



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
РІВНЕНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА БІОЛОГІЇ, ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ ТА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

МЕДИЧНА ЕТИКА І ДЕОНТОЛОГІЯ

Курс лекцій

Рівне - 2024

Піонтковський В.К., Гусаковська Т.М. Медична етика і деонтологія. Курс лекцій. Рівне,РДГУ. 2024.

У методичних вказівках поданий навчально-методичний матеріал для підготовки самостійної роботи з дисципліни «Медична етика і деонтологія» для здобувачів вищої освіти, що є важливим ресурсом індивідуальної підготовки здобувачів по освітньому компоненту.

Методичні вказівки розроблено у відповідності до вимог робочої програми викладання “Медичної етики і деонтології”.

Рекомендовано до друку навчально-методичною комісією психолого-природничого факультету Рівненського державного гуманітарного університету (протокол №2 від 04.04.2024)

Рецензенти:

Гуцман С.В. доцент, канд.. біол.наук, завідувач кафедри медико-біологічних дисциплін НУВГП

Марциновський Віталій Петрович – кандидат біол. наук, професор, завідувач кафедри біології, здоров'я людини та фізичної терапії Рівненського державного гуманітарного університету.

© Піонтковський В.К. 2024

© Гусаковська Т.М. 2024

© Рівненський державний гуманітарний університет 2024

Програма навчальної дисципліни

.Змістовний модуль 1. Медична етика та деонтологія в медичній практиці.

Тема 1. Медична етика та деонтологія: їх визначення, статус та правове забезпечення у сучасному суспільстві. Поняття деонтології. Структура та основні категорії предмета. Етапи становлення медичної етики і деонтології в різні епохи розвитку суспільства.

Тема 2. Основні моделі взаємовідносин у системі «лікар-хворий». Гуманізм як моральна основа культури лікування. Міжнародні документи, що регламентують права пацієнта.

Тема 3. Ятрогенії: основна їх причина, наслідки і профілактика. Лікарська помилка: визначення, суть, види лікарських помилок. Поняття про лікарські правопорушення і юридична відповідальність за них.

Тема 4. Лікарська таємниця: визначення, суть, основні правові документи, що гарантують дотримання лікарської таємниці в Україні та в світі.

Змістовний модуль 2. Сучасна медична етика.

Тема 5. Деонтологія в медичній науці. Зміст та структура біомедичної етики, її основні теоретичні та прикладні аспекти у сучасному суспільстві. Деонтологічні та етичні аспекти права пацієнта на життя і смерть. Науковий і соціально-екологічний зміст медичної діяльності.

Тема 6. Світорозуміння і завдання підготовки майбутнього фахівця-медика. Пріоритет вітальних, загальнолюдських цінностей в науково-практичній діяльності. Соціально-психологічний портрет медика і пацієнта на початку XXI століття. Основні моделі взаємовідносин у системі «керівництво – лікар, лікар - молодший медичний персонал». Деонтологічні аспекти конфліктів у медичному середовищі. Основоположні міжнародні документи сучасної медичної етики.

Тема 7. Деонтологічні аспекти захисту права на життя: штучне запліднення, аборти, трансплантологія, використання стовбурових клітин, етичні проблеми технологій, що штучно підтримують життя. Деонтологічні проблеми права пацієнта на смерть: поняття про евтаназію активну і пасивну, морально-деонтологічні погляди на суїцид, статус мертвого тіла в медицині.

Тема 8. Деонтологічні аспекти взаємин в медичних колективах під час виконання лікарської і наукової роботи. Основні деонтологічні підходи в онкології, психіатрії, геронтології, педіатрії.

Лекція 1

Тема: Медична етика та деонтологія: їх визначення, статус та правове забезпечення у сучасному суспільстві.

1. Визначення поняття «етика» і «медична етика»

Етика – це наука про мораль (норми і правила поведінки). Медична етика – це наука про систему норм і правил поведінки і моральної зовнішності лікаря та всього медичного персоналу. Мораль регулює відношення лікаря до пацієнта, здорової людини, до колег, суспільства, держави. Етичні закони лежать в основі лікарської діяльності, у взаєминах лікаря і пацієнта. Медична етика включає постулати про обов'язки лікаря і пацієнта, лікарську таємницю, лікарські помилки, ятрогенію, проблеми евтаназії. В охороні здоров'я міцно укорінилася філософія моралі та моральності – медична етика, до якої тісно примикає деонтологія – сукупність професійних норм і обов'язків.

2. Визначення поняття «деонтологія»

Деонтологія (від грец. deontos – належне, logos – вчення) – розділ етичної теорії, в якому розглядаються проблеми обов'язку, моральних вимог і нормативів та взагалі зобов'язання, як специфічної для моральності форми прояву соціальної необхідності. Деонтологія – це наука про професійну поведінку людей, сукупність етичних норм, необхідних для виконання ними своїх професійних обов'язків. Вперше термін «деонтологія» введено англійським філософом І. Бентамом на початку XIX сторіччя, який використав його для позначення вчення про мораль в цілому. У творі «Деонтологія, або Наука про мораль» (1834), він затверджує керівним етичним принципом поведінки принцип корисності. Етичний ідеал, за Бентамом, – «найбільше щастя найбільшій кількості людей»; критерій моралі – «досягнення користі, вигоди, задоволення, добра і щастя»; кожна людина прагне збільшити задоволення, що отримується від життя та, відповідно, зменшити страждання.

3. Визначення поняття «Медична деонтологія», її професійна специфічність та сфери регуляції.

Медична деонтологія – суміжна дисципліна між етикою і медициною, область медичної етики, що має свою специфіку; вчення про моральний обов'язок, етичні обов'язки і етичні норми поведінки медичного персоналу, що забезпечують оптимальну якість та результативність його роботи з відновлення і збереження здоров'я людей.

Ключовим поняттям медичної деонтології є професійний обов'язок лікаря перед суспільством і пацієнтами. Медична деонтологія припускає право медиків на професійну гідність і честь, включає нормативні принципи поведінки лікаря. У структурі медичної етики деонтологія займає особливе місце.

Це найперша і найбільш традиційна галузь професійної етики; вона носить найбільш прикладний характер, тим самим безпосередньо вторгається в область регуляції людських відносин і утілюється в деонтологічних Кодексах. У вузькому сенсі медична деонтологія – це сукупність конкретних норм і принципів медичної

моралі стосовно певної спеціальності. Оскільки лікарські спеціальності істотно розрізняються, то деонтологічні вимоги, регулюючі практичну діяльність лікарів-фахівців, носять специфічний характер.

Розрізняють медичну деонтологію терапевта, хірурга, акушера-гінеколога, педіатра, онколога, психіатра, дерматовенеролога та інших. Основні сфери регуляції загальної і спеціальної деонтології:

- взаємовідносини між лікарем і пацієнтом, зокрема у присутності інших хворих та інших колег (відносини «за вертикаллю»);
- взаємовідносини між лікарем і пацієнтами-дітьми;
- взаємовідносини між лікарем і близькими пацієнта, зокрема у присутності самого пацієнта та у присутності сторонніх;
- взаємовідносини між лікарем і його колегами, зокрема у присутності пацієнта, його близьких і сторонніх (відносини «за горизонталлю»);
- взаємовідносини між лікарями і середнім (молодшим) медперсоналом, зокрема у присутності хворих;
- відношення лікаря до лікарської таємниці і його право на розповсюдження інформації;
- право лікаря на експеримент і етичні проблеми медичних досліджень;
- проблема юридичної відповідальності лікаря;
- проблема матеріальної і моральної винагороди лікаря.

6. Основні міжнародні офіційні документи, що регламентують роботу лікаря

У сучасних умовах питанням медичної деонтології у всіх країнах приділяють велику увагу. Прийнятий ряд декларацій, кодексів, правил, які покликані визначити етичні норми поведінки лікарів. У багатьох країнах (Франції, ФРН, Італії, Швейцарії, США та ін.) існують національні деонтологічні кодекси. Ряд документів носить міжнародний характер. До них слід віднести Женевську декларацію (1948), Міжнародний кодекс медичної етики (Лондон, 1949), Гельсінсько-Токійську декларацію (1964, 1975), декларацію Сіднея (1969), декларацію, що стосується відношення лікарів до тортур (1975) та інші. Проте в міжнародних документах з питань медичної деонтології не завжди враховуються конкретні умови життя тієї або іншої країни, національні особливості.

Женевська декларація – основний міжнародний документ. В основу цього документу покладена «Клятва Гіппократа», в ній знайшли віддзеркалення і найбільш гострі соціальні проблеми ХХ століття. Так, до декларації внесені фрази: «Я не дозволю, щоб релігія, націоналізм, расизм, політика або соціальне положення впливали на виконання мого обов'язку... Навіть під загрозою я не використаю мої знання в області медицини на противагу законам людяності». Остання фраза, відображаючи досвід другої світової війни, закріплює положення «Десяти Нюрнберзьких правил» (Нюрнберзький кодекс, 1947), в яких підкреслюється неприпустимість злочинних дослідів на людях. Женевська декларація заснована на принципах, викладених Гіппократом і визначається «Клятвою Гіппократа ХХ сторіччя», була прийнята 2-ою Генеральною Асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації в 1948 р. і переглянута в 1994 р.

Міжнародний кодекс медичної етики (Міжнародний кодекс з деонтології) конкретизував ряд положень Женевської декларації і був схвалений експертами ВООЗ. Цей Кодекс є найбільш поширеним документом, на який посилаються багато дослідників проблем медичної деонтології. В ньому звертається увага на питання оплати лікарської допомоги, на неприпустимість переманювання пацієнтів, самореклами і тому подібне.

У 1970 р. питання медичної деонтології обговорювалися на X Міжнародному конгресі терапевтів у Варшаві і на Міжнародному конгресі істориків медицини в Бухаресті.

У 1973 р. деонтологічні питання медицини в умовах науково-технічної революції стали предметом обговорення спеціального симпозиуму XV Міжнародного філософського конгресу у Варні, а в 1974 р.– XVIII Міжнародного конгресу з прикладної психології в Монреалі. У 1989 р. орган друку ВООЗ «Здоров'я миру» присвятив проблемі «етика і здоров'я» спеціальний номер, в якому розглядається і багато питань медичної деонтології.

Основні етапи становлення медичної деонтології. Основні риси лікарської етики догіппократівського періоду

Медична деонтологія пройшла великий і складний шлях розвитку. Її історія багата яскравими, інколи драматичними подіями і фактами. Витоки деонтології йдуть з глибокої древності. Можна думати, що перша людина, яка надала медичну допомогу своєму ближньому, зробила це з почування співчуття, прагнення допомогти в нещасті, полегшити його біль, інакше кажучи, з гуманності. Навряд чи потрібно доводити, що саме гуманність завжди була особливістю медицини і лікаря – її головного представника. Лікарів завжди глибоко цікавили питання про особистість лікаря; якою повинна бути його поведінка, відношення до хворих, їх родичів; взаємини лікарів між собою.

Історію розвитку лікарської етики умовно можна розділити на догіппократівський і гіппократівський періоди.

Догіппократівський період розвитку медичної етики

Основи медичної деонтології були закладені ще в медицині стародавнього світу. Етичні вимоги до людей, які займалися лікуванням, були сформульовані ще в рабовласницькому суспільстві, коли відбувся розподіл праці й лікування стало професією. Найбільш стародавнім джерелом, в якому сформульовані вимоги до лікаря і його права, вважають те, що відноситься до XXVIII ст. до н.е. зведення законів Хаммурапі, прийняте у Вавилоні.

У кожен історичну епоху відповідно до моралі, що панувала в даному суспільстві, принципи медичної деонтології мали характерні особливості, проте загальнолюдські, позакласові етичні норми медичної професії, визначувані її гуманною суттю, – прагненням полегшити страждання і допомогти хворій людині, залишалися непорушними. Принципи медичної деонтології визначалися також рівнем розвитку медичної науки, від якого багато в чому залежать дії лікарів.

Так, в Стародавній Індії рекомендувалося братися за лікування тільки такої людини, хвороба якоївиліковна; від невиліковних хворих слід було відмовлятися, як і від тих, що не видужали протягом року.

Етичний кодекс лікарів Стародавньої Індії встановлював для них такі обов'язки: "Вдень і вночі, як би не був ти зайнятий, ти повинен всім серцем і всією душею прагнути полегшити страждання твоїх пацієнтів. Ти не повинен покидати або ображати твоїх пацієнтів навіть ради врятування власного життя або збереження коштів для існування. Ти не повинен перелюбствувати навіть в думках. Так само ти не повинен прагнути до володіння чужим майном...". У той же час, цей кодекс встановлював ряд заборон відносно надання медичної допомоги: «Не слід лікувати того, кого ненавидить володар, або тих, хто ненавидить володаря, або кого ненавидить народ, або тих, хто ненавидить народ. Точно також не слід лікувати того, хто украй ненормальний, злий, відрізняється поганим характером або поганою поведінкою, не доводить своєї чесності, перебуває при смерті, а також жінок, яких не супроводжують чоловіки або опікуни». При такому виборчому підході завжди можна було відшукати причину для відмови в наданні медичної допомоги.

Питання медичної деонтології знайшли віддзеркалення і в якнайдавніших пам'ятниках індійської літератури – в зведенні законів Ману (близько II ст. до н.е. – I ст. н.е.) і в «Аюр-веді» (Наука про життя; IX-III ст. до н.е.). Існують три редакції Аюр-веди – цієї медичної енциклопедії старовини; якнайповніша належить лікареві Сушруте. У одній з книг Аюр-веди говориться, яким повинен бути лікар, як слід йому поводитися, як і що говорити хворому: «Він повинен мати чисте жалісливе серце, правдивий характер, спокійний темперамент, відрізнятися найбільшою помірністю і чеснотою, постійним прагненням робити добро. Мова його повинна бути ніжна, ясна, приємна, правдива і обдумана. Лікар не повинен повідомляти відносно загрозової передчасної смерті хворого, бо це може пошкодити йому. Лікар повинен бути м'яким, але, в той же час, рішучим, повинен підтримувати радісну надію на порятунок хворого. Лікар для хворого – батько, для здорового – друг».

Етичний кодекс лікарів Стародавнього Тибету, викладений в трактаті "Жудши", перекладений російською мовою в кінці минулого століття лікарем П. Бадмаєвим, висував такі положення. "Традиції лікарського стану вимагають дотримання 6 умов: 1) бути здібним до лікарської діяльності; 2) бути гуманним; 3) розуміти свої обов'язки; 4) бути приємним для хворих і не відштовхувати їх своєю поведінкою; 5) бути старанним; 6) бути ознайомленим з науками.

Середньовічний кодекс китайських лікарів, викладений в книзі "Тисяча золотих ліків", вважав обов'язковим, щоб лікар був справедливим і не жадібним. "Він повинен співчувати хворим і урочисто обіцяти полегшити страждання хворих незалежно від їх стану. Аристократ або проста людина, бідняк або багач, немолодий або молодий, красивий або потворний, ворог або друг, уродженець цих місць або чужоземець, освічений або неосвічений, – всіх слід лікувати однаково. Він повинен відноситися до страждань пацієнта, як до своїх власних, і

прагнути полегшити його страждання, незважаючи на власні незручності, наприклад нічні виклики, погану погоду, голод, втому. Навіть неприємні випадки, наприклад абсцес, пронос, рак слід лікувати без всякої неприязні. Той, хто дотримується цих правил, – великий лікар, інакше – він великий негідник".

У Персії існували три категорії лікарів: «зцілителі святістю», «зцілителі знанням» і «зцілителі ножем». Найбільш поширеною була перша категорія лікарів, обов'язком яких було не тільки лікування в прямому сенсі, але і уміння психологічно впливати на хворого власною особою, своїми душевними, етичними якостями. У всіх країнах в епоху рабовласницького ладу особа лікаря вважалася однією з найбільш шанобливих і поважних, оскільки від лікаря багато в чому залежали здоров'я і життя людини. Нерідко лікар набував ореолу великого і всемогутнього, наділеного Богом неземними можливостями. Не випадково в країнах Стародавнього Сходу деякі відомі лікарі були зведені до рангу богів. Одного з перших обожували легендарного грецького лікаря Асклепія (батько Гігієни) – покровительки здоров'я і Панакєї – покровительки лікувальної медицини.

Звертає на себе увагу диференційований підхід до хворих. Можна і потрібно лікувати бідних, сиріт, чужоземців, але в той же час, не можна прописувати ліки тим, хто в немилості у раджі. Незабезпеченим, а також безнадійним хворим лікарі взагалі відмовляли в допомозі. З появою соціальної нерівності відношення хворих до лікарів стає неоднозначним: представники пануючих класів бачили в них слуг, а пригноблених класів – панів.

Таким чином, гуманізм догіппократівської медицини мав обмежений характер, оскільки припускав диференційоване відношення до хворих різних соціальних прошарків.

Основні риси лікарської етики медицини періоду Гіппократа. Основні принципи поведінки лікаря, сформульовані Гіппократом

Наступним етапом розвитку медичної етики в епоху рабовласницького суспільства є медицина Гіппократа. У цей період в Греції широко вивчалися філософські питання етики і моралі.

Найбільший лікар старовини Гіппократ першим спробував систематизувати правила медичної етики на підставі досвіду медицини. У своїй знаменитій «Клятві», в книгах «Про лікаря» і «Про сприятливу поведінку», «Про мистецтво», в «Афоризмах», написаних близько двох з половиною тисяч років назад, він створив кодекс моральних норм, обов'язкових для тих, хто на все життя вибрав лікування своєю професією. Під впливом ідей Гіппократа в Стародавній Греції виняткова увага приділялася етичній зовнішності лікаря.

Неоцінимо роль в розвитку медичної деонтології зіграв Гіппократ. Йому належать аксіоми: «Де любов до людей, там і любов до свого мистецтва», «Не нашкодь», «Лікар-філософ подібний до Бога». Велич Гіппократа полягає перш за

все в його гуманізмі, в тому, що він вважав людину вінцем природи. Ці погляди пронизують весь текст «Клятви Гіппократа». Згідно виразу У.Пенфілда, в ній «містяться вічні істини, які не може змінити час».

Гіппократ вперше звернув увагу на питання належного відношення лікаря до родичів хворого, до своїх вчителів, взаємин між лікарями. Деонтологічні принципи, сформульовані Гіппократом, отримали подальший розвиток в роботах Асклепіада, Цельса, Галена та ін. В період середньовіччя розробкою питань належного відношення лікаря до хворого займалися представники Салернської медичної школи, званої Гіппократовою общиною.

«Клятва Гіппократа» пережила століття. Важливо, що II Міжнародний деонтологічний конгрес (Париж, 1967), визнав можливим рекомендувати доповнити клятву єдиною фразою: «Присягаюся навчатися все життя!». III Міжнародний конгрес «Лікарі миру за запобігання ядерній війні» (1983) вніс пропозицію доповнити національні і міжнародні кодекси про професійний моральний обов'язок лікаря, в основі яких лежить «Клятва Гіппократа», пунктом, що зобов'язує медиків боротися проти ядерної катастрофи

3. Роль лікарів Сходу в розвитку медичної деонтології.

Величезний вплив на розвиток медичної деонтології зробили лікарі Сходу. Ібн-сіна (Авіценна) – творець «Канону лікарської науки», розглядаючи різні сторони лікарської діяльності, підкреслював неповторність й індивідуальність, тих, хто звертається за меддопомогою: «Кожна окрема людина володіє особливою натурою, властивою лише йому». Авіценні також приписують вислів: «Лікар повинен володіти оком сокола, руками дівчини, мудрістю змії і серцем лева». Однією з головних ідей «Канону лікарської науки» є необхідність попередження хвороби, на що повинні бути направлені зусилля і лікаря, і хворого, і здорового. Примітно, що здавна проблема відношення лікаря до хворого розглядалася в плані співпраці і взаєморозуміння. Так, лікар і письменник Абуль-Фарадж, що жив в XIII ст., сформулював таке звернення до хворого: «Нас троє – ти, хвороба і я; якщо ти будеш з хворобою, вас буде двоє, я залишуся один – ви мене здолаєте; якщо ти будеш зі мною, нас буде двоє, хвороба залишиться одна – ми її здолаємо». Велике значення нарівні з вимогами до особи лікаря, його людських якостей (порядність, чесність, доброта), додавалася необхідність до постійного самовдосконалення, бо некваліфікований лікар може завдати хворому шкоди, що є грубим порушенням моральних норм лікування.

Розвиток медичної етики Західної Європи

Англійський філософ І. Бентам, який перший запропонував термін «деонтологія», проповідував ідеологію буржуазного лібералізму. Загальне благо, за Бентамом, недосяжно в умовах непереборного для суспільства антагонізму, і тому кожна людина повинна піклуватися тільки про себе самого. Інакше кажучи, деонтологію, як вчення про особисте належне в поведінці індивіда, І. Бентам протиставляє етиці, науці про мораль як суспільне належне в поведінці і відносинах людей. Звідси і випливає що гуманізм, людяність – поняття, що не мають місця в людському суспільстві.

Близькі до цього ідеї проповідував англійський економіст Т.Р. Мальтус. За його теорією, населення Землі збільшується в геометричній прогресії, а засоби забезпечення існування людей можуть збільшуватися лише в арифметичній («Очерк о законе народонаселения», 1798). Отже, неможливо задовольнити потреби всіх людей, а звідси і убогість, і голод полягають не в соціальних причинах, а в біологічних – законі безмежного розмноження живих істот. Природа ж сама регулює кількість населення і в її «природний порядок» не можна втручатися. Він вважав протиприродною лікарську діяльність, оскільки порятунок «зайвих людей» перешкоджає природному регулюванню чисельності населення.

Розвиток медичної етики в Київській Русі

Питання медичної деонтології отримали правове віддзеркалення ще в ряді документів Стародавньої Русі. Так, в «Ізборнику Святослава» (XI ст.) є вказівка, що монастирі повинні давати притулок не тільки багатим, але і бідним хворим. Зведення юридичних норм Київської Русі «Російська правда» (XI-XII ст.) затвердив положення, про право на медичну практику і встановив законність стягування лікарями з хворих плати за лікування. У Морському статуті Петра I сформульовані вимоги до лікаря, проте його обов'язки розглядалися у відриві від лікарських прав.

Внесок вітчизняних клініцистів в розвиток учення про медичну деонтологію

Багато для пропаганди гуманної спрямованості лікарській діяльності зробили визнані російські учені-медики XVIII-XIX ст.: С.Г. Зибелін, Д.С. Самойлович, І.Е. Дядківський, С.П. Боткін, В.А. Манассєїн. Особливо слід зазначити «Слово про благочестя і етичні якості Гіппократова лікаря», «Слово про спосіб учти і вчитися медицині практичній» М.Я. Мудрова і твори М.І. Пирогова, що є сплавом любові до своєї справи, високого професіоналізму і турботи про хвору людину.

Відомий хірург-онколог М.М. Петров писав: «Основне завдання всякої медичної деонтології полягає в тому, щоб постійно нагадувати медичним працівникам, що медицина повинна служити користі хворих людей, а не хворі люди – користі медицини. На перший погляд, такі нагадування просто зайві – до такої міри це зрозуміло. Проте досвід показує, що подібні нагадування важливі не тільки в медицині, але і у всіх галузях людської діяльності, бо будь-які фахівці дуже легко і часто переоцінюють роль своєї спеціальності, забуваючи тих, кому вона повинна служити».

Зразком високої лікарської моральності був і залишається М.Я. Мудров. У 1813 році в Московському університеті М.Я.Мудров виголосив свою знамениту Актову промову «Слово про благочестя і етичні якості Гіппократова лікаря», в якій закликав виховувати лікарів у дусі гуманізму, безкорисливості і самопожертвування. Ширше моральні аспекти виховання лікарів розкриті в книзі М.Я. Мудрова «Слово про спосіб учти і вчитися медицині практичній».

М.Я. Мудров окреслив портрет лікаря-гуманіста і мислителя, здатного виховувати і впливати на хворого власним прикладом. Він не тільки пропагував етику лікаря, але і сам був носієм високих гуманних принципів. Коли в 1831 р. у

Петербурзі спалахнула холера, він добровільно приїхав туди для надання допомоги хворим, сам заразився холерою і помер.

