїх вчинках. Розуміючи інертність владних рішень і нехтування правами та прагненнями медичних працівників, органи влади щорічно «оптимізують» медичну галузь дозволяючи верхнім ешелонам виконавчої влади здійснювати корупційні махінації з бюджетними коштами.

Останніх півроку владні структури своїми діями розхитали медичну галузь вцент. На словах намагаючись реформувати галузь та підвищивши рівень мінімальної заробітної плати, влада не виділила на це додаткових коштів. Це призвело до дефіциту фондів заробітної плати закладів охорони здоров'я, зростання протестних настроїв та активних виступів медиків. Країною прокотилися страйки медичних працівників, вимоги яких надалі ставатимуть ще більш радикальними. І залякування працівників заборорою на страйк та обов'язком надання невідкладної допомоги продовжує поки що утримувати частину медичної спільноти від масових національних протестів. Питання в тому, до якої межі постреволюційна влада ухилитиметься від виконання своїх прямих обов'язків перед громадянами щодо утвердження їх прав та забезпечення гідного соціального становища? Коли настане час горизонтального управління медичною галуззю? У яких засадах можна бачити шляхи розв'язання проблеми? Органи виконавчої влади та місцевого самоврядування повинні створити належні умови для

надання медичної допомоги та її отримання населенням країни. Потрібно забезпечити вільний вибір можливостей організації, управління та діяльності медичних закладів, які своїми успіхами чи невдачами підкажуть найкраще та найефективніше функціонування системи охорони здоров'я. За владою та громадськістю слід залишити контроль за дотриманням законодавства та прав учасників процесу.

Для лікарів та всіх інших працівників медичної галузі одним із шляхів протистояння натискові влади може стати створення справжнього профспілкового руху, який не стане простою галочкою для адміністрації, а виступить належним захисником прав працівників. Метою створення незалежних профспілкових організацій медиків має стати представництво і захист соціальних, економічних та громадянських прав і інтересів членів профспілки усіма незабороненими чинним законодавством України засобами. І таких засобів у профспілкових організацій вистає, а історичні успіхи профспілкового руху в передових країнах світу наочно демонструють ефективність згуртованих дій працівників.

Поза тим, продовження боротьби за свої права, ствердження поваги до гідності людини має стати метою для лікарів, які претендують називатися елітою нації, та мають моральний обов'язок перед Небесною Сотнею та постраждалими й загиблими в Східній війні, мають довести їх прагнення до загальноприйнятих засад життя в Україні. Постійне й неухильне слідування цією стежкою зможе сприяти успішним перетворенням системи охорон здоров'я в Україні. Адже нагальність реформ в системі охорони здоров'я усвідомлюють усі учасники процесу: влада, яка відповідальна за їх утвердження, медики й самі пацієнти.

## ЗМІСТ

<b>Борщевська А.В., Фільц Ю.</b> Психічне здоров'я українських сімей та відповідні ресурси ....	3
<b>Верлан-Кульшенко О.</b> Визнання медика-добровольця учасником бойових дій: до постановки проблеми .....	5
<b>Виговська Т.В.</b> До проблеми безпеки поводження з пестицидами та агрохімікатами на Хмельниччині .....	7
<b>Виговський Л.А.</b> Бідність як причина медико - етичної проблеми в Україні.....	11
<b>Виноград Н.О., Шуль У.А., Лабойко В.В.</b> Гарячка західного нілу як інфекція, що пов'язана з наданням медичної допомоги .....	15
<b>Гриновець В. С., Ріпецька О. Р., Гриновець І. С., Деніга І. С.</b> Відновлення спеціальності «Історія медицини» як передумова становлення медичної галузі в Україні .....	17
<b>Дмитерко Т. В.</b> Галітоз – неприємний запах з порожнини рота .....	17
<b>Дунаєвський С. В.</b> Особливості роботи лікаря судово-медичного експерта з учасниками АТО .....	18
<b>Жарлінська Р.Г., Жарлінська А.А.</b> Окремі правові аспекти реформування системи охорони здоров'я в Україні .....	21
<b>Завгородня Н. І.</b> Лікар-хворий-родина: на шляху до ефективного спілкування .....	22
<b>Літвак А.І.</b> Якість управління в медичних закладах .....	23
<b>Островський М. М.</b> Депресії, посттравматичний стресовий розлад та синдром професійного «вигорання» .....	26
<b>Павленко І.А.</b> Особливості етики в роботі лікаря-анестезіолога .....	31
<b>Панделі Л. Д.</b> Чи існує система командної роботи в закладах охорони здоров'я або вавилонська вежа української медицини.....	32
<b>Панчишин О. Б.</b> Моральність молодих лікарів як частина становлення лікаря з великої букви.....	34
<b>Петришин О. А., Петришин О. С.</b> Значення корпоративної культури для дотримання ергономічних умов діяльності медичних працівників .....	35
<b>Потічко В. В.</b> Психологічні та практичні аспекти роботи лікаря із жінками у період лактації.....	36
<b>Ріпецька О. Р., Деніга І. С., Гриновець В. С.</b> Етичні аспекти в мотивації молодих пацієнтів для проведення планової санації порожнини рота .....	39
<b>Секунда М. О., Горгота О. М., Добрик Д. С.</b> Значення комплаєнсу в практиці дитячого лікаря .....	40
<b>Синиця В. В., Довганик В. В., Гриновець В. С.</b> Лікарська етика і право.....	42
<b>Синиця В. В., Синиця А. А.</b> Етичний кодекс лікаря України у світлі законодавства .....	43
<b>Собчук В. В.</b> Застосування методу акупресури в медичній практиці.....	45
<b>Ткач Б. В.</b> Товариство подільських лікарів – одне з перших наукових лікарських товариств на території України .....	50
<b>Чубучна І. І.</b> Здоровий спосіб життя – запорука майбутнього.....	53
<b>Штибель В. Г.</b> Статус лікаря в системі трикутника влада-медики-пацієнти .....	56

*НАУКОВЕ ВИДАННЯ*

**МОРАЛЬНО-ЕТИЧНІ, ПРАВОВІ  
ТА ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ  
РОБОТИ ЛІКАРЯ**

*збірник тез  
IV науково-практичної конференції  
(м. Хмельницький, 1 жовтня 2016 року)*

Відповідальний редактор – *Ткач Б. В.*  
Верстка – *Красюк А. В.*

Підписано до друку 27.09.2016 р. Формат 60x84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>  
Ум. друк. арк. 3,48. Наклад 60 прим. Зам. № 165.

Віддруковано у Хмельницькому університеті управління та права.  
29013, м. Хмельницький, вул. Героїв Майдану, буд. 8  
Тел.: 0 (382) 71-75-91, 71-80-80  
[www.univer.km.ua](http://www.univer.km.ua)

Свідоцтво Державного комітету інформаційної політики, телебачення  
та радіомовлення України про внесення суб'єкта видавничої справи  
до Державного реєстру видавців, виготівників і розповсюджувачів  
видавничої продукції  
Серія ДК № 2105 від 21.02.2005 р.