

**Міністерство освіти і науки України
Вінницький державний педагогічний університет
імені Михайла Коцюбинського
Кафедра педагогіки і професійної освіти
Вінницький медичний коледж імені акад. Д. К. Заболотного**

О. В. Біліченко

ОСНОВИ ПРОФЕСІЙНОЇ ЕТИКИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК

Вінниця – 2019

УДК 174:614.253.5(073)
ББК 74.58
Б 61

Рекомендовано до друку рішенням циклової комісії хірургічних дисциплін Вінницького медичного коледжу імені акад. Д. К. Заболотного (протокол №10 від 19.06.19 р.)

Рецензенти:

доктор медичних наук, професор кафедри загальної хірургії ВНМУ імені М.І. Пирогова *Жученко О. П.*

кандидат педагогічних наук, доцент кафедри педагогіки і професійної освіти ВДПУ імені М. Коцюбинського *Волошина О. В.*

Б 61 Біліченко О.В. Основи професійної етики медичних працівників: навчально-методичний посібник. – Вінниця: «Твори», 2019. – 224 с.

У навчально-методичному посібнику розглядаються актуальні морально-етичні проблеми, що виникають у сфері сучасної науки і охорони здоров'я, представлений матеріал, що стосується історії виникнення і розвитку професійної етики медичних працівників як науки, її теоретичні основи. Аналізуються такі аспекти професійної етики майбутніх медичних працівників, як гідність пацієнта, свобода особистості, інформована згода, «право на смерть», дилеми, що виникають у різних галузях медицини.

Посібник призначений для викладачів і студентів медичних коледжів.

УДК 174:614.253.5(073)
ББК 74.58

© Біліченко О. В., 2019

ЗМІСТ

ВСТУП	4
Розділ 1. Історія походження, види медичної етики.....	5
Розділ 2. Теоретичні основи медичної етики. Основні етичні теорії і принципи медичної етики.....	19
Розділ 3. Основні правила медичної етики. Права і моральні зобов'язання медичного працівника. Права пацієнтів	36
Розділ 4. Етичні правила взаємовідносин медичних працівників	48
Розділ 5. Етико-правове регулювання біомедичних досліджень на людині і на тваринах	62
Розділ 6. Смерть і вмирання. Евтаназія. Моральні проблеми в трансплантології.....	72
Розділ 7. Етичні проблеми медичної генетики і репродукції людини	92
Розділ 8. Етика в психіатрії і психотерапії	118
Розділ 9. СНІД: морально-етичні проблеми	130
Розділ 10. Моральні проблеми розподілу дефіцитних ресурсів охорони здоров'я	137
Розділ 11. Морально-етичні аспекти професійної діяльності медичної сестри.....	145
ДОДАТКИ.....	148
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....	213

ВСТУП

Медична етика – розділ прикладної етики, що вивчає правила і норми взаємодії медичних працівників з колегами і пацієнтами. Медична етика з'ясовує роль моральних принципів у діяльності медичних працівників, значення їх високогуманного ставлення до людини як необхідної умови успішного лікування. Предметом медичної етики є психоемоційний аспект діяльності лікаря, медичної сестри, лаборанта, молодшого медичного персоналу. Сам термін «медична етика» виник давно, але проблеми, пов'язані з нею, є актуальними для повсякденного життя пересічної людини і становлять інтерес не тільки для фахівців.

Медична етика розглядає ставлення до людини з порушеним станом здоров'я; вивчає особливості розвитку і залежність моральної поведінки медичного працівника від умов його практичної діяльності; визначає моральні норми поведінки медичного працівника у професійній сфері.

Розвиток медичної етики був обумовлений революційними досягненнями у сфері високих біомедичних технологій, розробкою концепції «смерті мозку» в неврології і реаніматології, фундаментальними відкриттями в трансплантології, психофармакології, в галузі екстракорпорального запліднення і перенесення ембріону, молекулярної біології і медичної генетики (генодіагностика і генотерапія) тощо. Значний вплив на розвиток медичної етики як спеціалізованої теоретичної дисципліни мали ідеї екологічного і правозахисного руху.

Медична етика є адекватною сучасним суспільним умовам етично обґрунтованою відповіддю на моральні проблеми, поставлені прогресом медичної науки і біомедичних технологій. Основні положення медичної етики (такі, наприклад, як правило добровільної інформованої згоди) склали теоретичні засади нового міжнародно визнаного етичного стандарту, що сформувався в останні десятиліття в медичній практиці і знайшов відображення в численних документах міжнародного права, національних законодавствах, етичних кодексах і деклараціях міжнародних і національних медичних асоціацій.

РОЗДІЛ 1. ІСТОРІЯ ПОХОДЖЕННЯ, ВИДИ МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ

I. Мета заняття:

1. Освоїти поняття: етика, медична етика, біоетика.
2. Вивчити історію розвитку етики і формування основних її принципів.
3. Ознайомитися з основними етичними документами: «Конвенція про права людини і біомедицину», «Клятва Гіппократа», «Кодекс медичної сестри».

II. Мотиваційна характеристика:

Проблеми медичної деонтології і медичної етики останніми роками привертають всю більшу увагу вчених, практиків, широкої медичної громадськості. Це обумовлено багатьма причинами, серед яких, перш за все, варто назвати зростаючу важливість морально-етичних чинників у взаємовідносинах людей. Ускладнення лікувально-діагностичного процесу, постійне впровадження в нього нововведень, породжених сучасною наукою, вимагає від медичних працівників знань етичних норм, що регулюють професійну поведінку і основних документів, що містять ці норми.

III. Контрольні питання для перевірки початкового рівня знань студентів:

1. Перше відоме джерело концепції медичної етики?
 - а) Біблія;
 - б) книга « Аюрведа»;
 - в) «Клятва Гіппократа»;
 - г) «Канон медичної науки».
2. Покровитель лікування в старогрецькій міфології?
 - а) Асклепій;
 - б) Зевс;
 - в) Аполон-цілитель;
 - г) Артеміда.
3. Рік ухвалення «Конвенції про права людини і біомедицину»?
 - а) 1946;
 - б) 1961;
 - в) 1991;
 - г) 1997.
4. Кому належать слова: «Лікар повинен володіти оком сокола, руками дівчини, мудрістю змії і серцем лева»?

- а) Авіценна;
- б) Платон;
- в) Парацельс;
- г) Аристотель.

5. Як називалися приватні лікарні в Стародавній Греції?

- а) асклепіони;
- б) ятреї;
- в) госпіталі;
- г) лікарні.

6. На честь якого лікаря українського походження був названий інститут у Бомбеї?

- а) Заболотного;
- б) Савенка;
- в) Самойловича;
- г) Хавкіна.

7. Хто ввів у використання термін «деонтологія»?

- а) Бекон;
- б) Бентам;
- в) Юм;
- г) Гален.

8. Класик радянської деонтології?

- а) Іванов;
- б) Петров;
- в) Павлов;
- г) Мечников.

9. Основна етична ідея «Канону» Авіценни?

- а) прагматизм;
- б) гуманізм;
- в) скептицизм;
- г) стоїцизм.

10. В якому документі вперше було визначене покарання медичних працівників за зневажливе ставлення до своїх обов'язків?

- а) Військовий статут;
- б) Морський статут;
- в) Земський статут;
- г) Міський статут.

11. Ким був запропонований термін медична етика?

- а) Поттером;
- б) Фрейдом;

- в) Персивалем;
- г) Кантом.

Еталони відповідей: 1-б, 2-а, 3-г, 4-а, 5-б, 6-г, 7-б, 8-б, 9-б, 10-а, 11-а.

Теми доповідей і рефератів

- Моральна мотивація медичної діяльності.
- Форми соціальної регуляції медичної діяльності: етика, етикет, право.
- Релігійні і філософські витоки медичної етики.
- Принцип благоговіння перед життям А. Швейцера.
- Медична етика і деонтологія: взаємодоповнення наук.

Медична професія – одна з найдавніших і шанованих професій у суспільстві. Вона відображає потребу людини надавати допомогу тому, хто страждає. В усі часи і у всіх народів лікування цінувалося дуже високо. Це можна зрозуміти і зі слів Гомера: «Сотні воїнів вартує один лікар майстерний». Медицина дуже тісно пов'язана з долею людини, з її здоров'ям і життям. Звідси випливають і особливі вимоги до етичної складової професійної поведінки медичного працівника. Якнайповніше вони визначаються поняттям гуманізм. Без гуманізму медицина взагалі втрачає сенс, оскільки тоді її наукові принципи вступають у суперечність з основною метою медицини – служити людині. Гуманізм складає етичну основу медицини. Виникає питання, що таке етика. Етика – це філософська наука, об'єктом вивчення якої є мораль (Аристотель). Мораль – це сукупність норм-заборон, ідеалів, вимог, розпоряджень, прийнята в даному суспільстві. Ці норми закріплені в його культурі і в достатньо стабільному вигляді передаються від покоління до покоління. Особливістю етики є той факт, що, на відміну від права, вона сформувалася і розвивалася як зведення неписаних правил. Етика також розуміється як розділ філософії, в якому не стільки вивчається природа людини, скільки прописано, як їй належить поводитися.

Що ж таке медична етика? Це наука про етичні цінності вчинків і поведінку медичних працівників у сфері їхньої діяльності. О. Грандо визначив медичну етику як сукупність принципів регулювання і норм поведінки медиків, обумовлених особливостями їх практичної діяльності [34]. Таким чином, принципи медичної етики розглядають ставлення медика не тільки до конкретного хворого, але і до здоров'я

людей взагалі. З розвитком суспільства змінювалося і положення в ньому лікаря, проте, незалежно від суспільно-громадських формацій, обов'язковою умовою успішного лікування завжди було і залишається дотримання певних морально-етичних принципів у взаємовідносинах лікаря і пацієнта.

Походження професійної етики

З'ясувати походження професійної етики – це прослідкувати взаємозв'язок моральних вимог з розподілом суспільної праці і виникненням професій. На ці питання багато років тому звертали увагу Аристотель, потім І. Кант, Е. Дюркгейм. Виникнення перших професійно-етичних кодексів належить до періоду ремісничого розподілу праці в умовах становлення середньовічних цехів у XI-XII ст. Саме тоді вперше констатують наявність у цехових статутах низки етичних вимог щодо конкретних професій, характеру праці, співучасників з праці. Проте низка професій, що мають життєво важливе значення для всіх членів суспільства, виникла в глибокій давнині, і тому такі професійно-етичні кодекси, як «Клятва Гіппократа», етичні правила жерців, що виконували і судові функції, з'явилися набагато раніше.

Становлення професійної етики в часі передувало створенню наукових етичних учень, теорій про неї. Повсякденний досвід, необхідність у регулюванні взаємовідносин людей тієї або іншої професії приводили до усвідомлення і оформлення певних вимог професійної етики.

Професійна етика, що виникла як прояв повсякденної моральної свідомості, потім стала розвиватися на основі узагальненої практики поведінки представників кожної професійної групи. Ці узагальнення містилися як в писаних і неписаних кодексах поведінки, так і у формі теоретичних висновків. Таким чином, це свідчить про перехід від буденної свідомості до теоретичного узагальнення у сфері професійної моралі. Велику роль у становленні і засвоєнні норм професійної етики відіграє громадська думка. Ці норми не відразу стають загально визнаними, це буває пов'язано з боротьбою думок.

Взаємозв'язок професійної етики і суспільної свідомості існує і у формі традиції. Різні види професійної етики мають свої традиції, що свідчить про наявність спадкоємності основних етичних норм, вироблених представниками тієї або іншої професії впродовж століть.

Професіоналізм як етичний кордон особистості

Професійна етика – це сукупність моральних норм, які визначають ставлення людини до свого професійного обов'язку. Етичні стосунки людей у трудовій сфері регулює професійна етика. Змістом професійної етики є кодекси поведінки, що встановлюють певний тип взаємовідносин між людьми, і способи обґрунтування цих кодексів.

Професійна етика вивчає:

- взаємовідносини у трудових колективах і способи поведінки кожного фахівця окремо;
- етичні якості особистості фахівця, що забезпечують якнайкраще виконання професійного обов'язку;
- специфічні етичні норми, властиві для даної професії;
- особливості професійного виховання.

Професіоналізм і ставлення до праці є важливими характеристиками моральної сфери особистості. Вони мають першорядне значення для особистісної характеристики індивіда, але на різних етапах історичного розвитку їх зміст і оцінка істотно розрізнялися. У класовому суспільстві вони визначалися соціальною нерівністю видів праці, протилежністю розумової і фізичної праці, наявністю привілейованих і непривілейованих професій. Класовий характер моралі у сфері праці відображається в одній з християнських біблійних книг, де сказано про те, як треба ставитися до раба: «корм, палиця і вантаж – для осла; хліб, покарання і важка праця – для раба. Займай раба роботою і матимеш спокій; звільни руки йому – і він шукатиме свободи» (II ст. н.е.).

У Стародавній Греції фізична праця за цінністю і значущістю знаходилася на найнижчій сходинці. У феодальному суспільстві релігія розглядала працю як покарання за первородний гріх, а рай представлявся як вічне життя без зусиль. При капіталізмі відчуження робочих від засобів виробництва і результатів праці породжувало два типи моральності: хижацьки-грабіжницьку (капіталістичну) і колективістськи-звільнюючу робочого класу, що розповсюджувалися і на сферу праці. Ф.Енгельс зазначав, що кожен клас і навіть професія мають свою мораль. Ті ситуації, в яких опиняються люди в процесі виконання своїх професійних завдань, суттєво впливають на формування професійної етики. В процесі праці між людьми складаються певні моральні стосунки. В них є низка елементів, властивих для всіх видів професійної етики.

Професійна етика не є наслідком нерівності в ступені моральності різних професійних груп. Треба розуміти, що до деяких видів професійної діяльності суспільство пред'являє підвищені моральні вимоги. В основному, це такі професійні сфери, в яких сам процес праці вимагає узгодженості дій всіх його учасників.

Приділяється особлива увага моральним якостям тих працівників, професійна діяльність яких пов'язана з правом розпоряджатися життям людей. Тут мова йде не тільки про рівень моральності, але і насамперед, про належне виконання своїх професійних обов'язків (це професії зі сфер послуг, транспорту, управління, охорони здоров'я, виховання). Трудова діяльність людей цих професій, більш ніж яких-небудь інших, не піддається однозначним розпорядженням, не може бути регламентована тільки службовими інструкціями. Вона за своєю суттю є творчою. Особливості праці цих професійних груп ускладнюють моральні стосунки, і до них додається новий елемент: взаємодія з людьми – об'єктами діяльності. Тут етична відповідальність набуває вирішального значення. Суспільство розглядає етичні якості працівника як один з провідних елементів його професійної придатності. Загальноморальні норми мають бути конкретизовані в трудовій діяльності людини з урахуванням специфіки її професії. Таким чином, професійна мораль повинна розглядатися в єдності із загальноприйнятою системою моралі. Порушення трудової етики супроводжується руйнуванням загальних моральних установок, і навпаки. Безвідповідальне ставлення працівника до професійних обов'язків складає небезпеку для оточуючих, завдає шкоди суспільству, може призвести, кінець кінцем, і до деградації самої особистості.

Сьогодні в Україні існує необхідність вироблення нового типу професійної моралі, що відображає ідеологію трудової активності на основі розвитку ринкових відносин. Мова йде, перш за все, про моральну ідеологію нового середнього класу, що становить переважну більшість робочої сили в економічно розвиненому суспільстві. У сучасному суспільстві особистісні якості індивіда починаються з його ділової характеристики, ставлення до праці, рівня професійної придатності. Все це визначає виняткову актуальність питань щодо складових змісту професійної етики. Справжній професіоналізм спирається на такі моральні норми, як обов'язок, чесність, вимогливість до себе і своїх колег, відповідальність за результати своєї праці.

Види професійної етики

Кожному роду людської діяльності (наукової, педагогічної, художньої тощо) відповідають певні види професійної етики. Професійні види етики – це ті специфічні особливості професійної діяльності, що спрямовані безпосередньо на людину в тих або інших умовах її життя і діяльності в суспільстві. Вивчення видів професійної етики свідчить про різноманіття, різнобічність моральних стосунків. Для кожної професії особливого значення набувають ті або інші професійні моральні норми. Професійні моральні норми – це правила, зразки, порядок внутрішньої саморегуляції особистості на основі етичних ідеалів.

Основними видами професійної етики є: медична етика, педагогічна етика, етика вченого, актора, художника, підприємця, інженера тощо. Кожен вид професійної етики визначається своєрідністю професійної діяльності, має свої специфічні вимоги в сфері моралі. Так, наприклад, етика вченого передбачає, насамперед, такі моральні якості, як наукову сумлінність, особисту чесність, патріотизм. Судова етика вимагає чесності, справедливості, відвертості, гуманізму (навіть до підсудного за умов його провини), вірності закону. Професійна етика в умовах військової служби вимагає чіткого виконання службового обов'язку, мужності, дисциплінованості, відданості Батьківщині.

Стисла історія формування основних етичних учень у медицині і медичній етиці

I етап – Догіппократівський. У догіппократівський період формуються загальні вимоги до підготовки і діяльності лікаря, до його особистості, внутрішнього і зовнішнього вигляду. Так, у давньоіндійському трактаті «Аюрведа» («наука життя») IV ст. до н.е., а також у вченні давньоіндійського лікаря Сушрути містяться настанови і вимоги до лікаря. Ось деякі з них: лікар повинен мати високі моральні і фізичні якості, виявляти до своїх хворих співчуття, бути терплячим і спокійним, ніколи не втрачати самовладання: «Йдучи до пацієнта, заспокой свої думки і почуття, будь добрим і людяним і не шукай у своїй праці користі. Нехай гуманність стане твоєю релігією» (Сушрута). Велика увага приділялася відбору майбутніх медичних працівників. При цьому враховувалися вік, стан здоров'я, пам'ять і необхідні моральні якості: скромність, благочестя,

цнотливість. Той, хто хотів стати лікарем, повинен був позбавитися від пристрастей: ненависті, користолюбства, хитрості. Важливим вважалося дотримання медичної таємниці. У Давній Індії лікарі присягали ще в 1500 р. до н.е. На відміну від норм, характерних для європейської етики, індійська клятва забороняла медичному працівникові лікувати ворогів свого правителя, лиходіїв і жінок, з якими немає супроводжуючих осіб.

Гуманістичне розуміння ролі медицини в зміцненні здоров'я людини відображене в пам'ятнику давньокитайської медицини – книзі Хуан ді Ней-дзіня «Про природу і людину». У цій книзі зроблена спроба визначити основні правила, якими повинен керуватися кожен лікар у своїй практичній діяльності, одне з них – вселити хворому впевненість в одужанні. Про глибоке розуміння значення профілактичних заходів у медицині свідчить така настанова: «Медицина не може врятувати від смерті, але в змозі продовжити життя і зміцнити державу і народи своєю допомогою».

Проте гуманізм догіппократівського періоду мав обмежений характер, оскільки передбачав вибіркове ставлення до хворих, що належали до різних соціальних груп. Незабезпеченим, а також безнадійним хворим лікарі взагалі відмовлялися надавати допомогу.

II етап – Медична етика Гіппократа. Для європейської медицини неперехідне значення мають настанови давньогрецького лікаря Гіппократа (460-370 рр. до н.е.) і особливо його знаменита «Клятва».

Етичні переконання, вимоги і заборони великого медика викладені в книгах Гіппократа: «Клятва», «Закон», «Про лікаря», «Про благопристойну поведінку», «Повчання», «Про мистецтво», «Афоризми» та інших. Що стосується взаємовідносин лікаря і пацієнта, етика Гіппократа – це, перш за все, етика гуманності, людинолюбства, милосердя. В її основі лежить ідея поваги до хворої людини, пацієнта, відповідальності і вимоги, щоб лікування не заподіювало йому шкоди: «Я утримаюсь від завдання будь-якої шкоди» – говориться в «Клятві». Сучасна медицина володіє величезним арсеналом засобів і методів, нераціональне і необережне застосування яких може стати причиною серйозної шкоди здоров'ю (ятрогенна патологія) і взагалі благополуччю пацієнта.

Ідеї гуманності і поваги людської гідності пацієнта конкретизуються в багатьох повчаннях Гіппократа, що зокрема стосуються сімейного життя хворого. Особливо варто підкреслити

етичну заборону інтимних зв'язків лікаря і хворого. У «Клятві» сказано: «До якого б дому я не ввійшов, я ввійду туди для користі хворого, будучи далекий від того всього, що має намір несправедливий і згубний, особливо від любовних справ з жінками і чоловіками, вільними і рабами». Відомою заповіддю етики Гіппократа є його заборона розголошувати лікарську таємницю. Ця етична вимога міститься в «Клятві»: «Щоб під час лікування, а також і без лікування я не побачив або не почув відносно життя людського з того, що не варто коли-небудь розголошувати, я умовчу про те, вважаючи такі речі за таємницю».

Безперечний інтерес має трактування Гіппократом теми інформування хворих: «Все треба робити спокійно і вміло, приховуючи від хворого те, що наступить або наступило, оскільки багато хворих через цю саме причину, тобто через прогнозування того, що наступає або опісля трапиться, доведені будуть до крайнього стану». Невід'ємну частину етики Гіппократа складають моральні настанови, що стосуються колегіальних відносин медиків: «Немає нічого ганебного, якщо лікар, що відчуває утруднення у лікуванні хворого, запросить інших медичних працівників». Разом з тим, «лікарі, що разом оглядають хворого, не повинні сваритися між собою і висміювати один одного». Лікарям не годиться бути схожими на «сусідів з ремесла на площі», «ніколи думка лікаря не повинна порушувати заздрості іншого». Зіткнувшись з помилкою колеги, необхідно, принаймні, мати на увазі, що ти теж людина, і ти теж можеш помилятися «оскільки у будь-якому достатку лежить недолік».

Тема ставлення лікаря до професії проходить через етичні твори Гіппократа червоною ниткою. Турбота про авторитет медичної професії накладає у Гіппократа своєрідний відбиток не на педагогіку медичної справи, а спрямовує всі зусилля на виховання і самовиховання лікаря. Ось початок книги «Про лікаря»: «Лікар буде мати авторитет, якщо обличчя його правильного кольору, а тіло має гарну статуру, що відповідає його природі, оскільки ті, які самі не мають гарного вигляду в своєму тілі, людьми вважаються за тих, що не можуть правильно потурбуватися про інших». Далі молодому лікареві даються поради: «тримати себе чисто, мати хороший одяг», який має бути «пристойним і простим» і «не для зайвих хвастощів». Обличчя лікаря не має бути суворим, але і протилежної крайності також варто уникати.

Ми підійшли до виключно важливої проблеми – лікування і винагороди за нього. Праця лікаря оплачувалася в Стародавній Греції високо (краще, наприклад, ніж праця архітектора). Основна маса медичних працівників жила за рахунок гонорарів, що отримувалися від пацієнтів. Автор «Повчань» радить своєму учневі: «Якщо ти поведеш спочатку розмову про винагороду, – адже і це має відношення до всієї нашої справи, – то, звичайно, наведеш хворого на думку, що, якщо не буде договору, ти залишиш його або недбало ставитимешся до нього, і не даси йому зараз ради. Про встановлення винагороди не варто піклуватися наперед, оскільки ми вважаємо, що звертати на це увагу шкідливо для хворого, особливо при гострому захворюванні: швидкість хвороби, що не дає часу на зволікання, примушує хорошого лікаря шукати не вигоди, а швидше – слави. Краще дорікати врятованим, ніж наперед оббирати тих, що знаходяться в небезпеці».

Тут зроблена спроба вирішити одвічну дилему: з одного боку, праця лікаря має бути справедливо оплаченою, а з іншого, – гуманна природа медичної професії вихолощується, якщо звести стосунки лікаря і пацієнта виключно до грошових. Стосунки лікаря і пацієнта не можуть характеризуватися в одних лише економічних категоріях вже тому, що пацієнтові дуже складно оцінити якість пропонованого йому «товару». Медик – це не та професія, де збагачення може бути єдиною мотивацією професійної діяльності.

Отже, етика Гіппократа – це система морально-етичних заповідей, вимог, заборон, що регулюють практику лікування, визначають ставлення лікаря до пацієнта, ставлення лікаря до інших медичних працівників, а також до своєї професії в цілому і до суспільства. Етика Гіппократа мала величезний вплив на моральну свідомість медиків Стародавньої Греції і Риму і не втратила свого значення і в наш час.

III етап – епоха Середньовіччя. В епоху середньовіччя великий внесок у становлення медичної етики зробили такі вчені Сходу, як Авіценна (980-1037 рр.) і його праця «Канон медичної науки» і Маймонід (1135-1204 рр.). Маймонід відомий як автор твору «Молитва лікаря» – це свого роду спосіб вибудовування медичним працівником тієї «душевної фортеці», моральної сили, без якої неможливе виконання ним своєї благородної справи. Ось деякі вислови з нього: «Не допусти, щоб жага наживи, гонитва за славою і почестями домішувалися до мого покликання. Зміцни силу серця

мого, щоб воно завжди було однаково готове служити бідному і багатому, другу і ворогові, доброму і злому. Всели моїм хворим довіру до мене і мого мистецтва. Віджени від одру їх всіх шарлатанів. Даруй мені лагідність і терпіння з капризними і примхливими хворими; даруй мені помірність у всьому – але тільки не в знанні; у ньому ж дай мені бути ненаситним, і та буде далека від мене думка, що я все знаю, все можу». Маймонід – представник двох культур (єврейської і арабської), у своїй праці «Вчитель, що заблукав» стверджував сміливе для Сходу правило: «заради важкого хворого, породіллі можна порушити всі розпорядження Суботи і вважати її звичайним днем».

IV етап – епоха Відродження. В епоху Відродження в центрі уваги опиняється питання про те, які моральні якості повинен мати лікар. Спори йшли навколо того, чи досягаються якості, необхідні хорошому лікареві, в процесі академічного навчання чи вони даються шляхом осяяння, через інтуїцію і досвід, приходять, що називається, від Бога. Останньої позиції дотримувався найбільший лікар епохи Відродження Парацельс (1493-1541pp.). Знаменитий практичний лікар-цілитель, сміливий реформатор пануючих підходів до лікування (який відкинув масивні кровопускання і послаблюючі, що виснажували хворих), основоположник ятрохімії (він першим пояснював життєдіяльність як, по суті, хімічні процеси, що відбуваються в організмі), непримиренний ворог професійного чванства, «лікарського істеблішменту». Парацельс відстоював цінності такого світогляду: «З серця росте лікар, з Бога походить він, і вищим ступенем лікування є любов».

У наступному столітті ідея емпіричного вивчення природи стане найавторитетнішим філософським керівництвом всієї європейської науки Нового часу. Яскравим представником цього періоду можна назвати Ф. Бекона (1561- 1626 pp.), автора фундаментальної роботи «Етика або наука про мораль». Його робота цікава з наступних причин: по-перше, Ф. Бекон чітко і ясно говорить про необхідність і допустимість експериментів на тваринах: у дослідницькій діяльності лікаря однаково важливі і міркування користі і вимоги гуманності, але для цього «немає необхідності абсолютно відмовлятися від вівісекцій, якщо, зрозуміло, при цьому робити правильні висновки». По-друге, Ф. Бекон обговорює етичні питання ставлення до невиліковних, вмираючих хворих.

Сильний імпульс до свого подальшого розвитку медична етика

отримала в епоху Просвітництва. В цей час відбувається переосмислення місії медицини в суспільстві – метою медицини тепер ставати не тільки індивідуальне, але і суспільне здоров'я. Медична етика оформлюється як система розгорнутих конкретних моральних обов'язків лікаря, що регулюють його професійну діяльність.

У 1803 р. Т. Персиваль опублікував трактат «Медична етика», ідеї якого багато в чому зумовили подальший розвиток цієї галузі знання в англomовних країнах. У трактаті були висунуті такі моральні стандарти поведінки лікаря, що різко контрастували з атмосферою взаємних нападок, сварок, характерних для взаємин медичних працівників того часу.

Спираючись у цілому на гіппократівську традицію, Т. Персиваль приділяв особливу увагу вимогам етикету у взаємовідносинах між медичними працівниками: «Медики будь-якої добродійної установи є якоюсь мірою хранителями честі один одного. Тому жоден лікар або хірург не повинен відкрито говорити про події в лікарні, що може завдати шкоди репутації кого-небудь з його колег. Варто уникати непрошеного втручання в лікування хворого, що знаходиться під опікою іншого лікаря. Не варто ставити ніяких настирливих питань щодо пацієнта, не можна поводитися егоїстично, стараючись прямо або побічно знизити довіру пацієнта до іншого лікаря або хірурга». Варто зазначити, що етичний кодекс Т. Персиваля був звернутий не тільки до власне медичних працівників, але і до фармацевтів, медичного персоналу. Таким чином, перш за все, з ім'ям Т. Персиваля варто пов'язувати розширення предмету медичної етики і її перетворення на медичну етику.

Що стосується ставлення до пацієнтів, то лікар у Т. Персиваля виступає як філантроп, що несе їм благо і одержує від них відповідну вдячність. Лікар повинен поводитися з пацієнтами «делікатно, врівноважено, поблажливо і авторитетно». Т. Персиваль був першим, хто почав визнавати зобов'язання лікаря по відношенню не тільки до пацієнтів, але і до суспільства.

Стисла історія вітчизняної медичної етики

М. Пирогов (1811-1881pp.) незабаром після закінчення Московського університету приступив до виконання обов'язків професора і завідувача кафедрою хірургічної клініки Тартуського університету. Його звіт за перший рік роботи виключно важливий у

контексті історії медичної етики. У звіті розглядається одна з найважливіших проблем професійної етики лікаря – проблема лікарських помилок. Згідно з позицією М. Пирогова, лікарі повинні здобувати максимум повчального зі своїх професійних помилок, збагачуючи як свій власний досвід, так і сукупний досвід медицини. Він вважав, що така моральна позиція може відшкодувати «зло лікарських помилок».