Вчитися бути лікарем – вчитися бути людиною. Всім відомий життєвий девіз М.І. Пирогова: бути людиною серед людей. Лікар повинен бути вихованою людиною і повинен володіти внутрішньою інтелігентністю, духовністю, щедрістю. Що стосується духовних якостей лікаря, таких як співчуття і душевність, то ці риси характеру слід вважати законами професії.

А.П. Чехов писав «лікар повинен викинути з душі все дріб'язкове і вульгарне і виробити в собі делікатність і м'якість». Перелік того мінімуму порядності і вихованості, якими повинна володіти, на думку письменника, кожна людина, описаний в листі А.П. Чехова своєму братові Миколі. В одному зі своїх листів писав: «Ти пишеш, що заздриш моєму характеру. Повинен повідомити, що від природи у мене характер різкий, запальний, але я звик тримати себе в руках, оскільки розпускатися порядній людині не годиться».

Однією з важливих умов об'єктивності оцінки людей є знання себе, своїх обов'язків, бажань, слабкості. М.Г.Чернишевський писав: «Хто не вивчав людини в самому собі, ніколи не досягне глибокого знання людей».

Академік Ф.Г. Яновський радив своїм учням, якщо вони скаржилися на «важку» вдачу хворого, уявити, що це їх брат або батько. Представники будь-якої іншої професії можуть відповідним чином відреагувати на образі, відмовити людині, але не лікар. Лікар повинен уміти тримати себе в руках за будь-яких обставин.

У пам'яті лікарів старшого покоління збереглися розповіді про діагностику «з першого погляду», приклади буквально чудодійної швидкості і точності, з якою іноді видатні представники нашої професії розпізнавали хворобу навіть в найскладніших випадках. Ці лікарі володіли величезним досвідом, високорозвиненим клінічним мисленням і витонченою, чіпкою спостережливістю. Прикладом подібного лікаря був доктор Джозеф Белл, головний хірург королівської лікарні в м. Единбурзі, прототипом якого став Шерлок Холмс. «Белл учив студентів не тільки мистецтву лікування, але і спостережливості: ...досить тільки гарно вгледітися, і по обличчю людини можна дізнатися його національність, по руках – професію, а все останнє – за ходом, манерам або, скажімо, по ниткам, що висять на костюмі».

Загальну популярність здобула подвижницька діяльність доктора Ф.П. Гааза, що став головним лікарем московських в'язниць. Його девізом було: «Поспішайте робити добро!». У формуванні принципів медичної деонтології велику роль зіграли прогресивні представники земської медицини, які вважали своїм етичним обов'язком допомагати бідним і знедоленим. Гуманістична спрямованість діяльності російських медиків описана в творах письменників-лікарів А.П. Чехова і В.В. Вересаєва. У Росії випускники вищих медичних навчальних закладів давали так звану факультетську обіцянку. Велике місце в ній відводилося відносинам між лікарями: «Обіцяю бути справедливим до своїх співтоваришів... По совісті віддаватиму справедливість їх заслугам і старанням...»

Контрольні питання:

1. Визначення поняття «етика» і «медична етика».
2. Визначити поняття «деонтологія». Ким і коли введено цей термін?
3. Визначити поняття «Медична деонтологія».
4. Основні сфери регуляції медичної деонтології.
5. Ким і коли вперше систематизовані принципи медичної деонтології?
6. Основні вимоги, що пред'являють до сучасного лікаря.
7. Основні міжнародні документи, що регламентують роботу лікаря.
8. Значення Женевської декларації для лікарів.
9. Основні національні документи, що регламентують роботу лікаря.

Лекція 2.

Тема: Основні моделі взаємовідносин у системі «лікар-хворий». **Гуманізм як моральна основа культури лікування. Міжнародні документи, що регламентують права пацієнта.**

Взаємини між лікарем і його пацієнтом є одним з найбільш важливих складових лікарської діяльності, а саме: в цих відносинах реалізується сенс призначення лікаря – лікування людини. Від того, як відбуваються взаємини між лікарем і хворим, як медичний працівник їх будує, залежить і успіх лікування.

1. Основні моделі взаємин в системі лікар-хворий. Можна по-різному, за різними принципами класифікувати взаємини між лікарем і хворим. Існує такий набір моделей взаємин: сакральна (патерналістська), технічна, колегіальна, контрактна.

Перша модель – патерналістська (лікар-опікун).

Міжособові відносини між лікарем і пацієнтом подібні до відносин священика і прихожанина або батька і дитини, наставника і підопічного. Основні принципи відношення до пацієнта – любов, милосердя, турбота, благодіяння і справедливість. Вони були відбиті в клятві Гіппократа. Патерналістська модель панувала в християнській європейській культурі впродовж багатьох сторіч. Материнська, батьківська турбота медичного працівника про свого пацієнта дала підставу назвати таку модель взаємин між ними паренталізмом (від англ. "батьки"), або патерналізмом (від латин. pater – батько). Основний моральний принцип, який виражає традицію сакральної моделі, свідчить: «надаючи пацієнтові допомогу, не нанеси йому шкоди».

Традиція лікування наказувала приносити хворому користь і не наносити шкоди. Жоден лікар не може виконати моральний обов'язок приносити користь і при цьому повністю уникнути нанесення шкоди. Цей принцип існує в широкому контексті і ґрунтується на правилі компетенції. Принцип «надаючи пацієнтові допомогу, не нанеси йому шкоди» складає тільки один елемент всієї безлічі моральних обов'язків.

Патерналізм може виявлятися сильно або слабо залежно від здатності пацієнта ухвалювати самостійні рішення. Сильний патерналізм відкидає навіть ті рішення, які пацієнт прийняв добровільно на основі достатньо повної інформації про свій стан. Патерналізм вважається слабким, коли здатність пацієнта ухвалювати самостійні рішення перебуває під впливом емоцій, що робить їх недобровільними, або коли пацієнт недостатньо інформований і його рішення не можуть бути адекватними ситуації, що склалася. Патерналізм має певні можливості для того, щоб захистити людину від його власних неправильних рішень, але, у такому разі, від принципу пошани автономії пацієнта. Сильний патерналізм, надмірна турбота про пацієнта, нав'язування йому своєї думки не завжди морально виправдані на відміну від патерналізму в слабкій формі.

У сучасній медицині така модель залишається найбільш переважною і найпоширенішою. Основна перевага патерналістичної моделі взаємин: чіткість рішень і дій лікаря. Патерналізм найбільш прийнятний в педіатрії, психіатрії, геріатрії. У таких взаємовідносинах обмежуються права пацієнта і не дотримується пошана самостійності пацієнта, яка є однією з основоположних цінностей цивілізованого способу життя. Недоліки моделі в тому, що взаємини можуть перерости у відносини типу «начальник – підлеглий».

Друга модель – «технічного» типу, яку американський біоетик Роберт Вітч називає «інженерною»

Основний принцип цієї моделі – роз'яснення і посередництво. Один із наслідків біологічної революції – виникнення лікаря-вченого. Наукова традиція наказувала вченому «бути неупередженим». В цій моделі спілкування лікар виступає в ролі експерта. На підставі клінічних даних і експериментально-лабораторних досліджень він ставить остаточний діагноз, пояснюючи хворому все, що стосується його захворювання, при цьому абсолютно не зачіпає життєвих проблем хворого. В рамках цієї моделі пацієнт сприймається лікарем як безособовий механізм. Завдання лікаря – виправлення відхилень в несправному фізіологічному механізмі. Методи діагностики, які використовує лікар: біохімічні, біофізичні, рентгенологічні та інші.

Він повинен опиратися на факти, уникаючи ціннісних думок, лише після медичних досліджень нацистів і створення атомної бомби, коли за досліджуванням не признавалося ніяких прав (досліди, що проводились над ув'язненими концентраційних таборів), людство усвідомило небезпеку подібної позиції. Учений не може бути вище за загальнолюдські цінності. Лікар в процесі ухвалення рішення не може уникнути думок морального й іншого ціннісного характеру.

Основним недоліком цього типу відносин є технократичний підхід до пацієнта, який суперечить принципу пошани прав і достоїнства особи. Пацієнт не бере участь в обговоренні процесу лікування. У сучасній медицині лікар дійсно взаємодіє з пацієнтом як вузький фахівець і виконує чисто технічні функції.

Третя модель – колегіального типу.

Основний принцип – рівноправ'я, де взаємна довіра відіграє вирішальну роль. Лікар повідомляє правдиву інформацію про діагноз, методи лікування, можливі ускладнення і наслідки захворювання. Пацієнт бере участь в обговоренні цієї інформації. Тут реалізується право пацієнта на свободу вибору. Деякі етики говорять про те, що лікар і пацієнт повинні бачити один в одному колега, які прагнуть до загальної мети – до ліквідації захворювання і захисту здоров'я пацієнта. Лікар – це «друг» хворого. Така гармонія у відносинах між лікарем і пацієнтом швидше виняток з правил.

Модель колегіального типу дозволяє максимально ефективно побудувати взаємини між лікарем і хворим, пацієнтом, дозволяє на практиці реалізувати принцип лікування не захворювання, а хворої людини. На жаль, дана модель взаємин лікаря і хворого в сучасній практиці зустрічається все рідше і рідше.

На процес лікування негативно можуть впливати некомпетентність або особливості психіки пацієнта. Ефективність колегіальної моделі виявляється особливо добре при хронічних захворюваннях. Етнічні, класові, економічні й ціннісні відмінності між людьми роблять принцип загальних інтересів, необхідних для моделі колегіального типу важко реалізованим.

Четверта модель – контрактного типу, яка передбачає укладання між сторонами контракту, договору, угоди, в якій визначаються рамки їх взаємин. Угода має на увазі дотримання принципів свободи, особистої гідності, чесності, виконання обіцянок і справедливості.

Дана модель дозволяє уникнути відмови від моралі з боку лікаря. Моральна сторона в контракті не знаходить віддзеркалення, але легко здогадатися, що великим успіхом у пацієнтів користується фахівець, що поєднує високий професіоналізм з ретельним дотриманням норм і правил медичної етики. Контрактна модель покликана захистити моральні цінності особи, проте в структурі надання медичної допомоги населенню займає незначне місце.

Розглянуті моделі взаємовідносин лікар-пацієнт є ідеальними конструкціями. Проте можна виділити й інші моделі взаємовідносин лікар-пацієнт:

- інформаційна (безпристрасний лікар і автономний пацієнт);
- дорадча (довіра і взаємна згода);
- ліберальна (активна позиція хворого);
- інтерпретаційна (переконливий лікар, тривале спілкування лікаря з хворим).

Інформаційна модель. Важливою складовою відносин між лікарем і пацієнтом є інформація. Інформативна модель фактично не використовується в нашій країні. Вона являє собою крайній варіант відношення до лікаря як до обслуговуючого персоналу, скоріше навіть технічного. Іншими словами, лікар є продавцем послуг, а пацієнт – покупцем. При цьому право вибору – повністю за покупцем.

Серед питань інформації, яка є найактуальнішою для лікаря, такі:

- надання пацієнтові медичної та іншої інформації, що має відношення до отримуваної пацієнтом медичної допомоги;

- фіксацію факту надання пацієнтові інформації щодо медичного втручання та отримання згоди пацієнта на таке втручання або відмова пацієнта від необхідного йому медичного втручання;

- отримання від пацієнта необхідної інформації під час збирання анамнезу життя та розвитку захворювання.

Інформація, яка є найактуальнішою для пацієнта:

Сучасному лікареві необхідно достеменно знати, яка інформація має бути надана пацієнтові чи його законному представникові, чи існують обмеження щодо надання цієї інформації, якими є вимоги до її надання тощо.

Відповідно до чинного законодавства України, за загальним правилом пацієнтові має бути надана така інформація:

- медична інформація, тобто дані про стан здоров'я пацієнта, мету запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання тощо;

- інформація щодо надання пацієнтові медичної допомоги (наприклад, режиму роботи закладу охорони здоров'я, умов перебування у стаціонарі тощо).

Дорадча модель – передбачає рівність і однакову відповідальність лікаря і пацієнта. Більш доцільно використати для освічених пацієнтів, що вникають в суть проблем зі здоров'ям. Вона заснована на тому, що звичайна доросла людина в стані синтезувати інформацію і виділити для себе пріоритети, а лікар володіє достатніми комунікаційними навичками для того, щоб допомогти пацієнтові в цьому. Дорадча модель змінює роль хворого в самому процесі діагностики та лікування. З пасивного об'єкта втручання він стає активним співавтором, але також і особою, що несе визначену відповідальність за своє здоров'я. У рамках цієї моделі існує і вимога письмової згоди пацієнта на проведення будь-яких маніпуляцій та оперативного втручання.

Інтерпретаційна (тлумачна) модель. Це активне втручання в оповідання хворого. В даному випадку ви висловлюєте швидше висновок, ніж просто зауваження: «Сьогодні для вас все не так. Ви виглядаєте по горло ситим лікарнею»; «Ви багато питаєте про рентгенологічне дослідження. Ви боїтеся його?» В той же час існує небезпека неправильного тлумачення сказаного хворим, що може утруднити бесіду. При правильному ж використанні цього прийому ви можете виразити як співпереживання, так і розуміння.

Реальний вибір того або іншого типу відносин визначається особливостями особи лікаря, конкретною ситуацією стану хворого, характером медичної допомоги. Існують інші орієнтири, згідно яким можна охарактеризувати форми моделі взаємин лікар-пацієнт, наприклад, якщо враховувати не тільки біологічний, але і біографічний план захворювання. Даний підхід дозволяє говорити про 4 моделі відносин, характер яких визначається станом хворого. Це відносини до пацієнта в гострому періоді захворювання, відносини до хронічних хворих, інвалідів і вмираючих.

Гострі захворювання. Хворі можуть бути пасивними учасниками взаємовідносин лікар-пацієнт. Основне завдання лікаря – вилікувати пацієнта і щонайшвидше повернути до колишнього образу життя.

Хронічно хворі пацієнти. Їх спосіб життя примушує бути компетентними, створювати групи взаємодопомоги. Основне завдання лікаря – реалізувати принцип рівноправ'я і взаєморозуміння в процесі лікування.

Інваліди. Можуть бути компетентними і некомпетентними щодо свого захворювання. Завдання лікаря – пристосувати пацієнта до умов інвалідності, а не залишити прикованим тільки до свого ліжка або кімнати.

Вмираючі хворі. Завдання лікаря – забезпечити знеболення, догляд, етичну підтримку і гідне вмирання.

Одним з найважливіших принципів відносин між медичним працівником і пацієнтом є принцип дистрибутивної справедливості. Це означає обов'язковість надання і однаково доступність медичної допомоги. Зазвичай він знаходить віддзеркалення в законодавчих актах і соціально обумовлений. Кожне співтовариство встановлює правила і порядок надання медичної допомоги відповідно до своїх можливостей. Взаємини між лікарем і його пацієнтом є одним з найбільш важливих складових лікарської діяльності, а саме: в цих відносинах реалізується сенс призначення лікаря – лікування людини. Від того, як відбуваються взаємини між лікарем і хворим, як медичний працівник їх буде, залежить і успіх лікування.

1. Основні моделі взаємин в системі лікар-хворий. Можна по-різному, за різними принципами класифікувати взаємини між лікарем і хворим. Існує такий набір моделей взаємин: сакральна (патерналістська), технічна, колегіальна, контрактна.

Перша модель – патерналістська (лікар-опікун).

Міжособові відносини між лікарем і пацієнтом подібні до відносин священика і прихожанина або батька і дитини, наставника і підопічного. Основні принципи відношення до пацієнта – любов, милосердя, турбота, благодіяння і справедливість. Вони були відбиті в клятві Гіппократа. Патерналістська модель панувала в християнській європейській культурі впродовж багатьох сторіч. Материнська, батьківська турбота медичного працівника про свого пацієнта дала підставу назвати таку модель взаємин між ними паренталізмом (від англ. "батьки"), або патерналізмом (від латин. pater – батько). Основний моральний принцип, який виражає традицію сакральної моделі, свідчить: «надаючи пацієнтові допомогу, не нанеси йому шкоди».

Традиція лікування наказувала приносити хворому користь і не наносити шкоди. Жоден лікар не може виконати моральний обов'язок приносити користь і при цьому повністю уникнути нанесення шкоди. Цей принцип існує в широкому контексті і ґрунтується на правилі компетенції. Принцип «надаючи пацієнтові допомогу, не нанеси йому шкоди» складає тільки один елемент всієї безлічі моральних обов'язків.

Патерналізм може виявлятися сильно або слабо залежно від здатності пацієнта ухвалювати самостійні рішення. Сильний патерналізм відкидає навіть ті рішення, які пацієнт прийняв добровільно на основі достатньо повної інформації про свій стан. Патерналізм вважається слабким, коли здатність пацієнта ухвалювати самостійні рішення перебуває під впливом емоцій, що робить їх недобровільними, або коли пацієнт недостатньо інформований і його рішення не можуть бути адекватними ситуації, що склалася. Патерналізм має певні можливості для того, щоб захистити людину від його власних неправильних рішень, але, у такому разі, від принципу пошани автономії пацієнта. Сильний патерналізм, надмірна турбота про пацієнта, нав'язування йому своєї думки не завжди морально виправдані на відміну від патерналізму в слабкій формі.

У сучасній медицині така модель залишається найбільш переважною і найпоширенішою. Основна перевага патерналістичної моделі взаємин: чіткість рішень і дій лікаря. Патерналізм найбільш прийнятний в педіатрії, психіатрії, геріатрії. У таких взаємовідносинах обмежуються права пацієнта і не дотримується пошана самостійності пацієнта, яка є однією з основоположних цінностей цивілізованого способу життя. Недоліки моделі в тому, що взаємини можуть перерости у відносини типу «начальник – підлеглий».

Друга модель – «технічного» типу, яку американський біоетик Роберт Вітч називає «інженерною».

Основний принцип цієї моделі – роз'яснення і посередництво. Один із наслідків біологічної революції – виникнення лікаря-вченого. Наукова традиція наказувала вченому «бути неупередженим». В цій моделі спілкування лікар виступає в ролі експерта. На підставі клінічних даних і експериментально-лабораторних досліджень він ставить остаточний діагноз, пояснюючи хворому все, що стосується його захворювання, при цьому абсолютно не зачіпає життєвих проблем хворого. В рамках цієї моделі пацієнт сприймається лікарем як безособовий механізм. Завдання лікаря – виправлення відхилень в несправному фізіологічному механізмі. Методи діагностики, які використовує лікар: біохімічні, біофізичні, рентгенологічні та інші.

Він повинен опиратися на факти, уникаючи ціннісних думок, лише після медичних досліджень нацистів і створення атомної бомби, коли за досліджуванням не признавалося ніяких прав (досліди, що проводились над ув'язненими концентраційних таборів), людство усвідомило небезпеку подібної позиції. Учений не може бути вище за загальнолюдські цінності. Лікар в процесі ухвалення рішення не може уникнути думок морального й іншого ціннісного характеру.

Основним недоліком цього типу відносин є технократичний підхід до пацієнта, який суперечить принципу пошани прав і достоїнства особи. Пацієнт не бере участь в обговоренні процесу лікування. У сучасній медицині лікар дійсно взаємодіє з пацієнтом як вузький фахівець і виконує чисто технічні функції.

Третя модель – колегіального типу.

Основний принцип – рівноправ'я, де взаємна довіра відіграє вирішальну роль. Лікар повідомляє правдиву інформацію про діагноз, методи лікування, можливі ускладнення і наслідки захворювання. Пацієнт бере участь в обговоренні цієї інформації. Тут реалізується право пацієнта на свободу вибору. Деякі етики говорять про те, що лікар і пацієнт повинні бачити один в одному колега, які прагнуть до загальної мети – до ліквідації захворювання і захисту здоров'я пацієнта. Лікар – це «друг» хворого. Така гармонія у відносинах між лікарем і пацієнтом швидше виняток з правил.

Модель колегіального типу дозволяє максимально ефективно побудувати взаємини між лікарем і хворим, пацієнтом, дозволяє на практиці реалізувати принцип лікування не захворювання, а хворої людини. На жаль, дана модель взаємин лікаря і хворого в сучасній практиці зустрічається все рідше і рідше.

На процес лікування негативно можуть впливати некомпетентність або особливості психіки пацієнта. Ефективність колегіальної моделі виявляється особливо добре при хронічних захворюваннях. Етнічні, класові, економічні й ціннісні відмінності між людьми роблять принцип загальних інтересів, необхідних для моделі колегіального типу важко реалізованим.

Четверта модель – контрактного типу, яка передбачає укладання між сторонами контракту, договору, угоди, в якій визначаються рамки їх взаємин. Угода має на увазі дотримання принципів свободи, особистої гідності, чесності, виконання обіцянок і справедливості.

Дана модель дозволяє уникнути відмови від моралі з боку лікаря. Моральна сторона в контракті не знаходить віддзеркалення, але легко здогадатися, що великим успіхом у пацієнтів користується фахівець, що поєднує високий професіоналізм з ретельним дотриманням норм і правил медичної етики. Контрактна модель покликана захистити моральні цінності особи, проте в структурі надання медичної допомоги населенню займає незначне місце.

Розглянуті моделі взаємовідносин лікар-пацієнт є ідеальними конструкціями. Проте можна виділити й інші моделі взаємовідносин лікар-пацієнт:

- інформаційна (безпристрасний лікар і автономний пацієнт);
- дорадча (довіра і взаємна згода);
- ліберальна (активна позиція хворого);
- інтерпретаційна (переконливий лікар, тривале спілкування лікаря з хворим).

Інформаційна модель. Важливою складовою відносин між лікарем і пацієнтом є інформація. Інформативна модель фактично не використовується в нашій країні. Вона являє собою крайній варіант відношення до лікаря як до обслуговуючого персоналу, скоріше навіть технічного. Іншими словами, лікар є продавцем послуг, а пацієнт – покупцем. При цьому право вибору – повністю за покупцем.

Серед питань інформації, яка є найактуальнішою для лікаря, такі:

- надання пацієнтові медичної та іншої інформації, що має відношення до отримуваної пацієнтом медичної допомоги;

- фіксацію факту надання пацієнтові інформації щодо медичного втручання та отримання згоди пацієнта на таке втручання або відмова пацієнта від необхідного йому медичного втручання;

- отримання від пацієнта необхідної інформації під час збирання анамнезу життя та розвитку захворювання.

Інформація, яка є найактуальнішою для пацієнта:

Сучасному лікареві необхідно достеменно знати, яка інформація має бути надана пацієнтові чи його законному представникові, чи існують обмеження щодо надання цієї інформації, якими є вимоги до її надання тощо.

Відповідно до чинного законодавства України, за загальним правилом пацієнтові має бути надана така інформація:

- медична інформація, тобто дані про стан здоров'я пацієнта, мету запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання тощо;

- інформація щодо надання пацієнтові медичної допомоги (наприклад, режиму роботи закладу охорони здоров'я, умов перебування у стаціонарі тощо).

Дорадча модель – передбачає рівність і однакову відповідальність лікаря і пацієнта. Більш доцільно використати для освічених пацієнтів, що вникають в суть проблем зі здоров'ям. Вона заснована на тому, що звичайна доросла людина в стані синтезувати інформацію і виділити для себе пріоритети, а лікар володіє достатніми комунікаційними навичками для того, щоб допомогти пацієнтові в цьому. Дорадча модель змінює роль хворого в самому процесі діагностики та лікування. З пасивного об'єкта втручання він стає активним співавтором, але також і особою, що несе визначену відповідальність за своє здоров'я. У рамках цієї моделі існує і вимога письмової згоди пацієнта на проведення будь-яких маніпуляцій та оперативного втручання.

Інтерпретаційна (тлумачна) модель. Це активне втручання в оповідання хворого. В даному випадку ви висловлюєте швидше висновок, ніж просто зауваження: «Сьогодні для вас все не так. Ви виглядаєте по горло ситим лікарнею»; «Ви багато питаєте про рентгенологічне дослідження. Ви боїтеся його?» В той же час існує небезпека неправильного тлумачення сказаного хворим, що може утруднити бесіду. При правильному ж використанні цього прийому ви можете виразити як співпереживання, так і розуміння.

