



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ
МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**КАФЕДРА СУСПІЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН
КАФЕДРА ДІТЯЧИХ ХВОРОБ**

**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
У МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
«СОЦІАЛЬНО-ЕТИЧНІ ТА ДЕОНТОЛОГІЧНІ
ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ
(НЕМЕДИЧНІ ПРОБЛЕМИ В МЕДИЦИНІ)»**

28-29 ЛЮТОГО 2024 РОКУ



м. Запоріжжя

Редколегія:

Л.М. Боярська – завідувач кафедри дитячих хвороб ЗДМФУ, кандидат медичних наук, професор;

І.Г. Утюж – завідувач кафедри суспільних дисциплін ЗДМФУ, доктор філософських наук, професор;

Ю.В. Котлова – кандидат медичних наук, доцент кафедри дитячих хвороб ЗДМФУ;

Д.П. Сепетий – доктор філософських наук, доцент кафедри суспільних дисциплін ЗДМФУ;

Н.В. Спиця – кандидат філософських наук, доцент кафедри суспільних дисциплін ЗДМФУ;

Ю.О. Іріюглу – кандидат історичних наук, доцент кафедри суспільних дисциплін ЗДМФУ.

- С-69 Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині): зб. матеріалів V Міжнародної науково-практичної конференції (28-29 лютого 2024 року). – Запоріжжя: ЗДМФУ, 2024. – 312 с.

Автори матеріалів несуть повну відповідальність за достовірність наданої у доповідях інформації й точність наведених цитат. Точка зору автора не завжди може співпадати з позицією редколегії.

<i>Feeney O.</i> ONE TECHNOLOGY: TWO ETHICAL PATHS: ETHICAL, GOVERNANCE & JUSTICE CHALLENGES IN HUMAN GENOME EDITING.....	76
<i>Strzadala A.</i> HUMAN REMAINS IN ACADEMIA AND MUSEUM. NEGOTIATING DIFFICULT PAST AND PRESENT.....	77
<i>Ureczky E.</i> EXPERIENCES WITH LEADING A HOSPITAL FILM CLUB IN HUNGARY, UZSOKIMOZI.....	77
<i>Golubovych I.</i> SIMON CRITCHLEY: 'THE BOOK OF DEAD PHILOSOPHERS' AND THE PHILOSOPHICAL DEFENCE OF THE RIGHT TO DIE (NEW CHALLENGES FOR BIOETHICS).....	78
<i>Хіміч С.Д., Дениско Т.В., Хіміч О.С., Рауцкіс В.П., Кривонос М.І.</i> НЕМЕДИЧНІ ПРОБЛЕМИ В ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОВЕДЕННЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ НА ТВАРИНАХ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ.....	79
<i>Karpenko K.</i> ECOFEMINISM AND BIOETHICS.....	80
<i>Білокопитова Н., Ель Гуессаб К.</i> ПИТАННЯ БІОЕТИКИ СУЧАСНОГО АРАБО-МУСУЛЬМАНСЬКОГО СВІТУ.....	82
<i>Бойченко Н.М.</i> БІОЕТИКА У РЕАЛІЯХ ВІЙНИ.....	85
<i>Вініченко М.В.</i> СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ДОЛІКОВУВАННЯ ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ З НЕСПРИЯТЛИВИМИ НАСЛІДКАМИ ПОПЕРЕДНЬОГО ОРТОДОНТИЧНОГОЛІКУВАННЯ.....	86
<i>Волчихіна К.П., Стиця Н.В.</i> ЕТИКО-ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ РЕГЕНЕРАТИВНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ.....	87
<i>Ганчева О.В., Ісаченко М.І., Данукало М.В., Тимофіїв Д.В., Крашевський А.В.</i> ЕТИЧНІ ТА ПРАВОВІ ОСНОВИ ВИКОНАННЯ БІОМЕДИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. МОРАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ПРОВЕДЕННЯ ЕКСПЕРИМЕНТІВ НА ТВАРИНАХ.....	91
<i>Губарь А.О.</i> АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ БІОЕТИКИ.....	93
<i>Давидова А.Г., Курочкин М.Ю., Капустін С.А.</i> ПАЛПАТИВНА ДОПОМОГА В ПЕДІАТРІЇ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.....	95
<i>Дмитряков В.О.</i> СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ТАРГЕТУВАННЯ ПРОЦЕСІВ ГЕТЕРОХРОНІЇ У ФОРМУВАННІ ТА МАНІФІСТАЦІЇ ВРОДЖЕНИХ ВАД У ДІТЕЙ.....	96
<i>Іванько О.Г.</i> ПРО ФОРМУВАННЯ НАВИЧОК ЕМПАТІЇ В МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ.....	97
<i>Кравченко В.Ю., Котенко Н.А.</i> ІНФОРМОВАНА ЗГОДА ЯК НЕВІД'ЄМНИЙ ЕЛЕМЕНТ СУЧАСНОЇ БІОЕТИКИ.....	99
<i>Луценко Д.А.</i> ЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПРАКТИК СУПРОВОДУ ЛІМІНАЛЬНИХ СТАНІВ.....	101
<i>Масік Н.П.</i> НЕМЕДИЧНІ ПРОБЛЕМИ ПРОВЕДЕННЯ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ НА ТВАРИНАХ.....	103
<i>Поцулко О.А.</i> ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ КОНСТРУЮВАННЯ АТРАКТОРІВ «КОНСТРУЮВАННЯ ЛЮДИНИ» В БІОЕТИЦІ ТА ОСВІТІ	105
<i>Pina A.A.</i> ТРАВМА, ЗЦІЛЕННЯ, ІМУНІТЕТ: ВІД БІОПОЛІТИКИ ДО БІОЕТИКИ.....	108