Визнаним лідером клінічної медицини був С. Боткін (1832-1889 рр.), який очолював майже 30 років кафедру терапевтичної клініки у Військово-хірургічній академії, а з 1878 р. і до кінця життя – Товариство російських медичних працівників ім. М. Пирогова.

С. Боткін у своїх «Клінічних лекціях» розглядає різні питання медичної етики. Наприклад, його вирішення проблеми інформування безнадійних хворих пропонується у дусі лікарського патерналізму: «я вважаю, що недоцільно лікареві висловлювати хворому сумніви щодо можливості несприятливого розвитку хвороби. Кращий той лікар, який уміє вселити у хворого надію; у багатьох випадках це є найбільш дієвими ліками».

Важливе місце в історії медичної етики належить В. Манассєїну (1841-1901рр.). Він був учнем С. Боткіна і протягом 20 років очолював кафедру часткової терапії у Петербурзькій медико-хірургічній академії. Не тільки у медичному середовищі, але і в суспільстві в цілому В. Манассєїн завоював звання «лицаря медичної етики», «совісті лікаря». Він вважав, що лікарі мають бути принциповими супротивниками страти і тілесних покарань, оскільки інакше їхня функція входить у нерозв'язну суперечність з їхньою місією в суспільстві, з їхньою професійною етикою. Принциповій критиці піддавав різні прояви неколегіального ставлення медичних працівників один до одного: панство деяких професорів відносно своїх співробітників; відмову окремих медичних працівників від стародавнього звичаю їх професії – лікувати безкоштовно; наклепи на адресу колег, що іноді набували жаклимих форм. В. Манассєїн відстоював абсолютне збереження медичної таємниці за будь-яких умов: «Мовчати. Лікар не має права видавати таємницю, що дізнався завдяки своїй професії, це зрада по відношенню до хворого».

Сучасний етап історичного розвитку етичних учінь знаменується формуванням у другій половині ХХ століття нового вчення – біоетика.

Термін «біоетика» був уведений у науку американським біологом

В. Поттером у 1971 р. Спочатку під біоетикою розуміли перевірку на етичну відповідність усіх біологічних наук. Надалі значення терміну почали пов'язувати в основному з клінічною медициною. Біоетика – це досвід філософського, етичного осмислення так званих проблемних ситуацій або проблем конфлікту інтересів, що виникали за останні 40 років. Мова йде про комплексні проблеми, пов'язані з вмиранням, медичним втручанням у репродукцію людини, допустимістю застосування сучасних методів медико-генетичного контролю тощо.

Контрольні питання для перевірки кінцевого рівня знань студентів:

1. Що означає термін деонтологія?
 - а) повага прав і достоїнств людини;
 - б) завоювання особою соціальної довіри;
 - в) зобов'язання перед учителями, колегами, учнями;
 - г) сукупність правил професійної поведінки.
2. Основний принцип етики Гіппократа:
 - а) «не зашкодь»;
 - б) «дотримуйся обов'язку»;
 - в) «твори добро».
3. Основний принцип біомедичної етики:
 - а) повага прав і достоїнств людини;
 - б) захист справедливості;
 - в) надаючи допомогу людині, не зашкодити їй.
4. Мораль – це:
 - а) наука, що вивчає психоемоційну сферу життя людини;
 - б) сукупність норм, ідеалів, принципів, що регулюють життя людей у вигляді неписаних правил;
 - в) наука про моральність.
5. Професійна етика – це:
 - а) сукупність моральних норм, що визначають ставлення людини до свого професійного обов'язку;
 - б) наука, що вивчає правила взаємин у колективі;
 - в) правила і принципи, що дозволяють підвищити якість праці.
6. Основні причини виникнення медичної етики:
 - а) науково-технічний прогрес з його позитивним і негативним впливом на життя людей;
 - б) проведення антигуманних експериментів у роки Другої

світової війни;

в) підвищення вимог до якості надання медичної допомоги.

7. Професійна етика вивчає:

а) взаємовідносини у трудових колективах;

б) етичні якості особистості фахівця;

в) особливості професійного виховання.

8. Біоетика розглядає проблеми сучасної медицини:

а) на рівні конфлікту інтересів;

б) з погляду профілактики захворювань;

в) у контексті корисності або шкідливості впровадження нововведень науки в медичну практику.

9. Т. Персиваль був першим, хто почав визнавати зобов'язання лікаря:

а) не тільки до пацієнтів, але і до суспільства в цілому;

б) щодо відповідальності за несприятливий результат лікування;

в) за результати наукових досліджень, що проводяться.

10. Основою медичної етики є:

а) гуманізм;

б) професіоналізм;

в) прагматизм.

Еталони відповідей: 1-г;2-а;3-а;4-б;5-а;6-а;7-а,б,в;8-а;9-а;10-а.

РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ. ОСНОВНІ ЕТИЧНІ ТЕОРІЇ І ПРИНЦИПИ МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ

I. Мета заняття:

1. Ознайомитися з історією виникнення і розвитку основних етичних теорій і принципів медичної етики.

2. Вивчити основні моделі взаємовідносин у системі «лікар-пацієнт».

3. Ознайомитися з сучасними тенденціями в медичній етиці.

II. Мотиваційна характеристика теми:

У сучасних умовах медицина відіграє дуже важливу роль у житті суспільства, тому відносини між медичними працівниками і їх пацієнтами виходять за межі звичайних побутових або виробничих стосунків між людьми. Вони вимагають знання і дотримання принципів етики медичного працівника і хворого, що змінилися за

останній час, врахування правових аспектів регулювання цих взаємин, а для того, щоб успішно застосовувати отримані знання на практиці, потрібно знати історію їхнього виникнення.

III. Контрольні питання для перевірки початкового рівня знань студентів:

1. Чи є вагітність причиною, через яку людину не можна прийняти на роботу?

- а) так;
- б) ні.

2. Як називається ситуація, коли лікар зобов'язаний захищати інтереси і пацієнта, й іншої особи?

- а) судовий розгляд;
- б) слідча робота;
- в) конфлікт інтересів.

3. Хто є автором принципу «не зашкодь!»:

- а) Парацельс;
- б) Епікур;
- в) Гіппократ; г) Платон.

4. Творець принципу «роби благо!»:

- а) Піфагор;
- б) Аристотель;
- в) Парацельс;
- г) Пирогов.

5. Чи зобов'язаний лікар завжди діяти на користь пацієнта?

- а) так;
- б) ні.

6. Що є основним моральним принципом медичної етики?

- а) повага прав і достоїнств людини;
- б) завоювання соціальної довіри особистістю;
- в) зобов'язання перед учителями, колегами, учнями;
- г) дотримання сукупності належних правил.

7. Чи існують якісь правила, що регламентують інформування пацієнта про його захворювання?

- а) так; б) ні.

8. З чим ім'ям пов'язана етична модель, побудована на милосерді і любові до ближнього?

- а) Юм; б) Юнг;
- в) Бентам;
- г) Парацельс.

9. Що таке інформована згода?

- а) це спосіб захисту права на вибір;
- б) це отримання повної інформації.

10. Про кого писав К. Юнг: «В ньому ми бачимо не тільки родоначальника в галузі створення хімічних ліків, але також і в сфері емпіричного психічного лікування».

- а) Фрейд;
- б) Юм;
- в) Бентам;
- г) Парацельс.

Еталони відповідей: 1-б; 2-в; 3-в; 4-в; 5-а; 6-а; 7-а; 8-г; 9-а; 10-г.

Теми рефератів і доповідей

- Сучасні біомедичні технології і нові ситуації морального вибору.
- Техногенна культура і проблеми захисту життя і гідності людини.
- Етична модель Парацельса і принцип «роби благо».
- Моральні максими Гіппократа.
- Принцип дотримання обов'язку в медицині.
- Західні традиції у медичній етиці.
- Етична спрямованість сучасної української медичної школи.

Медична етика є важливим етапом зростання філософського знання, її формування і розвиток пов'язані з процесом трансформації традиційної етики взагалі і професійної етики зокрема. Становлення медичної етики обумовлене, перш за все, увагою до прав людини, що різко посилилася (у медицині – це права пацієнта, досліджуваного), і створенням нових медичних технологій, що породжують безліч найгостріших проблем, які вимагають юридичного і морального регулювання.

Розвиток медичної етики сприяє гуманізації вітчизняної медицини, етичній самосвідомості професійного співтовариства медиків, допомагає сформувати нові етичні регулятори для професійного співтовариства медиків, усвідомити моральні колізії і дилеми, з якими стикаються в своїй роботі біологи, лікарі, медичний персонал. Становлення медичної етики в нашій країні відбувається за різними напрямками. Серед них основним має бути законодавче

регулювання біомедичних досліджень і практики охорони здоров'я. Особливо в таких галузях, як трансплантологія, визначення моменту смерті, межі лікування, що підтримує життя безнадійно хворих, використання нових методів втручання в репродукцію людини тощо. Важливу роль відіграє створення етичних комітетів і комісій у науково-дослідних і лікувальних установах. У формуванні етичної самосвідомості медичного співтовариства величезне значення має введення курсів біоетики в медичних навчальних закладах всіх рівнів. І, нарешті, підтримка дослідницької роботи з професійної етики медиків.

Формування медичної етики обумовлене, перш за все, тими грандіозними змінами, які відбулися в технологічному переозброєнні сучасної медицини, кардинальними зрушеннями в медико-клінічній практиці, що знайшли своє відображення в успіхах генної інженерії, трансплантації органів, біотехнології, підтримці життя пацієнта. Всі ці процеси водночас загострили моральні проблеми, що постають перед медичними працівниками, перед родичами хворих, перед медичним персоналом.

Чи існують межі, і які вони в підтримці життя смертельно хворої людини? Чи припустима евтаназія? З якого моменту варто вважати настання смерті? З якого моменту зародок можна вважати живою істотою? Чи припустимі аборти? Чи аборти є вбивством живих істот? Це лише деякі з питань, що постають перед медичними працівниками, широкою громадськістю в умовах небаченого технологічного оснащення сучасної медицини в розвинених країнах.

Перш за все, медичну етику намагаються ототожнити з професійною етикою, обмеживши її зміст етичними проблемами відносин «лікар – пацієнт». Існує і ширше розуміння медичної етики, що містить низку аксіологічних проблем професійної діяльності, соціальних проблем, пов'язаних з системами охорони здоров'я.

Існує низка дослідницьких центрів з медичної етики. Серед них найбільш відомі – Гастінгс-центр під Нью-Йорком (США), Центр з біоетики при медико-дослідницькому інституті Монреалю (Канада), Центр з медичної етики при Торонтському університеті (Канада), Інститут з етики, заснований Кеннеді, при університеті Джорджтауна (США). Видається низка національних і міжнародних журналів. Опубліковано 15 томів міжнародної бібліографії з біоетики, підготовленої Гастінгс-центром (США). Можна сказати, що це дослідницька галузь, що інтенсивно розвивається. В ній

співробітничать філософи, біологи, медики, теологи зі США, Канади, Франції, Німеччини, Великобританії. Цього, на жаль, не можна сказати про Україну. Тим часом криза системи охорони здоров'я в нашій країні загострює етичні і правові проблеми в медичній науці і практиці, породжує конфлікти, як в організації охорони здоров'я, так і в поведінці і свідомості особистості. Методи адміністративного контролю і регулювання, на яких ґрунтувалася колишня система охорони здоров'я в нашій країні, доповнювалися патерналістськими нормами деонтології, що взагалі не враховували, а точніше, повністю ігнорували ціннісні орієнтації окремих осіб і конфесійних груп, що по-різному ставилися до життя і смерті, до здоров'я і хвороб, до дитинства і старості. Розвиток медичної етики в Україні може допомогти нашому суспільству адаптуватися до нової системи страхової медицини, дозволить виробити ціннісні орієнтації особистості, що відповідали б правам людини, життю і гідності громадян, фундаментальним гуманістичним цінностям людства. Розвиток медичної етики в нашій країні передбачає осмислення тих традицій, які існували в етичній думці в Україні, аналіз їх філософських підстав і тих горизонтів, що відкриваються у новому ставленні людини до життя.

Основні етичні теорії

Для того, щоб зрозуміти, які морально-етичні і ціннісно-правові принципи лежать в основі сучасної медичної етики, варто охарактеризувати моделі і принципи лікування.

У наш час існує достатньо багато моделей і принципів медичної етики. Зрозуміло, що неможливо висунути якусь одну теорію або принцип, що задовольнили б усіх без виключення. У відповідній літературі пропонується багато варіантів, найбільше визнання отримали концепції, запропоновані американськими фахівцями Т. Бічампом і Дж. Чілдресом або так звані історичні моделі.

Модель Гіппократа і принцип «не зашкодь». Цей принцип вважається одним з найстаріших. Перше питання, що виникає при розгляді цього принципу, що саме розуміється під «шкодою». Якщо підходити до ситуації з боку медичного працівника, можна розрізнити такі умовні форми шкоди:

1. Шкода, викликана бездіяльністю, ненаданням допомоги.
2. Шкода, викликана недбалістю або злим наміром.
3. Шкода, викликана неправильними необдуманими

некваліфікованими діями.

4. Шкода, викликана об'єктивно необхідними в даній ситуації діями.

У більшості випадків 1, 2, 3 форми шкоди розцінюються як правопорушення, злочин, і ця проблема є не стільки моральною, скільки юридичною. Тому розглянемо лише об'єктивно необхідну шкоду. На перший погляд, постановка питання парадоксальна: адже пацієнт звертається до медичного працівника, щоб отримати благо – скажімо, позбавлення від болю. Проте якщо поглянути на цю ситуацію з боку пацієнта, то можна побачити різні варіанти цієї форми шкоди:

- сам візит до медичного працівника потребує часу (а зараз – і грошей), які пацієнт міг би присвятити чомусь іншому, приємнішому. В результаті візиту він не зміг зробити якісь важливі справи;

- якщо лікар вимагає від пацієнта дотримуватися якогось певного режиму, тоді шкода виражається в деякому утрудненні, обмеженні його свободи;

- лікування, призначене лікарем, може включати процедури, пов'язані з больовими відчуттями, тобто заради лікування лікар заподіює пацієнтові фізичну шкоду. А в деяких інших ситуаціях доводиться завдавати і більш серйозної шкоди, скажімо, ампутація кінцівки.

Такою є орієнтовна градація деяких форм шкоди, на які може очікувати пацієнт від медичного працівника. Тоді виходить, якщо тлумачити принцип «не зашкодь» буквально, то лікареві взагалі потрібно відмовитися від своєї діяльності. Але сенс принципу не в цьому. Тут мова йдеться про шкоду, що неминуча, тобто об'єктивно необхідна заподіювана шкода не повинна перевищувати того блага, яке отримується в результаті медичного втручання. І сама по собі шкода має бути мінімальною в порівнянні зі всіма іншими можливими варіантами.

Модель Парацельса і принцип «роби добро». Ця модель медичної етики склалася в середні віки. Цей принцип є продовженням і доповненням першого, і навіть деякі фахівці об'єднують ці моделі, проте тут є відмінності. Принцип «роби добро» не є заборонаю («не зашкодь», як у моделі Гіппократа), а відображає норму, що вимагає певних позитивних дій. Його сенс передається іноді словами: благодіяння, філантропія, добродійність, милосердя. На жаль, останніми роками у нас складається, а іноді вже склався тип молодой

людини, основною рисою якої є діловитість. Такі люди відмахуються від, як їм здається, «красивих» фраз, віддають перевагу конкретним цифрам і фактам. Такий раціоналізм став ще більше проявлятися в медицині. З раціональної позиції складно пояснити такі явища, як співчуття, милосердя, здатність любити іншу людину. Як виявилось, слабкість, біль, страждання – це не тимчасові явища, а невикорінні супутники людського існування, від яких неможливо застрахуватися. І цьому є чимало прикладів – дитина, що страждає від хвороби; хворі, для яких просто необхідно, щоб їх вислухали і пожаліли тощо.

Принцип «роби благо» акцентує увагу не просто на необхідності уникати шкоди, але на активних діях з метою їй запобігти. У моделі Парацельса основного значення набуває патерналізм – емоційний і духовний контакт медичного працівника з пацієнтом, на основі якого і будується лікувальний процес. У дусі того часу відносини «лікар-пацієнт» подібні до стосунків духовного наставника і послушника (pater від лат. – «батько»). У даній ситуації лікар спирається на власне розуміння потреб пацієнта щодо лікування, оскільки традиційно вважається, що пацієнти не володіють тими пізнаннями в медицині, які необхідні для лікування. Тому лікар, і лише лікар знає, що краще і потрібніше пацієнтові, всю відповідальність лікар бере на себе. Ця модель взаємин вимагає від медичного працівника не тільки високого медичного професіоналізму, але й високих моральних якостей.

Деонтологічна модель і принцип «виконання обов'язку». Деонтологія (deontos від лат. – обов'язок) – вчення про обов'язок медичного працівника, сукупність етичних норм, необхідних йому для виконання своїх професійних обов'язків. Іншими словами, деонтологія – це практичне втілення морально-етичних принципів. Зміст терміну був розкритий у 30-х роках ХІХ ст. англійським філософом Бентамом, автором книги «Деонтологія або наука про мораль». Проте поняття «деонтологія» розглядалося ним з позиції вивчення засобів і способів досягнення особистої користі або вигоди, при цьому вибір поведінки і моральної оцінки був представлений як справа особистого смаку або інтересу. Переосмислив і вніс доповнення в зміст поняття деонтології радянський хірург-онколог М. Петров у книзі «Питання хірургічної деонтології». Виконання обов'язку – це виконання певних вимог, правил, розпоряджень морального порядку, що встановлюються медичним співтовариством, а також власним розумом і волею медичного працівника. Принцип дотримання обов'язку не визнає виправдань при ухиленні від нього,

зокрема, аргументів типу: «приємне і неприємне», «корисне і даремне» тощо. Деякі вважають цю модель універсальною. Проте в ній є недоліки. Наприклад, у деяких випадках від пацієнта доводиться приховувати негативну інформацію, це, свого роду, неправда для порятунку. Проте неправда, з погляду деонтології, – це негідний учинок. І навпаки, сказати правду – належний учинок, навіть якщо ця правда може призвести до негативних наслідків. У такій ситуації виникає проблема, що вважати за найперший обов'язок перед пацієнтом – потурбуватися про його психологічний спокій (і збрехати) чи повідомити правду і тим самим зашкодити, що, у свою чергу, порушує принцип «не зашкодь». При цьому ми повинні враховувати ту обставину, що зазвичай не можемо контролювати ситуацію достатньо повно. Завжди можливі якісь непередбачувані перешкоди. Наприклад, наш хворий дізнається правду від іншої особи, і ми не тільки втрачаємо його довіру, але й можемо стати причиною погіршення стану здоров'я, оскільки ця людина може взагалі відмовитися від лікування. Вирішити таку проблему і багато інших покликана наступна модель.

Принцип «поваги прав і достоїнств людини». Сучасна медицина, біологія, генетика і відповідні біомедичні технології суттєво наблизилися до проблеми прогнозування і управління спадковістю, до проблеми життя і смерті організму людини, контролю функцій людського організму на тканинному, клітинному і субклітинному рівнях. Тому сьогодні, як ніколи гостро, стоїть питання про дотримання прав и свобод пацієнта як особистості.

Необхідність нових досліджень у галузі медичної етики обумовлена такими причинами:

1. Через складні умови і обставини нашого часу норми традиційної медичної етики систематично не спрацьовують, а деякі доводиться характеризувати по-новому або переглядати. Бурхливий розвиток науки виступає серйозним джерелом багатьох конфліктів і дилем, які вже неможливо вирішити однозначно. Наприклад, про допустимість проведення досліджень або впровадження результатів у практику, особливо якщо наслідки не достатньо прогнозовані. Основним питанням медичної етики сьогодні стає конфлікт прав.

2. Гостро стоїть питання про участь пацієнта в ухваленні лікарського рішення, тобто право на вибір медичного працівника, лікувальної установи, інформованої згоди, відмови від лікування, право на смерть тощо.

3. Сучасний етап розвитку медичної етики пов'язаний з наслідками науково-технічної революції другої половини ХХ століття. І, насамперед, з вузькою спеціалізацією і впровадженням у медицину новітніх досягнень науки. Широке застосування медичної техніки мало наслідком поділ клінічної медицини на низку вузьких спеціальностей, яких налічується вже більше ста. Звідси: систему «лікар-пацієнт» замінили на новий тип взаємовідносин – «лікар – прибор – пацієнт».

З одного боку, вузька спеціалізація і технізація медицини розширює можливості медичного працівника, а з іншого, – лікар, що уважно стежить за стрілкою приладу, іноді забуває поглянути в обличчя хворому, а це розглядається пацієнтом як невміння і небажання медика ставитися до нього як до людини. Наявність великої кількості медичних працівників-консультантів з вузьких спеціальностей у разі упущення в діагностиці утруднює моральну, а іноді й юридичну відповідальність, що надалі може призвести до зневажливого ставлення до своїх обов'язків.

Моделі моральної медицини в епоху революційних змін

Багато моральних проблем виникає в медичній практиці там, де ані стан здоров'я хворого, ані процедури, що призначаються йому, самі по собі їх не породжують. У повсякденних контактах з пацієнтами у переважаючій більшості не виникає випадків у моральному плані неординарних. Але для жінки, яка п'ять годин проводить у клініці, чекаючи з двома дітьми, що плачуть, їх огляду на грип, сам грип не є моральною проблемою, – такою є довготривале очікування. І коли студенти-медики навчаються брати кров на аналіз у прикутих до ліжка хворих з відділення кардіології, то насправді моральна проблема не так пов'язана з серцем хворої людини, як це могло б бути при більш неординарному випадку, – при трансплантації цього органу. Проте аналіз крові береться куди більше, ніж проводиться операцій з пересадки серця. І лише перейшовши від вузькоспеціальних до фундаментальних моральних питань, можна почати розмову про справжні моральні проблеми медицини.

Фундаментальна проблема сучасної медичної етики полягає в тому, що охорона здоров'я має бути правом людини, а не привілеєм для обмеженого кола осіб, що в змозі собі її дозволити. Медицина не завжди йшла цим шляхом, і тим більше в наші дні вона не повинна

звернути на нього. Проте ця норма, як моральна вимога, завойовує все більше визнання. У здійсненні цієї зміни свій внесок внесли дві революції: біологічна і соціальна. Як би образливо не звучало це зараз, але аж до нинішнього сторіччя охорону здоров'я можна було розглядати як розкіш. В усякому разі, справжніх одужань тривалого характеру було дуже мало. В наші дні завдяки революції в біології охорона здоров'я стала вельми значущою для «життя, свободи і пошуку щастя». Завдяки соціальній революції охорона здоров'я стала правом кожної людини. І якщо фраза: «Всі люди народжуються рівними» що-небудь означає стосовно медицини, для якої не є секретом, що, на біологічний погляд, індивіди не рівні, то вона означає, що люди рівні з погляду законності їх моральних вимог. Індивіди повинні розглядатися як рівні в тому, що пов'язано з їх людськими якостями – гідністю, свободою, індивідуальністю. Так, оголошення на фасаді престижної сучасної лікарні: «Пацієнти, що приймають фенадон, користуйтеся чорним входом!» морально образливе, навіть якщо воно означає лише те, що фенадонове відділення знаходиться за тими дверима. Воно на подив схоже на напис: «Місця для чорношкірих – у кінці автобусу!».

Враховуючи право людини на охорону здоров'я, розглянемо, які моделі відносин між медиками-професіоналами і звичайними людьми дозволяють охопити ці й інші основні моральні проблеми.

Модель технічного типу

Один з наслідків біологічної революції – виникнення медичного працівника-вченого. Нерідко лікар поводить як учений-експериментатор. Наукова традиція полягає в тому, що вчений має бути «неупередженим». Він повинен спиратися на факти, уникаючи всіх ціннісних думок. Лише після створення атомної бомби і медичних досліджень нацистів ми усвідомили всю необдуманість і небезпеку такої позиції. По-перше, вчений, у тому числі й експериментатор, просто не може бути вільним від цінностей. Щодня він змушений здійснювати вибір: під час визначення мети дослідження, з'ясування ступеня значущості статистичних даних, відборі з нескінченного поля емпіричних даних тих, що є важливими. Для кожної з цих форм вибору як обґрунтування необхідна система цінностей. Вибір того, що має «значення», що є «цінністю», повинен проводитися постійно. І це тим більш правильне по відношенню до прикладних наук, у тому числі і медицини. Лікар, який вважає, що

його завдання в тому, щоб надати всі дані пацієнтові, а тому і рішення – за ним, одурює себе, навіть якщо визнати, що в усіх критичних ситуаціях, там, де необхідно зробити вирішальний вибір, такий образ дій був би в моральному сенсі здоровим і відповідальним. Більше того, навіть якщо в процесі ухвалення рішення лікар зміг би уникнути думок морального й іншого ціннісного характеру, навіть якщо б йому вдалося впровадити в реальність нездійснений ідеал свободи від ціннісних думок, то такий образ дій був би образливим для нього самого з морального погляду. Він перетворився б на техніка, на водопровідника, який сполучає труби і промиває системи, що засмітилися, і не мучиться ніякими питаннями. І хоча в суспільстві ніколи не було, і, мабуть, не буде однозначної думки в питанні щодо абортів, викликає глибоке занепокоєння лікар, який вважає, що аборт – це, в повному розумінні слова, вбивство, і при цьому погоджується на його здійснення або посилає пацієнта до іншого медичного працівника. Жоден лікар так не вчинить, зіткнувшись з проханням убити живу людину.

Модель сакрального типу

Моральна огида до моделі, в якій лікар перетворюється на водопровідника, повністю позбавленого власних моральних установок, призводить до того, що деякі науковці вдаються до інших крайнощів, перетворюючи медичного працівника на нового священика. Відомий соціолог медицини Роберт Н. Вільсон характеризує цю модель взаємовідносин «лікар – пацієнт» як сакральну. «Кабінет лікаря або лікарняна палата, наприклад, – говорить він, – має якусь ауру святості»; «... пацієнт змушений дивитися на свого лікаря як на людину, що відійшла від усього прозаїчного і мирського».

Модель сакрального типу призводить до того, що називається «Синдромом як». Виявляється він у словах, але сама хвороба має моральний характер. Основною діагностичною ознакою слугує фраза: «кажучи як...». Так, консультуючи жінку, що приймала під час вагітності талідомід, лікар говорить: «шанси не на користь народження нормальної дитини, і, говорю вам як лікар, – у цій ситуації ризик не виправданий». Варто запитати, що дозволяє людині з медичною освітою говорити ці слова як медичного працівника, а не як друга, як етичну людину або як священика? Проблематичним є поширення дії спеціальних знань – їхнього перенесення з технічної

галузі в сферу моральних рекомендацій.

Основний моральний принцип, що відображає традицію сакрального типу, свідчить: «Надаючи пацієнтові допомогу, не зашкодь йому». Сучасна критика принципу не нанесення шкоди пацієнтові в чомусь співзвучна критиці патріархату (матріархат на Заході не був домінуючим). Патріархат, що панував тривалий час, – це лише інша форма виразу тій же моделі сакрального типу. Слово «Отець» традиційно служило метафорою для Бога і для священика. І в класичній літературі по медичній соціології, в тій же самій літературі, яка використовує релігійні образи як аналогію для виразу взаємозв'язку «лікар – пацієнт», завжди уживаються образи батька і дитини. Саме такий патерналізм у сфері цінностей і виражений у моральному принципі: «Надаючи пацієнтові допомогу, не нанеси йому шкоди». Позбавляючи пацієнта можливості ухвалювати рішення, він перекладає її на медичного працівника. Тим самим патерналізм ліквідує або, принаймні, зводить до мінімуму всі інші моральні підстави, необхідні для збалансованої етичної системи. І хоча група медиків-професіоналів може ствердити цей принцип як принцип професійної моралі, зрозуміло, що в суспільстві існує набагато ширший набір моральних норм. І якщо група медиків-професіоналів приймає одну норму, а суспільство за тих же обставин – іншу, то лікар потрапляє в незручне становище, що зобов'язує його вирішити: чи солідаризуватися з нормами професійної групи, чи з нормами ширших прошарків суспільства. Також виникає питання про зміст ширшого набору норм.

1. *Принесити користь і не завдавати шкоди.* Жодна людина, яка не погоджується з вузькою кантіанською традицією, не може позбутися морального обов'язку приносити користь і при цьому повністю уникнути завдання шкоди. Скажемо про це із самого початку. Деякі етики вважають принесення користі і незавдання шкоди двома різними принципами, надаючи великого морального значення останньому принципу. Це характерно і для професійної медичної етики. Насправді ж відмінність полягає в тому, що в тій сукупності моральних норм, якими керуються широкі верстви суспільства, принцип: «Принносячи користь, не зашкодь», існує в широкому контексті і складає лише один елемент всієї безлічі моральних обов'язків.

2. *Захист особистої свободи.* Фундаментальною цінністю нашого суспільства є особиста свобода. Вона потрібна людині.

Особиста свобода і медичного працівника, і пацієнта повинна захищатися, навіть якщо здається, що це може завдати якоїсь шкоди. Ось чому деяким пацієнтам, що заздалегідь отримали інформацію законним чином, суспільство дозволяє відмовлятися від процедури переливання крові або від інших видів медичної допомоги, хоча більшості людей здається, що в результаті цього хворому завдається величезної шкоди. Думка ніякої окремої групи не може вважатися авторитетною під час вирішення питання про те, що приносить користь, а що завдає шкоди (коли опираються призначенню процедур, необхідних для досягнення заздалегідь визначених корисних результатів). Допустити зворотне означає помилково розширити сферу дії спеціальних знань.

3. *Охорона людської гідності.* Рівність усіх людей за їхніми моральними якостями означає, що кожен з них має основні людські достоїнства. Особиста свобода вибору, контроль над своїм тілом і над власним життям сприяють реалізації людської гідності – це етика, яка розвивається по той бік ідей Б. Скіннера. Багато аспектів процесу госпіталізації, надання медичної допомоги і догляду пацієнтів, особливо важкохворих, містять у собі загрозу людській гідності. Виснаженій, старій людині, яку з життям зв'язують внутрішньовенні трубки, трахеотомія і колостомія, складно підтримувати почуття власної гідності. І нічого немає дивного в тому, що багато хто вважає за краще повернутися додому і там померти. Адже саме там, під рідним дахом, ці люди повертають собі почуття гідності.