Реальний вибір того або іншого типу відносин визначається особливостями особи лікаря, конкретною ситуацією стану хворого, характером медичної допомоги. Існують інші орієнтири, згідно яким можна охарактеризувати форми моделі взаємин лікар-пацієнт, наприклад, якщо враховувати не тільки біологічний, але і біографічний план захворювання. Даний підхід дозволяє говорити про 4 моделі відносин, характер яких визначається станом хворого. Це відносини до пацієнта в гострому періоді захворювання, відносини до хронічних хворих, інвалідів і вмираючих.

Гострі захворювання. Хворі можуть бути пасивними учасниками взаємовідносин лікар-пацієнт. Основне завдання лікаря – вилікувати пацієнта і щонайшвидше повернути до колишнього образу життя.

Хронічно хворі пацієнти. Їх спосіб життя примушує бути компетентними, створювати групи взаємодопомоги. Основне завдання лікаря – реалізувати принцип рівноправ'я і взаєморозуміння в процесі лікування.

Інваліди. Можуть бути компетентними і некомпетентними щодо свого захворювання. Завдання лікаря – пристосувати пацієнта до умов інвалідності, а не залишити прикованим тільки до свого ліжка або кімнати.

Вмираючі хворі. Завдання лікаря – забезпечити знеболення, догляд, етичну підтримку і гідне вмирання.

Одним з найважливіших принципів відносин між медичним працівником і пацієнтом є принцип дистрибутивної справедливості. Це означає обов'язковість надання і однаково доступність медичної допомоги. Зазвичай він знаходить віддзеркалення в законодавчих актах і соціально обумовлений. Кожне співтовариство встановлює правила і порядок надання медичної допомоги відповідно до своїх можливостей.

Основні міжнародні документи, які регламентують права пацієнта

Найбільш значущими міжнародними «джерелами» з питань прав громадян в області медицини є Лісабонська декларація ВМА про права пацієнтів, прийнята на XXXIV сесії ВМА (Лісабон, Португалія, вересень/жовтень 1981 р., з внесенням поправок на XLVII сесій Генеральної Асамблеї, Балі, Індонезія, вересень, 1995 р.) і Декларація про політику в галузі забезпечення прав пацієнтів в Європі (Європейська нарада з прав пацієнтів, Амстердам, 28-30 березня 1994 р. ВООЗ Європейське регіональне бюро).

Лісабонська декларація про права пацієнта (1981 р.). Справжня «Декларація» затверджує, що лікар повинен діяти на користь пацієнта згідно своїй совісті, з урахуванням юридичних, етичних і практичних норм тієї країни, де він практикує, а також затверджує основні права, якими, з погляду медичного співтовариства, повинен володіти кожен пацієнт.

Якщо в якій-небудь країні положення законодавства або дії уряду перешкоджають реалізації прав, що нижче перераховані, лікарі повинні прагнути, всіма доступними способами відновити їх і забезпечити їх дотримання.

Основні права пацієнта, що затверджені Лісабонською декларацією про права пацієнта:

- ✓ пацієнт має право вільно вибирати лікаря;
- ✓ пацієнт має право отримати допомогу лікаря, незалежно від сторонніх впливів в своїх професійних медичних і етичних рішеннях;
- ✓ пацієнт має право, отримавши адекватну інформацію, погодитися на лікування або відмовитися від нього;
- ✓ пацієнт має право розраховувати на те, що лікар відноситиметься до всієї медичної і особистої інформації, довіреної йому, як до конфіденційної;
- ✓ пацієнт має право померти гідно;

- ✓ пацієнт має право скористатися духовною або моральною підтримкою, включаючи допомогу служителя будь-якої релігійної конфесії, або відхилити її.

Ставлення до пацієнта завжди має будуватися з максимальним урахуванням його інтересів, а лікування, що застосовується, має відповідати загальноприйнятим і затвердженим медичним принципам і стандартам.

Декларація про політику в галузі забезпечення прав пацієнтів в Європі (1994 р.) закріплює право пацієнтів на якісну медичну допомогу, що відповідає високим технологічним стандартам, і принципам людяності у відносинах з особами та організаціями, що надають медичні послуги.

Безпека пацієнтів на сучасному етапі вважається глобальною проблемою, основні шляхи вирішення якої знаходяться в площині здійсненні безпечної медичної діяльності, попередження зараження інфекційними захворюваннями; забезпечення безпечного використання препаратів крові та її компонентів, а також у сфері попередження та усунення негативних наслідків застосування лікарських препаратів, тощо в області лікарської безпеки.

Безпека пацієнтів не зводиться лише до проблеми лікарської безпеки. Тому надалі за кордоном були прийняті: «Конвенція про права людини і біомедицину» Ради Європи (прийнята в 1996 році), «Конвенція про захист прав і достоїнства людини у зв'язку з впровадженням досягнень біології і медицини» (1997).

Хартія основних прав ЄС 2000 декларує право людини на безпеку (ст. 6) і право доступу до медичного обслуговування та медичної допомоги для досягнення високого рівня охорони здоров'я людини.

Резолюція WHA55.18 Асамблеї Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) з безпеки пацієнтів (2002) звертає увагу на необхідність розробки науково обґрунтованої системи щодо підвищення якості охорони здоров'я, в тому числі, з контролю за безпечним застосуванням лікарських препаратів, медичного обладнання та технологій; по впровадженню в охорону здоров'я стандартів, заснованих на доказах, з метою поліпшення глобальної системи безпеки пацієнтів (тобто створення безпечної клінічної практики).

Європейська хартія з прав пацієнтів (2002) виділяє чотирнадцять прав пацієнтів, серед яких вказані право на безпеку і право на дотримання стандартів якості в охороні здоров'я (поряд з правом на профілактику захворювань; на доступ до медичної допомоги; право на отримання інформації; на інформовану згоду; на вибір лікування на підставі отриманої адекватної інформації; правом на дотримання конфіденційності особистої інформації, та інші).

Програма ВООЗ з безпеки пацієнтів (Всесвітнього альянсу за безпеку пацієнтів) 2004 р. (WHO Patient Safety Programme of World Alliance for Patient Safety) виділяє такі «небезпечні» для пацієнтів проблеми, як: негативні наслідки застосування лікарських препаратів та їх поєднань; ризик при використанні медичної техніки; неякісна продукція, яка надходить в систему охорони здоров'я; людський фактор; приховані системні недоліки, з якими доводиться стикатися на будь-якому етапі надання медичної допомоги. Тому пріоритетним напрямом

розвитку для будь-якої системи охорони здоров'я, яка прагне до підвищення якості надання медичної допомоги, є забезпечення безпеки пацієнтів.

Лондонська декларація пацієнтів з безпеки пацієнтів 2006 р. (London Declaration of Patients for Patient Safety) розроблена на підтримку права пацієнтів на безпечну медичну допомогу за рахунок зниження ризику запобіжної шкоди внаслідок медичних помилок.

Люксембурзька декларація з безпеки пацієнтів 2005 р. (Luxembourg Declaration on Patient Safety) проголошує, що доступ до високоякісної охорони здоров'я – це ключове право людини. Відповідно, пацієнт має право очікувати, що при наданні йому послуг у сфері охорони здоров'я, йому надаються гарантії їх безпеки.

Декларація Міжнародного альянсу організацій пацієнтів з надання медичної допомоги, орієнтованої на пацієнта 2006 р. (Declaration on Patient - Centred Healthcare) містить принципи (повага; залучення пацієнтів у розробку політики охорони здоров'я; вибір і розширення прав і можливостей, забезпечення доступу і підтримки; інформування), які повинні привести до створення системи медичного обслуговування з урахуванням інтересів пацієнтів для досягнення ними максимально доступної якості життя.

Програма подальшої діяльності Всесвітнього альянсу за безпеку пацієнтів на 2008-2009 рр. визначила пріоритетні напрями в боротьбі за безпечну медичну допомогу, а саме: «Безпечна хірургія рятує життя», «Чисте лікування – безпечне лікування»; шляхи вирішення проблеми зниження чутливості збудників інфекційних захворювань до антибактеріальних препаратів.

Права пацієнтів при медичних втручаннях захищають не тільки виконання правила правдивості і правила конфіденційності, але і правила добровільної інформованої згоди.

Поняття «добровільної інформованої згоди» закріплює обов'язок лікаря інформувати пацієнта, а також поважати недоторканність приватного життя пацієнта, бути правдивим і берегти лікарську таємницю з одного боку, але з іншого боку – цей принцип зобов'язує лікаря ухвалити суб'єктивне рішення пацієнта до виконання. За цим правилом будь-яке втручання, зокрема при проведенні експериментів на людині повинно включати добровільну згоду пацієнта. У свою чергу лікар повинен інформувати пацієнта про мету, методи, побічні ефекти, можливий ризик, тривалість і очікувані результати дослідження.

Вперше правило «добровільної згоди», як було відмічено раніше, формулюється в Нюрнберзькому Кодексі (1947) – першому «Зведенні правил про проведення експериментів на людях». Потім принцип «добровільної згоди» почали враховувати в США при розгляді судових справ про відшкодування шкоди при недбалому лікуванні. Термін «інформована згода» закріпився в Європі через 10 років. У практиці дійсно між лікарем і пацієнтом складається ситуація природної нерівності. Хворий, не володіючи спеціальними медичними знаннями, довіряє лікареві своє життя. Але лікар сам не застрахований від медичних помилок. Правовий захист пацієнта нівелює цю нерівність, і принцип

добровільної інформованої згоди закріплює нові норми взаємин між лікарем і пацієнтом.

Некомпетентність хворого може зробити таку модель взаємовідносин між лікарем і пацієнтом безплідною і навіть шкідливою для самого пацієнта, а також викликати відчуження хворого і лікаря. Позитивна особливість добровільної інформованої згоди в тому, що вона направлена на захист пацієнта від експериментальних і випробувальних намірів лікаря і дослідника, на зниження ризику нанесення морального або матеріального збитку. В той же час, за ситуації, коли наступила шкода, хоча було оформлено добровільну інформовану згоду між лікарем і пацієнтом, воно є формою захисту лікаря, ослабляючи правові позиції пацієнта.

Контрольні питання

1. Визначити поняття «Взаємини лікар-хворий».
2. Основні моделі взаємин в системі лікар-хворий.
3. Патерналістська модель: характеристика, основні принципи.
4. Перевага і недоліки патерналістської моделі взаємин.
5. Модель «технічного» типу: характеристика, основні принципи.
6. Колегіальна модель: характеристика і основні принципи.
7. Контрактна модель: характеристика і основні принципи.
8. Визначити найбільш раціональну модель взаємин між лікарем і хворим.
9. Основні міжнародні документи, які регламентують права пацієнта.
10. Основні положення Лісабонської декларації.
11. Основні етичні принципи клінічних досліджень.
12. Визначити принцип «добровільної інформованої згоди» і «співпраці» лікаря і хворого.

Лекція 3.

Тема: Ятрогенії: основна їх причина, наслідки і профілактика. Лікарська помилка: визначення, суть, види лікарських помилок. Поняття про лікарські правопорушення і юридична відповідальність за них.

Визначити поняття «ятрогенія», «ятрогенні захворювання»

Ятрогенія – це будь-які небажані або несприятливі наслідки профілактичних, діагностичних та лікувальних втручань або процедур, які призводять до порушень функцій організму, обмеження звичної діяльності та інвалідізації або навіть смерті; ускладнення медичних заходів, які розвилися в результаті як помилкових, так і правильних дій лікаря.

Терміни «ятрогенія», «ятрогенний» отримали визнання після статті О. Бумке «Лікар як причина душевного розладу» (1925 р.). У перекладі з грецького (від *iatros* - лікар, *genim* - створювати, породжувати), ятрогенії можна представити як захворювання, породжені лікарем. Ці терміни означають психогенне захворювання або невроз, що виникає на ґрунті несприятливої дії на психіку хворого поведінки лікаря або медпрацівників. У статті А.О. Ельштейна у Великій

медичній енциклопедії дається наступне визначення ятрогенного захворювання: «Ятрогенні захворювання (грец. *iatros* – лікар – творець, виробник) – це психогенні розлади, що виникають, як наслідок деонтологічних помилок медичних працівників невірних, необережних висловів або дій».

У формуванні ятрогенії зазвичай відіграють роль ситуаційні моменти, що несприятливо склалися, в період контакту лікаря з хворим. Р.А. Лурія в своїй книзі «Внутрішня картина хвороб і ятрогенні захворювання» (1977) пише: «Причину і походження такої хвороби встановлює вже інший лікар і нерідко через значний проміжок часу, коли хворий є зі вселеними йому лікарем стражданнями і втраченою внаслідок цього душевною рівновагою. При цьому хворий виявляється або абсолютно здоровою людиною, або страждає на незначне органічне захворювання». Разом з тим, в наш час виділяють значний перелік патологічних станів, які відносять до спектру ятрогенії.

Основні причини ятрогенії.

За даними ВООЗ, ятрогенії зустрічаються у 20% хворих і складають 10% в структурі госпітальної смертності. Наявною є парадоксальна ситуація, коли разом з безперечною користю медицина може породжувати наслідки ще більш негативні, ніж основне захворювання (залишення інструментів в організмі після операції, внутрішньо-лікарняне інфікування, лікарські алергії, післяопераційні захворювання).

За даними 43-ою сесією ВООЗ, під егідою якої розроблена Міжнародна класифікація захворювань X перегляду (МКХ 10), ятрогенія була занесена в ранг основного захворювання. Понад двох розділів МКХ містять перелік діагнозів, пов'язаних з ятрогенними пошкодженнями: ускладнення хірургічних і терапевтичних втручань, не класифіковані в інших рубриках (Т80-Т88) – хірургічні інфекції, ускладнення механічного походження, пов'язані з імплантованим пристроєм, шок та інше; ускладнення терапевтичних і хірургічних втручань (У40-У84) – деякі стани (пневмонія, емболія легенів), які можуть виникнути в післяпроцедурному періоді.

Причини ятрогенії численні. І.А. Кассирський в своїй книзі «Про лікування» виділив декілька форм ятрогенних захворювань залежно від причин їх розвитку:

- ✓ пряме травмування хворого невмілою поведінкою лікаря;
- ✓ непряме травмування, пов'язане з читанням медичної літератури;
- ✓ ятрогенії, обумовлені особою пацієнта, схильного до психопатичних, психоастенічних, нав'язливих реакцій;
- ✓ неправильне проведення інструментальних досліджень, помилкове введення лікарських препаратів при навантажувальних пробах (особливо в кардіології);
- ✓ посилене лікування одного захворювання веде до виникнення інших захворювань (нераціональне або неправильне призначення; поліпрагматизм самолікування під впливом реклами фармакологічної продукції).

До одного з різновидів психогеній відноситься «вербальна ятрогенія», обумовлена порушенням медперсоналом етики, коли лікар своєю поведінкою, словом травмує психіку хворого.

Серед причин ятрогеній необхідно розрізняють об'єктивні і суб'єктивні фактори. До перших належать:

- ✓ недосконалість самої медицини;
- ✓ невиліковність тієї або іншої патології на сьогоднішній день наявним арсеналом медичних засобів;
- ✓ необхідність здійснення інвазивних процедур для підтвердження (спростування) діагнозу.

Суб'єктивні причини виникнення ятрогенних захворювань найчастіше пов'язані з індивідуальними якостями медичного працівника. Мова йде про:

- ✓ недостатність професійних навиків медичного працівника;
- ✓ невміння правильно зібрати інформацію про захворювання пацієнта;
- ✓ незацікавленість в оцінці стану хворого;
- ✓ інші чинники, які цілком залежать від самого лікаря.

Основні види ятрогенії

На другій Всесоюзній конференції з проблем медичної деонтології (1977) було запропоновано розділити всі ятропатогенії на три групи:

- ятропсихогенії – порушення, обумовлені впливом на психіку хворого;
- ятрофармакогенії – розлади, пов'язані з негативним впливом лікарської терапії;
- ятрофізіогенії – захворювання, викликані фізичним впливом медичних заходів.

С.Я. Долецький (1989) виділяє наступні види ятрогеній:

I. Ятрогенія впливу: медикаментозна; маніпуляційна; наркозно-реанімаційна, хірургічна, аліментарна, променева;

II. Ятрогенія бездіяльності.

Медикаментозна ятрогенія – виникає найчастіше, тому що поєднання декількох препаратів одночасно може викликати різний ступінь побічних, а іноді, і важких реакцій, пов'язаних з основним захворюванням та індивідуальними характеристиками препаратів, непередбаченими навіть при глибокому їх вивченні. Тому для профілактики медикаментозної ятрогенії французькі медики запропонували не призначати хворим літнього віку і тяжкохворим одночасно більше трьох препаратів.

Маніпуляційна ятрогенія обумовлена надлишком діагностичних і лікувальних внутрішньо-судинних маніпуляцій. Наприклад, особливе значення в її розвитку має постійна циркуляція в крові вірусів, мікроорганізмів, для яких поява в судинному руслі чужорідного об'єкту є стартовим майданчиком для прискорення їх розмноження і «бунту симбіозів» з подальшими септичними або іншими реакціями.

Наркозно-реанімаційної ятрогенії. Розвиток реаніматології привів до появи нового виду ятрогенії – післяреанімаційної, яка виявляється порушеннями

обмінних процесів, структур і функцій мозку, ендокринного апарату, серцево-судинної системи, легенів, чинників імунітету і всього гомеостазу в цілому. До наркозно-реанімаційної ятрогенії можна віднести переломи ребер, пошкодження паренхіматозних органів й інші травми, що виникають в процесі реанімації.

Чисельність хірургічних ятрогеній «досить велика, хоча їх точний підрахунок досить утруднений і публікацій з цієї малозрозумілої теми дуже мало». У хірургічній ятрогенії, як у фокусі, концентруються всі чинники, що впливають на частоту виникнення, а її моральна сторона блискуче викладена М.І. Пироговим.

Аліментарна ятрогенія часто обумовлена шкідливими звичками людини, наприклад, нераціональним харчуванням за шкалою факторів ризику по раку; радами, що дають лікарі для схуднення з використанням численних дієт, визначення режиму харчування та інші, іноді досить суперечливі, що активно підхоплюється і популяризується недостатньо кваліфікованими журналістами. Аліментарна ятрогенія можлива, коли здоров'ю хворого, який суворо виконує розпорядження лікаря-дієтолога, завдана шкода. Безперечно, що шкоду здоров'ю наносить нераціональне харчування, їжа з низьким вмістом білків, вітамінів. Проте причиною такого харчування є чинники соціальні, а не рекомендації лікарів.

Променева ятрогенія може бути обумовлена використанням різних променевих методів з використанням діагностичних і лікувальних апаратів (рентген, лазер, радіоізотопне сканування, іонофорез та інші), що часто може супроводжуватися серйозними ятрогенними наслідками. Вся перелічена вище апаратура має точну шкалу дозування і надійні способи контролю. Променева ятрогенія розвивається в результаті невідповідності персоналу до її обслуговування, порушень правил безпеки і експлуатації.

І наприкінці, ще одна група ятрогеній – це ятрогенії бездіяльності. Прикладом цього роду ятрогенії можна назвати таку поведінку хірурга, який не зважається з будь-яких причин на операцію в той момент, коли важлива кожна хвилина. Якщо затягування операції відбувається через недостатню підготовленість до неї, то це можна кваліфікувати як ненадання медичної допомоги. А це вже є злочином і предметом розгляду не медичної етики, а судової медицини.

Віддалена ятрогенія – це перебудова організму під впливом тривалої гормональної терапії; виникнення катастрофічних реакцій через декілька років після інтеркурентної інфекції; підвищення схильності до інфекцій у дітей, вигодуваних штучними сумішами; порушенням психомоторного розвитку дітей при тривалій гіпоксії і родовій черепно-мозковій травмі та інші. Передбачити ускладнення подібного роду досить складно, проте це примушує доктора обов'язково думати про віддалені наслідки своїх втручань.

За тяжкістю ятрогенні ускладнення діляться на легкі, середньої тяжкості й смертельні. За всі перераховані вище порушення лікар несе моральну відповідальність перед собою і лікарським колективом.

Основні шляхи уникнення ятрогенії

Вказані види ятрогеній можуть знижувати ефективність лікувально-реабілітаційних заходів, сприяти несприятливому результату хвороби, а також збільшувати вірогідність летального результату. У зв'язку з такими серйозними наслідками ятрогенії придбали медико-соціальне значення. Не зважаючи на наявність сучасних комп'ютерів, вдосконалених діагностичних технологій, розвиток фармацевтичної промисловості, велике значення в розвитку ятрогенних захворювань відіграє людський чинник, тому помилки в медичній практиці неминучі. Важливо для лікаря – не старатися їх приховати, а знайти їх причину і прийняти всі заходи для того, щоб і далі їх не повторювати.

Сьогодні профілактика ятрогенних захворювань починається з глибокого засвоєння майбутніми докторами принципів медичної етики і деонтології, в основі яких лежать добре відношення до хворих і високоморальне, гуманістичне виховання медичних працівників в процесі їх навчання і діяльності.

З метою зменшення ризику виникнення ятрогеній необхідно удосконалювати знання лікаря у питаннях фармакокінетики, фармакодинаміки лікарських засобів, їх сумісності залежно від характеру захворювання і клінічного стану хворого.

Виконання розпоряджень лікаря сприяє зниженню частоти ятрогеній. Несприйняття лікування або труднощі з виконання призначень спостерігаються зараз з різних причин досить часто. Зменшенню випадків ятрогеній поза сумнівом також сприяє інформованість хворого (або його близьких родичів) про характер хвороби, тактику лікування, можливі ускладнення, методику застосування лікарських засобів, його поведінки залежно від характеру перебігу хвороби і так далі.

Ще раз необхідно нагадати, що при спілкуванні з хворими потрібно бути дуже обережним. Мудрості свідчать: «Словом можна пронизати те, що не проколоти голкою», «Рана, нанесена ножом, заживе, а язиком – ні».

Всім лікарям відомі слова Гіппократа: «Якщо є декілька лікарів: один лікує травами, інший лікує ножом, а третій – словом, звернися до того, хто лікує словом». Пройшли століття, багато методів лікування забуто, а лікування словом залишається.

Проблема взаємин в системі «лікар-хворий» як одна з причин ятрогеній

Характер спілкування в системі «лікар – хворий» опиняється під впливом підвищення загальної і медичної культури населення. З одного боку, це полегшує їх взаєморозуміння, з іншої – нерідко породжує недовіру і зневажливе відношення до порад лікаря (особливо молодого), сумнів у правильності призначеного ним лікування, прагнення і схильність хворих до самолікування або звернення до нетрадиційних методів у медицині. Посилує ситуацію і зростання ятрогенних захворювань, обумовлених медичним втручанням.

У сучасних умовах у зв'язку із зростанням психоемоційної напруженості, інформаційних навантажень, темпів соціального життя, почастищенням конфліктних ситуацій, перед лікарем постає необхідність гуманізації форм спілкування з пацієнтами, уміння інтуїтивно оцінювати стан хворого, настроїтися на хвилю його переживань, проявити співчуття. Відносини «за вертикаллю»

визначаються складними суперечностями між здоров'ям і хворобою. Вони включають безліч аспектів, що передбачають всі нюанси взаємодії лікаря і пацієнта, лікаря і родичів хворого й регулюються деонтологічними правилами поведінки медперсоналу.

У основі правової кваліфікації «ятрогенні» або «ятрогенні захворювання» повинні бути: вивчення початкового стану хворого, аналіз причинно-наслідкового зв'язку і його чинників, правильна оцінка медичного ризику і шкоди стану здоров'я. При такому підході до ятрогенії буде можливість адекватної і правильної правової кваліфікації, що враховує все різноманіття проявів нових патологічних станів, викликаних лікарськими діями.

Контрольні питання

1. Визначити поняття «ятрогенія», «ятрогенні захворювання».
2. Основні причини ятрогенії.
3. Назвати основні види ятрогенії.
4. Основні шляхи уникнення ятрогенії.
5. Проблема взаємин в системі лікар-хворий як одна з причин ятрогенії.

Лекція 4.

Тема: Лікарська таємниця: визначення, суть, основні правові документи, що гарантують дотримання лікарської таємниці в Україні та в світі.