Лоша майже відразу після народження може бігти риссю, місячне кошеня незабаром розлучається з матір'ю і саме видобуває собі їжу. Людська ж дитина ще багато років безпорадна, залежна від старших, яка потребує того, щоб її захищали, годували та навчали. І ось тут реально формується думка та бажання використовувати на благо людини це явище. І виходом із цієї ситуації може бути або зниження рівня вимог до незрілої функціональної системи, або створення прийнятних умов функціонування, за яких продовжується фактор часу дозрівання та створюються оптимальні умови функціонування органу.

Для більш переконливого доказу того, що гетерохронія працює на будь-якому рівні розвитку та становлення людини, доречно згадати принцип Мауглі: критичні взаємини генотипу та фенотипу. Коли при здоровому генотипу патологічний вплив довкілля настільки велике, що визначає умови формування пороку через посилення явищ гетерохронії. Іншими словами, якщо у генетично здорового органу порушити умови його функціонування, то відбудеться збій формування морфологічної структури органу, що розвивається, який може прогресувати через нашу бездіяльність або запобігти при створенні необхідних умов зростання і дозрівання.

Як один із прикладів, можна взяти патологію нижніх сечових шляхів, зокрема, обструктивний уретерогідронефроз. Оскільки при цьому пороку розвитку в переважній кількості випадків відзначається диспропорція росту та дисфункція дозрівання структур нижніх відділів сечоводу, які через відсутність можливості діагностики приймаються за нейром'язову дисплазію, що тягне за собою серію патогенетично необґрунтованих, іноді калічуючих, оперативних втручань. У тому випадку, коли забезпечується підтримання адекватної уродинаміки, головної функції сечоводу, події розвиваються іншим чином. Відбувається дозрівання та відновлення функції нижніх відділів сечоводів із послідовною зміною морфологічної структури стінок сечоводу.

Це досягається ендоскопічною корекцією з установкою спеціальних стентів, які досить тривалий час забезпечують усунення порушень уродинаміки та послідовного нормального розвитку сечоводу та всієї сечовидільної системи. Таких прикладів можна навести безліч всім органів і систем людського організму, починаючи від кісток скелета і до розвитку мозку та її структур. Ось тільки про цей феномен знають мало хто, а використовують у своїй практиці ще менше.

А враховуючи той факт, що людське суспільство розвивається за законами антропоцентризму, і на сучасному етапі під впливом ортодоксального гуманізму чи лібералізму, де кожна людина – центр Всесвіту, величезний світ, який має безумовну цінність, можна з певними припущеннями екстраполювати феномен гетерохронії та на розвиток людського суспільства. Оскільки вже спостерігається поки що малоусвідомлене, більше схоже на інтуїтивне, використання елементів цього явища у суспільній практиці і, на жаль, не завжди на благо людини.

ПРО ФОРМУВАННЯ НАВИЧОК ЕМПАТІЇ В МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ

Іванько Олег Григорович

д.мед.наук, професор, зав. кафедри пропедевтики дитячих хвороб ЗДМФУ

Мета публікації полягає в тому, щоб показати наші уявлення про необхідність та можливості формування емпатії, необхідного компонента лікування як в умовах клініки, так і під час паліативної терапії учасниками мультидисциплінарних медичних команд. Актуальність дослідження обумовлена стурбованістю щодо можливостей молодих лікарів, випускників медичних університетів, проявляти співпереживання під час спілкування зі своїми пацієнтами. І це занепокоєння не виходить з пустих роздумів, що нинішнє покоління в чомусь поступається за якістю попередньому. На те є об'єктивні та суб'єктивні передумови, пов'язані з обмеженням або навіть втратою деяких традицій класичної медичної освіти, заснованої на присутності та участі в освіті молоді людини глибоко ерудованого, наділеного професійним та життєвим досвідом університетського викладача-наставника. Насамперед, у всьому провиною є так зване «дистанційне» навчання, але відкинути яке у умовах війни і небезпеки COVID неможливо. Серйозні проблеми виникають і при використанні технологій штучного інтелекту, які хоча й допомагають у виборі лікування, але зовсім позбавлені властивостей і можливостей враховувати стан емоційної сфери людини. Екран монітора комп'ютера, що розділяє пацієнта та лікаря створює, здається, непереборну перешкоду для виявлення глибинних емоцій, дотримання принципів моралі високого (постконвенційного за Л. Кольбергом) рівня, коли цінність життя та гідність людини виступають першими й найвищими моральними пріоритетами суспільства. Заняття в анатомічному залі з