4. *Говорити правду і виконувати обіцянки.* Моральні обов'язки – говорити правду і виконувати обіцянки – такі ж розумні, наскільки й традиційні, зберігають своє місце в етиці, оскільки вони потрібні для людських відносин. Можна лише жалкувати за тим, що ці основи людської взаємодії знаходяться під загрозою зведення до мінімуму і навіть усунення заради того, щоб провести принцип «не завдай шкоди пацієнтові!». Ця проблема набагато ширша, і вона не зводиться до того, чи говорити правду хворому з термінальною раковою пухлиною або вагітній жінці, у якої під час проведення амніоцентизу в матці була виявлена ХУУ хромосома. Ця проблема виникає вже тоді, коли хлопчикові, якому роблять щеплення від кору, говорять: «Воно не завдасть тобі ані найменшої шкоди», або коли студента-медика представляють у лікарні як «доктора». Всі ці випадки можуть бути виправдані як способи уникнути завдання

шкоди пацієнтові. Але поза сумнівом, що і у кожному окремому випадку (особливо якщо врахувати тривалість втрати довіри), і упродовж тривалого періоду подібного роду порушення принципу «Говорити правду і виконувати обіцянки» можуть завдати шкоди, а не принести певну користь. І хлопчик, якому роблять щеплення, і студент-медик здогадуються, чого їм чекати надалі від медицини. Але навіть без цього кожен подібний випадок – це замах на гідність, свободу і гуманність. Іноді такі дії можуть бути виправдані, проте виправдувальні аргументи мають бути дуже вагомими.

5. *Дотримуйся справедливості і відновлюй її.* Моральні норми широких верств суспільства виходять за межі обов'язку надання пацієнтові допомоги і не нанесення йому шкоди ще в одній вимозі – вимозі справедливого розподілу послуг у сфері охорони здоров'я. Те, що ми метафорично назвали соціальною революцією, посилило нашу турботу про рівність у розподілі основних медичних послуг. Якщо охорона здоров'я – право, то це право – для всіх. Недостатньо демонструвати індивідуальні випадки міцного здоров'я і благополучні статистичні дані про здоров'я населення. Навіть якщо б статистичні дані свідчили про те, що стан здоров'я населення США найкращий у світі (що, звичайно, не так), і якби ці показники були досягнуті за рахунок зменшення турботи про охорону здоров'я певних груп людей усередині суспільства, то це було б з морального погляду неприйнятним.

У наш час питання про справедливість у розподілі медичних послуг викликає особливу занепокоєність через високий рівень дискримінації. Справедливість вимагає відшкодування. Здоров'я тих, хто був підданий дискримінації, має бути підтримане і відновлене насамперед.

Модель колегіального типу

У моделі технічного типу лікар перетворюється на водопровідника, позбавленого яких-небудь моральних якостей. У моделі сакрального типу моральний авторитет медичного працівника настільки впливає на пацієнта, що пригнічує його свободу і гідність. Намагаючись адекватніше визначити відносини у системі «лікар – пацієнт», зберігаючи фундаментальні цінності і обов'язки, деякі етики говорять про те, що лікар і пацієнт повинні бачити один в одному колеґ, що прагнуть до загальної мети, – до ліквідації хвороби і захисту здоров'я пацієнта. Лікар – це друг хворого. Саме у моделі

колегіального типу довіра відіграє вирішальну роль. Коли дві людини або дві групи людей дійсно відстоюють загальні цілі, їх довіра виправдана, і модель колегіального типу адекватна. Таким є солідарний спосіб взаємодії соратників. Тут у наявності рівність і в гідності, і пошані, і у мірі сприяння, що не було притаманне попереднім моделям.

Проте соціальний реалізм змушує нас поставити непросте питання: чи дійсно існує якийсь реальний ґрунт для взаємодії, для загальних цілей та інтересів, що дозволило б використовувати модель некерованого співтовариства колег у взаємовідносинах «лікар – пацієнт»?

Якись ознаки співтовариства, що визначається реальними загальними інтересами, виникли в радикальному русі на захист здоров'я в безкоштовних клініках, але все-таки треба констатувати, що етнічні, класові, економічні і ціннісні відмінності між людьми перетворюють принцип загальних інтересів, необхідних для моделі колегіального типу, на нездійсненну мрію. Необхідно створити модель, яка більшою мірою відповідає умовам і допускає рівність між пацієнтом і лікарем у сфері моралі, не спираючись на утопічну ідею колегіальності.

Модель контрактного типу або договірна модель

Модель соціальних стосунків, яка відповідає реальним умовам, – це модель, заснована на контракті або угоді. У поняття контракту не варто вкладати юридичного сенсу. Його треба трактувати скоріше символічно, як традиційну або шлюбну обітницю. У ньому два індивіди або дві групи людей діють на основі взаємних зобов'язань і взаємної вигоди, що очікується. Але обов'язки і вигода, навіть якщо вони виражені дещо нечітко, мають свої межі. Основні принципи свободи, особистої гідності, чесності, виконання обіцянок і справедливості необхідні для моделі контрактного типу. Її передумовою слугує довіра, навіть коли видно, що повної взаємності в інтересах немає. Соціальна підтримка пов'язана з легітимізацією цієї взаємодії і забезпечує її здійснення у разі порушення договору. Проте вважається, що в більшості випадків взяті зобов'язання неухильно виконуються.

Лише у моделі контрактного типу може існувати справжній поділ морального авторитету і відповідальності. Вона дозволяє уникнути відмови від моралі з боку медичного працівника, що характерне для

моделі технічного типу, і відмови від моралі з боку пацієнта, що характерне для моделі сакрального типу. Вона дозволяє уникнути помилкової і неконтрольованої рівності в моделі колегіального типу. У відносинах, що засновані на контракті, лікар усвідомлює, що у випадках значущого вибору за пацієнтом повинна зберігатися свобода управляти своїм життям і долею. Якщо ж лікар не зможе жити у згоді зі своєю совістю, вступивши у такі відносини, то контракт або розривається, або не складається. Це означає, що необхідно провести більш глибоке обговорення моральних засад, на яких базується вирішення медичних проблем, до того або у міру того, як ці рішення ухвалюватимуться.

У моделі контрактного типу у пацієнта є законні підстави вірити, що, оскільки початкова система цінностей, що використовується під час ухвалення медичних рішень, корениться в системі цінностей самого пацієнта, безліч різних рішень, які лікар повинен приймати щодня за умов надання допомоги пацієнтам, здійснюватиметься відповідно до ціннісних орієнтацій хворого.

Крім того, в моделі контрактного типу рішення приймаються так, що зберігається впевненість у тому, що і пацієнт, і лікар морально охайні. У контексті контрактних стосунків на індивідуальному рівні контроль пацієнта за ухваленням рішень забезпечується без обов'язкової участі хворого у виробленні кожного тривіального рішення. Подібним же чином на соціальному рівні здійснюється контроль громади у сфері охорони здоров'я. Співтовариству непрофесіоналів надається статус суб'єкта, що вступає в контрактні відносини. Рішення, таким чином, ухвалюються співтовариством непрофесіоналів, проте повсякденні медичні рішення можуть ухвалюватися медичними працівниками на основі довіри. Якщо ж довіра втрачається, то розривається і контракт.

Медична етика в епоху біологічної і соціальної революцій розглядає величезну кількість нових і складних моральних проблем: штучне запліднення, нейрохірургія, «пілюлі щастя», смерть мозку і використання медичної технології у військових цілях. Проте повсякденні кризові ситуації у моральному плані можуть і не бути такими неординарними. Чи є медична проблема неординарною, чи вона не складніша, ніж звичайне шкільне завдання, і в тому, і в іншому випадку вирішальну роль відіграє моральна відповідальність, яка залежить від вибору відповідної моделі моральних відносин між співтовариствами професіоналів і непрофесіоналів.

Контрольні питання для перевірки кінцевого рівня знань студентів:

1. Які моделі моральної медицини існують у сучасному суспільстві:
 - а) модель Парацельса;
 - б) модель сакрального типу;
 - в) модель колегіального типу;
 - г) модель контрактного типу;
 - д) модель «технічного» типу.
 - е) модель Піфагора;
 - є) модель Платона?
2. Що означає термін «деонтологія»:
 - а) зведення правил;
 - б) належна поведінка;
 - в) правильне лікування;
 - г) права пацієнта?
3. Людина завжди повинна покладатися на безпомилковість машини:
 - а) без сумнівів;
 - б) необхідно іноді перевіряти її дії;
 - в) у будь-якому випадку лікар повинен аналізувати і порівнювати, ніколи не забуваючи про пацієнта;
 - г) лікар повинен покладатися тільки на свої знання й інтуїцію?
4. Які організації займаються вирішенням суперечностей у сфері медичної етики:
 - а) парламентські комітети;
 - б) етичні комітети;
 - в) Міністерство охорони здоров'я;
 - г) департамент охорони здоров'я?
5. Що належить до основних моральних норм медичної етики:
 - а) повага прав і достоїнств людини;
 - б) дотримання медичної таємниці;
 - в) вирішення проблем хворого;
 - г) успішне лікування пацієнта?
6. Яка небезпека полягає у подальшому розвитку прогностичної медицини:
 - а) це могутній важіль контролю і влади;
 - б) безособовість;
 - в) безсуб'єктність.

7. Основний моральний принцип моделі сакрального типу:

- а) говорити правду і виконувати бажання пацієнта;
- б) дотримуватися справедливості;
- в) поважати людську гідність;
- г) не зашкодити?

8. «Клятва лікаря» в своїй основі містить:

- а) принцип «роби благо!»;
- б) принцип «не зашкодь!»;
- в) принцип виконання обов'язку;
- г) принцип поваги прав і достоїнств людини?

9. Що є основним недоліком моделі сакрального типу:

- а) виконання всіх процедур контролюється договором;
- б) лікар має обмеження у вигляді зобов'язань перед працедавцем;
- в) виконання етичних принципів залежить від медичного працівника?

працівника?

10. У якій моделі довіра ставиться на перше місце:

- а) модель Гіппократа;
- б) деонтологічна модель;
- в) модель Парацельса;
- г) технічна модель;
- д) колегіальна модель?

Еталони відповідей: 1-б, в, г, д; 2-б; 3-в; 4-б; 5-а; 6-а; 7-г; 8-б; 9-в; 10-д.

РОЗДІЛ 3. ОСНОВНІ ПРАВИЛА МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ. ПРАВА І МОРАЛЬНІ ЗОБОВ'ЯЗАННЯ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА. ПРАВА ПАЦІЄНТІВ

I. Мета заняття:

1. Засвоїти основні правила медичної етики.
2. Дізнатися, що входить у поняття «права пацієнта», «медична таємниця» та ін.
3. Оволодіти навичками поведінки в різних ситуаціях.
4. Ознайомитися з основними правами і обов'язками медичної сестри.

II. Мотиваційна характеристика теми:

Відносини медичного працівника і пацієнта не є стосунками рівних. Медичний працівник несе велику відповідальність, і

одночасно він є сильнішою стороною. Особливість цих відносин обумовлює необхідність для пацієнта повідомлення про себе інтимної інформації, що є важливою для ефективного лікування. Така ситуація робить слабкою позицію пацієнта. Для захисту пацієнта створений інститут медичної таємниці. Ще одна особливість медичної таємниці полягає в тому, що медичного працівникам про пацієнта стає відомою не тільки медична інформація, але й багато з того, що до хвороби відношення не має. Отже, лікарі стають носіями різноманітної, дуже особистої інформації. У «Клятві Гіппократа», як і у всіх інших етичних кодексах, існують положення щодо того, що лікар повинен зберегти в конфіденційності всю інформацію, а не тільки ту, що поступила від пацієнта і стосується тільки хвороби. Особливо гостро стоїть питання про участь пацієнта в ухваленні лікарського рішення. В даному випадку мова йде про попередню інформовану згоду пацієнта на медичне втручання, що має не тільки моральну силу, але й є юридичною нормою. І пацієнт, і лікар мають права, які повинен знати кожен.

III. Контрольні питання для перевірки початкового рівня знань студентів:

1. Чи має людина право на отримання інформації про перебіг своєї хвороби і види її лікування:

- а) так;
- б) ні?

2. Як називається модель взаємовідносин між пацієнтом і лікарем, що обумовлює ретельне вивчення лікарем стану хворого, вибір лікарем для кожного конкретного випадку лікування, спрямованого на усунення болю і його причин:

- а) патерналізм;
- б) лібералізм;
- в) консерватизм?

3. Хто зобов'язаний зберегти лікарську таємницю окрім самого медичного працівника:

- а) фельдшер;
- б) санітарка;
- в) медсестра;
- г) лаборант?

4. Чи вважається повідомлення медичних даних найближчим родичам розголошенням медичної таємниці:

- а) так;

б) ні?

5. Як називається право на приховування від пацієнта неприємної інформації:

а) «терапевтичний привілей»;

б) «неправда для порятунку»;

в) «свята неправда»?

6. Що означає термін «моральний максимум»:

а) повідомлення всієї наявної інформації про перебіг хвороби;

б) повідомлення частини наявної інформації про перебіг хвороби;

в) повідомлення тільки позитивної інформації про перебіг хвороби;

г) про перебіг хвороби пацієнт нічого не знає?

7. Чи повинен лікар враховувати релігійні вірування пацієнта під час призначення діагностичних і лікувальних процедур:

а) так; б) ні?

8. В яких випадках можливе розголошення медичної таємниці:

а) за умов деяких генетичних дефектів в одного з подружжя;

б) працедавцеві під час проф. огляду за умов прийому на роботу;

в) на прохання найближчих родичів;

г) за умов небезпеки розповсюдження деяких інфекційних захворювань?

9. Чи зобов'язаний лікар розкривати лікарську таємницю під час судового процесу:

а) так;

б) ні.

10. Чому для медичного працівника є необхідним дотримання медичної таємниці:

а) це допомагає швидко вирішувати проблеми;

б) це сприяє підвищенню професійного рівня медичного працівника;

в) це підвищує якість діагностики і лікування захворювань пацієнта;

г) це зміцнює авторитет медичного працівника?

Еталони відповідей: 1-а; 2-а; 3-а,б,в,г; 4-а; 5-а; 6-а; 7-а; 8-а,г; 9-а; 10-в,г.

Теми рефератів і доповідей

• Етичні аспекти проблеми конфіденційності в історії медицини і сучасній медицині.

- Відповідальність медиків за порушення медичної таємниці.
- Правдивість та інкурабельні хворі.
- «Свята неправда» в медицині.
- Проблема медичної таємниці в онкології.

Основними правилами медичної етики є: правило добровільної інформованої згоди, правдивості, конфіденційності (медична таємниця).

Самовизначення пацієнта є основою захисту ним своїх інтересів. Людина відчуває себе вільною і може реалізувати своє ідеальне уявлення про себе тоді, коли володіє інформацією. Якщо людина володіє інформацією, вона може обирати, отже, може адекватно діяти, поступати так, як вважає для себе за потрібне, тобто здійснювати право на свободу вибору. Таке право в медичній етиці визначає автономію особистості. Згода пацієнта на лікування буде тоді повноцінною, коли вона буде інформованою.

Патерналізм, що традиційно панував у медичній практиці, поступається місцем співпраці. Опікунська модель втрачає свої позиції і в суспільному житті. Етична цінність автономії особистості сьогодні є такою величиною, що благодіяння медичного працівника всупереч волі і бажанню пацієнта вважається за неприпустиме.

Центром руху за права пацієнтів стала лікарня, з її розгалуженістю, насиченістю різноманітною апаратурою і підвищеною вразливістю пацієнта.

Американська асоціація лікарень почала активно обговорювати питання прав пацієнтів і схвалила білль про права пацієнтів у 1972 році. Серед прав пацієнтів, прийнятих Американською асоціацією лікарень, першорядне значення має право на інформацію, необхідну для інформованої згоди. Це право в медичній етиці трансформувалося в правило добровільної інформованої згоди. Ці право і правило відображені й у вітчизняному законі «Основи законодавства України щодо охорони здоров'я громадян», тобто це право набуло не тільки морального, але й юридичного обґрунтування.

Під інформованою згодою розуміється добровільне прийняття курсу лікування або терапевтичної процедури після надання медичним працівником адекватної інформації. Можна умовно виокремити два основні елементи цього процесу: 1) надання інформації і 2) отримання згоди. Складовими цих елементів є добровільність і компетентність. Лікар зобов'язаний інформувати пацієнта:

1. Про характер і цілі прогнозованого лікування.
2. Про пов'язані з ним ризики.
3. Про можливі альтернативи даному виду лікування.

Поняття альтернативи є центральним у правилі інформованої згоди. Лікар дає поради щодо найбільш прийнятної з медичної позиції варіанту, але остаточне рішення ухвалює пацієнт, виходячи зі своїх особистісних установок. Таким чином, лікар ставиться до пацієнта як до мети, а не як до засобу досягнення іншої мети, навіть якщо цією метою є здоров'я.

Особлива увага при інформуванні приділяється ризику, пов'язаному з лікуванням. Лікар повинен висвітлити 4 аспекти ризику: його характер, серйозність, вірогідність матеріалізації і раптовість матеріалізації. У деяких штатах Америки законодавчі акти містять перелік ризиків, про які лікар повинен інформувати пацієнта. Але виникає питання: як і в якому обсязі інформувати пацієнта? Останнім часом велика увага приділяється «суб'єктивному стандарту» інформування, тобто вимагається, щоб лікарі максимально адаптували інформацію до інтересів окремого пацієнта.

З погляду етики, суб'єктивний стандарт є найбільш прийнятним, оскільки він спирається на принцип поваги до автономії особистості, визнає незалежні потреби і бажання людини в ухваленні непростих рішень.

Раніше особлива увага приділялася питанням надання інформації пацієнтові. Останніми роками фахівців більше цікавлять проблеми розуміння пацієнтом інформації, а також досягнення згоди з приводу лікування. Добровільна згода - це важливий аспект процесу ухвалення рішення. Добровільність означає незастосування з боку медичного працівника примушення, обману, погроз та інших прихованих форм насильства. Тому зараз можна говорити про поширення сфери застосування моралі, моральних вимог по відношенню до медичної практики. Правда, нехай і жорстока, сьогодні є пріоритетною в медицині. Лікар зобов'язаний бути чесним. Тут існує взаємозв'язок з іншим правилом – правилом правдивості. Особливою умовою інформування є компетентність пацієнта. Під компетентністю розуміється здатність ухвалювати рішення. Визначають 3 стандарти компетентності:

1. Здатність ухвалювати рішення, засноване на раціональних мотивах.
2. Здатність прийти в результаті рішення до розумних цілей.
3. Здатність ухвалювати рішення взагалі.

Таким чином, головним елементом компетентності є правило: особа компетентна, якщо вона може ухвалювати прийнятні рішення, засновані на раціональних мотивах. Особливо ця проблема актуальна в психіатрії.

Існують дві моделі інформованої згоди – подієва і процесуальна. У подієвій моделі ухвалення рішення означає події в певний момент часу, тобто після оцінки стану пацієнта, постановки діагнозу, складання плану лікування лікар дає рекомендації, а також інформацію про ризик, переваги і можливі альтернативи. Зваживши отриману інформацію, пацієнт обдумує ситуацію і робить прийнятний з медичного погляду вибір, що більше відповідає його особистим цінностям.

Навпаки, процесуальна модель інформованої згоди ґрунтується на ідеї про те, що ухвалення медичного рішення – тривалий процес, і обмін інформацією повинен відбуватися протягом всього часу взаємодії медичного працівника з пацієнтом. Лікування тут підрозділяється на декілька стадій, які можуть бути охарактеризовані за допомогою основних завдань, які вони відображають:

1. Встановлення взаємовідносин.
2. Визначення проблеми.
3. Постановка мети лікування.
4. Вибір терапевтичного плану.
5. Завершення лікування.

У цій моделі пацієнт відіграє більш активну роль.

Поворот до ідеї інформованої згоди став можливим у результаті зміни концепції цілей медицини. Традиційно вважалося, що найперша мета медицини – це захист здоров'я і життя пацієнта. Проте нерідко досягнення цієї мети супроводжувалося утиском його свободи, а значить, відмовою від свободи вибору. Повага свободи вибору або його автономії є головною цінністю цивілізованого способу життя. Будь-яка людина зацікавлена ухвалювати рішення, що впливають на її життя, самостійно, адже суспільством не засуджується, а навіть заохочується, коли людина самостійно обирає професію, пов'язану із загрозою для життя і здоров'я (військовий, рятувальник). Таким чином, самовизначення людини є вищою цінністю, і медичне обслуговування не має бути виключенням. Отже, при здійсненні правила добровільної інформованої згоди (компетентного пацієнта) необхідно дотриматися таких умов:

1. Інформація має бути повною і не подаватися (що важливо) поза

волею пацієнта.

2. Інформація повинна подаватися в зрозумілій формі.

3. Інформація повинна подаватися делікатно.

4. Інформація повинна подаватися у випадку, наприклад, невиліковної хвороби, несприятливих наслідків, і з урахуванням психологічної реакції пацієнта.

5. Отримання згоди не повинно супроводжуватися погрозами, примусом, хитрістю й іншими прихованими формами насильства.

Сказане вище звичайно стосується раціонального, дієздатного (компетентного) пацієнта. А як діяти, наприклад, у психіатричній практиці, педіатрії, коли лікар має справу з несвідомим пацієнтом, що знаходиться у загрозовому для життя стані, коли рішення потрібно ухвалювати швидко. У даній ситуації можливе наступне:

1. В екстрених випадках лікарське рішення ухвалює лікар або (якщо це можливо) консиліум.

2. Якщо пацієнт недієздатний (педіатрія, психіатрія) рішення ухвалюється законним представником (родичі, опікуни, адвокат) й інформація подається йому (їм) із дотриманням усіх вище перерахованих умов і правил.

3. Рішення ухвалюється на підставі вирішення суду (наприклад, примусове лікування психічно хворої людини, що скоїла злочин, або здійснення медичної експертизи стану здоров'я, дієздатності, осудності тощо).

Проте випадки ухвалення рішення за пацієнта мають низку проблематичних аспектів. Наприклад, лікар має бути впевнений, що родич, який дає згоду за пацієнта, що знаходиться в несвідомому стані, керується інтересами пацієнта, якщо він вважає, що сам пацієнт поступив би так само, знаходячись у даній конкретній ситуації. Це буває так не завжди. Тут можливі різного роду зловживання. Тому перед лікарем постає необхідність вирішення непростого завдання. При вирішенні даного питання існує таке поняття, як терапевтичний привілей, тобто право медичного працівника все ж таки приховати частину інформації, тієї інформації, яка однозначно зашкодить пацієнтові в даній конкретній ситуації. Після вирішення певних проблематичних моментів лікар цю приховану інформацію повідомляє пацієнтові.

Таким чином, правило інформованої згоди і правило правдивості дуже тісно пов'язані. Вони є обов'язковою не тільки моральною, але й юридичною нормою в охороні здоров'я.

Правило конфіденційності (медична таємниця)

Якщо правило правдивості забезпечує відвертість під час взаємодії медичного працівника і пацієнта, то правило конфіденційності покликане захистити систему «лікар-пацієнт» від несанкціонованого проникнення ззовні.

У формі «медична таємниця» правило конфіденційності зафіксоване в багатьох етичних кодексах, починаючи з «Клятви Гіппократа». Використання терміну «медична таємниця» виправдане традицією, проте неправильне по суті справи, оскільки мова йде про зобов'язання не тільки медичного працівника, але і будь-яких інших медичних працівників, а також посадових осіб, яким ця інформація була передана або отримана під час виконання їхніх обов'язків.

Предметом конфіденційності є: сам факт звернення за медичною допомогою, діагноз захворювання, стан здоров'я, прогноз і все ті відомості, які лікар отримує в ході обстеження, під час вислуховування скарг. Конфіденційною має бути і не медична інформація про пацієнта, його близьких, що стала відомою лікареві. Законодавством суворо визначено вузьке коло ситуацій, коли відомості, що належать до медичної таємниці, можуть бути розголошені без дозволу пацієнта:

- 1) з метою обстеження і лікування громадянина, не здатного через свій стан висловити свою волю;
- 2) за умов загрози розповсюдження інфекційних захворювань, масових отруень і уражень;
- 3) за запитом органів дізнання і слідства, прокурора і суду в зв'язку з проведенням розслідування або судовим розглядом;
- 4) у разі надання допомоги неповнолітньому до 15 років;
- 5) за наявності підстав, що дозволяють вважати, що шкода здоров'ю громадянина заподіяна в результаті протиправних дій;
- 6) з метою проведення військово-медичної експертизи.

Моральна норма конфіденційності є заставою соціальної ефективності для багатьох професійних груп, тобто основою набуття довіри, яка є дуже важливою в медичній діяльності. Існує сім чинників, вплив яких визначає істотне значення конфіденційності в медицині:

1. Конфіденційність у системі «лікар-пацієнт» бажана, оскільки є підтвердженням, захистом іншої фундаментальної цінності – недоторканості приватного життя. У кожної людини є закрита для інших сфера внутрішнього світу: її думки, переживання та ін.. Лікареві у

процесі діагностики часом буває потрібна дуже інтимна інформація. Гарантія безумовного дотримання конфіденційності дозволяє пацієнтові бути досить відвертим, не побоюючись, що така інтимна і навіть небезпечна для нього інформація буде якимось чином розголошена.

2. Принцип конфіденційності є умовою захисту соціального статусу пацієнта. Ми живемо у недосконалому світі, в якому достатньо часто діагноз або інша медична інформація, може стати клеймом для людини, що значно обмежить її можливості для самоствердження. Набувши гласності, така інформація нерідко викликає неусвідомлену реакцію, що знаходить відображення в соціальній ізоляції людини, – стигматизації. Внаслідок чого навколо людини утворюється соціальний вакуум. Кожна людина живе серед людей і має певний статус, порушення конфіденційності несе безпосередню загрозу цій людській цінності. Варто зазначити, що ця цінність має самостійне значення і не залежить від наявності або відсутності фінансової шкоди. Навряд чи фінансові вигоди (наприклад, відшкодування матеріального і морального збитку) зможуть компенсувати удари, нанесені почуттю власної гідності, самоповазі, честі. Людина в такій ситуації може втратити друзів, сім'ю.

3. Правило конфіденційності захищає й економічні інтереси пацієнтів. Розголошення якої-небудь медичної інформації може перешкоджати просуванню по службі або заняттю виборних посад. Скоротити число клієнтів, наприклад, в адвоката, якщо стороннім стало відомо про його ВІЛ-інфікованість.

4. Конфіденційність стосунків необхідна для забезпечення відвертості спілкування медичного працівника і пацієнта. Пацієнт, оголюючись тілесно і духовно, має бути впевнений, що це не призведе до небажаних наслідків. Тільки впевненість пацієнта в неухильному дотриманні медичної таємниці забезпечує відвертість, без якої неможлива нормальна професійна діяльність. Не варто забувати про те, що успіх професіонала має значення не тільки з погляду його фінансової винагороди, але і його особистісної самореалізації. Отже, захищаючи конфіденційність, медик захищає не тільки інтереси пацієнтів, але і свої власні інтереси, як особистості.

5. Від того, наскільки ефективно медик захищає конфіденційність, безпосередньо залежать його престиж, імідж, популярність, престиж лікування взагалі. Сучасне законодавство наділяє пацієнта правом самому обирати медичного працівника, ЛПЗ, природно, що в такій ситуації перевага буде надана тому, хто окрім високих професійних

якостей демонструє достатньо високі моральні якості.

6.Захищаючи конфіденційність, медичний працівник забезпечує почуття довіри у відносинах з пацієнтами. Поняття довіри набагато ширше, ніж поняття відвертості. Довіряти означає вірити, що лікарі за будь-яких обставин керуватимуться інтересами пацієнта, особливо в тих випадках, коли він знаходиться у важкому стані. При цьому контроль за його станом знаходиться повністю в руках медичних працівників.

7.Істотне значення дотримання права на конфіденційність має для реалізації права пацієнта на автономію – ефективний контроль за тим, що і як відбувається з його життям.

Разом з тим, при всій важливості правила конфіденційності, існує низка ситуацій, за яких застосування даного правила є проблематичним. Коло таких ситуацій досить широке і навряд чи коли-небудь вдасться їх врегулювати за допомогою закону.

Одна з найбільш гострих дилем виникає, коли інформація щодо одного пацієнта стосується інших осіб. Характерний приклад: під час медико-генетичного обстеження в пацієнта виявлена схильність до серйозного захворювання, що передається спадково. Ця інформація має істотне значення і для осіб, що знаходяться з ним у генетичній спорідненості або шлюбі. Або інший приклад: у водія лікар діагностує епілепсію. Розголошення неодмінно спричинить зняття з посади і подальшу перекваліфікацію, оскільки такий пацієнт при виконанні своїх обов'язків наражає на небезпеку своє життя і здоров'я інших людей. Тут існує конфлікт інтересів або конфлікт цінностей. Аналогічного роду конфлікт цінностей може трапитися в психіатрії або психотерапевтичній практиці. Скажімо, лікареві під час бесіди стало відомо про бажання пацієнта фізично з кимось розправитися. Чи повинен лікар попередити про небезпеку? Якщо повинен, то він ризикує втратити довіру і тим самим ускладнити процес лікування. Не попередивши, він ризикує поставити під загрозу життя і здоров'я іншої людини.

У літературі описаний класичний випадок, що мав місце в США, в Каліфорнії, в 1969 р. і отримав назву «Казус Тетяни Тарасової». Психотерапевт, дізнавшись від пацієнта, що він хоче вбити Тетяну Тарасову, не повідомив про цю небезпеку ані її, ані її родичів, а лише постарався переконати пацієнта. Пацієнт на словах погодився з лікарем, проте через деякий час убив дівчину. В спеціальному висновку суд зобов'язав медичних працівників попереджати третіх осіб про небезпеку, про яку їм стало відомо в процесі роботи з

пацієнтом. Це рішення викликало серйозні заперечення з боку видних представників медичної професії, оскільки без повної довіри до медичного працівника медична практика неможлива.