Визначення і суть лікарської таємниці. Історія розвитку лікарської таємниці

У зв'язку з розвитком охорони здоров'я виникає ряд нових питань, пов'язаних з дотриманням лікарської правди і лікарської таємниці (медична таємниця). Лікарська правда припускає таку інформацію для хворого і близьких йому людей, яка не приносить шкоди. Що ж до лікарської таємниці, то внаслідок збільшення числа осіб, що мають доступ до інформації про хворого (лікарі різних спеціальностей, реєстратор, статистик, інший медперсонал, представники профспілкової організації та ін.), ця проблема виходить за рамки тільки лікарської. Тому правильніше говорити про медичну таємницю. Крім того, підвищена освіченість пацієнтів обумовлює їх збільшений інтерес до діагнозів, результатів досліджень, прогнозу хвороби. Медична таємниця припускає не розголошення відомостей про хворобу (якщо це не суперечить інтересам суспільства) не тільки оточуючим, але у ряді випадків і самому хворому. Треба берегти пацієнта від тих відомостей, які можуть завдати шкоди його психіці й здатності боротися з хворобою.

Лікарська таємниця – це відомості, які лікар отримав при використанні своїх обов'язків. Лікарська таємниця включає три види відомостей: про хворобу, про інтимне і сімейне життя хворого.

Лікарська таємниця, що існує стільки, скільки існує медицина, і до теперішнього часу залишається нерозкритою проблемою. У Стародавній Індії при обряді присвячення лікарям давали таке повчання: «Особливості сімейного

устрою не повинні розголошуватися». Середньовічний китайський кодекс лікарів спеціально відзначав, що «лікар не повинен бути балакучим». Всі стародавні лікарі були одноставні відносно збереження таємниць хворого.

Про необхідність збереження таємниці Гіппократ писав: «Чисто і непорочно буду я проводити своє життя і своє мистецтво, до якого б будинку я не увійшов, я увійду туди для користі хворого, будучи далекий від всього того, що має намір, несправедливого і згубного, що б я не побачив або не почув відносно життя людського з того, що не слід коли-небудь розголошувати, я умовчу про те, вважаючи подібні речі таємницею».

Вельми популярний був у лікарів минулих століть вислів: «На все погане є тільки двоє ліків: мовчання і час». Але мовчання лікаря не рівнозначне обману пацієнта. Брехню лікаря з метою обнадіяти пацієнта довгий час називали «святою брехнею».

Багато відомих вітчизняних лікарів (С.П. Боткін, М.М. Петров, І.А. Кассирський та інші) вважали і вважають, що «свята брехня» просто необхідна вмираючому і не тільки від раку, але і від будь-якого іншого захворювання тому, що вона полегшує його агонію і сприймається ця брехня як благодіяння. Крім того, вважалося, що свята брехня лікаря може бути тим додатковим, найважливішим компонентом лікування, зарядом оптимізму, який здатний зумовити сприятливий результат.

Але давно вже відомо, що брехня в ім'я порятунку – «свята брехня» не завжди вселяє надію. Спроба приховати правду від хворого часто викликає у нього сумніви в правильності діагнозу і компетентності лікаря. Мимоволі виникає питання: від кого ж ці хворі дізналися «все про свою хворобу»? Якщо не від лікаря, який лікує, то як вони можуть йому вірити після того, як він переконував їх в позитивному результаті? І якщо більшість хворих вражають лікаря своєю мужністю, то чому лікарі не говорять їм правду?

Після 1917 р. зневага лікарською таємницею стала в СРСР державною політикою. Нарком охорони здоров'я Н.А. Семашко оголосив лікарську таємницю пережитком старої кастової лікарської практики і старих дурних забобонів, підкресливши, що радянська охорона здоров'я тримає «твердий курс на знищення лікарської таємниці як пережитку буржуазної медицини».

Багато медичних працівників вважають за необхідне дотримуватися правила приховувати від хворого інформацію про важке захворювання (рак, лейкоз) з безнадійним результатом. Якщо в інших випадках можливі різні рішення відносно повідомлення хворому правди про хворобу, то приреченому інкурабельному хворому ніколи не можна говорити повну правду: «...Зустрічаються хворі, які припускають небезпечний характер свого захворювання і вимагають сказати їм всю правду, посилаючись на свій сильний характер, який допоможе перенести найважчі повідомлення про хворобу і прогноз. В більшості випадків не слід піддаватися на ці прохання, оскільки ми не знаємо, що вийде з повідомлення хворому правдивих відомостей», – радив

відомий радянський онколог академік М.М.Блохін в своїй книзі «Деонтологія в онкології».

Принципи збереження лікарської таємниці. Права пацієнта на конфіденційність інформації про його стан здоров'я.

Найважливішими обов'язками лікаря є відданість інтересам пацієнта, професійна чесність і збереження в таємниці інформації, що стосується пацієнта. Право хворого на збереження лікарської таємниці – один з аспектів широкої правової і етичної категорії – права кожної людини на невтручання в сферу його приватних інтересів. Порушення лікарської таємниці, як писав лікар і письменник В.В. Вересаєв, «на практиці, в рядовій масі лікарів, веде до страхітливої легковажності, до обурливої зневаги до самих законних прав хворого», адже, по суті, мова йде про втручання лікаря в особисте життя хворого, що само по собі є серйозною етичною проблемою. Наприклад, сучасна деонтологія заперечує необхідність безмежного втручання в інтимний світ пацієнта.

Разом з тим, для визначення діагнозу і вибору оптимальних засобів лікування лікар повинен знати умови і спосіб життя хворого, особливості його психічного стану. Нерідко на користь хворого лікареві доводиться коректувати його морально-психологічні установки, обмежувати або стимулювати ті або інші потреби, рекомендувати змінити спосіб життя. Необхідність такого втручання підвищує моральну відповідальність лікаря, вимагає від нього високих етичних якостей. Хворий повинен бути абсолютно упевнений в його чесності, порядності, здатності зберегти лікарську таємницю. Ввіряючи лікареві своє життя, пацієнт сподівається на милосердя, співчуття до себе. Він повинен почувати до лікаря довіру. Пацієнт і його родичі повинні бути упевнені, що надана ними інформація не стане надбанням інших людей і не нашкодить їм в майбутньому, що гідність пацієнта буде збережена і захищена. Якщо погодитися з тим, що етичне кредо медика є його професійний обов'язок, що вимагає вважати благо пацієнта пріоритетною метою, то збереження лікарської таємниці є одним з проявів цього обов'язку і принципу конфіденційності, що базується на довірі, і відвертості пацієнта.

Аналіз норм ст. 285 Цивільного кодексу України та ст. 39, 40 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» дає можливість визначити об'єкт лікарської таємниці, який становить така інформація:

- ✓ відомості про стан здоров'я пацієнта;
- ✓ відомості про хворобу;
- ✓ відомості про діагноз;
- ✓ відомості про факт звернення по медичну допомогу;
- ✓ відомості, одержані при медичному обстеженні;
- ✓ відомості про методи лікування;
- ✓ відомості про інтимну й сімейну сторону життя.

Під лікарською таємницею пропонується розуміти правовий режим існування інформації, отриманої медичним працівником стосовно пацієнта в діагностиці, лікуванні чи реабілітації, обов'язок зберігати яку покладається також на інших

осіб, котрим зазначена інформація стала відома під час виконання ними своїх професійних обов'язків.

Імператив не розголошування лікарської таємниці – це адекватна морально-етична відповідь медика на довіру і відвертість хворого, що забезпечує надійність їх довірчих відносин. Окрім прямої заборони на розголошування лікарської таємниці імператив її не розголошування включає ряд етичних аспектів, вказуючи на необхідність ситуативного підходу до даного питання. Це, зокрема, проблеми суб'єкта і меж збереження лікарської таємниці.

Перелік випадків законного розголошування лікарської таємниці без згоди пацієнта.

З відома громадянина або його законного представника допускається передача відомостей, складових лікарської таємниці, іншим громадянам, зокрема посадовим особам, на користь обстеження і лікування пацієнта для проведення наукових досліджень, публікацій в науковій літературі, використання цих відомостей у навчальному процесі та з іншою метою.

Основне призначення інституту лікарської таємниці – попередження випадків можливого нанесення шкоди пацієнтові, його родичам, третім особам у результаті розголошення відомостей про стан здоров'я людини, його обстеження або лікування. Іншими словами, це свого роду окремий випадок пріоритету інтересів особистості над інтересами суспільства. Однак чи завжди можна орієнтуватися на лікарську таємницю як на абсолютне поняття? Законодавство дає чітку відповідь: ні, не завжди. У тих випадках, коли інтереси держави, суспільна необхідність обумовлюють розголошення лікарської таємниці для запобігання ще більш значних наслідків, норми права надають правомірну можливість відступу від принципів і правил збереження лікарської таємниці.

У цьому випадку доречно звернути увагу на змістовне навантаження норми ст. 40 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» та на питання досконалості її викладу.

Надання відомостей, що складають лікарську таємницю, без згоди громадянина або його законного представника допускається в наступних випадках:

- ✓ з метою обстеження і лікування громадянина, не здатного із-за свого стану виразити свою волю;
- ✓ при загрозі розповсюдження інфекційних захворювань, масових отруєнь і поразок;
- ✓ за запитом органів дізнання і слідства, прокурора і суду у зв'язку з проведенням розслідування або судовим розглядом;
- ✓ у разі надання допомоги неповнолітньому у віці до 15 років для інформування його батьків або законних представників;
- ✓ за наявності підстав, що дозволяють вважати, що шкода здоров'ю громадянина спричинена в результаті протиправних дій.

Примітка: ст. 40 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» передбачає лише відомості, що становлять лікарську таємницю і заборону їх

розголошувати без визначення у цій статті випадків, коли таке поширення є законним. Також перелік відомостей, що становлять лікарську таємницю, визначено у цій статті не у повному обсязі. Не впливає як бути з інформацією, що отримується у процесі лікування чи профілактики, оскільки мова йде лише про медичне обстеження, огляд і їх результати.

Аналіз законодавств України дає змогу визначити випадки, за яких медична таємниця може бути розголошена без згоди особи чи її законних представників, а саме:

- в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та прав людини (ч. 2 ст. 32 Конституції України);

- в інтересах національної безпеки, територіальної цілісності або громадського порядку, з метою запобігання заворушенням чи злочинам, для охорони здоров'я населення, для захисту репутації або прав інших людей, для запобігання розголошенню інформації, одержаної конфіденційно, або для підтримання авторитету і неупередженості правосуддя (ч. 3 ст. 34 Конституції України);

- при медичному обстеженні наречених, які зобов'язані повідомити один одного про стан свого здоров'я (ст. 30 Сімейного кодексу України);

- у випадку надання допомоги неповнолітньому, що не досягнув віку 14 років та особі, що визнана недієздатною у встановленому законом порядку, з метою інформування її батьків (усиновлювачів) чи інших законних представників (ч. 1 ст. 285 Цивільного кодексу України, ч. 2 ст. 39, ч. 1 ст. 43 «Основ законодавства України про охорону здоров'я»);

- при організації надання особі, що страждає на тяжкий психічний розлад, психіатричної допомоги (ч. 4 ст. 6 Закону України "Про психіатричну допомогу");

- при провадженні дізнання, досудового слідства чи судового розгляду, у зв'язку з письмовим запитом особи, що проводить дізнання, слідчого, прокурора та суду (ч. 4 ст. 6 Закону України "Про психіатричну допомогу", ч. 2 ст. 8 Закону України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення", ч. 5 ст. 14 Закону України "Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживання ними");

- при загрозі розповсюдження інфекційних захворювань, ухиленні від обов'язкового медичного огляду або щеплення проти інфекцій встановленого переліку, з метою усунення підприємствами, установами й організаціями, за поданням відповідних посадових осіб державної санітарно-епідеміологічної служби від роботи, навчання, відвідування дошкільних закладів осіб, які є носіями збудників інфекційних захворювань, хворих на небезпечні для оточуючих інфекційні хвороби, або осіб, які були в контакті з такими хворими, а також осіб, які ухиляються від обов'язкового медичного огляду або щеплення проти інфекцій, перелік яких встановлюється центральним органом виконавчої влади в галузі охорони здоров'я (ч. 2 ст. 26 Закону України "Про захист населення

від інфекційних хвороб", п. 5 ч. 1 ст. 7 Закону України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення");

– у випадку надзвичайних подій і ситуацій, що становлять загрозу здоров'ю населення, санітарному та епідемічному благополуччю, з метою інформування органів, установ і закладів державної санітарно-епідеміологічної служби (ч. 2 ст. 26 Закону України "Про захист населення від інфекційних хвороб", п. 6 ч. 1 ст. 7 Закону України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення");

– у разі звільнення хворого на активну форму туберкульозу з установи кримінально-виконавчої системи з метою інформування про це орган охорони здоров'я за обраним звільненим місцем проживання (ч. 2 ст. 17 Закону України "Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз");

– у разі виявлення ВІЛ-інфекції у неповнолітніх віком до 18 років, а також у осіб, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними, з метою повідомлення про це батьків або інших законних представників зазначених осіб (ч. 2 ст. 8 Закону України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення");

– при зверненні потерпілого від нещасного випадку без направлення підприємства повідомляється підприємство, де працює потерпілий, робочий орган виконавчої дирекції Фонду за місцезнаходженням підприємства, де працює потерпілий, або за місцем настання нещасного випадку з особою, яка забезпечує себе роботою самостійно, а в разі виявлення гострого професійного захворювання (отруєння) також установа (заклад) державної санітарно-епідеміологічної служби, які обслуговують підприємство, де працює потерпілий, або така установа за місцем настання нещасного випадку з особою, яка забезпечує себе роботою самостійно (п. 9 Постанови Кабінету Міністрів України №1112 "Деякі питання розслідування та ведення обліку нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на виробництві", 2004 р.);

– у разі звернення або доставки потерпілих внаслідок нещасних випадків як із смертельним наслідком, пов'язаним із заподіянням тілесних ушкоджень іншою особою, так і нещасних випадків, що стались внаслідок контакту із зброєю, боєприпасами та вибуховими матеріалами або під час дорожньо-транспортної пригоди, з метою повідомлення органів внутрішніх справ, а у випадках з летальним наслідком – органів прокуратури ("Порядок розслідування та обліку нещасних випадків невиробничого характеру", затверджений Постановою Кабінету Міністрів України №270, 2001).

Таким чином, лікарська таємниця є одним з основних предметів вивчення медичного права. Зароджена в надрах медичної етики, закріплена потім у нормативно-правових актах, вона органічно вписалась у законодавство про охорону здоров'я. Знання медиками і юристами особливостей збереження лікарської таємниці є вкрай важливими. Причинами порушення лікарської таємниці в першу чергу є незнання законодавства й нерозуміння тієї шкоди, якої можна завдати, порушуючи конфіденційність.

Лікар зобов'язаний дотримуватись лікарської таємниці за винятком тих випадків, коли він повинен виконувати обов'язки страхового лікаря, визначати стан страхового лікаря, визначати стан здоров'я за запитом властей, виконувати обов'язки судово-медичного експерта і коли він виявляє заразне захворювання. Вважається, що таємниця розголошена, якщо інформація про хворобу хворого стане відомою хоча б одній людині.

Основні правові документи, що гарантують дотримання лікарської таємниці в Україні і світі.

Загальна декларація прав людини, Міжнародний пакт про громадянські і політичні права, Міжнародний кодекс медичної етики, Європейська конвенція із захисту прав людини та основних свобод, Лісабонська декларація ВМА про права пацієнта – це далеко не повний перелік міжнародно-правових документів, що заклали основи правого захисту сфери приватного життя людини, і в тому числі пацієнта. Важливе значення для України має Конвенція Ради Європи про захист осіб у зв'язку з автоматизованою обробкою персональних даних (№ ETS, № 108 28.01.1981 р.) та Закон України «Про захист персональних даних» « 2297-VI від 01.06.2010р.

У Женевській декларації Всесвітньої медичної асоціації (1948), що вважається Клятвою Гіппократа лікаря ХХ ст., це положення ще більш конкретизоване. «Я поважатиму довірені мені секрети навіть після смерті мого пацієнта».

Розуміючи, як складно зберегти в умовах великого медичного колективу лікарську таємницю, М.М. Блохін рекомендував: «Якщо вирішено повідомити хворому певні відомості про його хворобу, то всі члени колективу повинні бути чітко інформовані про те, що саме відоме хворому і в якій формі слід з ним розмовляти». Нерідко хворі утримуються від питань про свою хворобу або про характер операції при зустрічі з лікарем, який лікує, але ведуть розмови з палатною сестрою. Середній медичний персонал повинен бути строго інформований про те, в яких межах можна вести розмови з хворим про його хворобу. На питання хворого про операційні знахідки або про результати проведення яких-небудь досліджень медична сестра повинна радити хворому звернутися безпосередньо до лікаря, не беручи на себе складних пояснень, але прагнучи при цьому підбадьорити хворого і вселити йому віру в одужання. Велику шкоду може нанести психіці хворого неправильна поведінка не тільки середнього, але і молодшого обслуговуючого персоналу. Добре виховані кадри, треба виховувати не тільки за спеціальністю, але і в області медичної деонтології.

В той же час необхідно відзначити, що такі рекомендації входять в суперечність не тільки з основними положеннями всіх сучасних міжнародних документів про права пацієнтів, але і з основоположними принципами медичної етики.

Виходячи з «Міжнародної декларації про права людини» і «Декларації про права пацієнта» хворий має право на повну інформацію про своє здоров'я і прогноз хвороби.

Навряд чи знайдеться фахівець в області етики або лікар, який почав би заперечувати важливість правила правдивості. Проте до теперішнього часу існують великі розбіжності щодо того, наскільки необхідно дотримуватися цього принципу. У медицині переважає точка зору, згідно якої недоцільно говорити правду, якщо вона може пошкодити самопочуттю пацієнта, викликати у нього негативні емоції, депресію. Американський лікар Джозеф Коллінз писав: «Лікарське мистецтво в значній мірі полягає в навичку готувати суміш з обману і правди. Тому кожен лікар повинен культивувати в собі здатність брехати як різновид художньої творчості». Подібного роду заява не є перебільшенням, принаймні, відносно пануючої у вітчизняній медицині традиції приховувати від пацієнта правду про діагноз зляклого захворювання або несприятливий прогноз. Але в останні роки ця традиція стає предметом серйозної критики. Пацієнт є рівноправним партнером у взаєминах з медичними працівниками. Проте рівноправ'я не може бути, якщо одна із сторін умисне приховує життєво важливу для іншої сторони інформацію (найчастіше з хороших намірів), перетворюючи тим самим партнера на предмет маніпуляції

У розділі «Інформація» в «Декларації про політику в галузі забезпечення прав пацієнта в Європі», прийнятій в 1994 р., викладено наступні правила:

2.1. Для загальної користі інформація про медичні послуги і про те, як краще ними скористатися, повинна бути доступна широкій громадськості.

2.2. Пацієнти мають право на отримання вичерпної інформації: про своє здоров'я, включаючи конкретні медичні дані, що характеризують їх стан; про передбачувані медичні втручання, включаючи відомості про потенційний ризик і можливу ефективність кожного втручання; про наявні альтернативи по відношенню до передбачуваних втручань, включаючи відмову від активних лікувальних засобів (у останньому випадку пацієнт повинен бути проінформований про наслідки такої відмови); про діагноз, прогноз і процес лікування.

2.3. Доступ пацієнта до інформації може бути обмежений лише у виняткових випадках, коли є вагомі підстави припускати, що ця інформація заподіє йому серйозну шкоду, тоді як не її явний позитивний ефект навряд чи можна розраховувати.

2.4. Інформація повинна надаватися пацієнтові з урахуванням рівня його розуміння і з мінімальним вживанням незнайомої для нього спеціальної термінології. Якщо пацієнт не володіє мовою, що вживається в даній місцевості, для нього слід знайти яку-небудь можливість перекладу необхідної інформації.

2.5. Пацієнти мають право не бути інформованими, якщо вони чітко виразили таке побажання.

2.6. Пацієнти мають право вирішувати, чи може хто-небудь отримувати за них інформацію, і якщо так, то хто саме

2.7. Пацієнти повинні мати можливість отримання другої думки. «Друга, або інша, думка» – поняття, що набуло поширення в сучасній медицині США і Західної Європи. Джерело «другої думки» при постановці діагнозу, визначенні

прогнозу і виборі оптимального методу лікування – медичні фахівці, до яких пацієнт звертається за порадою незалежно від свого лікаря, який лікує, у випадках, коли він не цілком упевнений в правильності діагнозу або лікування або коли майбутній вибір лікувальної тактики може мати вельми серйозні наслідки (наприклад, операція, що калічить).

2.8. Під час вступу до лікувально-профілактичної установи пацієнтам повинні бути повідомлені імена і професійний статус співробітників, які надають їм допомогу, а також всі необхідні відомості про існуючі правила і розпорядок, яких слід дотримуватися при перебуванні і отриманні медичної допомоги в даній установі.

2.9 При виписці з лікувально-профілактичної установи пацієнти повинні мати можливість запитати і отримати письмовий висновок про свій діагноз і проведене лікування.

У Декларації про розвиток прав пацієнтів в Європі, затвердженій на Європейській нараді з прав пацієнтів (Амстердам, 1994 рік), міститься також розділ 3, названий «Інформована згода».

Інформована згода – стрижень концепції сучасної медичної етики, що передбачає отримання згоди пацієнта (його батьків або опікунів у разі недієздатності) на лікарську і сестринську допомогу за будь-яких обставин. Така згода повинна бути отримана тільки за умови повної інформованості пацієнта про суть, свідчення, очікуваний ефект і можливі побічні дії втручання медиків.

3.1. Інформована згода пацієнта є неодмінною умовою проведення будь-якого медичного втручання.

3.2. Пацієнт має право відмовитися від проведення втручання або перервати вже почате втручання. Наслідки відмови або переривання втручання повинні бути ретельно роз'яснені пацієнтові.

3.3. За ситуації, коли стан пацієнта не дозволяє йому виразити свою волю і є екстрені свідчення до проведення медичного втручання, в порядку припущення можна вважати, що така згода є, за винятком тих випадків, коли попередні волевиявлення пацієнта явно указують на те, що згода в даній ситуації отримана б не була.

3.4. У ситуаціях, коли необхідна згода законного представника пацієнта, але є екстрені свідчення до проведення медичного втручання, здійснення даного втручання без згоди законного представника допустимо в тих випадках, коли така згода не може бути отримана в необхідні терміни.

3.5. У ситуаціях, коли необхідно отримати згоду законного представника пацієнта, сам пацієнт (будь то дорослий або дитина) повинен проте брати участь в процесі ухвалення рішення в максимальному ступені, який дозволяє його стан.

3.6. Якщо законний представник пацієнта не дає згоди на втручання, а лікар або інший працівник охорони здоров'я вважають, що його проведення відповідає інтересам пацієнта, питання повинне бути передано на розгляд до суду або іншу арбітражну інстанцію.

3.7. У решті всіх ситуацій, коли інформована згода не може бути отримана від самого пацієнта і немає ні законних представників, ні довірених осіб, призначених пацієнтом для цієї мети, слід здійснити необхідні заходи для організації процесу ухвалення рішення за пацієнта, враховуючи всю наявну інформацію і – в максимально можливому ступені – його передбачуване бажання в даній ситуації.

3.8. Потрібна згода пацієнта на збереження і використання будь-яких біологічних субстанцій-похідних його організму. При використанні таких субстанцій в поточному процесі діагностики, лікування та догляду допустимо вважати, що згода пацієнта свідомо є.

3.9. Необхідне отримання інформованої згоди пацієнта на його участь в процесі клінічного дослідження.

Декларація про права пацієнтів в Європі (1994) має розділ «Конфіденційність і недоторканість приватного життя», містить наступні положення:

4.1. Всі відомості про стан здоров'я пацієнта, про діагноз, прогноз і лікування, а також всі інші дані приватного характеру повинні зберігатися конфіденційно, навіть після його смерті.

4.2. Конфіденційна інформація може бути розкрита тільки за умови однозначно вираженої згоди пацієнта або відповідно до вимог закону. Передбачається, що пацієнт свідомо згоден на ознайомлення з такою інформацією інших працівників охорони здоров'я, які надають йому медичну допомогу.

4.3. Слід забезпечити захист всіх даних, що дозволяють ідентифікувати особу пацієнта; при цьому характер такого захисту повинен бути адекватним способу зберігання інформації. Біологічні субстанції, які можуть нести дані, що ідентифікують особу пацієнта, також повинні бути захищені.

