

УДК: 614.2:362.172+362.7

В.І. Чебан

ДЕОНТОЛОГІЯ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ МАТЕРИНСТВА ТА ДИТИНСТВА ЯК СКЛАДОВА ЧАСТИНА СОЦІАЛЬНО- МЕДИЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Кафедра соціальної медицини, організації охорони здоров'я
та суспільних наук (в.о. зав. – доцент В.Л. Таралло)
Буковинської державної медичної академії

Резюме. На основі аналізу даних літератури, власного досвіду, наголошується, що професія лікаря гуманна і відповідальна незалежно від спеціалізації. Особливу увагу зосереджено на особливостях деонтології в діяльності акушерів-гінекологів та педіатрів як складової частини медико-соціальної профілактики перинатальної патології.

Ключові слова: деонтологія, професійний обов'язок, лікар, лікарська відповідальність, знання, мудрість, доброзичливість, пацієнт, здоров'я, хвороба, психічний стан, спілкування.

У сучасних умовах складних соціально-економічних перетворень у суспільстві набули поширення такі явища, як черствість, бездушність, грубість, бюрократизм, безвідповідальне ставлення до виконання професійного обов'язку. Моральні й етичні деформації поширилися також і в галузі медицини. На взаємостосунки медичних працівників із пацієнтами впливає багато чинників, одним із найважливіших серед них є професійна підготовленість лікаря, його вільна орієнтація в складних питаннях суспільствознавства. У цьому зв'язку важливо правильно розуміти проблему психологічної і педагогічної грамотності лікарів, і особливо тих, які охороняють здоров'я матері та дитини. Безумовно, це безперервний цикл титанічних зусиль фахівців. Але попри всі перенавантаження (лікувально-діагностичні, психологічні, фізичні та ін.), важливо на різних етапах надання акушерсько-гінекологічної та педіатричної спеціалізованої допомоги не ігнорувати деонтологічними принципами, які досить часто відіграють лікувально - профілактичну роль.

Кожен пацієнт (здоровий і хворий) уявляє собі лікаря, насамперед, людину мислячу, співчутливу. Важливу сутність медицини складають психологічні взаємовідносини лікаря і хворого. Одна істина твердить, що "інколи не так важливо знати, яка хвороба в пацієнта, наскільки важливо добре пам'ятати, у якої людини розвивається хвороба". Для кожного лікаря важливим є і те й інше, але окремі медичні працівники, насамперед намагаються лікувати хворобу, не звертаючи уваги на індивідуальні особливості хворого, що є помилкою. Лікар повинен знати і завжди пам'ятати, що одну і ту ж хворобу різні люди переносять по-різному. В одних на передній план виступає страх, в інших - надія, у третіх - байдужність до здоров'я.

“Лікар повинен, - як писав Гіппократ, - робити все спокійно та вміло, дещо приховувати від хворого у своїх розпорядженнях, наказуючи з веселим поглядом про те, що повинен він робити, та відволікаючи його від нездорових бажань. Потішити його своєю увагою та ласкавим ставленням, не повідомляючи того, що настане чи настало, тому що окремі хворі внаслідок окремої інформації можуть бути доведені до відчаю” [7,24].

Талановитий український земський лікар минулого століття С.Ковнер (1878) писав про ставлення лікаря до хворого: “... цьому основному питанню лікарської етики й медичної деонтології накопичено чимало моральних писаних і неписаних висловлень, що складають фундамент лікарської етики й медичної деонтології, подібно простим нормам моральності й моралі взагалі”. Можна привести численні приклади вимог до лікаря і його ставлення до хворого. Вже у древніх манускриптах були запропоновані високі моральні вимоги щодо лікаря, як особистості. В індійських рукописах - “Ведах” записано: “Лікар повинен мати милосердне серце, спокійний темперамент, правдивий характер, він повинен відрізнитися найбільшою впевненістю і цнотливістю, постійним прагненням», робити добро. Пацієнт може боятися батька, матері, друзів, учителя, але він не повинен відчувати страх перед лікарем. Справжній лікар повинен бути добрішим, уважнішим до хворого, ніж його батько, мати, друзі і наставник” [20].