Як вирішити такого роду ситуації? Перш за все, не варто поспішати. Ситуація має бути детально обговорена з самим пацієнтом, корисно обговорити подібну проблему з колегами. Можливо, що незгода пацієнта на передачу інформації обумовлена тим, що він або недооцінює небезпеку в обставинах, що склалися, або перебільшує ті труднощі, які можуть виникнути у нього внаслідок розголошення. У тих випадках, коли переконати пацієнта не вдається, лікар повинен ухвалити рішення сам і весь вантаж відповідальності за ухвалене рішення взяти на себе. Готових рецептів на всі випадки життя немає.

Істотні проблеми виникають у зв'язку з прогресуючим розподілом праці медичних працівників і активним впровадженням комп'ютеризації з метою збереження даних. Тому зберігання медичної таємниці стає моральним зобов'язанням не тільки окремого медичного працівника, але і всього медичного колективу.

Починаючи огляд і розпитування хворого лікар повинен з'ясувати, за ким пацієнт визнає право мати доступ до відомостей, що стосуються його здоров'я. Всі ці обставини варто враховувати, керуючись на практиці правилом конфіденційності.

Контрольні питання для перевірки кінцевого рівня знань студентів:

1. Які види відомостей містить медична таємниця:
 - а) про хвороби;
 - б) про інтимне і про сімейне життя;
 - в) про ділові та фінансові чинники;
 - г) про улюблену справу.
2. Чи входить у компетенцію медичного працівника рішення щодо вибору між консервативним і хірургічним методами лікування:
 - а) так; б) ні?
3. Як необхідно подавати інформацію непідготовленому пацієнтові:
 - а) необхідно розповісти всі варіанти перебігу хвороби, лікування і можливі ускладнення захворювання;
 - б) лікареві необов'язково надавати вибір хворому;
 - в) пацієнт повинен сам дізнатися в медичного працівника всю

необхідну інформацію;

г) треба донести інформацію такою мовою, щоб пацієнт зрозумів те, що йому необхідно зрозуміти?

4. Якщо хворий не хоче знати всю правду про свою хворобу, в цьому випадку лікар повинен:

- а) все-таки донести всю інформацію;
- б) не повідомляти нічого;
- в) розповісти про все найближчим родичам;
- г) проконсультуватися з психологом.

5. Достовірно встановлено, що в деяких випадках пацієнти, не витримуючи навантаження, після оголошення діагнозу закінчують життя самогубством. Як Ви вчините в цьому випадку:

- а) залежить від характерологічних особливостей пацієнта;
- б) не буду нічого повідомляти;
- в) проконсультуюся з родичами.

6. Чи може охорона здоров'я населення залежати від зобов'язання про збереження медичної таємниці:

- а) так; б) ні?

7. Чи існує вибір у пацієнта між різними варіантами лікування:

- а) так; б) ні?

8. Лікар отримав інформацію від пацієнта в несвідомому стані і повідомив її родичам. Чи правильно він поступив:

- а) у нього не було вибору;
- б) ні, це належить до медичної таємниці;
- в) він повинен був доповісти про все зав. відділенням або головному лікареві;

- г) повинен був звернутися до адвоката хворого?

9. Чим ми керуємося, коли не можемо отримати інформованої згоди в екстрених випадках:

- а) радимося з адвокатом потерпілого;
- б) проводимо консультації з вузькими фахівцями;
- в) головним інтересом хворого – вижити;
- г) порадами рідних потерпілого?

10. Коли з'явилося поняття «медична таємниця»:

- а) на початку XIX століття в Європі;
- б) у середині III століття в Китаї;
- в) з появою першого шамана;
- г) у I столітті до н.е. в Єгипті?

Еталони відповідей: 1-а, б; 2-б; 3-г; 4-б, г; 5-а; 6-б; 7-а; 8-б; 9-в; 10-в.

РОЗДІЛ 4. ЕТИЧНІ ПРАВИЛА ВЗАЄМВІДНОСИН МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

I. Мета заняття:

1. Вивчити причини виникнення лікарських помилок і шляхи їх попередження.
2. Ознайомитися з моральними й етичними нормами спілкування в медичному колективі.
3. Розібрати способи встановлення здорового морального клімату в медичному колективі.

II. Мотиваційна характеристика теми:

Етичний аспект медичної діяльності привертає велику увагу медичної і немедичної громадськості всіх країн, проблеми медичної етики широко обговорюються у пресі. Особливо гострій полеміці піддається питання щодо лікарських помилок, які сьогодні стали предметом численних судових розглядів. Не менш важливою є проблема встановлення здорових моральних взаємовідносин у колективах медичних працівників.

III. Контрольні питання для перевірки початкового рівня знань студентів:

1. Чи існують відмінності в поняттях: «медична» і «медична помилка»:
 - а) так;
 - б) ні?
2. Хто може зробити «медичну помилку»:
 - а) лікар;
 - б) фельдшер;
 - в) мед. сестра;
 - г) санітарка?
3. Причини лікарських помилок ділять на:
 - а) найбільш поширені;
 - б) суб'єктивні;
 - в) менш поширені;
 - г) об'єктивні;
 - д) рідкісні?
4. Визначення якого поняття може бути сформульоване таким чином: «організаційна форма об'єднання людей на основі якої-небудь певної цілеспрямованої діяльності»:
 - а) група;
 - б) колектив;

- в) організація;
- г) підрозділ?

5. Які вимоги лікар повинен виконувати насамперед на початку своєї медичної діяльності:

- а) дотримання зовнішньої культури поведінки;
- б) дотримання правил внутрішньої культури;
- в) постійне підвищення професійного рівня;
- г) боротьба за вищий соціальний рівень?

6. Що Ви розумієте під терміном «колегіальність»:

- а) консультація;
- б) взаємопідтримка;
- в) всепрощення;
- г) приховування?

7. Чи існує пряма залежність між етичним кліматом у колективі і продуктивністю праці, плинністю кадрів:

- а) так;
- б) ні?

8. Що є справжнім покликанням старшої медсестри:

а) адміністрування; б) господарські завдання; в) лікувальна діяльність; г) догляд за хворими?

9. Створення сприятливої атмосфери в лікувальній установі сприяє:

- а) високій ефективності лікувальної діяльності;
- б) швидкому професійному зростанню медичних працівників;
- в) високій плинності кадрів;
- г) погіршенню кінцевих результатів лікування?

10. Кому належать ці слова: «Яка насолода поважати людину»:

- а) Мечникову;
- б) Петрову;
- в) Павлову;
- г) Пирогову;
- д) Чехову?

Еталони відповідей: 1-а; 2-б, в, г; 3-б, г; 4-б; 5-а, б; 6-б; 7-а; 8-в, г; 9-а, б; 10-д.

Теми рефератів і доповідей

- Моральний клімат медичного колективу.
- Правила гарного тону і принципи ділових відносин у

медицині.

- Етичні особливості надання основних видів медичної допомоги.
- Ціна медичної помилки. Ятрогенії.
- Здоров'я: стиль і образ життя.
- Етичні основи сестринської справи (педіатрія, психіатрія, хірургія).

Проблеми медичної етики широко обговорюються в ЗМІ. Особливо гостро стоїть питання про лікарські помилки, які в нашій державі стали предметом численних судових розглядів. Розмова про лікарські помилки – завжди важка тема. Особливо зараз, коли дуже часто абсолютно різні причини несприятливих наслідків дій медичного працівника змішуються між собою і видаються за помилку. Тому варто дати визначення декільком поняттям: *медична помилка, нещасний випадок у медицині, злочин і проступок*.

Обговорення лікарських помилок необхідне хоч би для того, щоб встановити причини їх виникнення, з'ясувати можливості для їхнього неповторення в майбутньому. Тут доречно навести вислів давньокитайського філософа-гуманіста Конфуція: «Помилки, які не виправляються, – ось справжні помилки».

В історії медицини поняття медичної помилки і міра відповідальності за неї змінювалися неодноразово. В ті часи, коли лікування ототожнювалося з дією надприродних сил, за умов несприятливих результатів лікування хвороби медичного працівника жорстоко карали: викольовали очі, відрубували руки; за смерть хворого лікар нерідко повинен був відповідати своїм життям. Згідно з римським правом, до лікарських помилок належать і недосвідченість, і необережність медичного працівника, і ненадання допомоги. На всіх етапах розвитку людського суспільства до медичного працівника пред'являлися високі вимоги, що передбачають недопущення помилок. Докладним аналізом лікарських помилок, пов'язаних із діагностикою і лікуванням, займаються патоморфологи і судові медики. Наша мета – виходячи з принципів медичної етики, проаналізувати лікарські помилки з морально-етичної позиції.

В аналізі і вивченні лікарських помилок передові лікарі бачили реальний і дієвий шлях до вдосконалення лікувально-діагностичного процесу. М. Пирогов писав, що кожна добросовісна людина повинна

вміти визнавати і обнародувати свої помилки, щоб застерегти від них людей менш досвідчених. Про себе ж він говорив: «с самого початку мого лікарського шляху я прийняв за правило: не приховувати ані моїх помилок, ані моїх невдач, і, чистий перед судом моєї совісті, я сміливо викликаю кожного мені показати: коли і де я втаїв, хоча б одну мою помилку, хоча б одну мою невдачу». Ці слова – зразок високої моральності і чесності. М. Пирогов – був одним з перших медичних працівників у світі, що обнародував свої помилки, причому зробив це, будучи маловідомим хірургом, свідомо знаючи, що накличе на себе несхвалення і критику багатьох відомих авторитетів. Не зробити він цього не міг – втаїти помилки не дозволяла його медична совість.

Приклад М. Пирогова наслідували й інші передові лікарі. Відомий австрійський хірург Т. Більтрот відзначав: «Тільки слабкі духом, хвалькуваті базіки бояться відкрито висловлюватися про допущені ними помилки. Хто відчуває в собі силу зробити краще, той не має страху перед усвідомленням своєї помилки». Чесно і сміливо говорив про свої помилки хірург М. Бурденко: «Я часто і сам під час своєї діяльності здійснював помилки і в діагнозі, і в техніці операцій. Проте у відчай і смуток впадати не варто. Не смуток, а скоріше – прагнення до самовдосконалення повинні викликати наші невдачі і недосконале знання».

Відомий педіатр Н. Філатов, розбираючи на лекціях свої помилки, показував студентам приклад того, як треба вчитися на них, навіть будучи великим ученим. Так вчиняли лікарі, що постійно відчували свою відповідальність перед хворими.

Визначення поняття «медична помилка» і її види

У медичній та юридичній літературі висловлюється декілька думок з приводу визначення поняття «медична помилка». Згідно з одним з них, медична помилка – це недбале, недобросовісне, не відповідне конкретній ситуації ставлення до своїх обов'язків під час надання медичної допомоги або догляду за хворим. На юридичний погляд, медична помилка може кваліфікуватися як протиправні дії медичного працівника, що призвели до спричинення шкоди здоров'ю пацієнта, і розглядається з позиції наявності провини. У разі відсутності провини, мова йде про невинне, випадкове спричинення шкоди. Перше з названих діянь кваліфікується як правопорушення (злочин, провинна), що тягне за собою покарання,

друге – нещасний випадок, тобто відсутність провини і відповідальності. Це визначення сформульоване з юридичної позиції і по суті не правильне. З медичної позиції (а також з етичної) медична помилка – це такі несприятливі наслідки дій медичного працівника, що є наслідком добросовісної помилки, тобто лікар, виконуючи свої обов'язки, помиляється, вважає, що виконує все правильно. Але все ж таки помиляється. Проаналізуємо, чому так може статися. Виокремлюють такі причини помилок: суб'єктивні та об'єктивні.

Суб'єктивні – це ті причини, що залежать від особи медичного працівника і його кваліфікації, досвіду. В даному випадку, щоб дії через суб'єктивні причини назвати помилкою, необхідно виключити ознаки провини, тобто недбале, некваліфіковане ставлення до своїх обов'язків. Через ці причини найчастіше помиляються молоді лікарі.

Об'єктивні – це ті причини, що призвели до помилок унаслідок обставин, що об'єктивно склалися, тобто не залежать від особи медичного працівника, його кваліфікації і досвіду. До таких причин найчастіше належать: важкий несвідомий стан пацієнта, коли дуже складно зібрати необхідну інформацію; атиповий перебіг захворювання, що вводить в оману медичного працівника під час постановки діагнозу; наявність 2-х і більше захворювань, що конкурують між собою тощо.

Потрібно підкреслити, що за лікарську помилку, особливо через об'єктивні причини, той лікар, що її припустився, не несе відповідальності (ані кримінальної, ані адміністративної). У випадку, якщо в наявності суб'єктивні причини, то, щоб кваліфікувати наслідки дій медичного працівника як помилку, необхідно виключити елементи халатності або зневажливого ставлення до своїх обов'язків. У разі наявності даних елементів (неуцтво, зневажливе ставлення тощо) наслідки дій медичного працівника міститимуть ознаки провини і кваліфікуються не як помилка, а як злочин або правопорушення.

Розрізняють такі *види лікарських помилок*:

1. Діагностичні. Діагностична медична помилка може статися через перераховані вище суб'єктивні й об'єктивні причини. Як наслідок діагностичних помилок можуть виникнути помилки у виборі методу і проведення лікування.

2. Помилки у виборі методу і проведення лікування. Ці помилки

можуть виникати і в результаті правильно поставленого діагнозу. Вони можуть виникнути у разі необґрунтованої самовпевненості медичного працівника, або як наслідок недостатньої оцінки даних лабораторних, інструментальних, додаткових методів дослідження (обстеження).

3. Помилки в організації надання медичної допомоги. Вони найчастіше виникають під час надання медичної допомоги у вихідні і святкові дні. Наприклад, у разі несподіваної великої кількості надходження хворих у відділення, лікареві непросто буває визначити тих, хто має найбільшу потребу в отриманні медичної допомоги.

Деякі автори визначають деонтологічні помилки. Вони виникають через формальне, а іншого разу і грубе ставлення до хворих і їхніх родичів. Іншими словами, у разі порушення морально-етичних норм поведінки медичного працівника. Наслідки таких помилок можуть бути обумовлені випадковими (необдуманими) діями медичного працівника, але іншого разу, на жаль, що зараз буває нерідко, є результатом свідомої поведінки медичного працівника. Звичайно, можна сказати, що в сучасних умовах стану охорони здоров'я немає часу і можливості думати про етику, деонтологію. Можна сказати, як можна бути з такою низькою заробітною платою привітним з хворими, терпіти їхні капризи і необґрунтовані претензії. Але якщо уявити, що ми пацієнти, починає працювати «золоте правило» етики – поступай з тими, що оточують, так, як хотів би, щоб поступали з тобою. Вище було сказано, що успіх охорони здоров'я залежить від згуртованої роботи медичного колективу.

Етичні аспекти взаємовідносин у медичному колективі

Колектив – організаційна форма об'єднання людей, заснована на який-небудь певній цілеспрямованій діяльності. Колектив у своєму розвитку проходить 3 стадії:

1. Перша стадія характеризується недостатньою організованістю, роз'єднаністю всіх людей, лише формально об'єднаних в один колектив.

2. Характеризується тим, що в колективі з'являються люди, що хотіли б покращити взаємовідносини, підняти їх на більш високий рівень професіоналізму.

3. Характеризується сформованою суспільною думкою у колективі, члени колективу перевіряють себе відповідно до сформованих норм.

Структура медичного колективу:

I. Вимоги й етичні норми:

- правила зовнішньої культури;
- правила внутрішньої культури (дружелюбність, колегіальність, взаємопідтримка і взаємна вимогливість тощо).

II. Управління колективом.

III. Етика ділових взаємовідносин медичного працівника.

I. Вимоги й етичні норми.

1. Правила зовнішньої культури поведінки:

- правило благопристойності і відповідного зовнішнього вигляду (охайність, звичка стежити за чистотою одягу, взуття тощо), тобто це додаток до медичного етикету;
- форма вітання й уміння тримати себе серед колег і хворих, уміння вести бесіду відповідно до обстановки й умов.

На жаль, серед медичних працівників, особливо молодих, спостерігається зневага до зовнішнього вигляду. Однією з вимог зовнішньої культури поведінки є вимога взаємної ввічливості. Це, перш за все, стосується вміння вітати один одного, не виявляючи при цьому фамільярності. Дуже важливо бути стриманим і тактовним. Розмовляючи з колегою, особливо зі старшим, треба вміти вислухати співбесідника, не заважаючи висловити йому те, що він думає, а потім, якщо в цьому є потреба, спокійно заперечити, але без грубощів і особистих випадів, оскільки це свідчитиме про нетактовність і нестриманість. Зовнішня культура поведінки, за словами А. Макаренка, не тільки корисна для кожного колективу, але й спрощує організацію взаємовідносин у ньому.

2. Правило внутрішньої культури – правило ставлення до праці, дотримання дисципліни, дружелюбності і відчуття колегіальності.

У 1947 році виникла Всесвітня Медична Асоціація. У 1948 році ВМА прийняла «Женевську декларацію» – це присяга, текст якої вимовляють лікарі, що вступили до ВМА. А в 1949 році був прийнятий Міжнародний кодекс медичної етики. У ньому більш детально висвітлюються норми професійної медичної етики. Цей кодекс складається з 3 частин:

1. «Загальні обов'язки медичних працівників».
2. «Обов'язки медичних працівників по відношенню до хворих».
3. «Обов'язки медичних працівників по відношенню один до одного» – найкоротший розділ кодексу: «Лікар повинен поводитися

по відношенню до своїх колег так, як вони поведуться по відношенню до нього». Цей принцип перегукується з іншим «золотим правилом» моральності – «у всьому, як хочете, щоб інші поступали з вами, поступайте і ви з ними».

II. Управління колективом.

Доречно сказати, що керівник (будь-якого рівня) не тільки здійснює загальне керівництво, але і своїм особистим прикладом, своїм підходом до роботи, своєю повсякденною діяльністю вчить працівників. Він визначальним чином впливає на їхню поведінку і на підхід до роботи.

III. Етика бізнесу і ділових стосунків.

Особливим проявом професійної етики виступає економічна етика («ділова етика», «етика бізнесу»). Цій проблемі зараз приділяється багато уваги. Економічна етика – наука стародавня. Її початок покладений Аристотелем у творах «Етика», «Нікомахова етика», «Політика». Аристотель не відокремлює економіку від економічної етики. Він радив своєму синові, Нікомахові, займатися тільки «виробництвом благ». Його принципи знайшли відображення в ідеях і концепціях католицьких і протестантських теологів, які протягом тривалого часу напружено працювали над проблемами етики бізнесу. Виникнення капіталізму в Європі у XVI столітті було тісно пов'язане з протестантською Реформацією. Можна сказати, що протестантизм зробив можливим формування етики бізнесу. Якби він слідував за середньовічною католицькою ідеологією, що стверджувала, що «робота грошей» підлягає моральному засудженню, то не зміг би встановити етичних стандартів для досягнення своїх цілей. Так, Хома Аквінський вірив в те, що більшість форм торгівлі, що здійснюються з метою отримання прибутку, є обов'язково аморальними. Заперечуючи ці установки, протестантизм зробив можливим формування етики бізнесу в результаті морального освячення прагнення до прибутку. Він стверджує, що праця бізнесмена може бути схвалена Богом. Прагнення до прибутку і прагнення до Бога стали не тільки сумісними, але і такими, що взаємообумовлюють, а винагорода фінансовим успіхом почала розумітися як знак прихильності Бога. Світська версія протестантської етики бізнесу стала важливою складовою частиною західної суспільної культури. В наш час хороша етика визначає хороший бізнес. Можна бути одночасно добродійною

й успішною в бізнесі людиною, і вважати, що моральні чесноти – необхідна умова для успіху.

Однією з перших етико-економічних концепцій була концепція М. Форда. Він вважав, що щастя і добробут здобуваються тільки чесною працею і що в цьому полягає здоровий етичний глузд. Суть фордівської економічної етики міститься в думці про те, що отриманий продукт не просто реалізована «ділова теорія», а «щось більше» – теорія, мета якої створити зі світу речей джерело радощів. Сила і машини, гроші і майно корисні лише постільки, поскільки вони сприяють життєвій свободі. Етико-економічні установки М. Форда мають практичне значення і в наш час. Економічна етика – це сукупність норм поведінки підприємця, вимоги, що пред'являються культурним суспільством до його стилю роботи, характеру спілкування між учасниками бізнесу, їх соціальної зовнішності. Це – адаптовані до практичних потреб бізнесмена відомості про етичні поняття, про моральні вимоги до стилю роботи і зовнішності ділової людини. Це – етика ведення перемовин з партнерами, етика складання документації, використання етичних методів конкуренції.

Економічна етика містить діловий етикет, що формується під впливом традицій і певних історичних умов конкретної країни, що склалися. Діловий етикет – це норми, що регламентують стиль роботи, манеру спілкування між фірмами, імідж бізнесмена тощо. Етика підприємництва не може виникнути за суб'єктивним бажанням. Її формування – складний і тривалий процес. Умовами її формування є: політична й економічна свобода, сильна виконавча влада, стабільність законодавства, пропаганда, право.

Основними постулатами етичного кодексу підприємця є:

- переконаність у корисності своєї праці не тільки для себе, але й для інших, для суспільства в цілому;
- виходить з того, що люди, що оточують його, хочуть і вміють працювати;
- вірить у бізнес, розцінює його як привабливий вид творчості;
- визнає необхідність конкуренції, але розуміє і необхідність співпраці;
- поважає будь-яку власність, громадські рухи, поважає професіоналізм і компетентність, закони, цінує освіту, науку і техніку.

Ці основні принципи етики ділової людини можуть бути

конкретизовані стосовно різних сфер професійної діяльності.

При розгляді особливостей взаємовідносин у медичному колективі особливо важливо зупинитися на *етиці медичної сестри*.

Своєрідність медичної етики полягає в тому, що в ній усі норми, принципи і оцінки орієнтовані на здоров'я людини, його покращення і збереження. Ці норми спочатку були закріплені в Клятві Гіппократа, яка стала відправним пунктом для створення інших професійно-моральних медичних кодексів.

Наприклад, Всесвітня медична асоціація, що виникла в 1947 р., почала свою діяльність з ухвалення «Женевської декларації» – сучасного варіанту Клятви Гіппократа. «Женевська декларація» не просто підтвердила основоположну роль гуманістичного ідеалу в медицині, але й стала морально-етичною гарантією незалежності медичної професії від політичних режимів та ідеологічного диктату. Розробка і ухвалення Асоціацією медичних сестер України «Етичного кодексу медичної сестри» підтверджує загальну історичну закономірність, будучи важливим етапом реформи сестринської справи в Україні.

О. Іванюшкін, доктор філософських наук, кандидат медичних наук пише: «Етичний кодекс медичної сестри набуває особливої значущості в контексті історії вітчизняної медицини в ХХ столітті. З одного боку, величезна кількість медичних сестер і медичних працівників були в цей час вірні своєму професійному обов'язку (наприклад, у роки Другої світової війни). З іншого боку, не можна забувати про такі факти: ще в 20-і роки офіційні керівники радянської охорони здоров'я (зокрема, М. Семашко) трактували професійну медичну етику як «буржуазний пережиток», були переконані, що поняття «медична таємниця» для радянської медицини в майбутньому відіме. Аналогічне ставлення в ці роки було і до поняття «медична сестра», яке пропонувалося замінити поняттями «помедичного працівника», «замедичного працівника», «медтехнік» тощо. Саме слово «сестра», та й ще «сестра милосердя» радянській владі здавалося чимось релігійним, чернечим, таким, що не відповідає завданням радянської охорони здоров'я і типу медпрацівника, який був потрібен авторитарній державі.

У декілька згладженому вигляді таке ставлення до професійної етики в нашій системі охорони здоров'я зберігалось протягом всього радянського періоду. «Присяга медичного працівника Радянського Союзу» була створена в 1971 р., тобто на 23 роки пізніше за

«Женевську декларацію». До того ж, в їх змісті є значні, принципові відмінності. Хоча всі наші лікарі в 70-80 рр. давали клятвену обіцянку не розголошувати конфіденційну інформацію про пацієнта, на практиці запис у листку непрацездатності назви захворювання був обов'язковим аж до 1993 р.. Інакше кажучи, протягом довгих років у професійному середовищі радянських медиків офіційно насаджувався етичний нігілізм. Ухвалення «Етичного кодексу медичної сестри України» – це надія на повернення повного морально-етичного здоров'я нашим медикам».

«Етичний кодекс медичної сестри України» складений з урахуванням нових ідей, що визначили протягом останніх двох-трьох десятиліть зміст медичної етики взагалі і професійної етики медичної сестри зокрема. Перш за все, Кодекс відобразив сучасні уявлення про права пацієнта, які є змістом конкретних обов'язків медичної сестри.

«Етичний кодекс медичної сестри України» складений на основі:

- Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (1946 р.), міжнародних документів щодо медичної етики;
- «Лісабонської декларації про права пацієнта» Всесвітньої медичної асоціації (1981 р., 1995 р.);
- «Європейського кодексу медичної етики» (1987 р.);
- «Декларації про політику в сфері прав пацієнтів у Європі» Всесвітньої організації охорони здоров'я (1994 р.);
- «Етичного кодексу медичних сестер» Міжнародної ради медичних сестер (1973 р.) і деяких інших.

Бралися також до уваги деякі національні етичні кодекси медичних сестер (зокрема, США, Великобританії). Використовувався досвід складання відповідних етичних документів у нашій країні – «Кодексу професійної етики психіатра», «Етичного кодексу українського медичного працівника».

Основними постулатами «Етичного кодексу медичної сестри України» є такі положення:

- Медична сестра зобов'язана надавати пацієнтові якісну медичну допомогу, що відповідає принципам гуманності і професійним стандартам.
- Медична сестра несе моральну відповідальність за свою діяльність перед пацієнтом, колегами і суспільством. Професійний та етичний обов'язок медичної сестри надавати, в міру своєї компетенції, невідкладну медичну допомогу будь-якій людині, що

потребує її.

- Медична сестра повинна завжди дотримуватися і підтримувати професійні стандарти діяльності, що визначені Міністерством охорони здоров'я України. Безперервне вдосконалення спеціальних знань і вмінь, підвищення свого культурного рівня – щонайперший професійний обов'язок медичної сестри.

- Медична сестра має бути компетентною відносно моральних і юридичних прав пацієнта. Медична сестра повинна над усе ставити співчуття і повагу до життя пацієнта. Медична сестра зобов'язана поважати право пацієнта на полегшення страждань у тій мірі, в якій це дозволяє існуючий рівень медичних знань. Медична сестра не має права брати участь у тортурах, стратах та інших формах жорстокого і нелюдяного поводження з людьми. Медична сестра не має права сприяти самогубству хворого.

- Медична сестра не має права порушувати стародавню етичну заповідь медицини «Перш за все – не зашкодити!».

- Медична сестра повинна поважати право пацієнта або його законного представника (коли вона має справу з дитиною або недієздатним психічнохворим) погоджуватися на певне медичне втручання або відмовитися від нього.

- Медична сестра повинна прагнути брати участь у дослідницькій діяльності, в примноженні знань у сфері своєї професії.

- Медична сестра повинна зберігати в таємниці від третіх осіб довірену їй інформацію про стан здоров'я пацієнта, діагноз, лікування, прогноз щодо його захворювання, а також про особисте життя пацієнта, або таку інформацію, що стала їй відомою через виконання професійних обов'язків. Ця інформація є таємницею навіть після смерті пацієнта.

Це далеко не всі положення Етичного кодексу медичної сестри України, але відразу стає зрозумілим, якими якостями, і, в першу чергу, моральними повинен володіти медичний працівник. Історія медичної практики в Україні знає чимало прикладів етичної самовідданості медичних працівників і вчених в ім'я порятунку життів інших людей. Але разом з множиною таких прикладів, ми зустрічаємося і з несумлінним ставленням до своїх службових обов'язків, що свідчить про необхідність формування професійної етики майбутніх медичних сестер ще під час їхнього навчання у медичному коледжі.

Контрольні питання для перевірки кінцевого рівня знань студентів:

1 . Що належить до суб'єктивних причин лікарських помилок:

- а) неухважне обстеження хворого;
- б) недбале спостереження за хворим;
- в) недосвідченість медичного працівника?

2 . Визначте правильну стадійність формування колективу:

- а) вироблення громадської думки;
- б) роз'єднаність людей;
- в) окремі активні особи роблять спроби об'єднання людей;
- г) інтриги, кар'єризм;
- д) члени колективу перевіряють свої вчинки за нормами, що склалися в колективі?

3 . Що входить у права медсестри:

- а) може повідомляти відомості про характер захворювання хворим і їхнім близьким;
- б) інтерпретувати дані лабораторних аналізів;
- в) інформувати родичів про загальний стан хворого?

4 . Молодий лікар, працюючи з досвідченим фельдшером, чи повинен прислухатися до його порад:

- а) так; б) ні?

5. За лікарську помилку через об'єктивні причини лікар несе адміністративну або кримінальну відповідальність:

- а) ні;
- б) так?

6. Економічна етика містить:

- а) діловий етикет;
- б) обов'язкова рентабельність;
- в) підтримка іміджу за будь-яку ціну.

7. Для формування повноцінного колективу керівник медичної установи зобов'язаний:

- а) здійснювати загальне керівництво;
- б) своїм особистим прикладом, своїм підходом до роботи, своєю повсякденною працею вчити працівників;
- в) піклуватися про формування здорового морального клімату в колективі?

8. Створенню сприятливої атмосфери в лікувальній установі сприяє:

- а) дотримання правил зовнішньої і внутрішньої культури;
- б) трудова дисципліна;
- в) висока заробітна плата?

9. За умов наявності провини медичного працівника несприятливі наслідки його дій називаються:

- а) медична помилка;
- б) нещасний випадок;
- в) медична помилка;
- г) правопорушення?