4.4. Пацієнти мають право на ознайомлення з медичними картами і даними лабораторних й інструментальних досліджень, а також з будь-якою іншою документацією, що відноситься до їх діагнозу, лікування і догляду, а також мають право на отримання копій і виписок з цих документів. Право доступу до інформації не розповсюджується на інформацію про третіх осіб.

4.5. Пацієнти мають право вимагати внесення до їх медичних документів виправлень, доповнень і роз'яснень і/або оновлених особистих або медичних даних в тому випадку, якщо попередні дані невірні, неповні, носять двозначний характер або застаріли. Пацієнти мають право вимагати видалення з їх медичних документів даних, що не відносяться до мети діагностики, лікування або догляду.

4.6. Неприпустимо втручання в питання приватного і сімейного життя пацієнта, за винятком лише тих випадків, коли це втручання необхідне з метою діагностики, лікування і догляду за даним пацієнтом і здійснюється з його згоди.

4.7. Медичні втручання можуть проводитися лише в умовах належної пошани до принципу недоторканості приватного життя пацієнта. Це означає, що конкретне втручання повинно проводитися тільки у присутності безпосередньо

зайнятих в ньому осіб, крім випадків, коли пацієнт виражає згоду або активне прохання про присутність додаткових осіб.

4.3. Міжнародний кодекс медичної етики в розділі «Обов'язки лікаря по відношенню до хворого» містить наступне положення: «Лікар повинен зберігати абсолютну секретність у всьому, що стосується пацієнтів, які йому довіряються».

ВМА, відзначаючи великі успіхи і переваги, пов'язані з використанням комп'ютерів і з електронною обробкою даних в області охорони здоров'я, особливо в наданні допомоги пацієнтам, рекомендує наступне:

1. Національні медичні асоціації повинні приймати всілякі заходи для забезпечення таємниці, захищеності і конфіденційності інформації, що стосується їх пацієнтів.

2. Порушенням конфіденційності не є надання і передача конфіденційної медичної інформації з метою проведення наукових досліджень, управлінської і фінансової перевірок, оцінки програм або з іншою подібною метою за умови, що передана інформація не розкриває прямо або побічно особи пацієнта в звітах про такі дослідження, перевірки або оцінки, а також жодним чином не порушує конфіденційності відносно пацієнта.

3. Національні медичні асоціації повинні перешкоджати будь-яким спробам ухвалення такого законопроекту з електронної обробки даних, що може загрожувати або підривати права пацієнта на захищеність і конфіденційність. Перед введенням інформації в комп'ютер повинен бути захист прав несанкціонованого використання або передачі номерів соціального страхування або іншої приватної інформації.

4. Медичні банки даних у жодному випадку не повинні бути пов'язані з іншими центральними банками даних.

Контрольні питання

1. Визначення і суть лікарської таємниці.
2. Історія становлення лікарської таємниці.
3. Принципи збереження лікарської таємниці.
4. Права пацієнта на конфіденційність інформації про його стан здоров'я.
5. Можливі обмеження права пацієнта на конфіденційність.
6. Права лікаря і пацієнта та лікарська таємниця.
7. Гарантії дотримання лікарської таємниці в «Декларації про політику в області забезпечення прав пацієнтів в Європі» (розділ «Інформація» 1994).
8. Гарантії дотримання лікарської таємниці в Міжнародному Кодексі медичної етики.
9. Гарантії дотримання лікарської таємниці в Етичному Кодексі Українського лікаря, в Законі України «Про інформацію» та інші.
10. Правові документи, що регламентують дотримання лікарської таємниці в Україні.

Лекція 5

Тема: Деонтологія в медичній науці. Зміст та структура біомедичної етики, її основні теоретичні та прикладні аспекти у сучасному суспільстві. Деонтологічні та етичні аспекти права пацієнта на життя і смерть. Науковий і соціально-екологічний зміст медичної діяльності.

Цінності та принципи біоетики формуються в процесі інвентаризації, перегляду, переосмислення цінностей і гуманістичних ідеалів Просвітництва, таких як розум, наукова істина, справедливість, рівність, свобода, діалог та ін. у контексті проблеми збереження та розвитку життя. Головний принцип гуманізму про те, що людина повинна виховуватися та жити «у свободі та гідності за допомогою знань», знаходить свою практичну реалізацію в базових біоетичних принципах. Ціннісними орієнтирами біоетики як кентаврового знання виступають як наукові ідеали (наукова новизна, істина, ефективність, оптимізація), так й те, що виходить за межі цінностей науки (щастя, здоров'я, справедливість).

Різноманітні підходи до теоретико-методологічного обґрунтування біоетики можна об'єднати в чотири великих групи: 1) біоетика будується на підставах, що не є, в певному сенсі, теоріями (принципізм); 2) вона «запозичує» теоретико-методологічний інструментарій у класичних моральних теорій або похідних від них нормативно-етичних комплексів (наприклад, лібералізму, утилітаризму); 3) використовує з метою своєї теоретизації механізми з'єднання теорії і практики, класичних і практичних/професійних етик (теорії «прикладної етики»); 4) біоетика виступає як комплексне, міждисциплінарне знання, засноване на поєднанні, синтезі попередніх підходів.

На роль теоретичної основи біоетики претендують кантівська деонтологія, утилітаристські, ліберальні, егалітаристські, теологічні моральні теорії і, навіть такі, що виникли нещодавно — феміністична етика «турботи», казуїстична етика (заснована на аналізі окремих випадків), нарративна, герменевтична, персоналістська. Виходячи з цього, більшість підручників і хрестоматій з біоетики починаються з перегляду, «інвентаризації» добре відомих моральних теорій, після чого, на думку деяких дослідників, у читача взагалі зникає впевненість в існуванні будь-якої «особливої» теорії біоетики.

Використання в ролі теоретичного обґрунтування біоетики класичних і неklasичних моральних теорій та етик може бути продуктивним, але цього не достатньо для остаточних висновків. Кожен з теоретичних підходів вказує на наявність певних характеристик, властивих біоетиці, але не в змозі надати аргументи для її цілісної картини як окремої галузі знання.

Найбільш поширеним теоретико-методологічним підходом у біоетиці є принципізм, згідно якому біоетика ґрунтується на низці принципів, які створюють певну логічну цілісність.

Принцип поваги до автономії особистості в біомедичній етиці означає визнання права пацієнта (суб'єкта дослідження, клієнта) на власну точку зору, свободу вибору та дії, засновані на власних цінностях і переконаннях.

Дотримання цього принципу передбачає не тільки поважне ставлення до пацієнта, але й зобов'язання лікаря або медичного працівника всіляко підтримувати та зміцнювати його здатність до автономного, вільного вибору, усуваючи фактори, які заважають цьому. Цей принцип може розглядатися в двох смислах: 1) дії автономної особистості не повинні бути об'єктом контролю та примусу з боку інших осіб; 2) повага точок зору і прав окремих особистостей можлива доти, поки їхня поведінка не зашкоджує їм самим або іншим особам.

Поняття автономії особистості розкривається через цілий спектр таких понять як свобода волі, автентичність, дієздатність, самоврядування, право на приватне життя та самостійний вибір. З них найбільш важливі — автентичність, здатність особистості до усвідомлених дій (відповідно до деякого власного внутрішнього плану) і свобода від контролю ззовні. Змістовим центром автономії особистості виступає автономний вибір, заснований на доводах розуму.

Принцип поваги до автономії особистості (як і інші принципи) має статус *prima facie*, тобто є пріоритетним до того часу, поки не вступає у конфлікт із іншими вимогами. Наприклад, якщо необхідна невідкладна медична допомога людині, яка перебуває в несвідомому стані, то даний принцип повинен поступитися місцем принципу «роби благо», а медична допомога має бути наданою на підставі передбачуваної, а не автономної (усвідомленої) згоди хворого.

Найчастіше використання даного принципу обмежується вимогами «роби благо» і «не нашкодь». Так, у деяких випадках автономія компетентного пацієнта може бути обмежена третьою стороною (суспільством, органами правосуддя), якщо існує безпосередня небезпека для здоров'я та життя самого пацієнта або інших членів суспільства (ризик здійснення протиправних дій, епідемії). Наприклад, з метою запобігання шкоди, яку клієнт закладу психіатричного профілю може заподіяти собі або іншим особам, він може бути примусово госпіталізований і підлягати лікуванню в психіатричній клініці. Разом з тим, застосування примусових заходів повинне здійснюватися, виходячи з принципів необхідності та достатності, а також — мінімізації соціально-правових обмежень.

Важливим механізмом втілення в життя принципу поваги до автономії особистості виступає інформована згода (ІЗ). У змістовному плані вона припускає, що пацієнт добровільно та усвідомлено дає дозвіл на медичне втручання, заснований на розумінні відповідної (достатньої для прийняття рішення) інформації, яка надається пацієнтові професіоналом.

Правило ІЗ — одне з базових у біоетиці, відповідно до якого, будь-яке біомедичне втручання, як обов'язкова умова, повинне передбачати спеціальну процедуру одержання попередньої добровільної згоди пацієнта або суб'єкта дослідження. ІЗ отримується на підставі адекватного інформування пацієнта про цілі передбаченого втручання, його тривалість, очікувані наслідки, співвідношенні ризику та користі для життя і здоров'я, про альтернативні методи лікування, їхню порівняльну ефективність, про права пацієнта, їх захист і т.ін.

ІЗ необхідна для мінімізації шкоди в ході медичного втручання або біомедичних досліджень, а також для захисту індивідуального автономного вибору. Т. Бочамп і Дж. Чілдресс виділяють наступні структурні компоненти ІЗ: 1) попередні умови: компетентність і добровільність; 2) інформаційні елементи: повідомлення інформації, рекомендації, розуміння; 3) згода: рішення, авторизація.

Принцип «не нашкодь» заснований на максимі — «ніхто не повинен заподіювати зла та спричиняти збитку іншим людям». Мається на увазі будь-яке зло, що можна уникнути або виправити — біль, страждання, образа, несправедливість, позбавлення засобів існування, нарешті, смерть індивіда. У змістовному і функціональному аспектах він перегукується з вихідним постулатом традиційної медичної етики *primum non nocere* (лат. «насамперед — не нашкодь»).

У медичній практиці існують традиційні проблеми, які специфікують принцип «не нашкодь»: співвідношення ризику і користі медичного втручання, скасування або припинення життєзабезпечуючої терапії, вибір між екстраординарним і ординарним лікуванням, невідповідність передбачуваних і фактичних ефектів лікування.

Багато лікарів і родин хворих вважають, що у важких випадках більш правильно і морально відразу відмовитися від будь-якої життєзабезпечуючої терапії, ніж потім припиняти вже діючі процедури. Однак, саме припинення заходів, що виявилися неефективними, виявляється більш виправданим з моральної точки зору, тому що рішення приймається на підставі об'єктивної оцінки ефективності застосованих заходів. Відмова від можливого лікування — результат упереджень, що свідчать про небажання надавати медичну допомогу тим, хто її потребує. Правильний вихід бачиться в тому, щоб будь-яке медичне рішення приймалося з урахуванням інтересів і благополуччя пацієнта.

Медичні процедури та препарати можуть спричиняти крім основної ще й побічну дію на різні органи і системи організму (подвійний ефект). Подвійний ефект можна спостерігати у випадку екстрених заходів, спрямованих на відновлення у хворих цукровим діабетом втрачених функцій (діяльності серця при асистолії, функції дихання при апное і т.ін.). При цьому, принцип «не нашкодь» починає підкорятися принципу «роби благо», тому що для порятунку хворого, термінового відновлення втраченої функції органа або системи є важливим швидкий результат (незважаючи на побічні ефекти).

Існують, як мінімум, чотири виправдання «подвійного ефекту»: 1) природа заходів, що застосовуються, їхня спрямованість на благо хворого; 2) характер намірів лікаря, позитивний ефект як мета; 3) виключення негативного ефекту як засобу досягнення благих цілей; 4) перевага користі над шкодою.

Вимога заборони на заподіяння шкоди вступає у конфлікт з практикою легалізованої евтаназії в таких країнах як США, Швейцарія, Голландія. Достатніми для морального виправдання такої практики автори вважають наступні умови: добровільне прохання компетентного хворого; тривалі відносини між лікарем і пацієнтом; взаємне та інформоване рішення пацієнта і лікаря;

неможливість використання альтернатив суїциду; участь різних фахівців у галузі медицини в консультаціях хворого; постійна артикуляція пацієнтом переваги смерті над життям; нестерпні страждання хворого; використання знеболюючих засобів.

Принцип «роби благо» необхідно розуміти досить широко. Через те, що індивід може відчувати різноманітні почуття, які спонукають його до благих справ — відповідальності та обов'язків, альтруїзму і любові до ближнього, співчуття та емпатії. Цей принцип також має на увазі різноманітні форми його поведінки, спрямовані на досягнення блага для себе та інших людей.

Принцип «роби благо» полягає в тому, щоб робити добро іншим людям або сприяти виконанню цього принципу іншими людьми, а також у попередженні зла, збитку або шкоди. Його реалізація пов'язана з виконанням низки вимог: захист прав людини; усунення обставин, за яких їй може бути заподіяна шкода; допомога слабким (дітям, літнім людям, інвалідам); порятунок людей, які потрапили у небезпеку.

Втілення даного принципу у діяльності медика-професіонала означає, що особа, якій надається допомога, перебуває у небезпеці або існує загроза заподіяння їй серйозного збитку; медичний працівник має у своєму розпорядженні реальні засоби для запобігання небезпеці; дії лікаря, найімовірніше, відвернуть небезпеку або збиток; благо, яке особа отримає у результаті, значно перевищує шкоду (збиток), а самі дії відбуваються в умовах мінімізації ризику.

Одночасно, ми вважаємо, що було б неправильно ототожнювати принцип «роби благо» із принципом «не нашкодь». В основі першого лежить спонукання робити благо, а в основі другого — заборона на заподіяння шкоди, внаслідок чого вони формують різні за спрямованістю і результатами, значеннєвими і просторово-тимчасовими межами форми діяльності людини. Принцип «не нашкодь» може у деяких випадках виправдовувати поведінку, засновану на неупередженості та пасивності суб'єкта. Навпаки, благодіяння передбачає активні дії, актуалізацію наявного багажу знань, професійних навичок і духовного досвіду. Цей принцип не забороняє, а ставить індивідові в обов'язок активну життєву позицію і творчо підходити до осмислення того, що собою являє благо для того або іншого суб'єкта. Така діяльність також містить у собі необхідність запобігання або виправлення (мінімізації) вже заподіяної шкоди або зла. У законодавстві з охорони здоров'я багатьох країн, у тому числі й України, передбачається покарання для лікарів, які не дотримуються цього нормативного принципу (наприклад, за ненадання медичної допомоги).

Принцип справедливості завершує етичну систему принципів біомедичної етики. Його важливість очевидна в умовах сучасного дефіциту багатьох медичних ресурсів, збільшення вартості медичних послуг, а також відсутності програм охорони здоров'я для хворих з хронічними та рідкісними захворюваннями. Як правило, ці програми спрямовані на надання допомоги окремим групам, що страждають від найнебезпечніших і найбільш

розповсюджених захворювань (хворим на СНІД та цукровий діабет, онкохворим). Актуальність принципу справедливості зумовлена також процесами глобалізації сучасного світу, коли, наприклад, замовником мультицентрових біомедичних досліджень є одна країна, яка отримує вигоду від реєстрації нового лікарського препарату, а досліджувані, які несуть тягар даного дослідження і наражають своє здоров'я на ризик, є громадянами інших країн.

У реальному житті існуючий дефіцит благ веде до конкуренції між людьми за їхнє отримання, тому виникають проблеми так званої дистрибутивної, «розподільної», справедливості. Цей термін широко використовується і, відповідно, означає якийсь порядок розподілу прав і відповідальності в суспільстві, застосовуючи цивільні та політичні права, відповідно до матеріальних критеріїв. Матеріальні критерії специфікують сутнісні властивості дистрибутивної справедливості. Вони означають, що блага в суспільстві можуть розподілятися: 1) рівними частками; 2) відповідно до потреб; 3) на підставі внеску в загальне добро; 4) по заслугах; 5) на основі ринкових відносин.

Сфера застосування принципів біомедичної етики конкретизується і розширюється за допомогою особливих правил правдивості, приватності, конфіденційності, вірності.

Правило правдивості припускає обов'язок медичного працівника і пацієнта будувати свої стосунки на взаємній довірі та зобов'язанні бути правдивим. Зобов'язання і етичний обов'язок говорити правду є проявом нашої поваги до автономії інших людей. У медицині та соціальній роботі, згода, яка отримується від пацієнта або клієнта, не може бути автономною, якщо вона не опирається на правдиву медичну інформацію. Правило приватності означає вимогу захисту приватного життя. Аж до XIX століття цьому правилу не приділялося належної уваги. Визначення приватності є більш широким, ніж тільки обмеження доступу до інформації про особистість. Приватність — це необхідна атмосфера для підтримки інтимних, близьких стосунків, відносин поваги, любові, дружби і довіри між людьми. Законне право на приватне життя бере свій початок у фундаментальних правах особистості на життя, свободу і власність, а також у праві «насолоджуватися життям», праві бути одному. Правила конфіденційності та вірності своєму слову і вчинкам існують як норми, що специфікують принципи автономії, справедливості, блага та ін. Перше правило накладає заборону на передачу третій особі інформації, зібраної при обстеженні та лікуванні пацієнта. Предметом конфіденційності є дані про стан здоров'я, діагноз та прогноз захворювання пацієнта. Конфідентційною є і немедична інформація про хворого або його близьких, що стала відомою лікареві в процесі виконання їм службових обов'язків. Правило вірності означає зобов'язання медичного працівника бути вірним своєму професійному обов'язку, виконувати обіцянки, дані пацієнтові та колегам, підтримувати довірчі відносини з оточуючими його людьми і відповідати за їхнє здоров'я. У наші дні правило вірності означає не стільки перформативне висловлення, скільки активність, обов'язковість, відкритість, некорумпованість, солідарність.

Принципи і правила біомедичної етики вимагають суб'єктивного підходу, оцінки, що у свою чергу, залежить від типу особистості, її вміння брати на себе відповідальність за їхнє виконання, розуміти їхню необхідність та доречність. Наші почуття і турбота про інших часто не можуть бути зведені до обмеженої кількості принципів і правил. Професійна роль лікаря вимагає певних рис характеру: здатності співчувати, проникливості, надійності, цілісного підходу до речей і явищ.

Сьогодні принципи біомедичної етики — це загальновизнані моральні норми не тільки в професійній медичній діяльності, але й діяльності будь-якого вченого, який має справу з проведенням біомедичних досліджень на людях. Вони закріплені в медичних і лікарських кодексах, міжнародних документах, національних законодавствах в сфері охорони здоров'я.

В основі європейської біоетики і біоправа лежать чотири етичних принципи: поваги автономії особистості, поваги гідності особистості (respect for personal dignity), «інтегрити» (integrity) і вразливості (vulnerability). Вони виступають не тільки підставою європейської біоетики, але й фундаментом нормативно-правової та законодавчої бази європейських країн, отримуючи свою інституалізацію в національних Конституціях (Франція, Норвегія) або окремих законодавчих актах в сфері охорони здоров'я людини і екології (Австрія, Бельгія).

В якості альтернативи принципу поваги до автономії особистості в європейській біоетиці виступає принцип поваги до людської гідності. Можна сказати, що він є стрижнем всієї європейської біоетики. У європейській традиції серед безлічі інших концепцій «гідності», домінує кантівська: гідність особистості визначається наявністю морального імперативу, трансцендентної складової людської особистості. Однак ця концепція в європейській біоетиці набуває свого подальшого розвитку.

«Гідність особистості» починає розумітися не тільки як повага прагматичної здатності людини робити правильний «розумний вибір», але і як поважне ставлення до інших, справді людських, екзистенціалів, таких як уразливість і незахищеність, здатність страждати, співпереживати, перебувати у вищих духовних станах. Вона відображає внутрішню сакральну сферу людини, її почуття самоповаги, гордості за свою здатність будувати власне життя відповідно до моральних принципів і переконань.

У контексті європейської культури природа одержує такі риси, якими ще зовсім недавно наділялася тільки людина: цінність, гідність, право, повага. За аналогією з кантівським «царством цілей» природне співтовариство розглядається як таке, що має свою власну цінність, самоцінність.

Життя, навіть у своїх анонімних формах, має «гідність» і вимагає поваги. Поняття «гідність» охоплює широкий семантичний спектр, включаючи «достоїнство» всіх живих істот і навіть неживих об'єктів природи. Гідність людини визначається тим, як вона ставиться не тільки до себе подібних, але й до інших живих істот. По той бік жорстокого ставлення до природи — тривога про те, у суспільстві якої якості ми хотіли б жити і як створити справді цивілізоване

суспільство. Так, уявлення про тваринний світ винятково як про джерело сировини і корисних продуктів для людини, може розглядатися подвійно: як «негідне людини», яка несе відповідальність за збереження та розвиток автономії і розмаїтості природного світу, і як таке, що порушує достоїнство самих тварин.

В останні десятиліття у філософський дискурс упевнено входить принцип «інтегриті». Цей термін, з одного боку, означає, чесність, відкритість, безкомпромісність, непідкупність суб'єкта (дослідника, вченого, лікаря); з іншого боку — цілісність, тотальність і єдність людської особистості. Цей принцип накладає заборону на дезінтеграцію людської особистості, виходячи з міркувань наукової, економічної або будь-якої іншої доцільності. В цілому можна виділити п'ять значень «інтегриті»: 1) почуття власної гідності, неприйняття корупції, відкритість, чесність, доброзичливість; 2) інтелектуальна, психодуховна, тілесна, генетична цілісність особистості; 3) сфера самовизначення особистості; 4) наративна тотальність і повнота буття, доречність життя окремої особистості в загальнолюдській історії та культурі; 5) недоторканість особи, вимога невтручання в її приватну сферу (як юридичне поняття в міжнародних правових документах).

Поняття «інтегриті», поряд з уявленнями про ідентичність (від англ. identity — тотожність, ідентичність; автентичність; відмінні риси, індивідуальність, самобутність) як когерентність людського життя, усе більшою мірою стає інтегральною складовою правильного, добropорядного життя європейців. Засноване на ідеях історичної і наративної єдності особистості, культури і природи, цілісності світу як умові існування всіх форм життя, воно накладає заборону не тільки на несанкціоноване втручання у світ особистості, але й у життя її сім'ї та роду.

Наступний принцип — принцип вразливості, також тісно пов'язаний з двома попередніми. Він означає: 1) скінченність і крихкість життя людини та інших живих істот; 2) необхідність прийняття таких рішень, що спрямовані на турботу про вразливих представників життя.

Прагнучи до збереження своєї ідентичності та цілісності, особистість у взаєминах із соціальними партнерами приречена на незлічимі поразки і рани, на те, щоб бути постійно вразливою (Ю. Габермас). Вразливість — універсальний прояв не тільки людського буття, але буття всього живого. Це характеристика телеологічної організації світу: взаємозалежності людини, тварин і природи (Е. Левінас).

Виникає закономірне питання: кого сьогодні можна віднести до групи уразливих? Очевидно, всіх тих, хто страждає від насильства та стигматизації в сучасному суспільстві: дітей, жінок, літніх людей, клієнтів психіатричних клінік, інвалідів, а також увесь світ живої та неживої природи. Дотримання цього принципу є особливо актуальним у сучасному суспільстві, що прагне «до все більшої досконалості» і відсторонює все те, що не приносить негайної вигоди або користі, починаючи від розмаїття і унікальності природного світу й закінчуючи стражданнями, старістю, вмиранням.

В європейському соціокультурному контексті широко обговорюються та використовуються також і інші етичні принципи, які найчастіше застосовуються в екологічних цілях: зцілення (*cure principle*), запобігання (*prevention principle*), обережності (*precautionary principle*), відшкодування втрати, тривалої стійкості (*polluter pays principle*).