У сучасних умовах дільничний лікар-педіатр, акушер-гінеколог жіночої консультації обслуговує широке коло хворих із різноманітними захворюваннями, він спілкується з різними характерами, що вимагає змістовного індивідуального підходу до кожного з них. Його контакти з пацієнтом нерідко встановлюються з першої бесіди. І перше враження часто визначає лікарю характер їх подальших взаємних контактів. Дитячому лікарю завжди необхідно пам'ятати, що діти відрізняються підвищеною сугестивністю, інтонацією, мімікою, навіть порядком чергування слів, при опитуванні їм легко можна «підказати» відповідь. Діти з властивою їм чуйністю можуть відчути, яка відповідь «потрібна» лікарю. Необхідно пам'ятати про це і намагатися уникати таких «спровокованих» відповідей [8,23,34].

При лікуванні дітей велику роль відіграють взаємостосунки медичних працівників із батьками. Ці стосунки повинні будуватись на основі взаємної поваги і довіри. Лікарю слід пам'ятати, що через батьків можна ефективно впливати на дитину. Основну увагу необхідно приділяти матері маленького пацієнта, тому що вона частіше ніж батько бере участь у догляді за ним. При спілкуванні з лікарем більша частина батьків є доброзичливими, з адекватною поведінкою. Однак, на жаль, трапляються батьки дратівливі, претензійні, які часто читають медичну літературу. Спілкування з ними особливо ускладнене і вимагає від лікаря максимальної витримки, тактовності, само впевненості [34,47,50]. Вже сама манера звертання до батьків може сприяти встановленню контакту з ними; неправі лікарі, що зневажливо називають батьків “мамами” і “папашами”. Оптимальною варто визнати форму звернення до батьків по імені та по батькові, таке звернення ніби спонукає і батьків до того, щоб вони також називали лікаря по імені і по батькові.

С.Я.Долецький запропонував таку класифікацію батьків:

а) розумні; б) шукачі розбіжностей; в) нерішучі; г) довірливі; д) ерудовані; е) батьки “із зв'язками”; ж) героїчні батьки [10]. Ця класифікація,

звичайно, умовна, але вона, деякою мірою, може полегшити початкову орієнтацію лікаря. Лікарю треба усвідомлювати ще й те, що деякі матері можуть свідомо ухилятися від істини, свідомо вводити лікаря в оману, щоб не “розлучатись” із дитиною, яку госпіталізують. Як крайній випадок стосунків лікаря з батьками виступає боротьба лікаря з “ніжністю”, “гіперопікою”. Необхідність такої “боротьби” припускає уміле володіння лікарем педагогічними навичками - переконанням, роз’ясненням, показом, прикладом. Батькам необхідно повідомляти тільки найголовніші, найбільш перевірені відомості про хвору дитину. Інформація про дитину повідомляється тільки лікарем і тільки батькам. Ніяких повідомлень сусідам, знайомим давати не дозволяється. У розмові з батьками лікар повинен обачно вибирати інтонацію і форму повідомлень про стан здоров’я дитини, обов’язково виявляти цікавість до батьків та стану їхнього здоров’я. Особливої чуйності, тактовності вимагають такі батьки: а) невропати; б) батьки старшого віку; в) батьки, які втратили дитину; г) позбавлені можливості мати інших дітей [10]. Перебування батьків у стаціонарі не завжди є бажаним. Однак потрібно знати, що материнська ласка добродійно впливає на дитину, матері можуть бути непоганими помічниками в підтримці порядку і чистоти, але перебування їх у стаціонарі має і свої негативні сторони:

1) обстежити дитину простіше, коли поруч матері немає; 2) ускладнюються стосунки лікаря з іншими батьками, що не знаходяться зі своїми дітьми; 3) батьки, довгостроково перебуваючи в стаціонарі, можуть отримати доступ до медичної документації і часто розмовами заважають роботі лікаря. Питання про перебування батьків у стаціонарі разом із хворою дитиною лікар повинен вирішувати індивідуально в кожному конкретному випадку. Стосунки лікаря з батьками пацієнта повинні бути “лікувальними”, такими, що створюють протидію хворобі. Причому лікар, не втрачаючи почуття власної гідності, повинен вміло керувати цими стосунками [10,27].