10. Основними постулатами «Етичного кодексу медичної сестри» є такі положення:

а) медична сестра зобов'язана надавати пацієнтові якісну медичну допомогу, що відповідає принципам гуманності;

б) медична сестра повинна над усе ставити співчуття і повагу до життя пацієнта;

в) медична сестра має бути компетентною відносно моральних і юридичних прав пацієнта?

Еталони відповідей: 1-а,в; 2-б, в, а, д; 3-в; 4-а; 5-а; 6-а; 7-а, б, в; 8-а,б; 9- г; 10-а,б, в.

РОЗДІЛ 5. ЕТИКО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ БІОМЕДИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ НА ЛЮДИНІ І НА ТВАРИНАХ

I. Мета заняття:

1. Вивчити історичний розвиток і причини виникнення основних проблем, пов'язаних з проведенням наукових досліджень на людині і тваринах.

2. Ознайомитися з моральними та етичними нормами проведення експериментів.

3. Засвоїти міжнародні правила, що регламентують проведення наукових експериментів на людях і тваринах.

II. Мотиваційна характеристика теми.

Увага до досліджень на людині з боку фахівців з медичної етики пояснюється тим, що ризик, що супроводжує їхнє проведення, особливий – це ризик для здоров'я людини, її фізичного і психічного стану, а в кінцевому рахунку – для самого її життя. Проблему ризиків, яким піддаються випробовувані під час біомедичних досліджень, можна назвати однією з основних у низці етико-правових проблем.

III. Контрольні питання для перевірки початкового рівня знань студентів:

1. Як називається останній міжнародний договір, що регламентує проведення експериментів на людях:

- а) Декларація Хельсінкі ВМА;
- б) Конвенція «Про права людини і біомедицину»;
- в) Декларація Сіднея ВМА;
- г) Женевська декларація ВМА?

2. На які великі групи поділяються експерименти на людях:

- а) клінічні;
- б) діагностичні;
- в) хірургічні;
- г) неклінічні?

3. Назвіть клінічний ефект, що виникає під час використання немедикаментозних препаратів в осіб, що легко піддаються навіюванню:

- а) плацебо;
- б) пустушки;
- в) невротичний;
- г) парадоксальний?

4. Які групи населення належать до «ранимих»:

- а) діти;
- б) військові;
- в) міліціонери;
- г) ув'язнені;
- д) вчителі;
- е) психічно хворі люди;
- ж) студенти-медики?

5. Якої з перерахованих рекомендацій необхідно дотримуватися під час проведення експериментів на тваринах:

- а) максимально необхідні обсяги;
- б) обов'язкове знеболення;
- в) гарний догляд;
- г) обов'язкове знищення тварин, що вижили?

6. Перший етико-правовий документ, що регламентує проведення експериментів на людях:

- а) Нюрнберзький кодекс;
- б) Декларація Хельсінкі;
- в) інструкції для директорів лікарень (Прусія, 1900 р.);
- г) Женевська декларація?

7. Чи можливе проведення біомедичних досліджень на людині без попереднього проведення експериментів на тваринах:

- а) так;
- б) ні;
- в) тільки неклінічних біомедичних досліджень?

8. Чи можливе повторне включення в експеримент однієї і тієї ж тварини:

- а) так;
- б) ні;
- в) тільки після отримання дозволу етичного комітету?

9. Чи необхідна обов'язкова публікація результатів біомедичних досліджень у наукових виданнях:

- а) так;
- б) ні?

10. Чи можлива відмова в публікації результатів наукових досліджень і чому:

- а) неможлива;
- б) через високу вартість за публікацію;

в) у випадку, якщо дослідження не відповідає мінімальним «етичним стандартам» для такого роду експериментів?

Еталони відповідей: 1-б; 2-а,г; 3-а; 4-а,е; 5-б,в; 6-в; 7-в; 8-б; 9-а; 10-в.

Теми рефератів і доповідей

- Гіппократ і Гален про медичні досліди та їхню етичну основу.
- Генезис етики експериментів у медичній практиці.
- Етичні аспекти досліджень «ранимих» груп пацієнтів.
- Клінічні дослідження лікарських препаратів.
- Медичні дослідження в місцях позбавлення волі.
- Нюрнберзький етичний кодекс як основа підготовки біомедичних експериментів.
- Етичні проблеми біомедичних дослідів на тваринах.

Історія біомедичних експериментів на людині і тваринах

Давньоримський лікар і вчений Цельс (I ст. до н.е.) спеціально обговорював питання щодо припустимості експериментування на людині і взагалі на живих істотах. Відповідь його була такою: з чисто наукових міркувань експерименти не доцільні, оскільки страждання живої істоти, що піддається дослідженню, спотворюють нормальні життєві явища. Інші античні вчені такі дослідження робили. Зокрема, Еразістрад проводив їх на рабах і на тваринах.

А ось факт, що характеризує спосіб вирішення цього питання в XVI столітті: коли французький король Генріх II отримав на турнірі удар списом в око, лікарі піддали такому самому пораненню чотирьох засуджених до смерті злочинців, щоб мати можливість вивчити їх рани. Основоположник анатомії Андрій Везалій свої дослідження на трупах постійно підтверджував дослідами на живих тваринах. При цьому він спеціально додавав, що, підкорюючись диктату церкви («Заради наших богословів»), вівісекції можна проводити лише на безсловесних тваринах.

Один із засновників сучасної експериментальної медицини К. Бернар, ймовірно, першим поставив як самостійне питання щодо етичних меж медичних досліджень на людині. У 1869 р. у своїх знаменитих «Лекціях з експериментальної патології» він писав: «У наш час етика засудила б найрішучішим чином будь-які досліди на людині, які могли б зашкодити пацієнтові, якби не мала б на меті

явної і безпосередньої користі. Оскільки ми не повинні оперувати на людині, доводиться експериментувати на тваринах».

Вже до кінця XIX століття стало зрозуміло, що в умовах науково-дослідницької діяльності, що поширюється в медицині, підхід К. Бернара є дуже прямолінійним («Експерименту на тварині – так, на людині – ні»).

А. Молль, автор фундаментальної роботи «Медична етика», визначає такі аспекти проблеми, що цікавить нас:

1. Серед медичних досліджень чимало таких, що не викликають складних етичних питань (узяття волосся, крові для мікроскопічного дослідження тощо).

2. Рано чи пізно клінічні нововведення треба застосовувати на першому (перших) хворому (хворих). Лікар у подібній ситуації повинен мати інформовану згоду хворих на такі дослідження. Оскільки ця згода передбачає певний, достатньо високий, рівень знань, краще проводити досліди переважно на людях інтелектуальних, а краще всього – на медиках.

Першим спеціальним етико-юридичним вердиктом, що регулював проведення експериментів на людях, був указ (що містив інструкції для директорів лікарень), виданий у Пруссії у 1900 році.

Сучасна історія обговорення цих проблем починається з моменту закінчення Другої світової війни. Саме в цей час, а точніше – в ході Нюрнберзького процесу над нацистськими вченими і медичними працівниками-злочинцями, оповістили свідоцтва про експерименти, що проводилися над ув'язненими концтаборів. Особливо жорстокий, нелюдський характер експериментів полягав у тому, що в них фактично планувалася смерть досліджуваних.

Під час роботи Трибуналу ці документи і показання свідків не тільки вразили світову громадськість, але й змусили задуматися про проблему захисту прав, гідності і здоров'я випробовуваних, необхідності обмежити проведення досліджень на людині певними межами.

Одним з результатів роботи Нюрнберзького процесу був розроблений документ, що отримав назву «Нюрнберзький кодекс», який виявився, по суті, першим міжнародним документом, що містив перелік етико-правових принципів проведення досліджень на людях. Він був підготовлений двома американськими експертами-медиками, що брали участь у процесі, – Лео Александером і Ендрю Іві. У преамбулі «Кодексу» наголошувалося: «Тяжкість доказів, що є в нас,

змушує дійти висновків, що деякі види медичних експериментів на людині відповідають етичним нормам медичної професії в цілому лише в тому випадку, якщо їх проведення обмежене відповідними чітко прописаними межами». «Кодекс» містить десять положень. Перше положення стверджує:

«необхідність добровільної згоди об'єкту експерименту» на участь у дослідженні. Далі розкривається зміст цього положення і пояснюється, що:

- «особа, залучена до експерименту» повинна мати «законне право дати таку згоду» (тобто має бути дієздатною);

- така згода повинна даватися вільно, «без будь-якого елемента насильства, обману, шахрайства, хитрощів або інших прихованих форм примусу»;

- особа, що дає таку згоду, повинна володіти «достатніми знаннями, щоб зрозуміти суть предмету експерименту і ухвалити усвідомлене рішення». Для цього особа має бути поінформована «про характер, тривалість і мету експерименту; методи і способи, за допомогою яких він проводитиметься; про всі можливі незручності і ризики; про наслідки для її здоров'я або життя, що можуть виникнути в результаті участі в експерименті».

Суть решти вимог полягає у зведенні до мінімуму можливих ризиків, а також «всіх фізичних і психічних страждань і ушкоджень»; гарантії того, що дослідження проводитимуться кваліфікованими фахівцями, а також дотримання прав випробовуваного на відмову від участі в дослідженні на будь-якому його етапі.

Досить довгий час «Нюрнберзький кодекс» не привертав серйозної уваги ні вчених-медиків, ні громадськості. Існувала думка, що, оскільки звірства нацистських медичних працівників виходять далеко за межі припустимого, самі ці експерименти – не більше ніж одиничний історичний епізод. Важливу роль у корінній зміні ставлення до цієї теми відіграла стаття анестезіолога з Гарвардської медичної школи Г. Бічера «Етика і клінічні дослідження». У ній були описані 22 випадки проведення досліджень «з ризиком для життя і здоров'я випробовуваних», без інформованої згоди, що мали місце в США.

Особливого розголосу набули два з прикладів, наведених Г. Бічером. В одному йшлося про дослідження, що проводилося в інтернаті для дітей, що відстають у розвитку, в Уіллоубруці (штат

Нью-Йорк). Для вивчення етіології хвороби і розробки захисної вакцини дітей заражали гепатитом. В іншому випадку лікарі вводили живі ракові клітини пацієнтам похилого віку однієї з нью-йоркських лікарень.

Стаття Г. Бічера й інші аналогічні публікації привернули, нарешті, увагу найширших прошарків суспільства до проблеми етичного і правового регулювання експериментів на людині. У зв'язку з цим, особливої значущості набула прийнята в 1964 році «Декларація Хельсінки» Всесвітньої медичної асоціації (ВМА).

Етико-правове регулювання біомедичних досліджень на людині

«Декларація Хельсінки» Всесвітньої медичної асоціації має підзаголовок «Керівні рекомендації для медичних працівників, що проводять медико-біологічні дослідження на людях», проте, не дивлячись на рекомендаційний характер документу, його положення знайшли відображення і розвиток у цілій низці інших міжнародних нормативних документів, а також у національному законодавстві багатьох країн, у тому числі й України.

Перш за все, варто зазначити, що текст «Декларації» містить твердження про необхідність розрізнення медико-біологічних досліджень: 1) тих, що переслідують діагностичні і лікувальні цілі і проводяться на користь пацієнта («клінічні дослідження» або «терапевтичні дослідження»); 2) дослідження, що переслідують, головним чином, чисто наукові цілі і не мають прямого діагностичного або лікувального значення для випробовуваного («неклінічні дослідження» або «нетерапевтичні дослідження»).

Відповідно текст «Декларації» розділений на три частини, перша з яких містить перелік найбільш загальних положень, якими варто керуватися під час проведення досліджень на людях, дві інші – конкретні рекомендації щодо проведення клінічних і неклінічних досліджень.

Перше положення «Декларації» («критерій етичності») щодо того або іншого дослідження на людині (і це її відмінність від «Нюрнберзького кодексу») проголошує вимогу його наукової обґрунтованості: «Медико-біологічні дослідження на людях повинні проводитися відповідно до загальноприйнятих наукових принципів і базуватися на результатах належним чином виконаних експериментів на тваринах і даних наукової літератури». З цим положенням пов'язана вимога, згідно з якою дослідник зобов'язаний гарантувати

точність опублікованих ним результатів проведеного дослідження, а також щоб воно проводилося відповідно до принципів, проголошених у «Декларації»: «повідомлення про експерименти, що не відповідають принципам даної «Декларації», не повинні прийматися до публікації». Тому в багатьох країнах не приймаються до публікації статті за наслідками досліджень, якщо авторами не засвідчена «етична чистота» проведених досліджень.

Одним з останніх і особливо важливих документів у цій галузі є Конвенція «Про права людини і біомедицину», прийнята в листопаді 1996 року Парламентською Асамблеєю Ради Європи.

Якщо положення вище перерахованих документів обмежені сферою медико-біологічних досліджень на людях і мають характер моральних вимог, то положення Конвенції розповсюджуються і на сферу використання результатів цих досліджень у медичній практиці. Сама Конвенція є вже елементом міжнародного права і містить зобов'язання сторін, що підписали її, «зробити всі необхідні кроки з удосконалення свого національного законодавства з тим, щоб воно відображало положення даної Конвенції».

Одна з найважливіших вимог міститься в ст. 28: «Сторони повинні піклуватися про те, щоб фундаментальні проблеми, пов'язані з прогресом у галузі біології і медицини (особливо соціально-економічні, етичні й юридичні аспекти), були піддані широкому громадському обговоренню і стали предметом належних консультацій; те ж саме стосується проблем, пов'язаних з практичним використанням досягнень біомедичної науки і практики».

Зміст Конвенції стисло можна передати у вигляді таких тез:

1. Головний принцип вирішення проблем, пов'язаних з проведенням біомедичних досліджень на людях, полягає в тому, що «інтереси і благо окремої людини повинні превалювати над інтересами суспільства і науки» (ст.2).

2. Медичні дослідження повинні проводитися тільки з відомих осіб, по відношенню до яких вони проводяться, така згода має бути добровільною та інформованою (ст. 5). При цьому мають бути захищені права й інтереси осіб, що є недієздатними або не можуть дати згоду самостійно (ст. 6-9).

3. Необхідно дотримуватися принципу недоторканості приватного життя (ст. 10).

4. Забороняється будь-яка форма дискримінації на підставі

інформації про генетичні характеристики людини (ст. 11). Забороняється втручання в геном людини з метою зміни генома її нащадків (ст. 13). Забороняється вибір статі майбутньої дитини, за винятком випадків, коли мова йде про уникнення захворювань (серйозних хвороб), пов'язаних зі статтю (ст. 14).

5. Забороняється створення ембріонів людини в дослідницьких цілях (ст.18).

6. Забір органів і тканин у живого донора можливий тільки після отримання добровільної інформованої згоди (ст. 19). Саме по собі тіло людини і його частини не можуть розглядатися і слугувати джерелом фінансової вигоди (ст.21).

В 1997 році у зв'язку з повідомленнями про успішні експерименти з клонування ссавців Рада Європи прийняла «додатковий Протокол», у якому міститься заборона на проведення «будь-яких утручань, що мають на меті створення людської істоти, генетично ідентичної іншій людській істоті, живій або мертвій».

Етичні проблеми, пов'язані з проведенням експериментів на тваринах

Елементарні уявлення про фізіологічні функції людини, що нині сприймаються як щось само собою зрозуміле, виникли на основі даних, які були отримані завдяки експериментам на тваринах. Експерименти на тваринах на користь розвитку науки набули поширення на початку XIX ст., спочатку обмежуючись, головним чином, фізіологічними дослідженнями. Багато з них, особливо ті, що були проведені в епоху до появи наркозу, сьогодні були б розцінені як негуманні, невиправдано жорстокі. Саме такого роду дослідження і дали поштовх до виникнення руху проти вівісекції. Громадськість з готовністю підняла голос проти проявів жорсткості до тварин.

Боротьба проти жорстокого поводження з «експериментальними і лабораторними тваринами» часто набуває й екстремістських форм. Враховуючи загострення пристрастей, ВМА в 1989 році прийняла «Положення про використання тварин у біомедичних дослідженнях». У ньому говориться, що можливості наукового співтовариства щодо продовження роботи з покращення особистого і суспільного здоров'я знаходяться під загрозою через крайнощі руху за заборону використання тварин у біомедичних дослідженнях.

«Результати насильницьких дій захисників тварин, – наголошується в «Положенні», – приголомшливі. Тільки у США з

1980 року групи захисту тварин здійснили 29 нападів на дослідницькі установи США, викрали більше 2 тис. тварин, заподіявши матеріального збитку на суму 7 млн. доларів і звівши нанівець роки наукових досліджень. Подібну діяльність здійснювали групи захисту тварин у Великобританії, Західній Європі, Канаді й Австралії. Різні групи в цих країнах узяли на себе відповідальність за вибухи машин, установ, магазинів і приватних будинків дослідників». Такий екстремізм, думається, навряд чи можна виправдати, особливо в світлі того, що, як вже наголошувалося, сьогодні практично ні в кого не викликає сумнівів необхідність проведення біомедичних досліджень на людях. Представляється, що і в тому, і в іншому випадках розумно виступати не стільки з позиції заборони, скільки з позиції етико-правової регламентації подібних досліджень, що виключає, у тому числі і жорстоке поводження з тваринами.

Існує низка міжнародних документів, що регламентують проведення досліджень і експериментів на тваринах. Одним з основних документів такого роду є «Міжнародні рекомендації щодо проведення біомедичних досліджень з використанням тварин», розроблені і прийняті в 1985 році Міжнародною Радою Медичних Наукових Товариств (CIOMS).

Основні положення «Рекомендацій»:

- прагнення мінімізувати використання експериментальних тварин за рахунок впровадження математичних моделей, комп'ютерного моделювання і біологічних систем *In Vitro*;
- використання мінімально можливої кількості тварин;
- відповідність досліджень таким етичним імперативам, як належна турбота про тварин і уникнення або мінімізація дискомфорту, дистресу, болю;
- виходити з постулату: що заподіює біль людині, заподіює біль і тварині;
- використання анестетичних, анальгетичних і седативних безбездіяльних засобів;
- якщо за умовами експерименту потрібно обходитися без таких засобів, то дослідження проводити тільки після обов'язкового схвалення етичним комітетом;
- якщо після експерименту тварина приречена на страждання, хронічні болі і важкі каліцтва, то її треба безболісно приспати.

Контрольні питання для перевірки кінцевого рівня знань студентів:

1. Чи можуть інтереси і благо окремої людини превалювати над інтересами суспільства і науки:
 - а) так;
 - б) ні?
2. Чи необхідна інформована згода на проведення біомедичних досліджень:
 - а) так;
 - б) ні?
3. В яких випадках згода пацієнта на проведення медичного втручання не враховуватиметься:
 - а) відносно неповнолітньої особи;
 - б) відносно недієздатної дорослої людини;
 - в) відносно осіб, що страждають на серйозні психічні розлади;
 - г) в екстрених випадках?
4. В яких випадках можливе втручання в геном з метою зміни статі майбутньої дитини:
 - а) на прохання батьків;
 - б) з метою попередження серйозного захворювання, пов'язаного зі статтю;
 - в) за медичними показаннями?
5. Чи існує заборона на проведення наукових експериментів за участю людей:
 - а) так;
 - б) ні?
6. За яких умов дозволяється втручання в геном людини;
 - а) отримання достовірної генетичної інформації при прийомі на роботу;
 - б) призначення правильного лікування;
 - в) збільшення інтелектуальних здібностей дитини;
 - г) для вдосконалення діагностики?
7. Головний принцип Конвенції «Про права людини і біомедицину» (1996 р.):
 - а) широке суспільне обговорення, пов'язане з практичним використанням досягнень біомедичної науки і практики;
 - б) обов'язкове повідомлення органів влади про тих, що проводять дослідження на людині;

в) дослідження, що проводяться на людині, повинні бути узгоджені з етичними комітетами?

8. Чи існує заборона на створення ембріонів людини з дослідницькою метою:

а) так;

б) ні?

9. Чи існує заборона на втручання з метою створення людської істоти, генетично ідентичної іншій людській істоті:

а) так;

б) ні;

в) так, якщо донор генетичного матеріалу – жива людина?

10. Чи правомочно згідно з Конвенцією «Про права людини і біомедицину» торгувати донорськими органами:

а) так;

б) ні;

в) якщо вони вилучені від донора-трупу.

Еталони відповідей: 1-а, 2-а, 3-б, в, г, 4-б, 5-б, 6-б, 7-а, 8-а, 9-а, 10-б.

РОЗДІЛ 6. СМЕРТЬ І ВМИРАННЯ. ЕВТАНАЗІЯ. МОРАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ В ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ

I. Мета заняття:

1. Вивчити історію ставлення медичного працівника до вмираючого хворого.

2. Освоїти основні етичні проблеми, пов'язані з наданням допомоги невиліковним і вмираючим хворим.

3. Ознайомитися з основними етичними і правовими аспектами трансплантології.

II. Мотиваційна характеристика теми.

Смерть людини має не тільки соціально-психологічну і правову, але виключно культурну значущість. Далеко не випадково культурологи розглядають ставлення до смерті як чинник, що визначає характер будь-якої культури.

Як тільки у медичних працівників з'явилася можливість майже необмежено довго продовжувати життя за допомогою технічних засобів, виникло питання, а до яких пір треба боротися за життя? Як відомо, в деяких випадках така боротьба даремна і прирікає вмираючого на муки.

Також варто зазначити, що в умовах сучасного стану в нашій країні гостро обговорюється ситуація в трансплантології. Виникає маса питань: це і виправданість розвитку трансплантології як науки, принцип справедливості при розподілі ресурсів, реалізація принципу «не зашкодь» тощо.

III. Контрольні питання для перевірки початкового рівня знань студентів:

1. Біологічна смерть це:

- а) смерть мозку;
- б) відсутність дихання і серцебиття;
- в) відсутність реакції на зовнішні подразники.

2. Ким був уперше введений термін «реаніматологія»:

- а) В. Неговський;
- б) А. Кулябко;
- в) Рінгер-Локк?

3. Реаніматологія – це наука, що вивчає:

- а) механізми вмирання і відновлення життя;
- б) вмираючий організм;
- в) вчення про клінічну смерть?

4. Що таке «евтаназія»:

- а) відмова від лікування;
- б) штучне припинення життя за бажанням пацієнта;
- в) природна смерть?

5. Евтаназія в Україні:

- а) дозволена;
- б) заборонена;
- в) дозволена тільки пасивна евтаназія?

6. Хоспіс – це:

- а) медична установа для вмираючих хворих;
- б) медична установа для невиліковних хворих;
- в) медична установа санаторно-курортного типу?

7. У хоспісах працюють:

- а) кваліфіковані лікарі;
- б) середній і молодший медичний персонал;
- в) волонтери, медсестри, психологи, соціалісти?

8. Чи припустиме вилучення органів і тканин у живого донора:

- а) припустиме;
- б) не припустиме;
- в) припустиме в особливих випадках?

9. Хто констатує біологічну смерть:

- а) лікар-реаніматолог;
- б) комісія медичних працівників;
- в) будь-який лікар?

10. Евтаназія в перекладі з латини означає:

- а) легка смерть;
- б) самогубство;
- в) раптова смерть?

Еталони відповідей: 1-а; 2-а; 3-а; 4-б; 5-б; 6-а,б; 7-в; 8-в; 9-в; 10-а.

Теми рефератів і доповідей

- Проблема евтаназії і варіанти її вирішення.
- Історія виникнення і практика роботи хоспісів.
- Хоспісний рух в Україні.
- Сенс вибору: життя чи смерть.
- Критерії смерті і права особистості.
- Ставлення до евтаназії практичних медичних працівників різних країн.
- Евтаназія і закон.
- Загальні біоетичні проблеми трансплантології.
- Моральні проблеми трансплантації фетальних органів.
- Небезпека комерціалізації трансплантології і можливі варіанти вирішення проблеми.
- Трансплантологія і право.
- Майбутнє трансплантології.

Один з численних обов'язків медичного працівника і медицини у сучасному світі – це констатація смерті людини. Висновок, який робить з цього приводу лікар, не тільки є визнанням того, що родичам немає вже на що сподіватися, але й виступає в ролі юридичного документу, що дозволяє розпочинати траурні ритуали, пов'язані з похованням покійного, і новими правовими стосунками (майновими), коли діти стають сиротами, чоловік (дружина) стає вдівцем (вдовою).

Функція констатації медичним працівником смерті людини є природньою і навіть зрозумілою, однак, за історичними відомостями, це явище набуло законності зовсім не давно, у середині XIX століття, що було пов'язано, перш за все, з таким явищем, як *медиалізація смерті*.

Поштовхом до цього стали панічні настрої, що мали місце в різних країнах, особливо у Франції і Германії. «І в мистецтві, і в літературі, і в медицині XVII-XVIII століть панували невпевненість і двозначність відносно життя і смерті і їхніх меж. Постійно була присутня тема живого трупу, мертвяка, що насправді живий». В

«Енциклопедичному словнику медичних наук» (1876 р.) Дешамбр пише: «Розумами всіх оволоділа паніка бути похованими живцем, прокинутися від сну на дні могили». Справа доходила до того, що багато хто обумовлював у своїх заповітах проведення після смерті різних тестів (надрізи на кінцівках), щоб упевнитися в смерті, інші замовляли труни з сигнальними пристроями, засобами евакуації. Важливо мати на увазі, що від медичного працівника того часу зовсім не вимагалось знаходитися біля ліжка вмираючого хворого. Лікар, що був певний, що хворому вже ніщо не допоможе, зовсім полишав його. Вмираючий найчастіше мав справу зі священником. Більше того, коли влада, прагнучи впоратися з панікою, зобов'язала медичних працівників встановлювати смерть, у містах стикнулися з опором медиків. У зв'язку з цим, Ар'єс цитує зі статті «Поховання» «Словника медичних наук»: «Медичних працівників рідко звать констатувати смерть, ця важлива турбота віддана найменшим людям, яким чужі знання фізіології людини; лікар, який не може врятувати людини, уникає знаходитися при ній, і всі практикуючі лікарі, здається, прийняли аксіомою – не личить лікареві відвідувати мертвяка».

Медичних працівників ще з давніх часів учили розпізнавати ознаки смерті, не самої кончини, а її наближення, відразу після їх виявлення лікар припиняє лікування. Це мотивувалося побоюваннями зашкодити своїй репутації або накликати немилість родичів хворого, якого не вдалося врятувати, тобто спроби продовжити життя пацієнта, що приречений, – неетичні.

Як би там не було, ситуація почала змінюватися, поступово медична професія набула виняткового права і обов'язку констатувати смерть людини. У декларації (1948 р.) Сіднея зазначено: «визначення часу настання смерті людини є юридичним обов'язком медичного працівника і таке положення повинно зберігатися».

Іншим аспектом медикалізації смерті є те, що місцем, де людина розлучається з життям, є лікарня. В результаті багато людей, опиняючись поряд з вмираючим родичем, просто не знають, що робити і як належить поводитися.

Сьогодні з успіхами реаніматології пов'язана ще одна проблема – процес вмирання став явищем не стільки природним, скільки керованим. Звичайно, багато тих, хто раніше був приречений, зараз живуть, але є й така категорія хворих, для яких смерть – це єдиний засіб звільнитися від страждань.

Таким чином, у наш час лікарі безпосередньо залучені до трагічної і складної сфери людського існування, і, таким чином, мають вирішувати моральні проблеми, з якими не доводилося стикатися традиційній медицині.

Кожна людина, коли прийде її час, хотіла б померти з гідністю, якщо звичайно медицина в цій конкретній ситуації безпорадна. Будь-яка людина не хотіла б страждати від невиліковної хвороби і не хотіла б завдячувати своїм існуванням штучним засобам підтримки життя й іншим технічним способам віддалення неминучої смерті.

У цьому випадку, як ніколи гостро, постає проблема евтаназії, хоспісів та паліативної терапії. Термін евтаназія запропонований англійським філософом Ф. Беконом (XVI-XVII ст.) і у перекладі з латини означає «легка, швидка смерть».

Історія питання. Для багатьох первісних суспільств було звичайною нормою вбивати людей похилого віку і хворих або не забирати їх з собою у випадку зміни місць стоянки, тим самим прирікаючи на смерть. Відомі звичаї стародавньої Спарти, де слабких і хворобливих хлопчиків, з яких навряд чи вийдуть сильні воїни, скидали в урвище. Втім, це не йшло в розріз зі звичаями стародавніх полісів. Так, Платон у своїй праці «Республіка» писав, що медицина покликана піклуватися лише про здорових тілом і душею, не варто перешкоджати смерті фізично слабких. Взагалі в Стародавній Греції підтримувалося і заохочувалося самогубство тих, хто досяг 60-річного віку. Сократ, філософи-стоїки, починаючи від Зенона (IV- III ст. до н.е.) до римського філософа Сенеки (I ст. до н.е. – I ст. н.е.) виправдовували вбивство слабких і важкохворих. Сократ і Платон, крім того, вважали, що якщо людина внаслідок своєї немічності і слабкості стає тягарем для суспільства, її моральний обов'язок – покінутися з життям. Варто зазначити, що Аристотель і піфагорійці були супротивниками вбивання хворих навіть і на їхнє прохання. Саме переконання піфагорійців знайшли відображення в «Клятві» Гіппократа.

У Середні віки важко поранених вояків кінчали після битви команди, спеціально навчені цій справі. На полі бою залишалися

сотні тяжкопоранених, які через низку обставин не були евакуйовані. На них чекала болісна смерть, але за допомогою кортика з хрестоподібним руків'ям спеціально призначені люди вбивали поранених. Смерть була миттєвою. Кортик мав назву «мізерікордія», що в перекладі з латини означає «милосердя».

Розрізняють активну і пасивну евтаназію. Активна евтаназія – це коли медиком здійснюються активні дії, спрямовані на прискорення настання смерті. Пасивна евтаназія – це відмова від лікування, що підтримує життя, тобто медик не перешкоджає настанню смерті від невиліковного захворювання.

У сучасному суспільстві проблема евтаназії привертає пильну увагу. Ця проблема достатньо гостро обговорюється філософами, теологами і медиками. У медичній етиці проблема евтаназії розглядається як етична дилема, тобто на рівні конфлікту інтересів: наводяться моральні аргументи як «за», так і «проти» евтаназії. Спробуємо стисло підсумувати аргументи прихильників і супротивників «легкої, швидкої смерті».