У зв'язку з численністю націй і народів Європи, а також великим припливом іммігрантів із країн третього світу, увагу європейських філософів все більшою мірою привертають етичні принципи толерантності та недискримінації (скасування дискримінації), які означають поважне й справедливе ставлення до культурних особливостей і традицій різних етносів, народностей, націй. Одним з механізмів або способів гармонізації законодавств окремих європейських країн виступають принципи плюралізму та додатковості. Вони сприяють уточненню, інтерпретації та гармонізації біоетичних принципів у міжнародних документах і національних законодавствах. Більш широку інтерпретацію в європейському етосі одержує принцип справедливості, він починає містити в собі ідеї співробітництва, солідарності та кооперації.

На перший погляд, методологічний підхід принципізму ігнорує певні цінності або теорії. Значення кожного принципу начебто відкрите для різних інтерпретацій, вони можуть навіть суперечити один одному. Водночас, принцип поваги автономії особистості в біомедичній етиці стає головним, а цінності індивідуалізму центральними.

Прихильники принципізму ідеалізують автономію й гідність особистості, трактуючи першу винятково як здатність індивіда до самостійного й незалежного вибору (якщо не одномоментно, то за досить короткий проміжок часу), а другу — як його здатність бути носієм абсолютних моральних цінностей, являти собою моральний і духовний універсум. Але насправді ці принципи не можуть бути універсальними й підміняти собою все різноманіття поглядів на людську й «нелюдську» природу.

Обмеження американського та європейського принципізму можна подолати за допомогою: поєднання «американських» та «європейських» принципів з принципом відповідальності (А. Таубер); посилення принципу дистрибутивної справедливості (Д. Дегразія); синтезу ідей індивідуалістичного лібералізму та інвайронменталізму (І. Канео); гармонізації партикуляризму та універсалізму (Д. Каллахан) і метаетичної реконструкції принципів (Я.Д. Рендторф).

На сучасному етапі Україна, як і більшість пострадянських країн, перебуває в процесі формування громадянського суспільства. У цих умовах зростає роль біоетики як соціальної інституції і наукової дисципліни, що сприяє формуванню дійсно демократичних відносин, заснованих на дотриманні прав і свобод людини та інших живих істот, а також природних об'єктів. Як система поглядів, уявлень, норм і оцінок, що регулюють поведінку людей та їх відношення до всього живого, біоетика відіграє все більшу роль в суспільстві. Проблеми біоетики набувають вираженого міждисциплінарного характеру, вони охоплюють всі основні напрями діяльності людини, починаючи з заходів, спрямованих на збереження

навколишнього середовища, і закінчуючи прийняттям політичних рішень. В ідеалі вважається, що біоетика повинна створити сукупність обов'язкових для всього людства моральних принципів, норм і правил, а також визначити межу втручання людини в живу природу, перехід через яку є неприпустимим.

У 1995 році було створено першу Етичну комісію при Фармакологічному центрі Міністерства охорони здоров'я. У 2004 році Міністерство охорони здоров'я України затверджує першу Програму з біоетики (81 год.) для студентів V курсу вищих медичних навчальних закладів у формі елективного курсу. Значну роль для біоетичної освіти відіграють організація та проведення міжнародних семінарів, конференцій, симпозіумів, конгресів. Перший національний конгрес з біоетики, проведений у Києві в 2001 році, показав, що в нашій країні вчені і фахівці виявляють значний інтерес до питань біоетики. За останні десять років в Україні в цілому було організовано понад десяти великих міжнародних наукових форумів, а також численні семінари та круглі столи. Відмічається стрімке зростання кількості наукових статей, монографій, публікацій, а також науково-популярних матеріалів з проблем загальної етики, медичної та екологічної етики, біоетики.

В Україні активно працює низка громадських організацій біоетичної спрямованості. Першою офіційною зареєстрованою в 2000 році всеукраїнською громадською організацією, яка взяла на себе завдання поширення ідей біоетики в Україні, стала Українська Асоціація з біоетики, яка об'єднала під своєю егідою філософів, біологів, медиків, представників громадськості України. Ще одна Асоціація з біоетики – Харківська, була заснована в 1999 році. Вона об'єднала професорів, викладачів та студентів вузів, науковців та співробітників НДІ, представників громадських організацій. У Львові в 2001 році зареєстровано як громадську організацію Інститут біоетики ім. Я. Базилевича, створений на базі регіонального інституту Української Академії державного управління при Президентові України та Львівського державного медичного університету ім. Д. Галицького. У 2003 р. при Кримському державному медичному університеті ім. С.І. Георгієвського створено Кримський регіональний комітет з біоетики, який почав свою роботу з біоетичної оцінки наукових робіт, що проводяться в університеті. До його складу увійшли провідні фахівці університету, представники християнської церкви і громадської молодіжної організації "Кримський клуб біоетики та екології".

Крім цього сьогодні носіями ідей біоетики виступають асоціація психіатрів України, Київський еколого-культурний центр, Харківське товариство захисту тварин, Кримський центр біоетики, Всеукраїнська рада захисту прав та безпеки пацієнтів, Всеукраїнське лікарське товариство та ін. Їх завданнями є підготовка рекомендацій для проведення біоетичної експертизи, розробка пропозицій щодо законодавчого регулювання в галузі біоетики, участь у міжнародному співробітництві з питань біоетики, координація та моніторинг діяльності відомчих комісій та комітетів біоетичної спрямованості, інформування населення про існуючі проблеми в галузі біоетики.

Біоетичні норми і принципи починають знаходити своє втілення в нормативно-правових актах України. На даний час можна виділити три основні вектори вдосконалення етико-правового регулювання соціальних стосунків відповідно до міжнародних вимог і норм в галузі біоетики: 1) медична практика; 2) проведення біомедичних досліджень (експериментальних і клінічних) і 3) охорона навколишнього середовища.

З найважливіших міжнародних документів, що стосуються етико-правового регулювання в сфері охорони здоров'я, біомедичних досліджень та охорони навколишнього середовища, під якими Україна поставила свій підпис, можна назвати Конвенцію про захист прав та гідності людини у зв'язку із застосуванням досягнень біології та медицини (Конвенція про права людини та біомедицину. Це основний міжнародно-правовий документ у галузі біоетики, прийнятий Радою Європи в 1997 році. До цього також можна віднести Протокол конвенції ООН про біорізноманіття (Картахенський протокол, 2003), Конвенцію Європейської Економічної Комісії ООН «Про доступ до інформації, участь громадськості в прийнятті рішень та доступ до правосуддя з питань, що стосуються довкілля» (Орхуська конвенція, 1998), Декларацію ООН про загальну заборону клонування людини (2005), Загальну декларацію ЮНЕСКО про біоетику та права людини (2005 р.) та ін. Відповідно до процедури ратифікації цих та інших міжнародних нормативно-правових актів України переглядає свою законодавчу базу в галузі охорони здоров'я і навколишнього середовища з метою її гармонізації з сучасними міжнародними етико-правовими стандартами.

Найважливішими законами України, що в певній мірі відображають принципи біоетики, є Конституція України (1996), «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (1992), Закон «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини» (1999), Цивільний кодекс України (2005), закони України «Про захист тварин від жорстокого поводження» (2006), «Про систему біобезпеки» (2007) та ін.

Виходячи з принципів гуманізму та милосердя, Декларацій Всесвітньої медичної асоціації та законодавства України про права громадян на якісну та доступну охорону здоров'я, декларуючи провідну роль лікарів у системі охорони здоров'я, керуючись Клятвою лікаря України, враховуючи особливий характер взаємовідносин лікаря та пацієнта і необхідність доповнення механізмів правового регулювання цих взаємовідносин нормами медичної етики і деонтології, а також моральну відповідальність лікаря перед медичною спільнотою та суспільством за свою професійну діяльність, Всеукраїнський з'їзд лікарських організацій прийняв Етичний кодекс лікаря України в м. Євпаторії 27 вересня 2009 року.

Вступ: «Життя та здоров'я людини — головні, фундаментальні цінності. Діяльність лікаря спрямована на їх збереження від моменту зачаття та вимагає від нього гуманного ставлення до людини, поваги до її особистості, співчуття та співучасті, доброзичливості, благодійності та милосердя, терплячості,

взаємодіє, порядності та справедливості. Лікар повинен пам'ятати, що головний суддя на його професійному шляху — це, насамперед, совість.

Ці моральні засади систематизовані в Етичному кодексі лікаря України (далі — Кодекс) з урахуванням положень Міжнародного кодексу лікарської етики, Гельсінської декларації, Загальної декларації про геном і права людини й Конвенції про захист прав та гідності людини з огляду на застосування досягнень біології та медицини.

Цей Кодекс призначений для застосування у професійній діяльності лікарів і науковців, сфера професійної діяльності яких охоплює пренатальне та постнатальне життя та здоров'я людини, її народження та смерть.»

. Проблема життя і смерті в філософії та медицині.

Гострота сучасного звучання етичних проблем вивчення життя і смерті в медицині і філософії визначається багатьма факторами. Так, біомедицина починає усвідомлювати себе як наука технологічна, яка відкриває можливості для маніпулювання процесами життя і вмирання. При цьому нова медицина вступає в конфлікт з традиційними цінностями. Зміна духовної ситуації в суспільстві в бік демократизації суспільної свідомості, в якому центральне місце починає займати ідея прав людини, призводить до зміни усвідомлення міри відповідальності людини за життя. Виникли нові критерії смерті людини - «смерть мозку», нові підходи до індивідуальної смерті - «право на смерть».

Людина - це єдина істота, яка усвідомлює свою смертність. Тварина не усвідомлює свою смертність, воно живе «вічно». Для людини життя включає в себе усвідомлення життя і тим самим смерті. Людина є істота живе, але усвідомлює свою смертність. Усвідомлення своєї смертності не їсти ще саме вмирання. У той же час, очевидно, що «людина є істота вмираюче». Тільки людина задається питанням про кінцівку свого існування. Проблема смерті для людини завжди буде відкритим питанням, які зачіпають самі глибини його духовного світу.

Роблячи предметом своїх роздумів проблему смерті, одні вважають її неминучою правдою життя, інші вважають смерть найбільшим обманом. У всякому разі, феномен смерті відіграє важливу роль у духовному розвитку людини. Питання про сенс життя пов'язаний зі спробами розгадати таїнство смерті, з прагненням жити вічно і якщо не фізично, то хоча б духовно перемогти смерть. Конфуцій писав: «Як зрозуміти, що таке смерть, якщо ми не можемо зрозуміти що таке життя». Ставлення людини до смерті - це завжди відношення, що моделює всю систему змістожиттєвого погляди на світ.

Життя і смерть розглядаються або як антагоністи, як два взаємовиключні поняття, або як взаємодоповнюючі поняття. Умовно розрізняють західний і східний погляд на смерть. Одні говорять про сенс життя, інші про сенс смерті. Для одних смерть є джерелом страху, це табу, це зло, про який воліють не говорити; для інших - це тема розмови, в якій хочуть знайти ліки від «суєти суєт». Смерть розглядається як заперечення життя, тому життя і смерть є конфліктуєчими сторонами. Типовий західний погляд на смерть представлений в

екзистенціальної філософії Ж.П. Сартра: «Смерть ніколи не наповнить життя сенсом; навпаки, смерть - це те, що позбавляє життя всякого сенсу». У Р. Ошо абсолютно протилежна точка зору. Він каже: «Смерть якій суперечить життя, вона не означає кінець життя, вона лише підводить життя до прекрасної вершини. Життя триває і після смерті. Вона була до народження, вона триває і після смерті. Життя не обмежується коротким проміжком між народженням і смертю, навпаки, народження і смерть - це маленькі епізоди в вічності життя».

Східний підхід до життя і смерті відрізняється гераклітовським динамізмом і динамічної цілісністю. Немає нічого абсолютного, нерухомого; все відносно, все знаходиться в русі. «Все тече, все змінюється». «Не можна двічі увійти в одну і ту ж річку». Життя - це річка. На сході життя не розглядається окремо від смерті. Для того щоб зрозуміти життя, людині потрібно зрозуміти смерть. Знання таємниці смерті дозволяє людині не просто існувати, а по-справжньому жити. Смерті як і життя не потрібно ні боятися, ні намагатися перемогти. Необхідно особливе пізнання, яке могло б відкрити справжній зміст смерті. Метафора великої річки застосовна і до життя. Необхідно розглядати життя і смерть як частини цілісного потоку великої річки космічного життя. Життя - це дихання. При кожному вдиху ми живемо, при кожному видиху ми вмираємо. Життя і смерть нероздільні, як вдих і видих. Ми починаємо вмирати з самого народження, з самого початку життя ми наближаємося до смерті. Тому смерть не перебуває в майбутньому, вона приходять щомиті.

В наш час під впливом біотехнологічної революції соціально-етичні аспекти проблеми смерті привертають до себе особливу увагу. Успіхи біомедичних досліджень, пов'язані з геронтологією, реаніматологією, з можливістю безмежного збільшення тривалості життя, різко загострили дилеми особистісного буття. Виникли нові критерії смерті людини - «смерть мозку», нові підходи до індивідуальної смерті - «право на смерть».

Однак проблема смерті і вмирання - це не тільки приватна справа медицини або абстрактної філософії, це дуже складна проблема біоетики. Розуміння смерті в медицині пов'язана з певним духовно-філософським розумінням смерті, в якому матеріалістичні підходи можуть переплітатися з релігійними традиціями. Дійсно, виникають питання не тільки про те, коли людину вважати померлим, які медичні критерії смерті, але і проблеми сенсу життя. Питання про сенс життя і смерті виявляється питанням вибору, питанням права вмираючої людини в певних критичних ситуаціях самому визначати, коли його життя буде покладено край.

Право на смерть, право вмираючої людини - це нагальне питання сучасної біомедичної етики. Дивовижні досягнення в області біомедичних технологій дозволяють штучно підтримувати життя в «смертельно» постраждалій людині без будь-якої надії повернути її до нормального життя. Чи мають право лікарі підтримувати життя вмираючої людини проти її волі, чи має право вмираючий на припинення життя, «право померти гідно» при відсутності будь-якої надії на одужання. На тлі нових можливостей реанімаційних процедур все більш прийнятним і актуальним стає право хворого на евтаназію, право на смерть, тобто

право приреченої людини померти безболісно і гідно. Звідси видно, що змінювання в суспільстві ставлення до смерті торкається надзвичайно важливих життєзабезпечуючих принципів людської спільноти і самої медицини як соціального інституту.

Удосконалення технологій, що підтримують життя, зумовило потребу визначити новим способом смерть. Медична діагностика смерті протягом багатьох століть була пов'язана з відсутністю пульсу або ознак дихання. Із зупинкою серцебиття і дихання життя зазвичай через кілька хвилин припинялося. Зараз виникають суперечливі ситуації, коли у людини не здатного самостійно дихати могло битися серце, завдяки роботі механічного респіратору. Чи слід таку людину вважати живим? Адже серце і дихання завжди розглядалися як основа життя. Це дало поштовх до пошуку нового визначення смерті і необхідності розрізнення клінічної смерті (оборотного етапу вмирання) і біологічної смерті (незворотного етапу вмирання). Виникла об'єктивна трудність в розрізненні процесу і результату, процесу вмирання і фактичної смерті. Можливі парадоксальні ситуації, коли людина вже не живий, але ще й не мертвий, коли людина вже не живий, але ще має право на життя, і коли людина ще не мертвий, але вже має право на смерть.

Дійсно, грань між підтримкою життя, запобігає смерть і продовженням вмирання, що призводить до смерті, стає настільки тонкою, що підтримку життя може виявитися лише механізованим засобом продовження вмирання. Прикордонну ситуацію Б.Г. Юдін називає «зоною невизначеності» - зоною, в якій коматозні хворі знаходяться між станом «безумовно живий» і «безумовно мертвий». У «зоні» глибоких коматозних станів можливі такі судження лікарів: «людина ще живий, але він без свідомості», або «людина мертва, але він ще дихає». Б'ється серце не завжди є ознакою життя. У суспільній свідомості з підозрою ставляться до будь-констатації смерті, якщо людина ще дихає або б'ється його серце.

Нове уявлення про смерть засноване на доказах сталої відсутності функцій мозку - констатації «смерті мозку». «Зона невизначеності» виявляється «зоною» відмови від життєпідтримуючого лікування, відмови, провідного неминуче до смерті або до вбивства. Відмова від лікування або непотрібної реанімації призводить до смерті. Відмова від лікування може включати в себе питання про смерть. «Зона невизначеності» виявляється «зоною» неминучої смерті, якщо не вбивства. У біоетики питання про життя і смерті завдяки можливостям біомедичних технологій виявляється питанням морального вибору. Хто повинен приймати рішення про життя і здійснювати рішення про смерть людини? Чи повинно суспільство охороняти «право на життя» всупереч волі людини? Хто повинен приймати рішення про «право на смерть» вмираючої людини? Як уникнути долі мимовільного виконавця «права на смерть»?

Смерть мозку - це стан, який розвивається іноді при реанімаційної допомоги пацієнту, що характеризується незворотним відсутністю всіх функцій головного мозку, включаючи довгастий, при збереженні діяльності серця. Хворий, природно,

знаходиться на апаратному диханні. Вперше такий стан було описано в 1959 році у Франції, де воно отримало назву позамежна кома, згодом же для його позначення в світовій медичній літературі закріпився термін «смерть мозку». Філософське питання - живий чи мертвий чоловік, який перебуває в такому стані, одночасно виявляється питанням етичним: в чому полягає професійний обов'язок медичних працівників - продовжити реанімацію або припинити її? Протягом століть "смерть" констатували тільки після зупинки серця і припинення дихання. В кінці 70-х років 20 століття в багатьох країнах світу стали визнавати, що смерть мозку - це вже смерть людини. Спочатку такий погляд поширився серед лікарів, а потім до нього стали приєднуватися і представники інших громадських груп.

Складність проблеми смерті мозку полягає в тому, що одночасно в суспільстві залишалось і залишається чимало прихильників традиційного погляду на смерть, які вважають таких хворих живими.

Ще в 1968 році ВМО визнала, що «необоротне припинення всієї діяльності головного мозку, включаючи мозковий стовбур», є смерть людини. Справа в тому, що з природно-наукових позицій смерть - це поступовий процес на клітинному рівні, а тканини мають різну здатність чинити опір кисневої недостатності. Мета клінічної діяльності - не в збереженні окремих клітин, а в збереженні життя людини, яке після втрати цілісності функціонування її організму, по суті справи, вже немає.

Новий критерій смерті був вироблений в 1968 р в Гарварді (США). Для цього була створена комісія фахівців, яка запропонувала критерій смерті, що ґрунтується на незворотному зупиненні діяльності не серця і легенів, а мозку. При виявленні смерті мозку реєструється припинення всіх функцій півкуль і стовбура мозку: стійке відсутність свідомості; відсутність природного дихання; відсутність всіх рухів - як спонтанних, так і у відповідь на сильні подразники; відсутність реакції зіниць на яскраве світло; нерухомість очних яблук, зафіксованих в середньому положенні, та ін. Рішучою ознакою смерті мозку є смерть стовбура, де закладено дихальний центр. Медико-клінічні критерії смерті мозку в основному були вивчені вже в кінці 60-х років: атонія всіх м'язів, зникнення будь-яких реакцій на зовнішнє роздратування і будь-яких рефлексів, що замикаються вище рівня спинного мозку, стійке розширення і ареактивність зіниць, пряма лінія на енцефалограмі і т . п. Також були вироблені процедури надійної діагностики, щоб виключити помилку. Всі ознаки властиві смерті мозку повинні зберігатися протягом 12 годин, при пробному відключень підтримуючої апаратури спонтанне дихання не відновлюється. Якщо ж такий стан виникає при отруєнні ліками, тривалість спостереження для винесення діагнозу смерті мозку повинна бути не менше 3-х діб. Крім того, при встановленні діагнозу смерть мозку за допомогою ЕКГ тестується відсутність електричної активності мозку і за допомогою ангіографії - припинення мозкового кровообігу.

Радикальна точка зору визнає цього недостатнім і вимагає йти далі, в сторону узаконення критерію смерті вищого мозку, навіть якщо мозковий стовбур ще функціонує. З деякою часткою спрощення можна говорити про те, що критерій

смерті вищого мозку є смерть особистості, інакше кажучи - необоротна втрата свідомості. Президентська комісія США критерій смерті вищого мозку відкинула за двома підставами. По-перше, в даний час не існує тести, які дозволили б надійно і однозначно констатувати смерть вищого мозку. Більш того, в останні роки з'явилися повідомлення про те, що в ряді випадків пацієнтів, досить тривалий час перебували в коматозному стані, вдавалося повернути до тями. Другим аргументом комісії було те, що до сих пір серед філософів, а тим більше серед пересічних людей, немає згоди в тому, що таке свідомість і що таке особистість. Отже, на основі цих понять не можна побудувати ні такого визначення, ні такого критерію смерті, які розумілися б усіма однаково.

Евтаназія і її форми.

Біоетика вимагає вироблення раціонального ставлення людини до своєї смерті. Медикалізація сучасної культури призводить до проблеми допустимості чи недопустимості евтаназії, як тихою «блаженної» смерті або як умисного, безболісного умертвіння безнадійно хворих людей. За визначення видно, що евтаназія одна з найгостріших і суперечливих проблем біоетики. У всьому цивілізованому світі розгорнулися гострі дискусії про право людини на смерть. З приводу евтаназії виявилися різні позиції - від повного заперечення до необхідності легалізації принципів і методів евтаназії.

Вперше цей термін був використаний англійським ученим-гуманістом Ф. Беконом (1561-1626). Він розумів під евтаназією безболісну, легку смерть. Бекон писав: «Я абсолютно переконаний, що борг лікаря полягає не тільки в тому, щоб відновити здоров'я, але і в тому, щоб полегшити страждання і муки, заподіяні хворобами ... і в тому випадку, коли вже немає абсолютно ніякої надії на порятунок, то можна лише зробити саму смерть легкою і спокійною».

Свою думку з приводу евтаназії висловив німецький філософ І. Кант. Він писав з цього приводу: «Якщо хворий, довгі роки прикутий до ліжка, відчуває найжорстокіші страждання, постійно закликає смерть, яка позбавить його від мук, - не вірте йому, це не є його дійсне бажання. Розум, правда, підказує йому це, але інстинкт проти цього повстає. Якщо він і волає до смерті - рятівниці від страждань, - то разом з тим він завжди вимагає ще деякої відстрочки і постійно знаходить привід для того, щоб відсунути остаточний вирок».

Тема «благої смерті» стала каменем спотикання для багатьох представників гуманітарних дисциплін. Смерть можна розглядати з боку процесу і з боку результату. З боку процесу - це вмирання, що закінчується неминуче смертю. Вмирання - це процес незворотних патологічних змін ведуть до настання смерті. З боку результату - це стан, що характеризується необоротністю і може бути зафіксовано як факт.

Проблема евтаназії відноситься до процесу, але не до стану. Евтаназія спрямована не проти смерті, але й не проти життя, вона спрямована проти процесу вмирання, що супроводжується болісними стражданнями. Смерть зазвичай розглядається як процес, що включає в себе неминучий результат. Це треба мати на увазі, коли говорять про евтаназію як легку смерть. Тому евтаназія

- це скоріше турбота про вмираючого, ніж «вбивство з жалості». У статті «Право вмираючої людини на припинення життя», представленої Радою з етики та судових справах Американської медичної асоціації, відзначається, що люди стали все частіше замислюватися про те, то процес вмирання, сполучений з непрацездатністю, нестерпною болем і приниженням, часто надмірно і штучно продовжується.

Евтаназія - це свідомо дія, що приводить до смерті приреченого на болісне вмирання безнадійно хворої людини, безболісним шляхом з метою припинення його страждань. В її основі лежить співчуття. У вузькому сенсі термін «евтаназія» означає медичне введення смертельних лік з метою усунення нестерпною і невиліковної болю.

Чи є евтаназія умертвіння? Чи є умертвіння добровільним відходом з життя за допомогою фахівця? У цій темі проглядаються не тільки особисте ставлення до своєї майбутньої смерті, а й ставлення тих, хто буде здійснювати дію, що приводить до смерті. Є тонкий психологічний нюанс, який не дозволяє розглядати евтаназію як умертвіння. Евтаназія, як новий спосіб медичного рішення проблеми смерті є скоріше припинення життя, ніж умертвіння людини. У медицині допустима евтаназія, але не умертвіння.