У лікарській практиці чимало прикладів, коли освічена хвора “екзаменує” не тільки лікуючого лікаря, але і професора, задаючи одне й те ж запитання в різні часи то одному, то іншому. Очевидно, такий настрій пацієнтки зумовлений діями самих лікарів, що по-різному пояснюють її стан. Важливим обов’язком лікуючого лікаря, є спілкування з родичами хворого (чоловік, мати, сестра, донька й ін.). Лікар зобов’язаний підбадьорити родичів, навіть якщо ситуація трагічна. Їхне прохання щодо запрошення консультантів до хворої повинно сприйматися без обмовок і образ, оскільки відомо, що лише один тільки прихід консультанта діє заспокійливо без призначення ліків.

Спілкування в стаціонарах має свою специфіку. Вона обумовлена тим, що під час обходу лікарю потрібно особливо контролювати свої слова і поведінку, пам’ятаючи, що його слухають поруч лежачі хворі, що після обходу вони можуть висловити свою думку, часом не завжди позитивну. Цей самоконтроль ще більше важливий, якщо в палаті знаходиться декілька хворих, яких лікують різні лікарі, що різняться життєвим і фаховим досвідом, рівнем знань і культури. Багатьом сучасним лікарям властиві стриманість, спокійність тону, культура мовлення, ввічливе звертання до хворих по імені і по батькові. На жаль, трапляються і такі, що дозволяють собі фамільярність із хворими. Вони легко переходять на “ти”, називають пацієнтку “любочкою” і

т.п. Зрозуміти, пояснити, полегшити часом важкий психічний стан пацієнта - ось основа психотерапії. Її методи спрямовані на створення у хворого оптимістичного настрою, віри в успішне лікування. Але для оволодіння цими методами, як уже згадувалось, потрібні не тільки глибокі знання, але і культура мовлення, уміння переконувати.

В акушерсько-гінекологічній практиці особливої уваги лікаря і всього медичного персоналу потребують жінки, у яких попередні пологи і вагітність мали несприятливий перебіг і закінчувалися народженням недоношеної дитини або дитини з явищами пологової травми, або мертвої дитини. Психіка таких жінок пригнічена тим, що вони змушені тривалий час знаходитися в пологовому будинку через стан хворої дитини. А якщо ж народився мертвий плід, то щоразу процес годування новонароджених іншими матерями викликає в цієї жінки негативні емоції - почуття тривоги. У пригніченому стані знаходяться і чоловік, і рідні. При наступній вагітності побоювання за долю майбутньої дитини ще більше зростає, тому що наслідкові реакції після невдалих пологів залишаються. У цій ситуації тільки запевнення, причому тривале, терпляче, може забезпечити можливість народження живої дитини. Такі вагітні повинні завчасно (за два тижні до пологів) бути госпіталізованими в стаціонар пологового будинку за сприятливого перебігу вагітності, а при ускладненнях - у будь-якому терміні вагітності.

Існує правило - показувати дитину матері відразу після пологів, повідомляти її стать, масу і зріст. При вроджених вадах розвитку дитини матір також необхідно повідомляти, але робити це продумано. Якщо стан жінки задовільний і патологія дитини підлягає лікуванню, її показують у пологовому залі. Якщо ж немовля з множинними вадами розвитку і нежиттєздатне, то показувати його матері недоцільно, бо психічна травма надовго залишається в пам'яті і при настанні наступної вагітності виникає нав'язлива думка про можливість розвитку в новій дитини подібних вад. Почути і побачити - це різні речі, які по-різному сприймаються і запам'ятовуються. Питання, які стосуються вродженої неповноцінності, ні в якому разі не можна обговорювати в палаті при інших жінках. Варто запросити матір в окремий кабінет і розповісти їй про порушення розвитку дитини і про особливості догляду за нею. Матері нерідко хвилюються через те, що дитину своєчасно не прикладають до грудей (плід великих розмірів, асфіксія та ін.). У таких випадках обов'язок педіатра й акушера пояснити причину, розповісти, що це необхідно з метою профілактики для нормального розвитку новонародженого. Привітавши матір з новонародженим, медичні працівники не повинні забути про батька і рідних, які, як правило, чекають приємних звісток у залі чекання або біля телефону. При народженні дітей з уродженими вадами головний лікар або заступник головного лікаря, зобов'язаний запросити батька і рідних, пояснити причину, заспокоїти, обнадіяти і разом із ними позитивно вплинути на психіку матері, проявивши при цьому максимум терпіння, витриманості, уміння розмежувати основне і другорядне. Народження мертвої дитини засмучує не тільки батьків і рідних, але й лікарів. Тому пошуки причин цього явища проводяться вченими всього світу.