Ті, хто виступають на захист евтаназії, зазвичай обґрунтовують свою позицію за допомогою таких доведень:

1. Людині має бути надане право на самовизначення, вона сама може обирати, чи продовжувати їй життя чи обірвати його. Адже ніхто не перешкоджає людині у виборі професії і занять, можливо, пов'язаних із загрозою життю. Чому тоді медики повинні перешкоджати такому вибору, якщо людина не вмирає тільки тому, що їй не дають померти від невиліковного захворювання?

2. Людина має бути захищена від жорстокого і негуманного лікування. Дійсно, пацієнтові доводиться переносити важкі безперервні страждання, біль, тому співчуття може підказати вихід – евтаназія. Проте, чи не буде це свідомим не тільки стану пацієнта, але і того, якими є умови клініки і як працює її персонал?

3. Людина має право бути альтруїстом. Варто зважати на те, що муки хворого змушують страждати його близьких і тих, хто знаходиться біля його ліжка, а також і на те, що пацієнт за допомогою евтаназії зможе зберегти ті фінансові кошти, якими зможуть скористатися його родичі. Нарешті, розуміючи свою долю, хворий може захотіти, щоб зусилля і засоби були спрямовані на того, кому вони дійсно допоможуть.

4. «Економічний» аргумент. Деколи з'являються думки, що лікування і догляд за приреченими віднімають у суспільства чимало

коштів, які можна було б спрямувати на лікування, так званих, перспективних. Такий аргумент вже широко використовувався у фашистській Німеччині: державна політика знищення «неповноцінних», вбивства тяжкопоранених унаслідок дефіциту медикаментів і госпітальних ресурсів.

5. Гостро стоїть питання щодо якості життя невиліковних і страждаючих хворих. Якщо медицина не в змозі допомогти або створити скільки-небудь гідне існування, то медики повинні допомогти або не перешкоджати піти з життя гідно. З цього аргументу народилося парадоксальне право – «право на гідну смерть».

Тепер розглянемо аргументи супротивників активної евтаназії:

1. Активна евтаназія є замахом на цінність людського життя. Легалізація будь-якої практики знищення людських життів, тобто перетворення на прийняту, санкціоновану суспільством процедуру, має наслідком якнайглибше зрушення всього нормативно-ціннісного порядку, оскільки тільки завдяки проголошенню людського життя найвищою цінністю, – люди продовжують залишатися людьми.

2. Можливість діагностичної і прогностичної помилки.

3. Можливість появи нових медикаментів і методів лікування.

4. Наявність ефективних беззаспокійливих речовин.

5. Ризик зловживань з боку персоналу. Цей аргумент все частіше наводиться в численних дискусіях щодо евтаназії, оскільки тому є чимало прикладів, що стали згодом предметом судових розглядів.

6. Аргумент «похилої площини». Сенс цього аргументу зводиться до наступного: якщо евтаназія буде узаконена, то нехай навіть процедура буде жорстко регламентована законом, у реальному житті виникнуть ситуації

«на грані» і поступово незначні відступи розмиватимуть суворість закону; і надалі евтаназія здійснюватиметься не зі співчуття, а в ім'я інших цілей.

7. Евтаназія – це «медична капітуляція», тому легалізація такої практики ослабить прагнення суспільства до розвитку паліативної допомоги вмираючим, і, кінець кінцем, до прагнення знайти способи лікування нині невиліковних хвороб.

8. Наступні аргументи пов'язані з самою технологією здійснення евтаназії, тобто: хто повинен здійснювати? Де? За яким принципом відбирати «фахівців» і де їх готувати? Як у цій ситуації уникнути негативних наслідків відносно медичних працівників, що здійснюють евтаназію, у разі витоку відомостей? Чи не породить розголошення

і легалізація евтаназії страху важких хворих перед медиками, чи не станеться так, що пацієнт, який занурився в тривалий несвідомий стан, «убиватиметься» на прохання родичів (примусова евтаназія)? І, нарешті, за чий рахунок проводити евтаназію?

Зі сказаного можна зробити висновок про те, що єдиний порятунок невиліковно хворих – це евтаназія. Проте, прихильники евтаназії, громадськість забувають або не хочуть знати про хоспісний рух і паліативну допомогу.

Комітет експертів ВООЗ зі знеболення при раку в своїй офіційній Доповіді (1989р.) дотримується такої позиції: «З розвитком сучасних методів паліативного лікування легалізація добровільної евтаназії стає не обов'язковою. Зараз, коли існує прийнятна альтернатива смерті, що супроводжується сильним болем, варто концентрувати зусилля на реалізації програми паліативного лікування, а не захоплюватися боротьбою за легалізацію евтаназії». Голландські лікарі, що здійснюють евтаназію, вказують на такі причини прохань пацієнтів про припинення життя: нестерпна ситуація – 70%, страх перед стражданнями – 50%, втрата гідності – 57%, залежність від інших – 33%, втома від життя – 33%. У низці випадків біль разом з іншими чинниками вказали 46%, але як єдину причину – тільки 3%.

Водночас дуже не простою проблемою стає виключення скороминущої депресії. Деякі автори стверджують, що вищеназвані причини можуть свідчити про таку депресію. Як показало одне з досліджень, проведених у США, 2/3 пацієнтів, що висловлювали бажання померти, через 3 тижні такого бажання не виявляли. Аналогічне дослідження, проведене в хоспісах, показало такі ж результати. Чимало пацієнтів, що висловлювали таке бажання, потрапивши до хоспісу, взагалі відмовилися від нього, а здатні ходити допомагали персоналу доглядати лежачих пацієнтів. Варто зазначити, що в хоспісах здійснюється особливий догляд за такими хворими. Пріоритетним є зняття фізичного болю, а потім і душевних страждань. Цьому допомагають кваліфіковані медсестри, соціальні працівники, священники. Великого страждання вмираючому заподіює самота, адже таких хворих прагнуть уникати і самі медичні працівники, а деколи й родичі. Мати Тереза, що віддала все своє життя допомозі жителям хрущоб у Калькутті, отримала за своє милосердя Нобелівську премію миру, відповідаючи на питання, яке нещастя в житті вона вважає за найжахливіше, сказала: «Самота». Так, не хвороба, не голод, і навіть не смерть, а самота.

Правові аспекти евтаназії

Відповідно до Конституції України кожній людині належить невід'ємне право на життя, один з аспектів якого припускає можливість самостійно розпоряджатися нею, вирішувати питання про припинення життя. Допустити можливість реалізації цього права можна лише шляхом евтаназії. Обговорення цієї складної і суперечливої проблеми в суспільстві необхідне, але за участю фахівців у галузі права, медицини й інших професій, з подальшим підведенням підсумків. У низці публікацій і телепередач широко висвітлювалися випадки застосування медикаментозної евтаназії, що здійснювалася близькими на прохання змученого болем хворого. Ці випадки не отримували засудження і роз'яснення з позиції права. Створюється враження, що суспільство привчають до самостійного ухвалення рішення щодо застосування евтаназії, негативним чином впливаючи на формування громадської думки. Герой популярної телепередачі «Моя сім'я», показаної каналом «Life», лікар, переконував аудиторію і мільйони телеглядачів, що вбивання самотніх людей похилого віку на їх прохання за попередню плату смертельною ін'єкцією, чим він регулярно займається, є гуманним актом, називається евтаназією і застосовується у всіх цивілізованих країнах. Після обговорення цього зізнання без засудження і будь-якого коментаря фахівців передачу було закінчено. Ніхто не пригадав ані про закон, прийнятий у нашій країні ще за 5 років до цього, що забороняє евтаназію, ані про гучний судовий процес проти медсестер у ФРН, що вбивали людей похилого віку з метою позбавлення їх від мук, про що розповідали журналісти в нашій пресі ще в середині 90-х. Не дивно, що розповсюдження таких знань іноді доходить до абсурду. У суді м. Біла Церква був засуджений Н. за вбивство своєї паралізованої матері. Доглядаючи її, він дізнався від медичних працівників, що вилікувати матір вони не можуть, і запропонував їй припинити муки. Заручившись її згодою, він намагався її задушити руками, коли ж це не вдалося, кухонним ножом кілька разів наніс їй проникаючі поранення в груди. На суді заявив, що знає про евтаназію і вирішив її застосувати, оскільки «поки лікарі обговорюють, люди страждають». І хоча суд не визнав пом'якшувальним цей мотив убивства, журналісти обговорювали у пресі це питання.

Здійснення права людини на смерть за участю медиків також є спірним, але має якийсь сенс і нерідко правове обґрунтування, що

набуло чинності в різних країнах у зв'язку з проблемою евтаназії. Наведемо два гучні приклади, опубліковані в різний час. В одному з них кримінальну справу було розпочато вільнюською прокуратурою з приводу вбивства матір'ю з метою евтаназії свого 19-річного сина. Після термічних опіків обличчя, дихальних шляхів і обох рук, які довелося ампутувати, рани не гоїлися, кістки хлопця оголялися, він повністю осліпнув. Біль виснажував постраждалого вдень і вночі, він постійно втрачав свідомість. Лікування не допомагало. Мати – лікар за професією, доглядаючи його, постійно відчувала муки від безпорадності, оскільки знеболюючі препарати не допомагали, а син постійно просив допомогти йому піти з життя, яке стало для нього нестерпним. Одного разу мати піддалася на прохання, дала згоду і почула від нього слова подяки. Вона написала заповіт і, ввівши синові смертельну ін'єкцію, сама спробувала покінчити з життям, прийнявши жменю пігулок снодійного. Її врятували, і прокуратура порушила кримінальну справу за умисне вбивство, проте після розслідування, внаслідок психічного розладу підозрюваної, справу припинили.

Інший випадок відбувся в Голландії. Жінка 89 років знаходилася в будинку для людей похилого віку, де стан її постійно погіршувався, особливо різко ослабли зір і слух. П'ять років поспіль вона відчувала себе абсолютно безпорадною і в 94 роки, знаходячись у повній свідомості, подала заяву про добровільну евтаназію, яка була залишена без розбору. Вона наполегливо вимагала покласти край її життю, звернувшись по допомогу до родичів. Врешті-решт прохання було задоволене, про що адміністрація повідомила поліцію. Почалися судові розгляди. Районний суд визнав медичного працівника невинним, але міський суд Амстердама виніс звинувачувальний вирок. Справа розглядалася у Верховному суді, який відмінив вирок, мотивуючи тим, що за наявності певних умов активна евтаназія може бути виправдана. Ця думка була підтримана Голландським Королівським медичним суспільством. Ймовірно, таке «прецедентне право» могло бути застосоване і в інших подібних випадках, і з цим складно не рахуватися.

З ухваленням у 1992 році Основ законодавства України «Про охорону здоров'я» вперше в нашій країні положення про евтаназію отримало законодавче рішення. У статті 52 ЗУ законодавства було записано, що задоволення прохання хворого про прискорення його смерті «якими-небудь діями або засобами, у тому числі припиненням

штучних заходів з підтримки життя» медперсоналу забороняється. Особа, що здійснює евтаназію або спонукає хворого до евтаназії, несе кримінальну відповідальність. Взагалі ця стаття проста – в прямому і переносному сенсі. В її диспозиції не враховуються ніякі обставини тієї складної ситуації, що у таких випадках зустрічається в житті і з погляду гуманності входить у протиріччя з нормами права. Безальтернативністю диспозиції цієї статті можна пояснити частотні її порушення і те, що в нас «не помічають» застосування евтаназії на практиці.

Здається, поставлена остання крапка у вирішенні цієї актуальної проблеми медичної етики. Тим часом, громадська думка щодо ставлення до евтаназії в Україні, як і в інших країнах, за останніх 10-15 років зазнало істотних змін. Про це свідчать і дані публікацій, і проведені в різні роки анонімні опити студентів і медичних працівників. Переконалих прихильників евтаназії серед медичних працівників раніше було мало. Вони вважали, що боротьба за життя пацієнта, всупереч існуючим догмам, справедлива тільки до того, поки існує надія, що порятунок можливий. Коли ж вона втрачена, постає питання про милосердя, яке і знаходить прояв у евтаназії. Гуманний лікар – це лікар, який робить хворому добро, не дивлячись на усталену думку. Більшість таких медичних працівників вважають, що евтаназія справедлива по відношенню до невиліковних хворих, паралізованих, хворих-дебілів, пацієнтів, які живуть тільки за допомогою апаратури життєзабезпечення, по відношенню до новонароджених з атрофованим мозком, плодів вагітних жінок, якщо доведена потворність або несумісне з життям патологічне порушення, оскільки людина відрізняється від тварини розумом і мораллю. В юридичній літературі наголошується ще на двох умовах здійснення евтаназії у випадках, коли встановлено, що в певний період часу смерть не наступить: а) якщо значні фізичні і моральні страждання неможливо усунути відомими засобами; б) якщо хвороба неминуче призведе до деградації особистості. Не зважаючи на спірність низки наведених тверджень, евтаназія не може у всіх без виключення випадках сприйматися однозначно як аморальна і неприпустима дія або бездіяльність медичного працівника у зв'язку з дійсно виниклою можливістю його деморалізації, помилок, зловживань, зростанням небезпеки ятрогеній, штучним скороченням зростаючого числа пенсіонерів і зміною демографічного стану країни.

У дійсності, твердження Гіппократа, викладене в його «Клятві», –

«я не дам нікому смертельного засобу, що в мене просять, і не покажу шляху для подібного задуму» – сьогодні може бути лише загальною етичною вимогою в поведінці медичного працівника. За майже 2500 років, у зв'язку з впровадженням досягнень медицини і біології, новим поглядом на права людини з пріоритетом її особистих інтересів, виникли такі ситуації, за яких справедливою може бути й інша думка. Вона відображена в деяких міжнародних документах медичних асоціацій і, зокрема, в «Конвенції з прав і гідності людини у зв'язку з впровадженням досягнень медицини і біології» (1996 р.), яку підписала, а значить, визнає Україна.

Насправді в усіх цивілізованих країнах евтаназія застосовується незалежно від того, дозволена вона законом чи ні. За даними Американської медичної асоціації, в лікарнях США щодня вмирає 6 тисяч чоловік, більше половини яких іде з життя добровільно за допомогою медперсоналу. У відділенні інтенсивної терапії госпіталю Сан-Франциско у 5% хворих (що склало близько половини вмираючих) відключалася система життєзабезпечення. Звертає на себе увагу той факт, що це рішення ухвалював лікар з сім'єю пацієнта, тоді як загальноприйнятою обов'язковою умовою евтаназії є інформоване добровільне рішення самої хворої людини. В літературі наголошується, що 40% усіх смертей хворих людей настає в результаті ухвалення медиками рішень щодо припинення життя, або шляхом відмови від лікування, або за допомогою ліків, що прискорюють невідворотне. Автори публікацій правильно зазначають, що в країнах, де евтаназія заборонена, де немає гласності, а значить, законного захисту від неправомірного застосування евтаназії, положення ще гірше. Не дивлячись на ухвалення закону, що забороняє евтаназію, випадки її застосування почастишали, і в цьому признаються самі лікарі. Наприклад, колишній директор ООН з медицини американський лікар М. Горвін зізнався, що допоміг піти з життя 50-ти своїм пацієнтам.

Чверть століття громадськість всього світу стежила за діяльністю найпопліднішого прихильника практичної евтаназії – американського медичного працівника Дж. Кеворкяна, який припинив життя 130 хворих. Одні вважають його гуманістом, інші – вбивцею. Багаторічна тяжба його з судами штату Мічіган, що кілька разів його виправдовували, закінчилася засудженням. Разом з тим, зі схваленням була прийнята евтаназія 37-го президента США Р. Ніксона. Після першого інсульту він написав звернення до медичних

працівників, що його рятували, з проханням не вдаватися до штучних методів продовження його життя у разі повторення крововиливу в мозок, коли він не зможе висловити свою волю. Свідомо припинив вживати ліки після консультації з особистим лікарем і складання заповіту президент Франції Міттеран, що страждав на рак (остання стадія). І в цьому випадку в пресі наголошувалося на мужності іменитого хворого, бажанні бути господарем власної долі. Впадає в очі елітарний підхід до оцінки евтаназії. Аналізуючи положення, що створилося, варто визнати, що праві ті, хто вважає, що зараз актуальним є питання не про те, дозволяти чи не дозволяти медичного працівникам застосування евтаназії, а про те, коли і за яких умов до неї звертатися і як при цьому організувати контроль над правомірністю її здійснення.

Вирішувати питання про евтаназію з позиції права непросто, оскільки в Конституції України та Цивільному кодексі України, на що зверталася увага у пресі, є стаття 284 (ч.4), що стосується права пацієнта відмовитися від медичної допомоги. У ній вказано, що «громадянин або його законний представник має право відмовитися від медичного втручання або захотіти його припинення», навіть якщо воно розпочате чи знаходиться на якомусь етапі проведення. При цьому йому в доступній формі мають бути викладені всі наслідки відмови від лікування, що оформлюється записом у медичному документі і підписується пацієнтом (його законним представником) і лікарем, що лікує.

У деяких лікувальних установах розроблені спеціальні розписки з вказівкою, про які конкретно наслідки поінформований хворий. Право на відмову від медичного втручання підтверджується у ч.4 ст. 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я. Це відповідає міжнародним нормам прав людини, але створює можливість легального використання пасивної евтаназії шляхом «припинення заходів з підтримки життя», прямо заборонених статтею 43.

У випадках важкого, небезпечного для життя стану така вимушена бездіяльність медичного працівника може розглядатися як застосування пасивної евтаназії, оскільки в наявності дві важливих її ознаки: 1) прохання самого хворого щодо ненадання йому допомоги (після інформування лікарем у доступній формі про можливі наслідки); 2) ненадання медичної допомоги з життєзабезпечення або припинення штучних заходів з підтримки життя.

Складнішою є ситуація, коли справа стосується відмови від

медичного втручання відносно новонародженого або плоду, що потребує окремого розгляду, а також особи, що не досягла 15 років або визнана недієздатною. У разі важкого стану такого хворого, відповідно до статті 33 Основ законодавства «Про охорону здоров'я громадян», рішення ухвалюють батьки або законні представники, а не сам пацієнт. При цьому не враховується їх етична підготовленість, особливості обставин, релігійна приналежність, за умов яких навіть безпечно і виправдане втручання може категорично не допускатися. Очевидно, тут необхідні певні поправки в законодавстві. Правда, лікувальна установа може звернутися до суду для захисту інтересів неповнолітнього, але в таких випадках, за умов необхідності надання невідкладної допомоги, чекати рішення суду, враховуючи нашу систему судочинства, означає не надати своєчасної медичної допомоги. А це означає здійснювати інше правопорушення – «ненадання допомоги хворому».

У випадках неможливості отримати згоду пацієнта, батьків або законних представників, а також відносно осіб, що страждають на психічні розлади, надання медичної допомоги може бути і без їх згоди (стаття 43 «Основ»). У цих умовах лікар має бути впевнений не тільки в реально загрозливій небезпеці для хворого у разі незастосування конкретного медичного втручання, але і у відсутності його альтернативи. Ненадання допомоги хворому може бути також розцінене як навмисне припинення життя, тому в цьому випадку можуть бути доцільні для хворого і юридично виправдані для медичного працівника не бездіяльність, а будь-який обґрунтований ризик. За нашим кримінальним законодавством, несприятливий результат не може розглядатися як злочин, якщо особа, що припустилася ризиків, не маючи альтернативи, зробила достатні заходи для запобігання смерті (стаття

65 Кримінально-процесуального кодексу України). При цьому застосовані дії мають бути забезпечені відповідними знаннями і вмінням, достатніми в конкретній ситуації, щоб попередити настання шкідливих наслідків. За умов існуючого положення, коли евтаназія заборонена законом, вона може оформлюватися як відмова від медичного втручання, що підтримує життя. Щоб гідно вийти з такої складної ситуації, лікар не тільки повинен володіти високим професіоналізмом і ретельно документувати свої дії, але бути юридично грамотним фахівцем.

Складність виникає і за умов доведення медикаментозної

евтаназії, особливо шляхом застосування не сильнодіючих, а загальноприйнятих лікарських засобів. В останньому випадку вмирання відбуватиметься не гостро, а триваліше. Тоді довести застосування ліків навмисно, з метою прискорення настання смерті, неможливо. Проте, не тільки причина смерті, але і питання про вплив на її настання тих або інших ліків у певних дозах і поєднаннях, у зв'язку з підозрою на евтаназію, ставитиметься перед судово-медичною експертизою. Це дійсно важливо для слідства (незалежно від оцінки професійної діяльності медичного працівника), оскільки смерть від дії ліків настає від отруєння, тобто є насильницькою, а смерть при відмові від медичного втручання внаслідок захворювання є ненасильницькою. Здійснення судово-медичної експертизи під час розслідування справ за підозрою на застосування евтаназії відповідно до правил судово-медичної експертизи за матеріалами справи завжди проводиться комісією. Проте, враховуючи численні складні специфічні питання, варто уважно поставитися до відбору складу комісії. Призначення таких експертиз зростатиме, тому треба знати способи евтаназії, вивчити раціональні й ефективні методичні та організаційні особливості, накопичувати досвід таких експертиз.

Можливі ситуації, за яких застосування пасивної евтаназії є справедливим і дійсно може розглядатися як гуманне ставлення до вмираючого хворого, оскільки, маючи невід'ємне конституційне право на життя, він повинен, відповідно до міжнародних норм, за певних обставин, мати право вирішувати питання про його припинення. Далеко не кожен може і хоче продовжувати неякісне, негідне життя на стадії вмирання, страждаючи в цей час і фізично, і морально. Більше чверті століття назад доктор П. Адміраал прозорливо писав: «Вже наступне покоління буде глибоко вражене тим довгим терміном, який знадобиться нашому поколінню, щоб дійти до безумовного визнання евтаназії як природного права людини».

Звичайно, за умов законодавчого вирішення, мають бути розроблені певні протоколи ненасильницької евтаназії, яких варто суворо дотримуватися. Про них писав ще на початку нашого століття відомий російський юрист і громадський діяч О. Коні, який припускав можливість добровільного відходу з життя з попереднім повідомленням прокуратури. Ці умови достатньо детально розроблені і апробовані у низці країн, наприклад, у Нідерландах, у деяких штатах Австралії і США, де евтаназія дозволена законом і де використані

рекомендації Ради з етики і судових справ Американської Медичної Асоціації. Там вже склалися традиції і методи здійснення евтаназії, розроблені законодавчі акти, форма складання і порядок ухвалення заповіту, а також накопичений багатий досвід досудового і судового розгляду подібних справ. Як правило, для здійснення евтаназії повинно бути враховано, що добровільне однозначне рішення про її здійснення може приймати тільки повнолітня дієздатна людина, що знаходиться поза реактивним станом або нападом. Діагноз і безнадійність стану мають бути встановлені консилиумом незалежних фахівців. При цьому в хворого мають бути зареєстровані важкі фізичні страждання і встановлено, що хвороба невиліковна після застосування альтернативних способів. Це має бути висловлене хворим усно або написано під його диктування усвідомлене, неодноразово повторене прохання хворого, підписане ним і лікарем, що лікує, у присутності юриста. Цьому повинно передувати доступне інформування хворого про наслідки дій, що мають набути чинності на його прохання, або бездіяльності, аж до настання смерті.

Моральні проблеми трансплантології

Трансплантологія, безумовно, є однією з найперспективніших галузей медичної науки і практики: вона акумулює новітні досягнення сучасної хірургії, реаніматології, анестезіології, імунології, фармакології й інших медико-біологічних наук і спирається на сукупність високих медичних технологій. Початком розвитку трансплантології як практичного напрямку можна вважати 1954 рік, коли американськими хірургами була здійснена перша успішна пересадка нирки. У Радянському Союзі першу успішну пересадку нирки від живого донора провів у 1965 році академік Б. Петровський. До початку 60-х років трансплантологія залишалася, по суті, галуззю експериментальної хірургії, не привертаючи особливої уваги з боку громадськості.

Ситуація змінилася після 3 грудня 1967 року, коли південноафриканський хірург К. Барнард провів першу пересадку серця від загиблої людини пацієнтові, що знаходився на порозі смерті. Пересадка серця від однієї людини до іншої викликала величезний суспільний резонанс. З одного боку, стало ясно, що перед людством відкрилася нова, надзвичайно перспективна можливість лікування хворих, що раніше вважалися приреченими. З іншого, проте, виник цілий спектр правових та етичних проблем, що

вимагають для свого вирішення спільних зусиль фахівців у галузі медицини, права, етики, богослів'я, психології та інших дисциплін.

Ухвалений у 2018 році Закон України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людини» виявився важливим кроком на шляху формування правових основ трансплантології у нашій країні. Зокрема, законодавчо був затверджений критерій мозкової смерті, а медичного працівникам делегувалося право відбору органів для трансплантації від осіб, що знаходилися в цьому стані. Закон так само встановив правило презумпції згоди потенційних донорів і їх родичів, що в цілому аналогічно правовим нормам більшості європейських країн. Була введена заборона на купівлю-продаж органів для трансплантації.

Етичні проблеми трансплантології істотно розрізняються залежно від того, чи йде мова про відбір органів для пересадки у живої людини чи з тіла померлого.

Пересадка нирок від живих донорів виявилася першим напрямом трансплантології, що знайшов своє місце в практичній медицині. У наш час це напрям надання медичної допомоги хворим з незворотною порушеною діяльністю нирок, що бурхливо розвивається в усьому світі. Окрім нирки, від живих донорів пересаджують частку печінки, кістковий мозок тощо, і це у багатьох випадках дозволяє врятувати життя пацієнта методом лікування. Проте при цьому виникає низка непростих моральних проблем.

Пересадка органу від живого донора пов'язана з серйозним ризиком для останнього. По-перше, це ризик, пов'язаний з проведенням самої хірургічної операції, яка для будь-якого пацієнта завжди є значною психофізіологічною травмою. По-друге, позбувшись одного з парних органів або частини непарного органу, донор стає більшою мірою вразливий до несприятливих зовнішніх впливів, що може мати наслідком розвиток різних форм патології. Забір органу або його частини від донора, очевидно, є відступом, відносно донора, від одного з основоположних етичних принципів медицини – «не зашкодь».

Варто, проте, констатувати, що у вітчизняній охороні здоров'я сфера надання «безкоштовних» послуг швидко звужується. Тому в реальності після виписки з лікарні, в якій було проведено забір органу, донор має серйозний шанс опинитися наодинці зі своїми проблемами, прямо або побічно обумовленими вилученням органу або його частини. Виникає, як ми бачимо, конфлікт двох етичних

принципів медицини: «роби благо» і «не зашкодь».

Інша група складних моральних проблем виникає у зв'язку із заборонаю на продаж органів для пересадки. Тенденція до комерціалізації має свої об'єктивні причини. По-перше, це дефіцит органів для трансплантації, що примушує хворих до пошуку неординарних джерел отримання донорських органів. По-друге, зубожіння значної частини населення здатне підштовхувати людей до пошуку заробітку навіть шляхом продажу власних органів. По-третє, криза бюджетного фінансування і слабкість фінансування шляхом обов'язкового медичного страхування спонукає медичні установи до боротьби за виживання шляхом комерціалізації своєї діяльності.

У чому полягає моральне зло торгівлі органами? Перш за все, воно полягає в тому, що тіло людини перетворюється на товар-річ, що прирівнюється через механізм купівлі-продажу до інших речей. Тим самим руйнується його особливий соціальний статус.

Рішення на користь торгівлі органами підсилить соціальну несправедливість – багатий у буквальному розумінні виживатиме за рахунок бідного. Варто зазначити, що фактично комерціалізація людського тіла вже почалася, оскільки можна продати і купити кров, сперму, яйцеклітину. Тому, з погляду прихильників ринкових механізмів у заготівлі органів трансплантології, питання лише в тому, щоб поставити ринок людських органів від живих донорів (і від трупів), що реально складається, на тверду правову основу.

Необхідно враховувати, що проста заборона комерціалізації за наявності об'єктивних інтересів і слабкості правового контролю створює умови для формування тіньового ринку цих послуг. Останнє може негативно позначитися на всьому суспільному житті, оскільки розшириться соціальний простір, в якому влада реально належатиме кримінальним структурам.

Щоб уникнути таких негативних наслідків, суспільство зобов'язане піти або шляхом легалізації торгівлі органів від живих донорів (що навряд чи прийнятно), або розробити комплекс заходів, здатних:

- а) ефективно контролювати заборону комерціалізації;
- б) послабити тиск об'єктивних чинників шляхом покращення фінансування програм з трансплантології, створення національної системи заготівлі і розподілу трупних органів для пересадки;
- в) підсилити механізми соціального захисту населення.

Як «третій» шлях деякі науковці пропонують замінити механізм

купівлі-продажу органу механізмом матеріальної компенсації за донорство органу. Дію подібної моделі можна представити таким чином. Незалежна у фінансовому і адміністративному відношенні від трансплантологічних центрів медична організація, що займається заготівлею і розподілом органів для пересадок (які розглядаються при цьому як суспільне надбання), компенсує донорові завданої шкоди у вигляді грошової виплати, надання медичної страховки на випадок лікування ускладнень, а також інших соціальних пільг.

Використання трупа людини як джерела органів для пересадки теж обумовлює виникнення цілого спектру непростих моральних проблем. Всі світові релігії забороняють нанесення пошкоджень тілу померлої людини, вказують на дбайливе і шанобливе ставлення до нього. Заповіт є особливою формою волевиявлення, що ніби продовжується за межу, яка відокремлює життя людини від смерті. Також визнається, що будь-який акт наруги над тілом покійного є негідним учинком, що ображає його пам'ять. Доцільно виокремити декілька груп проблем, що виникають за умов пересадки органів від трупа:

- моральні проблеми процедури забору органів (принцип інформованої згоди, презумпції згоди і рутинного забору);
- проблема справедливості у розподілі між потенційними реципієнтами дефіцитних ресурсів (органів і тканин) трансплантології;
- етичні проблеми, пов'язані з торгівлею людськими органами і тканинами в трансплантологічній практиці.