Біомедична етика намагається розв'язати конфлікт між традиційним і ліберальним розумінням ролі лікаря в суспільстві; введенням принципу поваги автономії пацієнта і відповідного зобов'язання лікаря поважати рішення хворого. Повага до людської гідності завжди пов'язане з визнанням свободи особистості робити вибір відповідно до її духовними цінностями. Біоетика, як соціальний інститут визнає не тільки суб'єктивно-особистісне, а й об'єктивно-соціальний вимір виникаючих проблем. Йдеться про соціальні наслідки політики, яка буде допускати лікарські дії свідомо призводять до смерті хворого. Залишається відкритим питання, чи етично для лікаря згоду на здійснення евтаназії. Будь-який метод, який призводить до смерті, зазвичай розглядається, як шкідливий для хворого і несумісний з діяльністю лікаря. Дозвіл евтаназії несумісне з здавна існуючою заборонаю лікарів, які вбивають своїх хворих. Довіра суспільства до лікарів базується на тому, що медицина покликана зцілювати і її можливості не повинні використовуватися для наближення смерті.

Евтаназія так чи інакше входить в практику сучасної охорони здоров'я. Евтаназія як певну дію, спрямоване на вирішення проблеми припинення життя, протікає в двох основних формах. Розрізняють активну і пасивну форми евтаназії. Дана відмінність має не тільки глибокий моральний сенс, а й юридичне значення.

Активна евтаназія - це навмисне втручання з метою перервати життя пацієнта, наприклад, шляхом ін'єкції кошти, що викликає летальний ефект. В даному випадку дія лікаря є безпосередньою причиною смерті.

Пасивна евтаназія - це припинення надання медичної допомоги, наприклад, відмова від життєпідтримуючого лікування, коли воно або припиняється, або взагалі не починається, з метою прискорення настання природно смерті. У медичній практиці часто зустрічається пасивна форма евтаназії, коли доводиться

в силу безглуздості життєпідтримуючого лікування, визнати, що «медицина тут безсила». Пасивна евтаназія відрізняється від активної евтаназії за формою участі лікаря, ця відмінність між дією і бездіяльністю. Наступ смерті може прискорюватися не за рахунок втручання, а через відмову від дії. Термін «подвоєна евтаназія» - це проведення паліативного лікування, яке може давати побічні ефекти зі смертельними наслідками. Безпосередньою метою може бути усунення болю і страждань, однак при цьому заздалегідь відомо, що таке лікування опосередковано призводить до смерті пацієнта.

Розрізняють три форми активної евтаназії:

1) Вбивство з співчуття, або так зване «милосердне вбивство». В даному випадку життя безнадійно хворого, приреченого на болісну смерть, переривається лікарем. Часто не має значення, є згода чи ні самого вмираючого, наприклад, від травми несумісною з життям;

2) Добровільна евтаназія. В даному випадку евтаназія здійснюється на прохання хворого, або так званого «компетентного пацієнта». Під компетентністю розуміється здатність пацієнта приймати самостійне рішення. Недобровільна евтаназія проводиться з некомпетентним пацієнтом на прохання родичів або опікунів;

3) Самогубство за допомогою лікаря, або так зване «асистування при самогубстві». В даному випадку евтаназія здійснюється не лікарем, але за сприяння лікаря. Лікар передає в руки пацієнта засіб, що дозволяє тому покінчити собою, або, наприклад, інформацію про летальній дозі призначається снодійного. Підтримуване самогубство передбачає сприяння лікаря настання смерті пацієнта.

З проблеми евтаназії сформувався дві протилежні позиції, які можуть бути позначені як ліберальна і консервативна.

Ліберальна позиція виходить з принципу: гідно жити, гідно померти. Вважається, що евтаназія завжди була, є і буде. Ліберальна ідеологія розглядає евтаназію через призму людського права - право померти, якщо смерть - єдине звільнення від страждань безнадійно хворого. Було б аморально бажати болісної смерті для приреченого хворого. Було б гуманно розглядати допомогу хворому, хто просить легкої смерті, якщо біль непереборна. Евтаназія справедлива по відношенню до невиліковним хворим, паралізованим хворим - дебилам, до новонародженим з атрофованим мозком. Необхідно дотримуватися дві умови: якщо страждання неможливо усунути відомими засобами, і якщо хвороба неминуче призведе до деградації особистості.

Консервативна позиція з проблеми евтаназії виходить із принципу недоторканності і святості людського життя. Евтаназія розглядається як перетворена форма вбивства, юридичне визнання якої призведе до руйнування соціальних і моральних позицій медицини. Негативне ставлення до евтаназії виражається часом в різкій формі: лікарі не повинні бути катами. Консервативна позиція з проблеми евтаназії виходить із принципу недоторканності і святості людського життя. Евтаназія розглядається як перетворена форма вбивства, юридичне визнання якої призведе до руйнування соціальних і моральних позицій

медицини. Негативне ставлення до евтаназії виражається часом в різкій формі: лікарі не повинні бути катами.

Консервативна ідеологія спирається на лікарську етику Гіппократа, яка забороняє лікарям вбивство або використання свого знання для того, щоб викликати «легку» смерть хворого. «Смерть за участю лікаря» або «асистування при самогубстві» неприпустимо. Противники евтаназії висувують такі аргументи. По-перше, евтаназія суперечить принципу «поки є життя, є надія». Ніколи не можна виключати можливість «самовільного лікування» від раку, тобто спонтанної регресії пухлини. По-друге, при евтаназії можливі діагностичні помилки або зловживання з боку медперсоналу, членів сім'ї чи інших зацікавлених осіб. По-третє, прийняття евтаназії може виявитися перешкодою на шляху розвитку медицини.

Релігійний аргумент проти легалізації евтаназії виходить з визнання святості людського життя. Позиція Церкви з питання евтаназії цілком ясна і недвозначна. Ні самогубство, ні вбивство навіть по власне прохання вмираючого ніколи не можуть бути схвалені Церквою.

Питання про перспективи впровадження евтаназії в повсякденну клінічну практику залишається відкритим. Евтаназія може застосовуватися не як система, а лише як виняток, узгодженого з місцевими етичними комітетами. Проведення евтаназії має бути суворо індивідуалізоване. Ю.М. Хрустальов також наголошує на необхідності розвитку такої самосвідомості у людей, яке дозволило б їм зрозуміти, що лікар допомагає людині народитися, що лікар допомагає людині бути здоровим всю його життя, і що він, лікар, повинен допомогти людині по-людськи піти з життя. Це питання багато в чому залишається головним в біомедичній етиці. Тому лікарську діяльність, що включає в себе етичні та правові проблеми, ніколи не можна буде уніфікувати, тобто позбавити лікаря права бути особистістю. Таким чином, евтаназія не може носити масовий характер як система медичної практики.

Завдання біоетики в цьому плані полягає в тому, щоб забезпечити принцип евтаназії від будь-яких зловживань, щоб віра в «добру смерть» як нове божество не могло перетворитися в ідолопоклонство, в нове цивілізоване язичництво зі своїм медікалізованим ритуалом жертвопринесення. Біоетика має бути і залишатися філософією життя, а не етикою смерті. В цьому її людяність і велич.

Хоспіс як альтернатива евтаназії.

Величезна проблема для сучасної медицини - це онкологічні захворювання. Щорічно вони забирають більше 6 млн. Людських життів, і це число зростає. У 1905 р рак був виявлений лише у 3,7% населення, а в 1995 - вже у 21,3%. Біль і самотність - доля більшості інкурабельних онкологічних хворих. Яка медична практика догляду за такими хворими? У різних країнах ці питання вирішуються по-різному в залежності від економічних можливостей, релігійних, національних традицій, поваги до людини і готовності допомогти немичному і безнадійно хворому. З цією метою створюються спеціальні лікувальні установи - хоспіси, що реалізують централізовану програму паліативної та підтримуючої допомоги для

вмираючих хворих і їх сімей в формі соматичного, психологічного, соціального і духовного піклування, в яких пацієнти відчують, що живуть повноцінним духовним життям, а не доживають свій вік в страшних муках і агонії.

У 60-х роках два лікарі - Е. Кюблер-Росс і С. Сондерс поклали початок руху, яке ставило за мету змінити медицину так, щоб вона могла обслуговувати спеціальні потреби вмираючих пацієнтів і їх сімей. Деякі лідери хоспісного руху доводять, що прохання про смерть за участю лікаря виникають тільки тоді, коли люди не знають, як діє сучасне хоспісне обслуговування. Пацієнт хоспісу оточений такою увагою і турботою, про який можна тільки мріяти, він - головна фігура цієї установи, йому в усі йдуть назустріч, намагаючись вгадати найменше його бажання. Тут панує дивно доброзичлива і щира атмосфера, яка дозволяє пацієнтові відчувати себе комфортно.

На відміну від звичайних лікарень в хоспісі відсутні обмеження - при собі можна тримати навіть домашніх тварин, наприклад, кішку або собаку, приймати рідних, влаштовувати урочистості. Хоспіс ніколи не забирає у людей надію одужати. Шанс завжди є - можливі помилки в постановці діагнозу або випадки неймовірного самоцілення організму. Якщо навіть всі надії звалилися, залишається остання - на гідне завершення життєвого шляху.

Ефективна паліативна допомога, доброта, співчуття і підтримка персоналу можуть перемогти евтаназію, який би "милосердною" вона не була. Досвід західних країн показує, що до практичного вирішення проблем, піднятих доктриною евтаназії, здатні лише сильні, розвинуті, впевнені в собі суспільства. Чи знайдемо ми в собі сили на такі рішучі дії в цій непростій і делікатній сфері? І найголовніше - у людини повинна бути надія на зцілення, а для цього потрібно боротися за своє життя!

Виходячи зі світової практики, в паліативної допомоги (догляді, який підвищує якість життя пацієнта, а саме пацієнтові знімають біль і за ним доглядають кваліфікований медичний персонал, соціальні працівники, психологи) і на дому, і в стаціонарах щорічно потребують 60% померлих людей.

Директор програм Всеукраїнської асоціації паліативної допомоги Олександр Вольф повідомив, що на початок 2010 року при МОЗ України діє 5 стаціонарних хоспісів та 13 паліативних відділень, в яких є 521 місце. Ще 3 хоспіси містять благодійні організації спільно з місцевими управліннями охорони здоров'я (65 ліжок). У семи центрах профілактики та боротьби з ВІЛ / СНІД також «відкриті» 50 хоспісних ліжок. Але це крапля в морі.

Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендує такий стандарт - 6-7 хоспісних ліжок на 100 000 населення. Виходячи з цього, Україна потребує в 4 000 ліжках. Оптимально в одному такому закладі можуть приймати 25-30 пацієнтів. Тому в нашій країні потрібно відкрити 120-150 стаціонарних хоспісів.

Психологічні стадії прийняття летального діагнозу.

Американській лікар Елізабет Кюблер-Росс створила концепцію психологічної допомоги помираючим людям. Вона займалася дослідженням переживань смертельно хворих людей і написала книгу: «Про смерть і вмирання». У цій книзі

Кюблер-Росс описує стадійність прийняття смерті: заперечення; гнів; торг; депресія; прийняття.

Всі 5 стадій психологічних переживань відчувають не тільки самі хворі люди, а й також родичі, які дізналися про страшне захворювання або про швидкий відхід свого близької людини. Синдром втрати або відчуття горя, сильні емоції які переживаються в результаті втрати людини, знайомі кожному. Втрата близької людини може бути тимчасовою, виникати в результаті розлуки або постійної (смерть). Протягом життя ми прив'язуємося до своїх батьків та близьких родичів, які забезпечують нам турботу і догляд. Після втрати близьких родичів людина відчуває себе знедоленим, як ніби «відрізали частину» його, відчуває відчуття горя.

1) Заперечення: першою стадією прийняття неминучого є - заперечення. У цю стадію хворий вважає, що сталася якась помилка, він не може повірити, що це дійсно з ним відбувається, що це не страшний сон. Пацієнт починає сумніватися в професіоналізмі лікаря, в правильній постановці діагнозу і в результатах досліджень. В першу стадію «прийняття неминучого», пацієнти починають звертатися до більших клініки для консультацій, ходять по лікарях, медіумів, професорам і докторам наук, та ін. В першу стадію у хворої людини виникає не тільки заперечення страшного діагнозу, але і страх, у деяких він може тривати аж до самої смерті. Мозок хворої людини відмовляється сприймати інформацію про неминучість кінця життя. У першій стадії «прийняття неминучого» онкологічні хворі починають лікуватися народними засобами медицини, відмовляються від традиційної променевої та хіміотерапії.

2) Гнів: друга стадія прийняття неминучого виражається у вигляді гніву, болю. Зазвичай на цій стадії людина задається питанням «Чому саме я?» «Чому я захворів цією страшною хворобою?» І починає всіх звинувачувати, починаючи від лікарів і закінчуючи самим собою. Пацієнт розуміє, що він серйозно хворий, але йому здається, що лікарі і весь медичний персонал недостатньо до нього уважно ставляться, не слухають його скарги, не хочуть взагалі більше лікувати його. Гнів може проявлятися в тому, що деякі хворі починають писати скарги на лікарів, ходити по інстанціях або загрожувати їм. У цій стадії «прийняття неминучого» хворої людини починають дратувати молоді та здорові люди. Хворий не розуміє, чому всі навколо посміхаються і сміються, життя триває, і вона ні на мить не зупинилася через його хвороби. Гнів може переживати глибоко всередині, а може в якийсь момент «вилитися» на оточуючих. Прояви гніву зазвичай відбувається на тій стадії захворювання, коли хворий себе непогано почуває і у нього є сили. Дуже часто гнів хворої людини спрямований на психологічно слабких людей, які не можуть у відповідь нічого сказати.

3) Торг: третя стадія психологічної реакції хворої людини на швидку смерть є - торг. Хворі люди намагаються здійснити операцію або торг з долею або з Богом. Вони починають згадувати, у них з'являються свої «прикмети». Хворі в цій стадії захворювання можуть загадати: «Якщо монетка зараз впаде решкою вниз, значить я одужаю». У цій стадії «прийняття» хворі починають здійснювати різні

добрі справи, займатися мало не благодійністю. Їм здається, що Бог чи доля, побачать які вони добрі і хороші і «передумують», дадуть їм довге життя і здоров'я. У цій стадії людина переоцінює свої можливості і намагається все виправити. Торг або угода можуть проявлятися в тому, що хвора людина готовий заплатити всі свої гроші за порятунок свого життя. У стадії торгу сили хворого поступово починають слабшати, хвороба неухильно прогресує і з кожним днем йому стає все гірше і гірше. У цій стадії захворювання дуже багато залежить від родичів хворої людини, тому що він поступово втрачає сили. Стадія торгу з долею можна також простежити на родичів хворої людини, у яких є ще надія на одужання близької людини і вони докладають максимальних зусиль для цього, дають хабарі лікарям, починають ходити до церкви.

4) Депресія: на четвертій стадії виникає важка депресія. У цю стадію людина зазвичай втомлюється від боротьби за життя і за здоров'я, з кожним днем йому стає все гірше і гірше. Хворий втрачає надію на одужання, у нього «опускають руки», спостерігається зниження різке зниження настрою, апатія і байдужість до життя. Людина на цій стадії занурюється в свої внутрішні переживання, він не спілкується з людьми, може годинами лежати в одній позі. На тлі депресії у людини можуть виникнути суїцидальні думки і спроби самогубства.

5) Прийняття: п'ята стадія називається прийняття або смиренність. У 5 стадії «прийняття неминучого людини вже практично з'їла хвороба, вона виснажила його фізично і морально. Хворий мало рухається, більше часу проводить в своєму ліжку. У 5 стадії важко хвора людина як би підводить підсумок всієї своєї прожитого життя, розуміє, що в ній було багато хорошого, він встиг щось зробити для себе та інших, виконав свою роль на цій Землі. «Я прожив це життя не дарма. Я багато встиг зробити. Тепер я можу спокійно померти». Багато психологів вивчили модель «5 стадій прийняття смерті» Елізабет Кюблер-Росс і прийшли до висновку, що дослідження американки носили скоріше суб'єктивний характер, не всі хворі люди проходять через всі 5 стадій, у деяких можуть порушитися порядок їх слідування або відсутні взагалі. Стадії прийняття показують нам, що не тільки так відбувається прийняття смерті, але і всього неминучого в нашому житті. У певний момент наша психіка включає певний механізм захисту, і ми не можемо адекватно сприймати об'єктивну реальність. Ми несвідомо спотворює реальність, роблячи зручною її для нашого еґо. Поведінка багатьох людей у важких стресових ситуаціях схоже на поведінку страуса, який ховає свою голову в пісок. Ухвалення об'єктивної реальності може якісно впливати на прийняття адекватних рішень.

Етичні проблеми нових репродуктивних технологій.

Одна з найгостріших проблем сучасних біомедичних технологій - екстракорпоральне запліднення. Цей метод дозволяє подарувати радість материнства жінкам, до його появи приреченим на безплідність. Він з'явився в 1978 році в клініці Борн-Холл (Кембридж, Англія). Медику Р.Едвардс і ембріологові П.Степто вдалося в пробірці з'єднати яйцеклітину зі сперматозоїдом.

Виник ембріон, який був перенесений в порожнину матки жінки, яка страждає абсолютним безпліддям. Розвиток вагітності практично нічим не відрізнялося від звичайного випадку, і через дев'ять місяців народилася дівчинка, яку назвали Луїза Браун. Почалася нова епоха в лікуванні безпліддя.

Екстракорпоральне запліднення і штучна інсемінація в лікуванні безпліддя обґрунтовані і доцільні, і при дотриманні певних умов стан здоров'я дітей не викликає побоювань. У той же час кожен з методів штучного запліднення, безумовно, збільшує ризик перинатальної патології і неврологічних розладів, але ступінь ризику, його причини і можливості зниження різні й залежать від способів корекції безпліддя.

У практичній медицині зараз широко використовуються методи штучного запліднення, кінцева мета яких - лікування безпліддя і чоловічого, і жіночого. Вони базуються на трьох підходах. Перший - штучна інсемінація жінки спермою чоловіка або донора. Потім, екстракорпоральне запліднення яйцеклітини *in vitro*, отриманої від жінки після гормональної стимуляції з наступним переносом (трансплантацією) розвивається ембріона в утробу матері. І, нарешті, виношування ембріона (плода) так званої "сурогатною матір'ю".

Однак, незважаючи на всі успіхи, використання репродуктивних технологій, особливо в медицині, сприймається неоднозначно як дослідниками, так і громадськістю. Морально-етичні питання концентруються, в основному, навколо наступних проблем: статус ембріона людини, термін розвитку ембріона, починаючи з якого він може розглядатися як особистість, правомочність маніпуляцій зі статевими клітинами і з ембріонами людини, як з медичними, так і з дослідницькими цілями, правомірність заморожування ембріонів і статевих клітин людини і використання їх для реципієнтів, права і обов'язки донорів статевих клітин, психологічний стан пацієнтів - учасників процедури штучного запліднення, складності сурогатного материнства, правомочність вибору статі плоду.

Сучасна біомедицина невпинно розширює технологічні можливості контролю і втручання в природні процеси зародження, протікання і закінчення людського життя. Стали повсякденною практикою різні методи штучної репродукції людини, заміни зношених або пошкоджених органів і тканин, нейтралізації дії шкідливих або заміщення пошкоджених генів, продовження життя і впливу на процес вмирання і багато іншого.

У всіх подібних випадках ми стикаємося з прикордонними ситуаціями, коли важко сказати, чи маємо ми справу вже (або ще) з живим людським еством або тільки з агрегатом клітин, тканин і органів. Межі нашого втручання в життєві процеси і функції визначаються не тільки розширюються науково-технічними можливостями, а й нашими уявленнями про те, що є людина, а отже, і про те, які дії і процедури по відношенню до нього допустимі, а які - неприйнятні.

Аборт - це мимовільне або штучне переривання вагітності протягом перших 22 тижнів. Безпечним вважається аборт, який проводиться за участю

кваліфікованого фахівця (лікаря, акушерки, медичної сестри) за допомогою схвалених і рекомендованих методів і в потрібному для цього медичному закладі.

Всі держави щодо випадків допустимості аборту можна розділити на кілька груп.

Повна заборона без винятків: у цій групі країн аборт розглядається як злочин проти внутрішньоутробного життя і прирівнюється до вбивства. У Нікарагуа, Сальвадорі, Чилі, на Мальті і Філіппінах, на території Ватикану аборти заборонені законом без яких би то не було виключень.

Повна заборона, крім виняткових випадків: в Афганістані, Анголі, Бангладеш, Венесуелі, Гватемалі, Гондурасі, Єгипті, Індонезії, Іраку, Ірані, Ірландії, Ємені, Колумбії, Лівані, Лівії, Мавританії, Малі, Непалі, ОАЕ, Омані, Парагваї, Папуа-Нової Гвінеї, Сирії аборти повністю заборонені (як правило, крім випадків порятунку життя жінки). Тут аборт теж розглядається як злочин.

Сурогатне материнство.

Надзвичайно бурхливі суперечки ведуться навколо так званого "сурогатного материнства". В цьому випадку яйцеклітина однієї жінки запліднюється *in vitro*, а потім ембріон переноситься в матку іншої жінки - "матері-носії", "жінки-донора", "тимчасової матері" і т.п. ; при цьому соціальної матір'ю - "орендарем", наймачем - може бути або та жінка, яка дала свою яйцеклітину, або взагалі третя жінка. Таким чином, у дитини, яка народилася завдяки подібним маніпуляціям, може виявитися п'ять (!) Батьків: 3 біологічних (чоловік-донор сперми, жінка-донор яйцеклітини і жінка-донор утроби) і 2 соціальних - ті, хто виступає в якості замовників.

Привабливість сурогатного материнства в випадках, коли причиною безпліддя є відсутність матки у жінки, очевидна. Відомі випадки, коли своєрідну донорську функцію "матері-носії" виконувала мати або сестра страждає безпліддям жінки. Слід зауважити, що родинні зв'язки при цьому виявляються надзвичайно заплутаними - "мати-носії" виявляється в певному сенсі як матір'ю, так і бабусею народжену дитину, а також не тільки матір'ю, але і сестрою жінки- "замовниці".

Найчастіше, однак, така практика здійснюється на основі контракту, який передбачає оплату послуг "жінки-носії" і юриста, що становить контракт.

Про що виникають тут морально-етичних проблемах і юридичних труднощі свідчить судова суперечка, що мав місце в 1987-1988 рр. в США: незважаючи на укладену угоду, "сурогатна мати" Мері Уайтхед відмовилася віддати дитину подружжю Стернам (яйцеклітина належала Елізабет Стерн, а сперма - її чоловікові Вільяму Стерну). Перша судова інстанція позбавила М. Уайтхед материнства і передала батьківські права Стернам. Однак через 10 місяців Верховний суд штату Нью-Джерсі вирішив цю справу інакше, зберігши права стерні на опікунство і наділивши М. Уайтхед правами матері-візитера. Особливо слід підкреслити, що остаточним рішенням суду контракт з приводу "сурогатного материнства" був визнаний недійсним як такий, що суперечить закону і принижує людську гідність жінки. У такому ж дусі виступають і інші противники

"сурогатного материнства", говорячи про нього як про перетворення жінки в "живий інкубатор", "біопрепарат", як про нову форму торгівлі своїм тілом і т.д

Втім, не менш енергійні і аргументи захисників даного методу, який часом представляє єдину можливість подолання певних форм безпліддя. Багато з них вважають, що жінка, яка вирішила взяти на себе роль "тимчасової мами", може йти на це не тільки з матеріальних, а й з гуманних міркувань.

Новітні технології репродукції людини привертають найпильнішу увагу богословів, які представляють різні релігійні конфесії, що само по собі зрозуміло.

Католицька мораль в цілому негативно ставиться до штучного запліднення, особливо - до гетерологічного, так як це суперечить цінності шлюбу, гідності подружжя, самому призначенню батьків і праву дитини бути зачатим і народженим на світло в шлюбі і завдяки шлюбу. "Сурогатне материнство" відкидається всіма католицькими авторами. У той же час серед католицьких авторів є теологи, які вважали б етично прийнятним метод ЕКО, якби він виключив проблему "надлишкових" ембріонів.