безпосереднім зіткненням з останками померлої людини покликані допомогти освоїти анатомію людського тіла. Однак вперше змушують молоду людину по-справжньому задуматися над проблемами вмирання та смерті людини. У цей момент завданням наставника завжди було правильно сформувати атмосферу заняття, позначити акценти, уникаючи лише однієї мети здобуття знань та придушення у студентів природного почуття гидливості, до речі, шанованого як необхідний атрибут медичної підготовки. Викладачеві необхідно помітити та зрозуміти прояви розгубленості, страху, можливо, і юнацької бравади як реакції на зіткнення з необхідністю визнати кінцевість людського життя. Результатом цих подій вже на початку медичної освіти буде усвідомлення того, що існуючий світ є сповненим страждань людей і, отже, для професійної успішності слід підкоритися його законам. У цьому плані виховання властивостей співпереживання виступає як важлива людська та професійна навичка. Вона має назву емпатії. Без прояву емпатії до страждає людині навряд чи можна говорити про збалансовану підготовку лікаря для надання медичної допомоги як тілу, так і душі хворого, нерозривних у своєму існуванні. Виявляючи емпатію, навіть у пасивній її формі – жалості, медичні працівники, лікар, медична сестра та санітарка, дозволяють у більшості випадків переконати хвору людину в тому, що страждання її зрозумілі та прийняті.

Почуття жалості притаманне більшості людей. Будучи неактивним, але необхідним компонентом формування емпатії, жаль більше властивий особам жіночої статі, хоча генетичний компонент його походження становить приблизно лише 10%. Здебільшого можливість відчувати жалість формується під впливом епігенетичних чинників, у тому числі соціалізації у найближчому людському оточенні - родині. Нездатність виявляти почуття жалості спостерігається досить рідко в основному при таких розладах особистості, як нарцисизм, психопатія, шизофренія, садизм, порушення прихильності та інфантильні розлади. Нині встановлено, що психофізіологічної сутністю емпатії є активність дзеркальних нейронів головного мозку, що дозволяє використовувати зовнішні образи стосовно себе. Активними формами емпатії слід назвати співпереживання і співвідчуття. Співпереживання — це ототожнення суб'єктом тих самих емоційних станів, які відчуває інша людина. Співвідчуття - один із соціальних аспектів емпатії. Це не лише формалізована форма вираження свого ставлення до переживання іншої людини у вигляді співчуття, а й активні дії, спрямовані на пом'якшення фізичних та душевних страждань. Активне співвідчуття по суті і становить сенс медицини, але може бути непомітним через присутність сучасних технологій лікування, коли лікар стає начебто відстороненим від хворого. І все ж потреба людини, що страждає, в емпатії величезна, бо «людині потрібна людина». Таким чином, необхідність освоєння навичок самовиховання та способів вираження емпатії у молодих лікарів мають бути визнані важливою складовою виховного процесу та бути практично реалізовані за допомогою ефективних методів університетської освіти.

Як уже згадувалося, організуючим центром виховного процесу має бути куратор-наставник із числа викладачів університету. Куруючи 2-3 студентів протягом кількох років наставник бере участь у формуванні особистості, зокрема викладає практичні приклади спілкування з пацієнтами в емоційно складних ситуаціях. Діяльність куратора повинна будуватися на засадах довіри з боку адміністрації, а аж ніяк на контролі відпрацьованого академічного часу. Важливими є також оцінки студентів, у тому числі й анонімні. Враховуватися мають і думки роботодавців, пацієнтів та їхніх родичів, безпосередніх свідків успішності складного процесу формування лікаря.