Важливо звернути увагу на те, що великої майстерності потребує збирання поглибленого анамнезу. На жаль, навіть лікарі, що мають чималий практичний досвід, не завжди володіють цим мистецтвом. Тим часом, по

якості анамнезу можна судити про ерудицію і глибину мислення лікаря, його психологічних властивостей і про час, витрачений на хвору. Безумовно, немає засобу об'єктивно виміряти ступінь щиросердечності під час контакту лікаря з пацієнткою, але кваліфіковано зібраний анамнез цілком характеризує його професіоналізм, його вміння знайти спільну мову з пацієнткою, яка прийшла на прийом. Останнє дуже важливо, тому що в процесі збирання анамнезу лікарю доводиться увійти в інтимний світ хворої і, отже, бути дуже обережним у доборі слів, завжди пам'ятаючи, що словом можна і вилікувати і скалічити. Можна передбачати заперечення інших лікарів з приводу того, що хворих багато і немає часу на детальні записи історій хвороб. Заперечення ці не безпідставні, і все ж треба пам'ятати, що опитування - це один з обов'язкових актів лікарської справи. Збирання анамнезу поспіхом, "на ходу" - є проявом неповаги до хворого, що і викликає часом ті цілком обгрунтовані з його боку дорікання і скарги. Звичайно, сказане не означає, що опитуванню треба приділяти більше часу, ніж об'єктивному дослідженню. Важливо відразу наравляти бесіду в необхідне русло. І ось де чіткість сформульованих питань, їхня продуманість проявляти не тільки ерудицію лікаря, але і його чуйне ставлення до пацієнтки, що викликає відповідну довіру, розсіює її сумніви і, отже, зміцнює взаємний контакт. Хвора стає активним союзником лікаря в боротьбі з хворобою, починає свідомо допомагати йому, відповідаючи на поставлені запитання точніше, згадуючи деталі хвороби і т.д. Саме про такий контакт писав у своїх заповідях Гіппократ: "Життя коротке, шлях мистецтва довгий, щасливий випадок швидкоплинний, досвід обманливий, судження важке", тому "не тільки самий лікар повинен бути готовим робити все, що від нього залежить, але і хворий, і оточуючі, і всі зовнішні обставини повинні сприяти лікарю в його діяльності"[7]. Ці слова, що дійшли до нас із глибини сторіч, не загубили своєї актуальності й у наш час.

Після того, як зібрано докладний анамнез, лікар приступає до огляду. Тут також необхідний мудрий підхід. Важливо пам'ятати про те, що будь-яка хвороба - це загальний процес. Тому при об'єктивному огляді особливу увагу потрібно приділяти спеціальним гінекологічним дослідженням, дотримуючись при цьому глибокої поваги до соромливих хворих. Ні в якому разі не варто поспішати з повідомленням результатів обстеження. Як із цього приводу знову ж не пригадати слова Гіппократа про те, що спостереження, розпорядження, призначення, маніпуляції - "все це повинно робитися спокійно, уміло, приховуючи від хворого багато чого у своїх розпорядженнях, наказуючи з веселим ясним поглядом те, що варто робити, і відволікати хворого від його бажань із наполегливістю і строгістю, і водночас заспокоюючи його своєю увагою, ласкавим ставленням, і не повідомляючи хворим того, що настане чи настало" [7,24]. Безтактним вважається з боку лікаря сказати таке слово: "Ви не наша хвора", "Вас не так лікували" або "Ваша хвороба зовсім інша". Такі заяви можуть негативно вплинути на психіку хворої, особливо, якщо вона недовірлива, послужити початком її сумнівів, тривоги, а насправді остаточний огляд може і не підтвердити чогось патологічного. У цих словах виявляються не тільки недовіра до медицини, але і прагнення завоювати дешевий авторитет у пацієнта.