Контрольні питання для перевірки кінцевого рівня знань студентів:

1. Хто в 1805 році запропонував з метою пробудження уявно померлих вдувати в легені повітря за допомогою міхів:
 - а) Є. Мухін;
 - б) В. Неговський?
2. Чи необхідна згода родичів загиблого на вилучення органів (тканин) для трансплантації:
 - а) так;
 - б) ні?
3. Чи можуть лікарі, що засвідчують факт смерті потенційного донора, безпосередньо брати участь у вилученні органу в донора:

- а) так;
- б) ні;
- в) можуть в особливих випадках?

4. Чи може лікар відмовитися від лікування, зважаючи на його неефективність:

- а) на прохання родичів хворого;
- б) за медичними показаннями;
- в) не має права?

5. Чи існує заборона в Україні на продаж органів (тканин) для трансплантації:

- а) так;
- б) ні?

6. В яких випадках необхідна згода донора на забір у нього органів тіла:

- а) у випадках, обумовлених у законі;
- б) у всіх випадках?

7. Як Ви думаєте, чи можна отримати вигоду на торгівлі органами-трансплантатами :

- а) так;
- б) ні?

8. Чи можна вилучати тканини мозку і його оболонки для трансплантації:

- а) так;
- б) ні?

9. Введення токсичної дози лікарського препарату з метою евтаназії – це:

- а) активна евтаназія;
- б) пасивна евтаназія?

10. Автожектор – це перший апарат:

- а) штучного кровообігу;
- б) штучного дихання;
- в) подачі наркозу?

Еталони відповідей: 1-а; 2-а; 3-б; 4-в; 5-а; 6-а; 7-а; 8-б; 9-а; 10-а.

РОЗДІЛ 7. ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОЇ ГЕНЕТИКИ І РЕПРОДУКЦІЇ ЛЮДИНИ

I. Мета заняття:

1. Ознайомитися з історією розвитку ставлення до прав жінок.
2. Вивчити способи штучного запліднення і морально-етичні проблеми пренатальної діагностики.
3. Розібрати моральні проблеми, що виникають у результаті прогресу медичної генетики.
4. Засвоїти основні етичні проблеми реалізації міжнародного проекту «Геном людини».
5. Дослідити етичні зміни, що виникли в суспільстві у зв'язку з появою клонування.

II. Мотиваційна характеристика теми.

Новітні біомедичні технології як напрям науково-технічного процесу в новому ракурсі пропонують розглядати зв'язок між досягненнями біології і медицини і падінням цінності людського життя. Як це ні парадоксально, але падіння цінності людського життя проявляє себе особливо яскраво в технологіях, що забезпечують відтворення людського життя. Заготовка «запасних» зигот і їхнє подальше знищення – умова процедури штучного запліднення. Негативні результати пренатальної діагностики – ще одне «сильне свідчення» на користь штучного переривання життя. Перетворення людських зародків на фармацевтичну «сировину» є умовою фетальної терапії. Всі ці проблеми складно, але все-таки можуть бути вирішені.

III. Контрольні питання для перевірки початкового рівня знань студентів:

1. Назвіть сучасні форми запобігання небажаних вагітності:
 - а) штучний аборт;
 - б) стерилізація; в) контрацепція;
 - г) індукований викидень.
2. В якій країні вперше законодавчо було дозволено використання медичного аборту:
 - а) Італія;
 - б) Іспанія;
 - в) Швеція;
 - г) Англія?
3. На які принципи спирається позиція ліберального підходу до

вирішення проблеми абортів:

- а) право жінки розпоряджатися своїм тілом;
- б) ембріон – це лише скупчення кліток, що діляться;
- в) плід не є особистістю;
- г) плід – це чужорідна тканина?

4. Що належить до традиційних методів контрацепції:

- а) внутрішньоматочні спіралі;
- б) температурний метод;
- в) перерваний статевий акт;
- г) хімічні засоби з локальною дією?

5. Чи можлива внутрішньоутробна зміна статі:

- а) так;
- б) ні?

6. Ким був проведений перший дослід штучного запліднення:

- а) Спаланцані;
- б) Жерар;
- в) Іванов;
- г) Ільїн?

7. Який учений висунув ідею щодо можливості запліднення в штучному середовищі:

- а) Іванов;
- б) Жерар;
- в) Бахтіарова;
- г) Леонов?

8. Назвіть головне завдання клонування на сьогодні:

- а) створення більш досконалої людини;
- б) коригування розвитку плоду;
- в) клонування органів і тканин;
- г) усунення генетичних дефектів плоду?

9. Де була вперше в історії клонована тварина:

- а) Англія;
- б) США;
- в) Японія;
- г) Шотландія?

10. Чи є приклади успішного клонування в Україні:

- а) так; б) ні?

Еталони відповідей: 1-б, в, 2-б, 3-а, в, 4- а, б, в, г, 5-б, 6-а, 7-а, 8-в, г, 9-г, 10-б.

Теми рефератів і доповідей

- Моральний статус праембріону, ембріону, плоду.
- Етичні проблеми контрацепції та стерилізації.
- Соціальне коріння абортів.
- Ставлення до абортів в різних релігіях.
- Ставлення різних релігій до стерилізації та контрацепції.
- Штучне запліднення: плюси і мінуси для людини, сім'ї, суспільства.
- Наслідки екстракорпорального запліднення для здоров'я дітей.
- Психологічні проблеми сурогатного материнства.
- Правові аспекти генетики.
- Перспективи клонування.
- Моральні проблеми реалізації проекту «Геном людини».
- Можливості і небезпеки генетики.

Морально-етичні проблеми штучного абортів

Абортом називається будь-яке переривання вагітності. Основні моральні проблеми пов'язані з абортів, що викликається штучно.

Для правильного розуміння моральних аспектів цього виду медичного втручання необхідно усвідомити два аспекти проблеми: по-перше, вагітність – це нормальний фізіологічний процес, що відбувається в організмі жінки, по-друге, – це процес формування нової людини. Тому неправильно, з етичного погляду, як це іноді робиться, вважати аборт звичайним засобом планування сім'ї нарівні з контрацепцією.

Коротка історія проблеми штучного абортів

Аборт належить до давніх проблем медичної етики, а також філософії, юриспруденції і теології. Клятва Гіппократа забороняє лікарів переривання вагітності («Я .. не дам ніякій жінці абортівного песарію»). В той же час, Аристотель вважав аборт припустимим. Аристотель звертав увагу на два аспекти проблеми: необхідність абортів обґрунтовується у нього демографічними цілями (регулювання народжуваності); одночасно він вважав, що аборт можливий, поки у зародку не сформувалися «чутливість» і рухова активність.

У Давньому Римі аборт не вважався ганебним учинком і широко

практикувався. В епоху занепаду спроможні громадяни вважали за краще не мати ні дітей, ні сім'ї. Спочатку в римському праві зародок трактувався як частина тіла матері, тому жінку не карали за вигнання або вбивання плоду. І лише пізніше ембріон був наділений деякими громадянськими правами. Штучний аборт почав трактуватися як злочин проти прав батьків, якщо хтось прагнув таким шляхом досягти майнових прав.

Остаточне усвідомлення цінності плоду пов'язане з виникненням християнства. Вже в епоху раннього християнства аборт ототожнювався з убивством людини. В Середні віки за аборт накладалося суворе покарання. Згідно зі зводом німецьких законів «Кароліна» (XVI ст.), аборт у разі знищення живого плоду карався стратою. Страта за аборт була введена в 1649 р. і в Україні, що входила до Російської імперії. Скасована вона була століття опісля того.

Особливий інтерес для нас складає еволюція ставлення медиків і суспільства до проблеми абортів протягом останніх двох століть. Так, основоположник вітчизняного акушерства Н. Максимович-Амбодик (1744-1812 рр.) ще в 1784 році передбачив концепцію медичних показань до штучного абортів, виступаючи за те, щоб у критичних випадках рятувати життя жінки, а не плоду. В європейській медицині важливим моментом в остаточному формуванні цієї концепції стала дискусія в Паризькій медичній академії у 1852 р.: статистика смертності після кесарева розтину стала головним аргументом на користь етичного виправдання абортів за медичними показаннями.

У другій половині XIX століття в США виникає загальнонаціональний рух за заборону абортів. Провідну роль у ньому відіграло керівництво Американської Медичної асоціації. Грунтуючись на ембріологічних відкриттях, лікарі доводили, що плід є живою істотою з моменту зачаття. Тому медики наполягали, що аборт, навіть на самому початку вагітності, є вбивством. У результаті до 1880 року аборти в США були заборонені, за винятком випадків, коли вагітність або пологи загрожували життю жінки. Прийняті тоді закони зберігалися в основному до 60-х років XX століття.

У 1869 році британський парламент прийняв «Акт про злочини проти особи», згідно з яким аборт, починаючи з моменту зачаття, вважався тяжким злочином. Аборт, проведений самою жінкою, карався значно суворіше, якщо він мав місце після появи ознак ворушіння плоду. В Германії у ці ж роки здійснення абортів за гроші вважалося за обтяжливу обставину. У Франції покарання

посиливалося, якщо стосувалося медичних працівників.

У дореволюційній Росії законодавство чітко розрізняло дозволений законом штучний аборт з метою врятування життя жінки, і аборт, що здійснювався самою жінкою або сторонньою людиною зі злочинною метою припинення вагітності. Такий кримінальний аборт, здійснений медиком, вважався обтяжливою обставиною.

Проте в професійному медичному середовищі моральна оцінка штучного аборту не збігалася з юридичною кваліфікацією. Особливий інтерес представляють дискусії щодо абортів і рішення, прийняті на XII з'їзді Пироговського товариства в 1913 році. Виступаючи на з'їзді, лікар Л. Лічкус сказав: «злочинний викидень, дітовбивство і застосування протизаплідних засобів – симптоми хвороби сучасного людства». Не менш безкомпромісну позицію займав лікар Д. Жбанков, що писав: «неспростовним є зв'язок між культурою теперішнього часу і занепадом цінності життя, як свого, так і чужого: викидень і самогубство – явища одного порядку». Втім, ще раніше в своїй книзі «Про медичних працівників» Д. Жбанков називає «розпустою теперішнього часу те, що жінки утримуються від дітонародження за умов посилених статевих стосунків»; тих осіб, що зважувалися на аборт, як правило, називає «неомальтузіанками»; діяльність медичних працівників, що надають їм допомогу, – «злочинною», «безсовісною». Погоджуючись у цілому з моральним засудженням абортів, інші лікарі підкреслювали на з'їзді також й інші аспекти даної проблеми. Пироговський з'їзд, визнавши аморальність штучного викидня, проте дійшов висновків, що державі необхідно відмовитися від принципу кримінального покарання за плодівигнання. У резолюції з'їзду сказано: «1. Кримінальне переслідування матері за штучного викидня ніколи не повинно мати місця; 2. Також мають бути звільнені від кримінальної відповідальності і лікарі, що проводять штучного викидня на прохання жінки. Виключення з цього положення повинні складати лікарі, що зробили аборт з корисливих цілей. Вони підлягають суду лікарських рад».

У XX столітті в дискусії щодо припустимості абортів особливо активно включаються феміністські рухи. Протест прихильників руху фемінізму проти традиційного стану жінок у суспільстві (проти «зречення жінки від прав на свою особу, ім'я і власність») стосувався і її сексуальної ролі, тобто обов'язково піднімав питання і статевої моралі. У 50-і роки XIX століття одна з перших американських

феміністок, С. Грінке, в нарисі «Шлюб» писала про «право жінки вирішувати, коли вона буде матір'ю, як часто і за яких обставин». На початку ХХ століття американська феміністка М. Сангер вперше використовує поняття «Контроль над народжуваністю», що спочатку мало значення пропаганди використання засобів контрацепції, а дещо пізніше почало розглядатися також у контексті еugenічних ідей.

Перша країна, що легалізувала аборт «на запит», була Радянська Росія. 18 листопада 1920 року в спільній ухвалі Наркомздраву і Наркомюсту дозволялося безкоштовне штучне переривання вагітності в умовах лікарні. Цей захід був спрямований насамперед проти зла кримінальних абортів. Автори Ухвали бачили причини зростання кількості абортів виключно в моральних пережитках минулого і важкого економічного стану сьогодення. Подальша історія медицини і суспільства в цілому показала, що проблема абортів не вирішується автоматично завдяки економічному зростанню, розповсюдженню знань про шкоду абортів, розвитку установ з охорони материнства і дитинства. Ставлення радянської держави до абортів було суперечливим. У 1930 році була опублікована статистика щодо абортів, яка свідчила про постійне зростання їх числа. Так само варто згадати про значний спад населення Радянського Союзу у зв'язку з війною, голодом, хворобами. У 1936 році ЦВК і РНК прийняли Ухвалу про заборону абортів, і в 1939 році збір даних про аборти був припинений. Внаслідок цього зростання кримінальних абортів, особливо в післявоєнні роки, було значним. Це змусило радянську державу знову змінити політику відносно абортів – в 1955 році Президія Верховної Ради СРСР прийняла Указ «Про відміну заборони абортів». Цим документом були легалізовані «аборти на прохання» при терміні вагітності до 12 тижнів. На жаль, у подальші десятиліття альтернативні абортів методи контролю над народжуваністю розповсюдження не отримали. До кінця 60-х років число абортів у СРСР зростало особливо швидко. У 70-80 роках крива зростання була не такою крутою. Офіційна статистика про аборти свідчила, що в СРСР був найвищий у світі показник абортів – 120 на 1000 жінок фертильного віку (15-49 років), а на думку зарубіжних експертів, цей показник складав 180. У колишньому СРСР щодня протягом всього робочого дня абортами займалося 3500 медичних працівників. Тільки з середини 80-х показник почав знижуватися і в 1996 році він складав 89. За 2004 рік офіційно було проведено 2 млн. абортів.

Ліберальна, консервативна позиції і помірний підхід до проблеми штучного аборт

В останні десятиліття аборт перетворився на одну з найінтенсивніше обговорюваних проблем теорії моралі. При обговоренні даної проблеми необхідно відповісти на два основоположні питання: 1. Чи повинні ембріони мати право не бути вбитими, як й інші людські істоти (особовий статус плоду)? 2. Чи можна змушувати жінку виношувати небажаний плід навіть ціною власного здоров'я і життя?

Аргументи ліберальної позиції. 1. Питання про аборт – це частина питання про репродуктивне здоров'я і репродуктивні права. Найважливішим із цих прав вважається доступність для чоловіків і жінок усіх сучасних засобів і способів планування сім'ї. Жінка народжує ту кількість дітей, що відповідає умовам і ситуації, в якій вона знаходиться. Як говорила одна з перших активісток руху за права жінок на аборт А. Девіс: «Які б права жінкам не надавали – голосувати на виборах, здобувати освіту тощо – все це нічого не варте, якщо у вас немає права розпоряджатися власним тілом і контролювати те, що з ним відбувається; якщо нашу долю можуть змінити ті, від кого ми можемо завагітніти через випадковість, обман або застосування сили», тобто прибічники абортів стверджують право жінки розпоряджатися своїм тілом: оскільки плід, ембріон – це частина тіла, тому жінка самостійно вирішує його долю. 2. Наступний аргумент впливає з першого – заперечення особового статусу плоду. 3. Ще в XIX столітті стало зрозуміло, що аборт за медичними показаннями, з етичної погляду, виправданий, оскільки прийнятніше врятувати життя жінці, ніж зберегти плід.

Аргументи консервативної позиції. Аргументи, які наводять супротивники абортів, численні і досить переконливі. Ось деякі з них: 1. Наслідки абортів є справжнім соціальним злом. Щорічно у світі від ускладнень після абортів помирає 70 тис. жінок. За даними ВООЗ, на 1000 жінок приходить 30 небезпечних абортів. 2. Плід має таке ж право на життя, як і будь-яка людина (визнання особового статусу плоду). 3. Традиційно головним питанням у цій проблемі вважалося питання щодо життєздатності плоду. Нині є задокументовані факти виживання дітей, що народилися з масою 420, 450, 360 і 340 гр. (раніше життєздатність визнавалася при масі 1000 гр. і більше). 3. Особлива тема: чи відчуває плід біль? Якщо відчуває, значить, живий

і аборт – убивство.

Обговорюючи проблему аборту, необхідно відповісти на питання, що стосуються статусу плоду і абортивного матеріалу:

1. Де, з якого моменту в процесі розвитку і перетворення живої матерії ми можемо з упевненістю сказати – тут і лише тепер починається людина? З цієї миті жива істота, що раніше була частиною природи, частиною матері, стала однією з нас, членом суспільства, що володіє певним набором прав, і головним – правом на життя.

2. Чи має в даному випадку заповідь «Не вбий» обмеження? Якщо так, то які ці обмеження?

3. Одним з чинників здоров'я людини є повноцінне статеве життя. Чи є межа між повноцінним статевим життям і розпустою, якщо так, то де? Коли вважати статеве життя за повноцінне – чи в шлюбі чи поза ним?

4. Який моральний і соціальний статус тих живих істот, що ще не визнаються як людські? Чи можна, наприклад, використовувати цих істот для проведення наукових експериментів? Чи припустимо використовувати їх як сировину для фармакологічної промисловості? Чи можна перетворювати цих істот на товар, якщо так, то чия це власність? В інтересах яких осіб варто розглядати подальше право розпоряджатися цими істотами – для врятування життя хворих немовлят, використовуючи нежиттєздатні плоди (але живі) для своерідної заготівлі органів для трансплантації, чи зберігати життя плоду для бездітних пар, що чекають черги на усиновлення або удочеріння?

Дуже жорсткої позиції проти абортів дотримується релігія.

Помірний підхід, в основному, допускає аборти за медичними і соціальними показаннями.

Етико-правові проблеми нових репродуктивних технологій

До унікальних особливостей останніх десятиліть ХХ століття відноситься те, що народження людини, зачаття, безпліддя, материнство, батьківство стали не тільки об'єктом експериментальних досліджень біології і медицини, але і метою технологічних виробництв, і навіть предметом репродуктивного бізнесу. Внаслідок цього в суспільстві з'явилися нові поняття і види практичної діяльності: терапія безпліддя, технологія зачаття, штучне запліднення, сурогатне материнство, анонімне донорство статевих клітин.

«Сучасна медична наука має в своєму розпорядженні нові засоби технологічного втручання в процес зародження людського життя, що отримали назву «нових (допоміжних) репродуктивних технологій».

До найбільш обговорюваних тем сучасної медичної етики належить застосування нових репродуктивних технологій. Серед таких технологій виокремлюють:

- штучну інсемінацію спермою донора або чоловіка;
- екстракорпоральне запліднення (запліднення поза організмом, In Vitro) з подальшою інплантацією ембріону в матку жінки;
- «сурогатне материнство».

Метод штучної інсемінації відомий близько 200 років – наприкінці XVIII століття італійський абат Спаланціні провів штучне запліднення собаки, а в 1799 році англієць У. Хантер застосував штучне запліднення у людини. У 1885 році медичному факультету Паризького університету була представлена дисертація Ж. Жерара, який узагальнив 600 випадків внутрішньосімейного штучного запліднення. Факультет відкинув цю дисертацію, наказавши її спалити. Починаючи з 60-х років XX століття, цей метод поступово стає одним з клінічних методів лікування безпліддя.

Варто зазначити, що за умов успішної інсемінації спермою чоловіка, біологічні і соціальні батьки збігаються, тому такий метод порівняно рідко викликає етичні заперечення і не протистоїть сталим правовим нормам сімейно-шлюбних взаємовідносин. Водночас народження дитини за допомогою штучної інсемінації донора пов'язане з багатьма суперечностями морального порядку.

Перш за все, це проблеми, пов'язані з донорством статевих клітин (яйцеклітини, сперматозоїди), що є однією з форм донації генетичного матеріалу. Якщо етичний характер безвідплатного донорства крові ні в кого не викликає сумнівів, то щодо донорства гамет є суперечливі оцінки. Позитивні: як будь-яке донорство в медицині, це – прояв альтруїзму, воно виправдовується щастям сім'ї. Негативні:

1. У практиці донорства статевих клітин значущим є принцип «не зашкодь» – зокрема в заяві донора говориться: «зобов'язуюся не приховувати перенесених мною відомих мені захворювань, а також правдиво повідомити про мою спадковість...». Як бачимо, дотримання принципу «не зашкодь» залежить не від медичних працівників, а від чесності, порядності донора. Існують особливі

ризика за умов недостатнього обстеження донора.

2. В інструкції МОЗ України, що регулює донорство статевих клітин, говориться, що варто враховувати побажання подружньої пари відносно національності донора і основних рис його зовнішності (антропометричні дані). У той же час подружжя заявників повинно розуміти, що народження дитини залежить від так званої генетичної лотереї. Тому в заяві вказується: «ми зобов'язуємося не пред'являти претензії до медичного працівника у разі народження дитини з аномаліями розвитку або з яскраво вираженими відмінностями від нашої національності». Іншими словами, принцип «не зашкодь» у даній ситуації ставиться під сумнів, особливо якщо народиться дитина з аномаліями або зовнішніми даними, відмінними від тієї національності, до якої належать заявники. З цієї причини подружжя заявників може відмовитися від дитини.

3. Складним є питання про винагороду донорів. Сама по собі сума може бути інтерпретована як компенсація за згаяний час і викликані незручності. Проте в заяві донора записано: «я попереджений, що оплата за зразки сперми не проводитиметься, якщо показники спермограми не відповідатимуть нормі», тобто оплата, що отримується донором, виявляється ні чим іншим, як ціною за якісну сперму людини. Що це, як не купівля-продаж донорського матеріалу? І ще один момент – донор зобов'язується повідомляти правдиві відомості про спадковість, перенесені захворювання; вищеназвані обставини ставлять під сумнів правдивість донора, оскільки він зацікавлений у винагороді за якісну сперму.

4. Донорство статевих клітин деякими консерваторами розглядається як один з проявів «селекції» людини, адже подружжя заявників може обирати донора за расовими, антропометричними та іншим ознаками.

5. Деякі автори вбачають у донорстві статевих клітин непряму підтримку гомосексуальних шлюбів, особливо в тих країнах, де ці шлюби дозволені законом. Тобто за певних умов «подружня пара» може мати дитину, де один із заявників буде генетичним «батьком».

6. Одна з гострих проблем у наш час пов'язана зі створенням надійної методики консервації сперми. Сперма, що зберігається в замороженому стані, може бути використана і після передчасної смерті чоловіка. У нашій країні вперше зареєстрований випадок, коли була народжена дитина після смерті біологічного батька. Після народження такої дитини у бабусі (матері померлого чоловіка-

донора) виникли проблеми правового характеру. Бабуся дитини, за нашим законодавством, може стати тільки опікуном, а не бабусею, зі всіма проблемами, пов'язаними, наприклад, з успадкуванням майна.

Іншою сучасною репродуктивною технологією є запліднення «у пробірці» (IVF – in Vitro fertilization), що інакше називається «екстракорпоральним заплідненням і перенесенням ембріону». Ідея запліднення поза тілом жінки виникла ще в минулому столітті, а практичне її здійснення розпочали в 40-х роках ХХ ст., коли американські вчені реалізували «зачаття в пробірці». Проте зберегти життя, що зародилося, вдалося тоді лише на декілька годин. Честь створення IVF методу належить англійським ученим – ембріологові Р. Едварсу і акушерові – гінекологові П. Стептоу (у липні 1978 року в клініці Кембріджського університету народилася перша «дитина з пробірки» – Луїза Браун).

Вітчизняні вчені почали освоювати метод екстракорпорального запліднення і перенесення ембріону з 70-х років, у 1986 році в Радянському Союзі народилася перша «дитина з пробірки».

Показанням до застосування екстракорпорального запліднення і перенесення ембріону є, перш за все, абсолютне безпліддя жінки (наприклад, за відсутності у неї труб або яєчників). За розрахунками вітчизняних фахівців, в Україні приблизно мільйон жінок дітородного віку страждає на безпліддя.

В процесі проведення екстракорпорального запліднення і перенесення ембріону доводиться здійснювати цілу серію маніпуляцій з яйцеклітиною і сперматозоїдами до моменту їх злиття. Чи припустиме взагалі подібне маніпулювання з гаметами людини? Вже в «Положенні» ВМА наголошується, що даний метод у цілому виправданий, оскільки «може бути корисний як для окремих пацієнтів, так і для суспільства в цілому... не тільки «регулюється» безпліддя, але й сприяє зникненню генетичних захворювань... стимулює фундаментальні дослідження в галузі людської репродукції і контрацепції». У власне етичному плані використання даної методики боротьби з безпліддям необхідно також інтерпретувати як невід'ємне право жінки (подружжя) користуватися благами наукового прогресу (ст. 27 «Загальної декларації прав людини» і ст. 15

«Пакту про економічні, соціальні і культурні права»).

Через добу з невеликим, після запліднення (утворення зиготи) відбувається перший у житті нового біологічного утворення поділ на 2 бластомери, а до кінця третьої доби вже утворюється 8 бластомерів

(клітин). Відповідно до рекомендацій вітчизняної Інструкції із застосування методу екстракорпорального запліднення і перенесення ембріону, стадії 2, 4, 8 бластомерів вважаються за оптимальні для перенесення в матку.

На цій стадії від маніпуляцій з гаметами медики переходять до маніпуляцій з ембріонами. Коли ембріони створюються штучним шляхом і коли їх доводиться піддавати різним впливам, морально-етичні і правові проблеми статусу ембріонів набувають багатьох специфічних рис. Нам здається обгрунтованою позиція, згідно з якою зародок (починаючи із зиготи) володіє особливим онтологічним і моральним статусом. Це означає, що ембріон людини, в певному значенні, є носієм людської гідності.

По-перше, ембріон не є просто частиною нутроців жінки. Такий застарілий погляд на його природу до цих пір сповідають ті медики, які, наприклад, виправдовують використання абортівних тканин у будь-яких потрібних їм цілях тим, що ці тканини «все одно пропадають» і що в медицині прийнято використовувати для наукових або навчальних цілей будь-який видалений орган.

По-друге, особливий онтологічний статус ембріону полягає в тому, що саме його існування є ланкою застосування методу лікування безпліддя (клінічного методу як синтезу наукових знань і технології). Штучний шлях походження ембріону стає органічним моментом його буття (так само як стан «смерть мозку» має ятрогенне походження, тобто є наслідком реанімаційних дій, що робить лікар). Тоді особливий моральний статус ембріону визначений етичними і правовими нормами застосування даного терапевтичного методу. Наприклад, згідно з сучасними етичними і правовими нормами, маніпуляції з людським зародком *in Vitro* припустимі лише до моменту прикріплення його до стінки матки, поки він у певному значенні ще не є біологічною цінністю.

Ця виключно важлива обставина відображена і в сучасній термінології – зародок до 14-го дня розвитку багато фахівців називають «передембріоном» або «раннім ембріоном». Вилучення в нього одного – двох бластомерів, наприклад, для визначення статі або наявності хромосомної або генетичної мутації не має пошкоджувального впливу на подальший розвиток.

Як відомо, симулюючи гіперовуляцію, медичного працівникам вдається витягувати з організму жінки декілька (іноді до 10 і більше) яйцеклітин. З метою підвищення вірогідності запліднення всі

яйцеклітини піддаються інсемінації, і більшість з них стає зиготами. Приблизно на 3-ю добу після запліднення відбувається наступний найважливіший етап – перенесення зародка в матку. Щоб підвищити вірогідність вагітності, переносять у порожнину матки декілька ембріонів. Не дивлячись на обмеження, що враховуються, ризик багатоплідної вагітності залишається у багато разів більшим, ніж за умов природного зачаття. Вимога медичної етики і тут є неухильною: пацієнтка, подружжя мають бути поінформовані про велику вірогідність багатоплідної вагітності.

З метою уникання негативних наслідків багатоплідної вагітності, що можуть бути особливо небезпечними при застосуванні процедур екстракорпорального запліднення і перенесення ембріону, іноді здійснюють операцію, що називається «репродукцією ембріонів». Іншими словами, якщо після перенесення в матку одночасно приживається більше трьох ембріонів, частина з них абортуються. Така практика, проте, у низці країн вважається юридично або етично неприйнятною.

Практика штучного розмноження людини ставить непрості питання і щодо соціального і правового положення дитини, що з'явилася на світ за допомогою штучної інсемінації або екстракорпорального запліднення і перенесення ембріону. Найбільш простою ситуацією, звичайно, є гомологічне запліднення, коли біологічний і соціальний статус батьків дитини збігаються, і взагалі не виникає питання щодо законнонародженості дитини. Проте і в таких випадках існує небезпека дискримінації дітей, які з'явилися на світ за допомогою штучного зачаття. У «Положенні» ВМА у зв'язку з цим підкреслюється: «Лікар повинен діяти, перш за все, на користь дитини, яка народиться в результаті процедури». Тут необхідно ще раз підкреслити важливість правила конфіденційності відносно будь-яких медичних втручань у репродуктивні процеси, але особливо – методу штучного запліднення.

Згода подружжя на застосування методів штучного запліднення в деяких країнах оформлюється їх окремими заявами. В медичній практиці відомі випадки, коли в Центр штучного запліднення зверталася жінка з проханням здійснити їй штучне запліднення спермою донора, але таємно від чоловіка. У практиці французьких медичних працівників був випадок, коли до них звернувся чоловік африканського походження з проханням здійснити штучну інсемінацію двом його дружинам спермою донора, які б, проте,

вважали, що було проведене гомологічне штучне запліднення. Якими б не були переконливими моральні аргументи на користь «святого обману» в подібних випадках, і професійна етика, і буква закону (а для багатьох також вимоги релігійної моралі) не допускають застосування методів штучного запліднення без згоди обох сторін шлюбного союзу.

Одне з важких питань, що виникають під час донорства яйцеклітини, пов'язане з тим, хто саме повинен вважатися матір'ю дитини, що народилася. В літературі представлені три можливі відповіді на це питання: матір'ю завжди є жінка, яка народила дитину; батько визнається матір'ю лише в тому випадку, якщо використана яйцеклітина належить їй; жінка-донор яйцеклітини визнається матір'ю разом з жінкою, що народила дитину. Згідно з законами, що є з цього приводу в низці країн (Болгарія, деякі штати Австралії та ін.) матір'ю визнається жінка, що народила дитину. За українським законодавством, навпаки, матір'ю дитини вважається не жінка-донор яйцеклітини, а жінка, що дала письмову згоду на імплантацію їй ембріону.