Розглядаючи проблеми формування емпатії необхідно наголосити на важливості використання ефективних технологій. Активне формування кола читання та відео-кіноконтенту надає широкі можливості самоосвіти та створює галерею образів та ситуацій, що застосовуються у медичній практиці. Загальновідомо, що лікарю на початку своєї діяльності важко підтримувати спілкування з безнадійно хворим, можливо, дуже літнім пацієнтом, який тим не менш потребує співвідчуття. Прикладом рішення як подолати відчай людини у хворобі та старості можна знайти в роботах Е. Еріксона «Життєва залученість у старості» (Vital Involvement in Old Age, 1986) та «Життєвий цикл завершений» (The Life Cycle Completed, 1987). Згідно з думками Е. Еріксона в останній період життя, коли основна робота закінчена, у людини закономірно настає час роздумів. Потрібно допомогти їй в цей момент відчути цілісність та свідомість прожитого життя, згадати досягнуті успіхи. У цей момент страждання викликає почуття втрачених можливостей, тому що починати життя спочатку вже пізно та втраченого не повернути. Тому потрібно шукати у спогадах пацієнта все позитивне, хоч би яким скромним воно не було і нагадати про це.

Способи вираження співвідчуття лікарем можуть бути різними, але вони повинні бути прийнятними для хворого та його близьких. Не зважаючи на існуючі рекомендації, слід з обережністю ставитися до тактильних контактів (наприклад, обіймів), які можуть бути неприємні хворому, який отримує паліативне лікування. Слід дотримуватися помірності у розмовах, особливо щодо прогнозу перебігу хвороби, уникаючи зайвої бадьорості. Скромність у застосуванні косметики, відмова від дорогого манікюру можуть бути корисними на етапі формування стосунків із хворим. Однак іноді несподіване заохочення («комплімент») з його боку можна використати для поглиблення комплаєнсу (довіри хворого до лікаря та рекомендованого лікування). Таким чином, формування у лікаря навичок активної емпатії представляє складний процес, а сам психо-фізичний феномен жалості, співвідчуття та співпереживання вимагають глибокого осмислення.

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА ЯК НЕВІД'ЄМНИЙ ЕЛЕМЕНТ СУЧАСНОЇ БІОЕТИКИ

Кравченко Володимир Юрійович

кандидат політичних наук,

старший викладач кафедри мовної підготовки та гуманітарних наук,

Котенко Наталія Анатоліївна

викладач кафедри мовної підготовки та гуманітарних наук,

Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро

Традиційна медична етика спиралася на принципи патерналізму та ігнорувала необхідність інформування пацієнта про усі аспекти його життя і здоров'я. Лише у другій половині XX століття, завдяки становленню біоетики і поширенню концепції прав людини, згода на медичне втручання стала важливим і обов'язковим елементом медико-біологічних та клінічних відносин. У контексті біоетики термін «інформована згода» вперше використали у 1957 році в США під час судового слухання з приводу неналежного розповсюдження медичної інформації і порушень прав пацієнта [5, р. 329]. На законодавчому рівні вимога інформованої згоди на медичне втручання вперше була зафіксована в США у 1970-х роках, що свідчить про нетривалу історію цього елементу сучасної біоетики [4, р. 918].

У системі сучасних біоетичних відносин інформована згода є однією із найголовніших морально-правових категорій. Більшість сучасних етичних і правових кодексів містять вимогу до медичних працівників отримувати інформовану згоду на будь-яке медичне втручання. Основні положення та критерії добровільної згоди на медичне втручання або участь у медико-біологічному експерименті зафіксовані у численних міжнародно-правових документах: Нюрнберзький кодекс (1947), Гельсінська декларація (1964), Конвенція про права людини та біомедицину (1997), Загальна декларація про біоетику і права людини (2005).

Правило інформованої згоди передбачає, що компетентний та дієздатний пацієнт надає усвідомлений і добровільний дозвіл на медичне втручання лише після отримання повної інформації про особливості, етапи і ризики певної процедури. Відповідно до сучасної системи етичних цінностей та принципів, дотримання правила інформованої згоди є невід'ємною частиною активного залучення пацієнта до участі в прийнятті важливих медичних рішень.

Інформована згода спирається на уявлення, що дієздатні особи повинні мати право ухвалювати рішення стосовно свого здоров'я без будь-якого тиску, маніпуляцій чи примусу і на основі зрозумілої та актуальної інформації [6, р. 1]. Відповідно до принципів та правил біоетики, кожен пацієнт має право на особисту недоторканість та отримання повної інформації щодо стану його здоров'я, а медичне втручання може відбуватися лише після його усвідомленої і добровільної згоди. Дотримуючись етичного правила інформованої згоди медичні працівники визнають право людини на вільне волевиявлення і можливість впливати на ухвалення рішень, які стосуються її тіла, життя та здоров'я. Отримати інформовану згоду від пацієнта медичні працівники можуть в усній або письмовій формі. Якщо ж пацієнт є недієздатним, то ухвалювати рішення про медичне втручання має його законний представник чи уповноважена особа.

Серед найважливіших принципів та критеріїв інформованої згоди можна виділити наступні:

1) добровільність – відсутність будь-якого зовнішнього примусу чи психологічного тиску по відношенню до пацієнта;

2) інформованість – отримання інформованої згоди від пацієнта на будь-яке медичне втручання;