Під час спеціальних акушерсько-гінекологічних досліджень ми нерідко вголос говоримо про те, що виявлена, наприклад, фіброміома розміром 8-9

тижнів. Чи варто пацієнтці повідомляти дані дослідження? Здається, у цьому немає необхідності, тому що хворій ці дані ні про що не говорять, а сумніви посіяти можуть, виникає думка і про рак. Тому після огляду, залежно від характеру захворювання, потрібно делікатно повідомити хворій про необхідність стаціонарного або амбулаторного спостереження чи лікування. Причому, не варто говорити про розмір виявленої фіброміоми ще й тому, що розміри пухлини змінюються залежно від менструального циклу.

Призначаючи необхідний режим, змінюючи поведінку, харчування або радячи ті чи інші обмеження, лікар повинен подумати, чи зміг би він сам виконати все це в подібних ситуаціях. Якщо ні, то і рекомендувати цього не слід хворому.

Нелегко працювати лікарю з пацієнтами, які, прочитавши декілька популярних брошур, намагаються диктувати йому призначення для себе. Інші хворі, навпаки, підтакуючи лікарю, намагаються незаслужено виманити в нього листок непрацездатності, путівку або дефіцитні ліки. Важко лікувати хворих, які втратили віру. Вони зумисно або несвідомо плутають, спотворюють, надумують симптоми своєї хвороби. Але при всій розмаїтості характеру пацієнтів лікар повинен вміти підібрати ключик до душі кожного з них, незмінно залишаючись турботливим, доброзичливим, не подаючи вигляду, що його вимотує роздратований або нервовий хворий. Варто завжди пам'ятати формулу Л. Пастера: "Ти страждаєш, цього мені достатньо: тепер ти належиш мені, і я принесу тобі полегшення". Французький просвітитель Вольтер говорив: "Надія на одужання - половина одужання". Підтримка цієї радісної надії є одним із святих обов'язків лікаря.

Завданням психотерапевтичного впливу лікаря є корекція ставлення хворого до хвороби через апеляцію до особистості хворого і вплив на навколишнє середовище хворого, що забезпечується шляхом максимальної мобілізації резервних можливостей хворого і зниженням значимості вітальної загрози, етичного, інтимного і професійно-трудоного компонентів. Необхідно домагатися, щоб різні зусилля лікаря викликали установку на реалізацію нового типу поведінки. Актуальною є нормалізація емоційних реакцій на хворобу.

Поетапні завдання психологічного впливу зводяться до наступного: 1) нормалізації розуміння здоров'я і хвороби; 2) появою щирого бажання лікуватися; 3) навчання адаптуватися в конкретному середовищі, у різних умовах відновлення або при різних ступенях залишкових явищ в організмі. Корекція психічного стану хворого є запорукою успішного його лікування соматичного [9,29].

Діяльність лікаря - це не одноразова дія, а ланцюг труднощів, що змінюють одна іншу і ніколи не створюють атмосфери їхньої завершеності. Особливість професії лікаря полягає в тому, що від результатів лікарської діяльності безпосередньо залежать здоров'я і життя людини. Помилки тут особливо згубні, неприпустимі, хоча уникати їх нелегко.

Висновок. Лікарі, які виконують основні деонтологічні принципи та положення в системі охорони здоров'я матері та дитини, не тільки виконують свої обов'язки, підтверджують тим самим свій фаховий рівень, але і запобігають виникненню окремих недуг у своїх пацієнтів. Отже, медична

деонтологія являє собою невід'ємну частину лікувально-профілактичного процесу та зміцнює здоров'я матері та дитини.