Православні теологи диференційовано відносяться до застосування різних методів штучного запліднення: 1. Штучне запліднення незаміжньої жінки засуджується, головним чином, виходячи з інтересів дитини. 2. Штучне запліднення заміжньої жінки без згоди чоловіка вважається неприпустимим, так як прирівнюється до "звичайної" подружньої зради. 3. Штучне запліднення спермою чоловіка розглядається як цілком доречний спосіб використання медичних знань, що дозволяє християнського шлюбу реалізувати одну з головних його цілей - продовження роду. 4. Головна причина негативного ставлення до методу запліднення *in vitro* полягає в неминучому появу при цьому "надлишкових" ембріонів, а то, що їх майбутнє визначається лікарями, покладається несумісним з уявленнями церкви про людському ембріоні - носії людської гідності. 5. Використання однієї-єдиної яйцеклітини для запліднення *in vitro* одними православними богословами заперечується як крок небезпечний, що веде до "дегуманізації людського життя" у самих її витоків, інші ж висловлюються на користь визнання етичної прийнятності такої модифікації методу запліднення *in vitro*. 6. Донорство яйцеклітин і ембріонів (так само як і донорство сперми) вважається морально неприпустимим. 7. Всі різновиди "сурогатного материнства" одностайно відкидаються усіма православними богословами. Протестантська церква робить упор на користь майбутньої дитини, на гарантії його права на родинні стосунки. Що стосується, наприклад, можливості гетерологічного запліднення, то воно не виключається, хоча посправжньому і не рекомендується.

Аборт за медичними показаннями і в інших виняткових випадках; в Алжирі, Аргентині, Болівії, Бразилії, Гані, Ізраїлі, Кенії, Коста-Ріці, Марокко, Мексиці, Нігерії, Пакистані, Перу, Польщі, Уругваї аборти дозволені тільки у випадку загрози життю та здоров'ю жінки, тобто тільки за медичними показаннями. Так, наприклад, в Іспанії в 1985 році були легалізовані аборти у випадках згвалтування,

серйозних аномалій плода і серйозного ризику, створюваного вагітністю для фізичного або психічного здоров'я жінки.

Аборт за медичними і соціально-економічними показниками. В Англії, Індії, Ісландії, Люксембурзі, Фінляндії, Японії, Україні аборти дозволені тільки за медичними і соціально-економічними показниками, а також у випадках зґвалтування.

У найбільш ліберальній групі країн законодавець виходить з визнання права жінки самостійно вирішувати питання про вагітність. Кримінальна політика спрямована тут на охорону здоров'я жінки, тобто карані лише позалікарняних і пізні аборти. Аборти "за бажанням" на ранніх стадіях вагітності дозволені в країнах колишнього СРСР, в країнах колишньої Югославії, Австралії, Австрії, Албанії, Бельгії, Болгарії, Угорщині, В'єтнамі, Німеччині, на Кубі, в Нідерландах, Норвегії, Румунії, Монголії, Сінгапурі, Італії, Словаччині, Чехії, Швеції, ПАР, Тунісі, Туреччині, Франції.

Україна належить до групи ліберальних країн, де законодавці віддають пріоритет праву жінки на особисту недоторканність і свободу розпорядження власним тілом.

В СРСР до 1954 року існував державний заборона на проведення абортів, і були поширені немедичні незаконні аборти. До них вдавалися самі вагітні жінки, використовуючи "народні методи", або ж операцію проводили особи з недостатнім або відсутньою медичною освітою, до того ж в позалікарняних умовах. Часто такі операції приводили до безпліддя жінки, а в ряді випадків закінчувалися смертельним результатом.

Згідно з чинним законодавством України хірургічний аборт проводиться в акредитованих закладах охорони здоров'я при вагітності до 12 тижнів. На терміні вагітності від 12 до 22 тижнів штучний аборт здійснюється лише за наявності таких показань: наявність у жінки трьох і більше дітей, розлучення під час вагітності, смерть чоловіка, вагітність внаслідок зґвалтування, перебування жінки або її чоловіка в місцях позбавлення волі, позбавлення жінки батьківських прав, наявність у жінки дитини-інваліда, важке захворювання чоловіка або травма, що зумовили його інвалідність під час вагітності дружини.

Проведення штучного переривання вагітності у пацієнтки віком до 14 років або є неісдатною здійснюється за заявою її законних представників. Штучні переривання вагітності у пацієнтки, яка досягла 14 років, здійснюється з її згоди.

Етичні вимоги щодо діяльності науковця, який має справу з людиною як суб'єктом дослідження, вперше були проголошені в 1946 році та закріплені Нюрнберзьким Кодексом, який висунув ідею пріоритету блага та інтересів особистості над інтересами науки і суспільства. Цей документ започаткував народження біоетики та біоправа, сприяв розвитку міжнародної правової та законодавчої практики щодо захисту прав людини та гуманного відношення до експериментальних тварин.

В подальші роки була прийнята низка міжнародних документів, в яких знайшли відображення сучасні етико-правові вимоги до наукової діяльності:

Гельсінська декларація Всесвітньої медичної асоціації (остання версія – 2008), Декларація про політику забезпечення прав пацієнта в Європі (1994), Конвенція про захист прав та гідності людини у зв'язку із застосуванням досягнень біології та медицини (Рада Європи, 1996), Картахенський протокол з біобезпеки (2000), Європейська хартія прав пацієнтів (2002), Конституція Європейського Союзу (2004), Всезагальна декларація з біоетики та прав людини (ЮНЕСКО, 2005) та ін.

У 70-х роках ХХ століття на межі природничих та гуманітарних наук починає формуватися новий міждисциплінарний напрям знань та практики – біоетика, спрямований на вирішення складних етичних дилем збереження здоров'я та благополуччя людини, інших живих істот та довкілля, перш за все, в умовах інтенсивного застосування біомедичних технологій.

Приблизно з середини ХХ сторіччя біоетичні принципи починають суттєво впливати на процес планування, тематику, об'єкти та методи проведення наукових досліджень. Виявляється, що наукова об'єктивність та новизна міцно пов'язані із моральнісними установками самого дослідника, тими цінностями, які сповідує та кладе в основу своєї діяльності тої чи іншій науково-дослідний інститут, те чи інше наукове співтовариство. Тому є дуже важливим артикуляція цих цінностей та відповідних етичних принципів, їх соціальна верифікація, законодавче підкріплення і в кінцевому рахунку – їх втілення у науково-дослідну практику.

Сьогодні часто-густо в якості засадничих етичних принципів діяльності науковця-дослідника розглядаються принципи та правила: поваги до автономії та гідності суб'єкта дослідження, «не нашкодь», «роби благо», справедливості, цілісності, вразливості, інформованої згоди, конфіденційності, невторчання в приватне життя та ін. Деякі з цих принципів також розповсюджуються і на експериментальних тварин.

Принципи поваги до автономії та гідності людини розглядають як найбільш важливі серед інших принципів етики наукових досліджень. Вони означають повагу не тільки до прагматичної здатності суб'єкта дослідження робити правильний «розумний вибір», але й створення відповідних умов для втілення його ідеалів та цінностей, уявлень про власне здоров'я та благополуччя у науково-дослідну практику. Ці принципи свідчать не тільки про обов'язок дослідника надавати у доступній для досліджуваного формі повну інформацію щодо цілей та методів, наслідків та ризиків дослідження, але й всіляко підтримувати та зміцнювати його здатність до автономного вибору та відповідальних рішень, захищати досліджуваних з обмеженою автономією (діти, престарілі, інваліди, люди с психічними розладами).

Ці принципи ґрунтуються на повазі до людини як особистості, на визнанні її волевиявлення, права й можливості виконувати визначальну роль у прийнятті рішень, що стосуються її фізичного, психічного, тілесного та соціального благополуччя. Припускається моральне право суб'єкта дослідження на особливі почуття й внутрішні духовні стани, якими він може керуватися у своїй життєдіяльності.

Продовженням принципів поваги до автономії та гідності особистості є правило інформованої згоди (ІЗ), згідно якому пацієнт, клієнт чи інший суб'єкт добровільно й усвідомлено дає дозвіл на будь-яке втручання в своє життя, і цей дозвіл базується на розумінні відповідної інформації, яка надається дослідником-професіоналом. Це відповідає положенням Конституції України: «кожна фізична особа має право на: життя, охорону здоров'я, безпечне для життя та здоров'я довкілля, свободу та особисту недоторканність, недоторканність особистого та сімейного життя, повагу гідності та честі, якими ця особа володіє довічно, а медичні, наукові та інші дослідження можуть проводитися лише за її вільною згодою».

ІЗ виступає в якості необхідної умови забезпечення поважного ставлення до досліджуваних як до людських особистостей, а також зведення до мінімуму загрози їхньому здоров'ю, соціально-психологічному благополуччю, моральним цінностям внаслідок несумлінних або безвідповідальних дій дослідника. У змістовному плані це правило припускає, що пацієнт, клієнт чи інший суб'єкт добровільно й усвідомлено дає дозвіл на втручання в своє життя з науковою метою, і цей дозвіл базується на розумінні відповідної інформації, яка надається професіоналом (лікарем, вченим, соціальним працівником, юристом та ін.).

Принцип «не нашкодь» означає, що «ніхто не має права робити шкоди іншим людям». Під шкодою розуміється будь-яке зло, яке можна попередити, нанести або виправити – біль, страждання, несправедливість, позбавлення засобів існування, інвалідність, смерть особи. Виходячи з цього, передбачувані шкода та ризик дослідження не мають бути засобом досягнення благих цілей, перевищувати очікувану користь для досліджуваного. Дослідник має прагнути до менш інвазивних методів дослідження та мінімізації можливих ризиків. Заплановане медико-біологічне дослідження може мати небажані негативні або побічні ефекти для суб'єкта дослідження, але останній в такому випадку має отримати адекватну медичну допомогу, а його участь у дослідженні припинена.

Принцип «роби благо» означає, що здоров'я та благополуччя суб'єкта дослідження мають бути захищені у ході дослідження у найкращій спосіб. Цей принцип передбачає дії, які є безпосереднім благом для досліджуваного, захищають або підвищують якість його життя та здоров'я, попереджують та мінімізують нанесення шкоди досліджуваному, усувають небажані негативні явища.

Принцип справедливості вказує на необхідність рівного та поважного ставлення до автономії та гідності всіх суб'єктів дослідження, незважаючи на їхній вік, належність до певних соціальних верств, релігій, національності; однакове ставлення як до хворих, так і до здорових людей – волонтерів, учасників дослідження; створення рівних можливостей для всіх суб'єктів дослідження щодо їх доступу до медичних послуг, отримання переваг або виправлення шкоди, нанесеної під час дослідження.

За останні десять років в біоетичний дискурс впевнено увіходить принцип цілісності, який має декілька значень: 1) гідність, неприйняття корупції,

відкритість, чесність, доброзичливість; 2) цілісність особистості; 3) недоторканність особистості, вимога невтручання в її приватну сферу (як юридичне поняття у міжнародних правових документах). Цей принцип закликає дослідника бути справжньою особистістю, чесною та відкритою людиною щодо колег та досліджуваних, об'єктивно оцінювати цінність та доцільність своїх наукових проєктів щодо блага всього людства та суб'єктів дослідження, захищати психотілесну, духовну та соціальну цілісність суб'єктів дослідження (неприпустимість несанкціонованого втручання у його психофізичний світ та приватне життя).

Одним з ключових питань сучасної біоетики є гуманне ставлення до неантропних форм життя, до інших живих істот, тварин, в тому числі й лабораторних. Існують різноманітні підходи на питання використання тварин в сучасних медико-біологічних дослідженнях, від вимоги повної заборони використання тварин в експериментах до ствердження, що тварини не мають розумових здібностей, подібних до людських, і не усвідомлюють біль та страждання. Права тварин протиставляють правам людей, вважаючи, що існує жорстка альтернатива: або людство визнає, що тварини мають такі права, як і люди, або ставлення до тварин не буде відрізнятися від ставлення до неживої природи.

Відмовитись від використання теплокровних тварин в медико-біологічних дослідженнях не дозволяє ряд суттєвих моментів:

організм теплокровної тварини є найближчою до людського організму за морфо-функціональними та метаболічними показниками;

одночасне використання різних видів теплокровних тварин підвищує ймовірність виявлення ефекту (зокрема, при вивченні токсичності);

можливість дослідити численні показники фізіологічного стану організму (гематологічні, макро- та мікроскопічні, фармакокінетичні);

можливість використовувати різні схеми застосування методу або введення препарату, змінюючи при необхідності шлях, тривалість, дозу, експозицію;

вища точність результатів при повторних введеннях досліджуваної речовини тваринам;

можливість тривалого контролю за результатами лікування.

залишається відкритим питання про виправдання проведення експериментів на тваринах з етичної позиції, як і визначення права людини на проведення больових експериментів, межі болю, що потребує застосування знеболювальних засобів. З позицій біоетики важливим є визнання та використання принципу «трьох R» при плануванні та проведенні біомедичних експериментів:

refinement — гуманізація ставлення до тварин при проведенні експерименту;

reduction — зменшення кількості тварин, що використовуються;

replacment — заміна високорозвинених тварин тими, що стоять на нижчому еволюційному рівні розвитку або альтернативними методами.

Починаючи з 1991 року в Україні починають активно розроблятися біоетичні засади наукової діяльності: етичні кодекси, положення, законодавчі акти тощо. Українське законодавство доповнюється законодавчими актами, спрямованими на вдосконалення системи захисту прав, свобод та гідності людини, яка бере участь у медико-біологічних дослідженнях, а також гуманізацію експериментів на тваринах. Окрім Конституції України, Цивільного кодексу України, Основ законодавства України про охорону здоров'я, до цих актів можна віднести закони України «Про трансплантацію органів і інших анатомічних матеріалів», «Про лікарські засоби», «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про запобігання захворюванню синдромом набутого імунodefіциту (СНІД) і соціальний захист населення», «Про психіатричну допомогу», «Про наукову і науково-технічну експертизу», а також «Про тваринний світ», «Про ветеринарну медицину» і низка інших законів, а також постанов Верховної Ради і Кабінету Міністрів України, Указів Президента, Міністерства охорони здоров'я тощо.

Перший національний конгрес з біоетики, який відбувся у Києві у 2001 р., ухвалив «Загальні етичні принципи експериментів на тваринах», розроблені у відповідності до вимог біоетики в інтересах захисту людини та всього біологічного розмаїття світу. Важливим кроком на шляху гуманізації експериментів на тваринах було підписання президентом України Закону № 3447-IV «Про захист тварин від жорстокого поводження» (2006, остання редакція 2009). Згідно зі Статтею 26 цього закону «Правила поводження з тваринами, що використовуються в наукових експериментах, тестуванні, навчальному процесі, виробництві біологічних препаратів», всі експерименти з використанням тварин повинні проводитися з урахуванням біоетичних принципів та проходити попередню етичну експертизу. Використання тварин у наукових експериментах, біологічному тестуванні, навчальному процесі допускається лише в разі, якщо відсутня можливість заміни їх іншими альтернативними методами і об'єктами. Експериментальні тварини мають право на позбавлення від болю (знеболення), відновлення їх стану, здорові умови утримання. Умови утримання тварин повинні відповідати їх біологічним, видовим та індивідуальним особливостям, задовольняти їх природні потреби в їжі, воді, сні, рухах, контактах із собі подібними, у природній активності та інші потреби.

У 2009 році НАН України ухвалює Етичний кодекс вченого України, метою якого стає формулювання та доведення до вчених загальних етичних принципів, яких вони мають дотримуватися у своїй роботі. Згідно Кодексу, наукові дослідження не повинні ображати гідність або йти всупереч правам людини. При проведенні медико-біологічних досліджень слід керуватися принципами біоетики.

У другій половині ХХ століття стає очевидним, що етичне розуміння має йти попереду будь-якої науково-пізнавальної діяльності, а етичні вимоги мають бути наперед передбачені та втілені у дослідний проект. Формуються два основних механізми етичного регулювання наукових проектів: 1) процедура отримання інформованої згоди досліджуваного; 2) етична (біоетична) експертиза самого проекту.

Контроль за дотриманням сучасних етико-правових вимог до наукових досліджень покладається на комітети з етики (КЕ), соціальні інституції, які мають проводити біоетичну експертизу ще на стадії планування наукових досліджень. Комітети/комісії з етики/біоетики створюються на національному, регіональному або локальному рівнях. КЕ є незалежними організаціями експертів, які перебувають поза релігією або будь-яких наукових, корпоративних, партійних, економічних інтересів, а також адміністративного контролю. Вони формуються на принципах незалежності, плюралізму, демократії, толерантності, гендерної та вікової рівноваги, мають міждисциплінарний характер, забезпечують швидкий практичний результат.

Закони багатьох цивілізованих країн наділяють КЕ правом відхиляти проекти і навіть забороняти проведення клінічних та інших біомедичних досліджень, коли виявляються порушення біоетичних норм і правил.

Біоетична (етична) експертиза наукових досліджень сприяє втіленню в науковий проект (теорію, методологію, практику) біоетичних цінностей та принципів. Вона спрямована на забезпечення захисту прав людини, тварин та суб'єктів природи, які беруть участь у дослідженні, збереження їх здоров'я та благополуччя, життя та еволюційний розвиток. Її об'єктом є наукові проекти, плани, дизайни, законодавчі акти, нормативно-правові настанови, науково-технічні програми, а також механізми та засоби, соціальні, медичні, біологічні, екологічні та ін. умови та особливості їх здійснення, сам хід виконання наукових проектів, соціальні практики — все те, що пов'язане з процесом розробки та втілення в практику будь-яких небезпечних технологій. Предметом біоетичної експертизи є механізми та засоби, шляхи та засади втілення біоетичних принципів в теорію та практику застосування науки та технологій, забезпечення прав людини, тварин, суб'єктів природи на життя та розвиток в ході розробки та впровадження технологій.

На початку дослідження експерти КЕ проводять аналіз змісту дослідження відповідно до наданого дослідником протоколу, а також форми інформованої згоди для досліджуваного. В разі необхідності додається низка інших документів, наприклад, брошура дослідника, інструкції (листки-вкладиші) до препаратів, зразки опитувальників, опис приладів, копії важливих рішень державних або приватних установ щодо даного дослідження та ін.

Етична експертиза проводиться на початку дослідження, у ході його виконання, та наприкінці. Аналізується, наскільки повно те, чи інше дослідження відповідає рівню етико-правових вимог та втілює сучасні біоетичні принципи. Відслідковуються непередбачені, небажані для досліджуваного явища, які виникають у ході дослідження.

Рішення КЕ, згідно міжнародних вимог, може бути сформульовано наступним чином: 1) схвалення проекту дослідження, 2) для схвалення необхідно внесення змін, 3) негативне рішення, 4) відміна будь-якого раніше прийнятого рішення. КЕ є своєрідним посередником між дослідником та досліджуваним, заявником, спонсором та іншими сторонами, які беруть участь у виконанні науково-

дослідного проекту. Якщо планування, проведення та результати медико-біологічного дослідження не відповідають сучасним етико-правовим вимогам, зокрема принципам біоетики та відповідним нормативним актам, КЕ має всі підстави не схвалювати проект та проведення відповідного дослідження або запропонувати досліднику внести необхідні зміни у протокол дослідження.

Згідно Наказу МОЗ України від 01.11.2000 р. № 281 «Про затвердження Інструкції про проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань та Типового положення про комісію з питань етики» в Україні був розпочатий процес створення КЕ. На теперішній час біля сотні КЕ створені і працюють при медичних, лікувально-профілактичних, науково-дослідних та учбових закладах України. Їх метою є не тільки первинна біоетична експертиза протоколів досліджень, але й постійний моніторинг тих досліджень, які вже тривають. Авторитет комітетів з етики в усьому цивілізованому світі є досить високим для того, щоб впливати на суворе дотримання біоетичних принципів в наукових дослідженнях.

Згідно Наказу МОЗ України № 66 від 13.02.2006 «Про затвердження порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань і типового положення про комісію з питань етики» дослідник має в доступній формі пояснити суб'єкту дослідження мету та завдання запропонованих досліджень і лікувальних заходів, опис процедур та методів дослідження, незручності та очікуваний (можливий) ризик, очікувану користь лікувальних заходів, альтернативні методи лікування та ін. Згода пацієнта необхідна для застосування методів діагностики, профілактики та лікування. Це загальне правило розповсюджується й на випадки застосування нових, науково-обґрунтованих, але ще не допущених до загального використання методів і засобів в інтересах одужання хворого за умови їх наукової обґрунтованості та переваги очікуваної користі від дослідження над ризиком спричинення тяжких наслідків для здоров'я або життя досліджуваного.

У 2005 році дотримання етико-правових норм та вимог при проведенні наукових досліджень стає необхідною і важливою складовою атестації наукових і науково-педагогічних працівників в Україні. 31 березня 2005 року Вища атестаційна комісія України видає Наказ «Про внесення доповнень до переліків і форм документів, що використовуються при атестації наукових і науково-педагогічних працівників», згідно з яким, до переліку документів, які подаються до спеціалізованої вченої ради та ВАК України здобувачем наукового ступеня з медичних, біологічних і ветеринарних наук, має бути доданий висновок комітету з етики щодо проведення біоетичної експертизи дисертаційного дослідження.

Механізми біоетичного контролю та регулювання медико-біологічних досліджень постійно удосконалюються. Сьогодні вони застосовуються навіть у таких дослідженнях, що проводяться без втручання в психофізичну цілісність досліджуваного. Так, наприклад, у когортних дослідженнях, коли вивчаються інформаційні дані про стан здоров'я, генетичні, біохімічні та інші характеристики тих чи інших груп населення. Це також стосується випадків мінімального ризику

— вивчення біологічних матеріалів у людини. Природа ризику в даних випадках особлива, але це не виключає можливість завдання шкоди досліджуванним, наприклад, шляхом розголошення конфіденційної інформації приватного характеру.

Таким чином, характерною особливістю світогляду сучасного науковця, фахівця-професіонала стає етико-правова спрямованість: його відповідальність перед суспільством та його окремими членами за наслідки своєї діяльності, розуміння науковцем важливості втілення біоетичних принципів в науково-пізнавальну діяльність, в процес формування наукових припущень та гіпотез, планування досліджень.

Контрольні запитання:

1. Визначення поняття «евтаназія» і «хоспіс».
2. Які сьогоденні критерії смерті людини?
3. Які етичні ділеми ставлять сучасні репродуктивні технології?
4. Основні вимоги та етичні норми при використанні тварин у наукових дослідженнях.

Список літератури

Основна

1. Ковальова О.М. Деонтологія в медицині: підручник (ВНЗ IV р. а.) / О.М. Ковальова, Н.А. Сафаргаліна-Корнілова, Н.М. Герасимчук. - 2-е вид., випр. - К.: Медицина, 2018. 240 с.
2. Деонтологія і етика в клінічній практиці. Частина 1.: навчальний посібник/ Ю.М.Казаков, С.І.Треумова, В.П.Боряк, Н.І.Чекаліна, Т.А. Трибрат, С.В. Шуть, Полтава. 2014. 213 с.
3. Деонтологія та етика в клінічній практиці : навчальний посібник. Ч. 2 / С. І. Треумова, Є. Є. Петров, Ю. Г. Бурмак, Т.А. Трибрат ; МОЗ України, УМСА, Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини з доглядом за хворими, загальної практики (сімейної медицини). Полтава: Техсервіс, 2017. 375 с.
4. Спиця Н.В. Деонтологія в медицині. Навчально-методичний посібник для студентів II курсу медичних та фармацевтичних факультетів/Н. В. Спиця. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2017. 60 с.
5. Терзі О.О. Правові та етичні засоби громадського здоров'я / О.О.Терзі // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019. №3С. 84 – 90. – Режим доступу: <https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/7004/Terzi.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Додаткова література:

1. Основи біоетики та біобезпеки: підручник / О. М. Ковальова, В. М. Лісовий, Т. М. Амбросова, В. І. Смирнова. – 2-е вид., випр. – К.: ВСМ Медицина, 2017. – 392 с.
2. Запорожан В. М. Етюди про моральність. Нооетичний аспект: научно-популярна література / В.М. Запорожан. - Одеса: Одес. ун-т, 2015. - 159 с. – Режим доступу: <https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/2101>
3. Запорожан В. Н. Между добром и злом: нравственное самоопределение человека: монография / В. Н. Запорожан, И. А. Донникова, В. Б. Ханжи. — Одесса: ОНМедУ, 2020. — 264 с.