- Література. 1. *Батищев Г. С.* Особенности культуры глубинного общения // *Вопр. философии.* - 1995. - № 3 - С.109-129. 2. *Билибин А.Ф.* О некоторых философско - психологических аспектах врачебной деонтологии // *Сов. медицина.* -1972- №2.- С.52-53. 3. *Бородин Ю. И., Матрос Л. Г.* Методологические аспекты региональных проблем здоровья // *Общественные науки и здравоохранение.* -М.: Наука, 1987.- С. 91-103. 4. *Вагнер Е.А.* Раздумья о врачебном долге. - Пермь, 1986.- С. 56-58. 5. *Водогреева Л. В., Андреева Я. Г., Гладышева Н. В.* Отношение лиц с высшим образованием к своему здоровью//*Сов. Здравоохранение.*-1989. -№ 11.- С.31-34. 6. *Гиппократ.* Клятва. Закон о враче. Наставления //Пер. с греч. В.И.Руднева. - Мн.: Современный литератор, 1998.-С.35-37. 7. *Гиппократ.* Избранные книги / Пер. с греч. В.И.Руднева.-Т.1.-М.,1936.- С. 78-88. 8. *Грандо А.А.* Врачебная этика и медицинская деонтология. - Киев: Вища школа, 1988. - С. 8-10. 9. *Грандо А.А., Грандо С.А.* Врачебная этика - Киев: РИА «Триумф»,1994. -С.59-63. 10. *Грекова Т.И.* Болезнь и смерть - зло или добро?-М.,1983,124с. 11. *Джугостран С.Н., Зленка В.Д., Антина В.А. и др.* Деонтологические аспекты новых технологий во фтизиатрии. //Материалы междунар. научной конференции: Проблема выживания человека (Problema supraviventurii omenigii: aspecte socio-filosofice, economico-juridice, politico-informationale, si etico-medical). 15-16 апреля 1998.-Кишинев,1998.-С.137-139. 12. *Димов А. С.* Опыт изучения некоторых показателей деонтологической подготовки студентов до и после субординатуры и методов ее верификации.// *Тер. арх.* - 1985. - № 10.- С. 128-131. 13. *Еренкова Н.В.* Этика труда среднего медицинского работника.-К: Здоров'я, 1987.-116с. 14. *Залманов А. С.* Тайная мудрость человеческого организма.- М., 1966.-С. 18-20. 15. *Иванюшкин А. Я.* Здоровье и болезнь в системе ценностных ориентаций человека//*Вести. АМН СССР.*- 1982.-№ 4.-С. 29-33. 16. *Каган М.С.* Мир общения: Проблема межсубъектных отношений. -М., 1988. -С. 234-236. 17. *Карми А.* Соблюдение этических норм должно быть делом добровольным. Всемирный форум здравоохранения. -Т.3, №4,- Женева,1983. -С.13-14. 18. *Карнеги Д.* Как завоевывать друзей и оказывать влияние на людей. Минск, 1990. С.9-10 19. *Клике Ф.* Пробуждающее мышление. История розвитку людського інтелекту.-2 вид.-Київ:Вища школа,1985, 295с. 20. *Ковнер С.* История медицины.-Частина 1. -Т.1. -Київ, 1878. - С 43-44. 21. *Контский Ф. М.* Врач и больной.- М.:Медицина,-1959.-С.43-45. 22. *Конш А. Ф.* О врачебной тайне. Собрание соч., -Т.4.- М.,1967,- 453с. 23. *Косарев И.И.* Медицинская этика и деонтология. Методическая разработка. 1ММИ им. И.М.Сеченова. -Москва, 1988. -С.34-37. 24. *Котельников В.П.* От Гиппократа до наших дней. -М.: Знание 1987.-С.103-106. 25. *Крыштопа Б.П.* Высшее медицинское образование в Украинской ССР.-К.:Здоров'я,1985.-220с. 26. *Лецинский Л.А.* Деонтология в практике терапевта.-М.,1989.-208с. 27. *Лисицын Ю.П.* Теоретико-методические проблемы концепции «общественного здоровья»//*Общественные науки и здравоохранение.*-М.: Наука, 1987.- С. 48-62. 28. *Лисицын Ю.П.* Теоретические основы врачебной этики и медицинской деонтологии: Социальная гигиена и организация здравоохранения (лекции). -М.: Медицина,1992.- С. 345-354. 29. *Литыми К. П., Изуткин А. М., Матюшин И. Ф.* Медицина и гуманизм. - М.: Медицина, 1984.-279 с. 30. *Лотош Е.Л., Дранишников Л. К., Лузина Ф. Л.* Генетическое здоровье алтайцев // *Бюл. СО АМН СССР.*-1987.- № 2.- С. 95-98. 31. *Макаров Ю. А.* Принципы оценки состояния здоровья детей//*Сов. педиатрия.*-1989- № 7,- С. 5-26. 32. *Матвеев В.Ф.* Основы медицинской психологии, этики и деонтологии, - М.:Медицина,1984. -175 с. 33. *Морозов Г. В., Царегородцев Г. И.* Медицинская этика и деонтология.- М.: Медицина, 1983. - 270 с. 34. *Мурзалиева Х.Е.* Профессия врача обязывает.-Алма-Ата: Казахстан, 1978 -С.25-30. 35. *Назаренко Л.П., Острецова О.А.* Структура наследственной патологии в сельских районах Томской области // 5-й съезд Всесоюзного общества генетиков. -Т.2 -М.: Медицина, 1987,-Т.2-С.81-82. 36. *Народное хозяйство Украинской ССР: Статистический ежегодник.*-К.:Техника, 1990.-474с. 37. *Николаева В.В.* Влияние хронической болезни на психику. - М., 1987.- С.167-169. 38. *Орлов А.Н.* О врачебной тайне.-Красноярск, 1985.-65-67с. 39. *Орлов А.Н.* Культура общения врача. -Красноярск, 1987.-С 34-35. 40. *Петленко В.П., Шапов И.А.* Мудрость взаимности. -Ленинград, 1989. -С 87- 41. *Петровский Б.В.* Деонтология в медицине.Т.2.-М.:Медицина,1988.-С.87-89. 42. *Станиславский С.* Статьи, речь, беседы, письма. - М.: Медицина,1953.- 252с. 43. *Стемпурский Ю.И., Морозов М. Н., Губергриц А. Я.* Методология врачебного диагноза и прогноза.- К.: Здоров'я,1986.- С. 68-70. 44. *Тонкова Р.В., Черток Г.Я., Голубева Л.Г.* Здоровье и развитие детей//*Сов. педиатрия.*- 1989. -№ 7.-С.89-106. 45. *Угрюмов Б.Л.* О врачебном долге. -Київ: Здоров'я, 1987.- С.54-57. 46. *Флоря В.Н.* Врачебная ошибка, ложь, преступление. //Материалы междунар. научной конференции: Философия, медицина, экология. -7-8 апреля 1999.-Кишинев, 1999.-С. 66-67. 47. *Франкл В.* Критика чистого «общения»... // *Человек в поисках смысла.* М., 1990.-С. 321-333. 48. *Циммерман Я.С.* Раздумия о врачевании. -Пермь: Перм. книжн. изд-во, 1983, -С.229-233. 49. *Шапов И.А.* Врач и больной, -М.:Ун-т дружбы народов им.Патриса Лумумбы, 1985 -С.168-170. 50. *Eisendrat S.* Factitious illness: A scarification //*Psychosomatics.*-1984. -Vol. 25, N 2. -P. 110-117. 51. *Livesley B.* Doctor to doctor // *Brit. med J.*- 1984.- Vol. 288, N 6435.- P. 1941-1942.

**DEONTOLOGICAL ISSUES CONCERNING THE ORGANIZATION OF HEALTH
PROTECTION OF MOTHER AND CHILD**

V.I.Cheban

Abstract. On the basis of an analysis of bibliographical data, our own experience it is emphasized that the profession of a doctor is both humane and responsible, irrespective of specialization. Special attention is paid to the peculiarities of deontology in the activity of obstetrician - gynecologists and pediatricians as a constituent part of medico - social prophylaxis of perinatal pathology.

Key words: deontology, professional duty, physician, doctor's responsibility, knowledge, wisdom, goodwill, patient, health, disease, mental condition, communication

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)