Сурогатне материнство

Надзвичайно бурхливі спори ведуться навколо так званого «сурогатного материнства». В цьому випадку яйцеклітина однієї жінки запліднилася *In Vitro*, а потім ембріон переноситься в матку іншої жінки – «матері-носіїки», «жінки-донора», «тимчасової матері»; при цьому соціальною матір'ю – «орендарем», наймачем – може бути або та жінка, яка дала свою яйцеклітину, або взагалі третя жінка. Таким чином, у дитини, що народилася, можуть бути п'ять батьків: 3 біологічних (чоловік-донор, жінка-донор, жінка-сурогат) і 2 соціальних – ті, хто виступають у ролі замовників. Дуже великою є небезпека виникнення проблем у випадку, коли дитина дізнається, як вона з'явилася на світ. Особливі проблеми пов'язані з подальшою долею самої «сурогатної матері» – існує чимало випадків, коли «сурогатна мати» відмовляється віддавати дитину замовникам. У свій час у деяких країнах виникали проблеми з соціальним статусом таким чином народжених дітей, їх просто називали незаконнонародженими. Ще одна проблема полягає в наступному – дана маніпуляція оформлюється договором, згідно з яким «сурогатна мати» отримує після народження дитини матеріальні блага. Тут ми знову стикаємося з проблемою купівлі-продажу: дитина перетворюється на товар. У

такому дусі виступають супротивники такого материнства, вважаючи, що жінка перетворюється на живий інкубатор, біоапарат, це нова форма торгівлі своїм тілом тощо.

Таким чином, як дуже часто вказують священники, таїнство шлюбу, народження перетворилося на щось буденне, що може якогось разу стати звичайною торгівлею, що, у свою чергу, підриває традиційне уявлення про сімейно-шлюбні стосунки і знецінює святість людського життя.

Тому сучасне законодавство відносно нових репродуктивних технологій потребує детальнішого опрацювання з урахуванням думок етичних комітетів, громадськості, медиків.

Моральні проблеми медичної генетики.

Медико-генетична інформація: моральні проблеми отримання і використання

Медична генетика використовує численні методи, але у зв'язку з обговорюваними проблемами найбільший інтерес представляють генеалогічний аналіз, тестування і скінування на предмет виявлення генетичної патології. Застосування кожного з цих методів пов'язане з певними моральними проблемами. Непересічне значення при цьому має проблема конфіденційності генетичної інформації.

Класичним способом встановлення генетичної природи того або іншого захворювання людини є складання родоводів. Така практика генеалогічного аналізу є достатньо суперечливою. Для того, щоб допомогти індивідові або парі, генетик повинен отримати інформацію про соматичні і психічні ознаки, що стосуються цілої групи людей – його (або їх) родичів. Якщо родичі також стають об'єктом дослідження, то чи потрібно питати і їх дозволу?

Згідно з Конституцією України і «Основами законодавства про охорону здоров'я», не можна проводити дослідження на людях і медичні втручання без їх добровільної інформованої згоди. Чи повинен пацієнт питати про згоду своїх батьків на передачу лікареві даних щодо їхніх захворювань, шкідливих звичок, рис вдачі і всього того, що медична генетика може вважати цікавим для виявлення спадкових ознак? Чи має право лікар-генетик працювати з медичними картами родичів пацієнта, не повідомляючи їх про це?

Коріння проблем – в тому, що етичні стандарти медичної практики традиційно будувалися, виходячи з моделі індивідуальної

взаємодії «лікар-пацієнт». Чи стосуються повною мірою генетики такі правила, як недоторканість приватного життя? Інформація про захворювання, психічні і соматичні особливості, звички і спосіб життя – все це інформація, що стосується приватного життя пацієнта. Але в межах родоvodu ця ж інформація може мати медико-генетичне значення і для інших родичів. Володіючи нею, родичі пацієнта можуть відповідальніше підійти до питання про народження потомства, вчасно проконсультуватися, провести необхідні обстеження, застосувати профілактичні заходи за наявності схильності до розвитку певного захворювання тощо.

Дотримання конфіденційності як і принципу поваги до автономії пацієнта – найважливіші моральні засади лікування. Але і обов'язок допомогти людині, що впливає з принципу «роби благо», є такою ж обов'язковою моральною вимогою в діяльності медичного працівника. Практично неможливо виробити універсальний підхід до вирішення подібної моральної проблеми. Кожен випадок вимагає індивідуального, ситуативного аналізу, в ході якого варто пам'ятати і про те, що всі принципи і правила медичної етики мають бути застосовані не абсолютно, а лише після ретельної оцінки наслідків ухвалення того або іншого рішення.

Ухвалення морального рішення в складних випадках, що не можуть бути віднесені до крайніх, доцільніше здійснювати в межах так званого «етичного комітету» (етичної комісії), який може бути організований у медичній установі, що займається медико-генетичним консультуванням.

Спільне обговорення складної, з морального погляду, ситуації дозволяє знайти більш зважене рішення. Проблеми також можуть виникати під час генетичного тестування пацієнтів, яке може проводитися як за запитом пацієнта, так і в обов'язковому порядку, наприклад, для певних професійних груп. Останніми роками можливості тестування спадкових захворювань швидко зростають завдяки впровадженню в практику методів ДНК-діагностики. Раніше виявлення того або іншого гену засновувалося на виявленні певних метаболітів, які ним контролюються. ДНК-діагностика дозволяє проводити пряме виявлення генів у будь-яких клітинах, що містять ядра.

Несанкціоноване пацієнтом використання генетичної інформації, що стосується його, може представляти для нього серйозну небезпеку. Наприклад, отримана в результаті обов'язкового

медичного обстеження генетична інформація може бути використана адміністрацією підприємства як засіб дискримінації, привід для звільнення, перешкоджати просуванню по службі.

Варто мати на увазі, що у працедавця є цілком раціональні і зрозумілі мотиви для використання генетичної інформації. Адже не приймаючи на роботу осіб з генетичною схильністю до розвитку певного захворювання, він знижує для себе ризик фінансових витрат, пов'язаних з хворобою або інвалідністю працівника. Звичайно, ця раціональність егоїстичної поведінки адміністрації зовсім не знімає питань про її моральність і відповідність дій трудовому законодавству. Проте, якщо в обстежуваного дійсно виявляється генетична схильність до захворювання, розвиток якого може бути спровокований умовами праці на підприємстві, проблема виявляється не простою в моральному відношенні.

Генетична інформація, втім, може використовуватися не тільки раціонально, але й ірраціонально. Кілька років тому в одному з сюжетів популярної телепрограми обговорювалася ситуація, що виникла в результаті порушення конфіденційності медико-генетичної інформації. Кореспондент районної газети в статті, присвяченій проблемам місцевої екології, повідомив, що у мешканки одного з сіл народилася дитина – «мутант». Хоча ім'я матері, що народила, повідомлено не було, але оскільки в даному селі за останній час народилася лише одна дитина, то фактично відбулося розголошення інформації. Слово «мутант» стало клеймом для дитини і всієї сім'ї, викликало по відношенню до них вороже ставлення, соціальну ізоляцію.

Генетичне скінування популяції здійснюється з метою визначення носіїв генів важких спадкових захворювань. Класичним прикладом є програма скринінгу, спрямована на виявлення новонароджених немовлят, що страждають на фенілкетонурію (ФКУ) – важке спадкове захворювання, при якому, перш за все вражаються головний і спинний мозок. Своєчасна діагностика генетичного дефекту і подальше застосування спеціальної дієти, що виключає фенілаланін, у поєднанні з психокоректувальною терапією і методами соціальної адаптації у низці випадків приводять до доброго загального результату. Простота і відносна надійність методу скінування з метою виявлення ФКУ сприяли його широкому застосуванню.

Серйозні моральні проблеми виникають при розробці і

впровадженні в практику нових програм скінування. Жоден з існуючих методів діагностики не є абсолютним. Завжди буває певний відсоток помилкових діагнозів. Частина хворих діагностується як здорові (помилково негативний результат), частина здорових – як носії патологічних генів (псевдопозитивний результат). Відношення між числом псевдопозитивних і псевдонегативних діагнозів має динамічний характер. Чим більше ми прагнемо мінімізувати число псевдонегативних діагнозів, тим більше отримаємо псевдопозитивних, і навпаки.

Псевдонегативна діагностика має цілком очевидні наслідки – хворий не отримує необхідного лікування. Псевдопозитивна діагностика може завдати серйозної психічної шкоди здоровій дитині і її батькам, а невиправдане лікування – шкоди її здоров'ю.

Програма «Геном людини»

Молекулярну основу геному людини складає молекула ДНК – знаменита «нитка життя», двоспіральна модель, структура якої була геніально передбачена і обгрунтована в роботі Нобелівських лауреатів Дж. Уотсона і Ф. Кріка ще в 1953 році. Спіраль складається з 4-х пар основ нуклеотидів: двох пуринів (аденін, гуанін) і двох піримідинів (тимін і цитозин), сполучених між собою через дезоксирибозу і залишки фосфорної кислоти в довгу нитку. Дві нитки з'єднуються між собою за допомогою водневих зв'язків своїх нуклеотидів, причому так, що аденін завжди сполучений з тиміном, а гуанін – з цитозином. Надалі виявилось, що саме в чергуванні пар основ у ДНК і закладений генетичний код для кожної з 20 амінокислот, причому цей код виявився трьохбуквеним, тобто кожній амінокислоті відповідають свої три нуклеотиди, свій триплет. Було так само встановлено, що в кожній клітині людини довжина молекули ДНК біля 1,5–2 м, а число нуклеотидів, що складають цю унікальну «нитку життя», досягає 3,3 мільярди. Фрагменти цієї нитки і складають те, що називається генами, тобто кодуючими ділянками геному, що визначають структуру всіх білків організму. Тому точні дані про структуру геному людини, тобто про первинну послідовність його нуклеотидів, так само, як і дані про всі гени людини, давно привертати і привертають найпильнішу увагу вчених-біологів. Вже в 1988 році великі кошти на вивчення геному в США були запропоновані Міністерством енергетики. В 1990 році активним ініціатором і пропагандистом програми «Геном людини» став

знаменитий Дж. Уотсон, а головним розпорядником фінансів – Національний інститут охорони здоров'я США, у складі якого в 1995 році з'явився Національний інститут геному людини, який очолив Ф. Коллінз. У цьому ж році він став і керівником Міжнародної програми «Геном людини», до якої приєдналися провідні молекулярні лабораторії Великобританії, Франції, Німеччини, Японії.

Нові стратегічні напрями програми «Геном людини» – це дослідження, які вже посприяли виникненню таких нових наукових напрямів, і, відповідно, програм, як «Функціональна Геноміка» («Functional Genomics»-I); «Генетична Різноманітність Людини» («Human Genome Diversity»-II); «Етичні, Правові і Соціальні Аспекти Досліджень Геному Людини» («Ethical, Legal and Social Implications – ELSI»- III). Ці напрями, особливо II і III, активно проникають у всі сфери життя людини і дозволяють вже зараз говорити про швидко зростаючу «генетизацію» людства. Нижче стисло розглянуті основні наукові напрями, зобов'язані своїй появі дослідженням геному людини і, по суті, що є логічним продовженням даної програми.

Функціональна геноміка. Через стрімке збільшення числа картованих генів все більш очевидним стає недолік даних про їхні функції і, передусім, про функціональну значущість тих білків, які вони кодують. З 30 тисяч генів, вже ідентифікованих на фізичній карті геному людини, на сьогоднішній день вивчені у функціональному відношенні не більш 5–6 тис. Які функції решти 25 тисяч вже картованих і такого ж числа ще некартованих генів, залишається абсолютно невідомим і складає основне стратегічне завдання досліджень у програмі «Функціональна Геноміка». Немає сумнівів у тому, що саме вивчення структури, функції і взаємодії білків стане основою функціональної геноміки, яку вже зараз нерідко називають «протеономікою» (2000 р.). Методи спрямованого мутагенезу ембріональних стоволових клітин з метою отримання лабораторних тварин (мишей)-біологічних моделей спадкових хвороб, створення банків ДНК різних тканин і органів на різних стадіях онтогенезу; розробка методів вивчення функцій ділянок ДНК, що не кодують білків; розвиток нових технологій за порівняльним аналізом експресії багатьох тисяч генів – ось вже існуючі підходи до вирішення проблем функціональної геноміки – протеономіки. Передбачається, що коли буде створено генний портрет геному людини, стане можливою ідентифікація 200–300 000 білків. З'ясувати їх появу в онтогенезі, досліджувати «експресійний

профіль» сотень і тисяч генів на мікропланшетах для моніторингу експресійного статусу клітин і тканин у нормі і за умов різних захворювань – центральне завдання Функціональної Геноміки в так звану еру геному. Вирішення цих завдань безпосередньо пов'язане з проблемами молекулярної медицини.

Генетична різноманітність людини. Геноми всіх людей, за винятком однойцевих близнюків, різні. Виражені популяційні, етнічні і, головне, індивідуальні відмінності геномів як в їх смисловій частині (екзони структурних генів), так і в їх некодуючих послідовностях (міжгенні проміжки, нітрони та ін.), обумовлені різними мутаціями, що призводять до генетичного поліморфізму. Останні є предметом пильного вивчення програми «Генетична Різноманітність Людини», що швидко набирає сили. Рішення багатьох проблем етногенезу, геногеографії, походження людини, еволюції геному в філогенезі і етногенезі – ось коло фундаментальних проблем, що стоять перед цим напрямом, що швидко розвивається. Близько примикають до нього і дослідження з «Порівняльної Геноміки» («Comparative Genomics»). Одночасно з людиною проводиться секвенування геномів інших ссавців (миша, щур, кролик). Завершено секвенування геномів мікроорганізмів більше ніж 600 видів бактерій, дріжджів (1996 р.), дрозофіли (1999 р.), черв'яків (*Caenorhabditis elegans*) – 1998 р. Нині повністю розшифрований геном улюбленого експериментального об'єкту – лабораторної миші. Є підстави припускати, що комп'ютеризований аналіз геномів різних тварин дозволить створити Періодичну Систему Геномів. Чи буде вона за аналогією з відомою Періодичною системою хімічних елементів Д.Менделєєва двовимірною або виявиться багатовимірною, покаже майбутнє. Важливо зазначити, що сама ідея створення такої Біологічної періодичної системи живого світу сьогодні вже не здається фантастичною (Lander, 1999 р.).

Геном людини і молекулярна медицина. Одним з вирішальних підсумків вивчення геному людини є поява і швидкий розвиток якісно нового етапу медичної науки – молекулярної медицини. Ідентифікація багатьох тисяч структурних і регуляторних генів, з'ясування генної природи і молекулярних механізмів багатьох спадкових і мультифакторіальних хвороб, ролі генетичних чинників в етіології і патогенезі різних патологічних станів, в т.ч. багатьох інфекцій, доказ генетичної неповторності кожного індивідуума – ось

досягнення, що складають наукову основу молекулярної медицини. Немає сумнівів у тому, що саме їй належить майбутнє, тобто молекулярна медицина, що містить генну терапію, – це і є Медицина XXI століття. Добре відомі загально визнані досягнення самої молекулярної медицини. Стисло нагадаємо головні з них:

1 . Розроблені точні, ефективні і, в значній мірі, універсальні методи діагностики спадкових хвороб на будь-якій стадії онтогенезу, в т.ч. і до народження (пренатальна діагностика).

2 . Розроблені молекулярні підходи для абсолютно точної ідентифікації особистості («дактилоскопія геному»).

3 . Закладені експериментальні і клінічні основи генної терапії спадкових і неспадкових хвороб.

4 . На основі даних про індивідуальний біохімічний (генетичний) фінгерпринт розпочаті дослідження з фармакогенетики і фармакогеноміке.

5 . Розроблені молекулярні основи профілактичної медицини. Таким чином, загальна «генетизація» послугувала появі молекулярної медицини. Остання, у свою чергу, поклала початок новим напрямам медичної науки, одним з яких є профілактична медицина. Саме молекулярна медицина і її основні напрями (профілактична медицина, генна терапія, фармакогеноміка та ін.), фундамент яких складає геном людини, і визначатиме все різноманіття фундаментальних і прикладних наук про людину в наступному столітті, а, можливо, і тисячолітті.

Функції «Інформаційної порожнечі». Смисловими ділянками ДНК прийнято вважати області, які копіюються так званими молекулами РНК. Частина ДНК, яка не копіюється молекулами РНК, вважається інформаційно безглуздою. Візуальне представлення цих даних вражає уяву. Адже виходить, що 98,5% протяжності хромосом – це безживна територія речовини без інформаційної «начинки», інформаційна порожнеча.

Багато мільйонів років назад хромосоми багатоклітинних організмів вирости в довжину і товщину на декілька порядків шляхом збільшення каркасу ядра. Це відбулося задовго до появи людини на Землі і не супроводжувалося зростанням чисельності генів на хромосомах. Потоки генетичної інформації рідко і випадково потрапляли до цієї території: подібно до мікрометеоритів, наприклад, сюди залітали і «застигали» вже неживими пам'ятниками фрагменти ДНК вірусів. Спеціальні прийоми дозволяють визначати дати цих

далеких подій в еволюції ДНК. Можливо, що переважання безглузвих відрізань ДНК слугує пасивним захистом від небезпечних вірусів, оскільки вірогідність потраплення руйнівної вірусної інформації в смислову область різко зменшується. Величезні ділянки ДНК залишаються «нерозораною цілиною» протягом всього життя клітин. Хоча порожні кінцеві ділянки хромосом, як і область центромерів (первинні місця спаровування батьківських парних хромосом), важливі для збереження вигляду: вони визначають чітке розпізнавання макрорельєфу хромосоми як органели клітини (а не мікрорельєфу молекули ДНК) одного виду за принципом «ключ-замок». Іншими словами, спермії людини не запліднили яйцеклітину мавпи і навпаки, тому що хромосоми клітин двох видів не розпізнають один одного. Тому «безглузді ділянки» ДНК осмислено працюють у хромосомі, захищаючи вид від вторгнення чужорідної ДНК. Оскільки макропристрій хромосоми істотно залежить від «порожньої» ДНК без генів, багато подій при поділі клітин, копіюванні ДНК у дочірні клітини і остаточне розтягування хромосом між новими клітинами адресовані ділянкам, незаселеним інформацією для кодування білків. У «пустелі» це є, перш за все, транспозони, тобто ділянки, які змінюють свою позицію в геномі. Змінюють не безладно, а на певних ділянках. Одну з таких ділянок було виявлено досить випадково торік, що дозволяє сподіватися на її використання для впровадження потрібних «терапевтичних» генів. Повідомляється також про відкриття нового транспозону, який містить ген, який включається на нетривалий час у мозку плоду, що розвивається. В той же час функціональні гени самі об'єднуються в скупчення підвищеної генної активності, яка в 200 разів може перевищувати середній рівень. Ця активність здатна збуджувати до життя ретровіруси, що сплять, співжиття яких з геномом відбувається безсимптомно. Ці віруси як спадковий матеріал несуть не ДНК, а рибонуклеїнову кислоту (РНК). До них, перш за все, належать ВІЧ і ракові віруси. Існує теорія, що ВІЧ є своєрідним пригнічувачем імунного відторгнення плоду, який наполовину чужорідний матері за визначенням (друга половина геному, що розвивається в утробі матері дитини, дісталася їй від батька). Якщо експериментально знешкодити в плаценті, що утворюється з тканин плоду, ретровіруси, то не відбувається того, що «приживляє» зародка до стінки матки. Адже подібних ретровірусів дуже багато в нашому геномі, і їхнє ДНК «впроваджується» у геном найчастіше саме в «пустелі».

Генетичний глобус. Сама карта топографії генів на хромосомах нагадує глобус або контури Землі, видимі з літака. Основна частина генів об'єднана у великі і малі «міста», що роз'єднані величезними «пустельними» просторами. Чоловіча статева хромосома, збіднена генами, нагадує Візантійську імперію, що вже пережила епоху зльоту. За минулий період історії багато генів покинули цю територію і перебралися в інші «країни». Навпаки, дев'ятнадцята хромосома людини нагадує генетичну «столицю» – весь інформаційний мотлох і старі віджилі будівлі викинуті з цієї функціонально розвинутої території. На цій хромосомі складно відшукати «вакантні місця», не забудовані генами, що несуть у реальний світ проекти тривимірного життя світу білків і білкових машин. Ось чому аномалії 19-ої хромосоми закінчуються смертю вже в утробі матері. На техногенній мові – будь-яка функція клітини закодована облаштуванням білкових машин. На дев'ятнадцятій і двадцять першій хромосомах добре зрозумілий порядок життя в «містах»: уздовж головної «вулиці» «квартали» забудовуються дуплікацією генів, тобто всі родичі селяться поруч. Хоча бувають виключення, коли нові «нащадки» генів починають освоювати далекі території. Хромосоми людини відрізняються від хромосом бактерій, дрозоділи й нижчих багатоклітинних максимальними перепадами щільності генів по довжині подвійної спіралі ДНК. У людини – максимальне число «мегаполісів» генів поєднано з величезними порожніми просторами. Саме на межі «генних міст» і «пустирів» народжуються нові проекти перевлаштування старих генів або правил використання старих генів для нових функцій.

Кількісна суперечка. Підрахунки загального числа генів у геномі людини проводилися декількома міжнародними командами вчених. Проте загально визначеними лідерами гонки вважалася приватна компанія «Селера» на чолі з Г. Вентером. Ця команда прийшла першою до фінішу, оскільки мала максимальне число секвенаторів для прочитання генетичних текстів і їх класифікації за ознаками однорідності, мікро – і макрогетерогенності. Критерії, покладені в основу цієї класифікації, залишаються поки що дискусійними. Можливо, що нові відкриття у цій галузі вплинуть на ознаки, покладені в основу ідентифікації і періодизації таблиці генів. Співробітники Г. Вентера дійшли висновку, що до початку 2001 року в геномі людини із стовідсотковою достовірністю ідентифіковані 30-40 тис. генів. І це виявилось в три рази менше,

ніж вони передбачали ще два роки тому. Друга команда дослідників з Національного інституту геномних досліджень США на чолі з Ф. Коллінсом незалежним способом отримала ті ж результати – не більше 40 тис. генів у геномі однієї клітини людини. Різнобій в остаточні оцінки вносять дві інші міжнародні колаборації учених. Доктор В. Хезелтайн (керівник фірми «Хьюмэн Геном Сайенс») наполягає, що в їхньому банку міститься приватизована інформація на 120 тис. генів. Цією інформацією він не збирається поки що ділитися зі світовою громадськістю. Фірма вклала гроші в патенти і збирається заробити на отриманій інформації, оскільки вона стосується генів поширених хвороб людини. Фірма «Інсайт» має каталог 140 тис. ідентифікованих генів людини і також наполягає на цій кількості загального числа генів людини.

Очевидно, що приватизована генетична інформація ще буде ретельно перевірятися найближчими роками, поки точне число літер «абетки генів» стане остаточно канонізоване. Хоча вже зараз стає очевидним, що правило чисел і відносне положення генів на хромосомі, мабуть, ніяк не обумовлюють законів їхнього функціонування. Так, білковий склад багатьох спеціалізованих клітин миші, щура і людини виглядає схожим, хоча самі гени розкидані по-різному на хромосомах.

Етичні, правові і соціальні аспекти проекту «Геном Людини». Все більш повна «генетизація» життя людини, тобто проникнення генетики не лише в усі розділи медицини, але і далеко за її межі, у тому числі в соціальні сфери, сприяє зростанню зацікавленості всіх прошарків світової спільноти в досягненнях генетики. Усе більш очевидною для вчених, урядовців і просто освічених людей стає необхідність вирішення численних етичних, юридичних, правових і соціальних проблем, що породжуються успіхами у вивченні геному людини і розумінні його функцій. Серії етичних, правових і соціальних програм, спрямованих на вивчення проблем адаптації людини і суспільства в цілому до сприйняття досягнень генетики, швидко розвиваються при фінансовій підтримці тих же комітетів, інститутів і організацій, що фінансують і програму «Геном Людини».

Програма «Геном людини» не припиняє існування, вона змінює орієнтацію: зі структурної геноміки перетворюється на функціональну, щоб зрозуміти функції тих генів, про які вчені дізналися. Наприклад, американці тільки що вклали 300 мільйонів доларів у біоінформатику, тому що без неї нічого не можна з'ясувати.

Програма нарешті почне повертати людству

витрачені на неї мільярди доларів. Починається найголовніше і найцікавіше. Розвиток науки йде таким чином, що ми все точніше будемо знати те, чого не знаємо. Тепер стало зрозумілим, що ми не знаємо, для чого потрібна основна частина геному. «Що» – відомо, «як» – належить дізнатися.

Контрольні питання для перевірки кінцевого рівня знань студентів:

1. Що належить до критеріїв переривання вагітності за соціальними показаннями:

- а) зґвалтування;
- б) надмірна потреба;
- в) безробіття?

2. Який крайній термін, на якому можна перервати вагітність в Україні за бажанням жінки:

- а) 16 тижнів;
- б) 28 тижнів;
- в) 12 тижнів;
- г) 26 тижнів.

3. Які нові репродуктивні технології існують на сьогоднішній день:

- а) інсемінація;
- б) екстракорпоральне запліднення;
- в) сурогатне материнство;
- г) клонування?

4. Ускладнення, що найбільш часто зустрічається при застосуванні методу екстракорпорального запліднення:

- а) багатоводдя;
- б) багатопліддя;
- в) аномалії родових сил;
- г) розрив яєчників?

5. Яким ученим вперше було клоновано тварину:

- а) Вілмут;
- б) Стюарт;
- в) Жерар;
- г) Елерс?

6. Чи є етичним створення ембріонів людини з дослідницькою метою:

а) так;

б) ні?

7. У дітей, зачатих у «пробірці», має бути ідеальне здоров'я:

а) так;

б) ні?

8. Чи зменшилося число абортів після їх офіційного визнання:

а) кількість абортів різко скоротилася;

б) кількість абортів збільшилася;

в) кількість абортів залишилася незмінною; г) змінився якісний склад?

9. Хто з вітчизняних учених вперше застосував на практиці метод екстракорпорального запліднення і перенесення ембріону? Головним його аргументом були слова: «Материнське щастя – невід'ємне право кожної жінки»:

а) Шорохова;

б) Іванов;

в) Бахтіарова;

г) Федоров?

10. Чим є клон:

а) точною копією батька;

б) точною копією матері;

в) точною копією донора;

г) точною копією реципієнта?

Еталони відповідей: 1-а, 2-в, 3-а, б, в, 4-б, г, 5-а, 6-б, 7-б. 8-г, 9-а, 10-в.

РОЗДІЛ 8. ЕТИКА В ПСИХІАТРІЇ І ПСИХОТЕРАПІЇ

I. Мета заняття:

1. Усвідомити сутність поняття «проблемна ситуація» в психіатрії.
2. Ознайомитися з історією формування правового захисту психічнохворих.
3. Розглянути основні правові аспекти надання психіатричної допомоги.
4. Засвоїти основні критерії примусового поміщення хворого у психіатричний стаціонар.
5. Розглянути морально-етичні аспекти Закону України «Про психіатричну допомогу».

II. Мотиваційна характеристика теми.

Психіатрія, що виникла як наука наприкінці XVIII століття, змусила по новому подивитися на психічнохворих. У цей час лікарі почали виступати проти жорстоких мір по відношенню до неспокійних хворих. Проте забобони відносно душевних розладів живі до цих пір. Значний час зберігалася думка про необхідність повної ізоляції таких хворих від суспільства і навіть фізичного знищення недієздатних. Нерідко психіатричний стаціонар використовувався з метою ізолювання здорових людей, негодних владі, суспільству. Все це обумовило необхідність правової регуляції надання психіатричної допомоги. Особливо гостро стоїть проблема недобровільного уміщення в психіатричний стаціонар.

III. Контрольні питання для перевірки початкового рівня знань студентів:

1. У давнину психічні розлади вважали:
 - а) прокляттям богів;
 - б) одержимістю дияволом;
 - в) результатом захворювання мозку?
2. У Середні віки психічнохворі містилися:
 - а) у монастирях;
 - б) у спеціальних лікарнях;
 - в) у в'язницях?
3. У чому полягає особливість надання психіатричної допомоги:
 - а) некомпетентності пацієнтів;
 - б) неадекватній поведінці деяких пацієнтів;
 - в) можливості недобровільного обстеження і лікування?

4. Специфіка медичної таємниці в психіатрії залежить:

- а) від неможливості деяких пацієнтів ясно висловити свою волю;
- б) від використання під час лікування групової психотерапії;
- в) можливості отримання інформації у позаслужбовій обстановці;
- г) ризику дискримінації за фактом захворювання?

5. Чи має право працедавець при прийомі на роботу вимагати довідку про психічне здоров'я:

- а) так;
- б) ні;
- в) тільки при прийомі на окремі види роботи?

6. Наскільки виправданим є, з етичного погляду, використання лікувальних процедур, пов'язаних з болем, для покарання психічнохворих:

- а) виправдане;
- б) невиправдане;
- в) виправдане, якщо інші методи безрезультатні?

7. Фіксація збуджених хворих використовується:

- а) для полегшення обстеження і проведення лікування;
- б) для покарання;
- в) для забезпечення безпеки самого хворого і людей, що оточують його?

8. Які цілі недобровільного уміщення у психіатричний стаціонар вважаються обґрунтованими:

- а) з метою лікування недієздатних хворих;
- б) з метою обстеження і лікування соціально небезпечних людей;
- в) обстеження і лікування пацієнтів з важкими психічними захворюваннями?

9. У чому полягає явище «зловживання психіатрією»?

- а) використання в корисливих цілях відомостей, отриманих від хворих;

- б) відсутність правового захисту професійної незалежності психіатра?

10. Які етичні проблеми стоять перед сучасною психіатрією:

- а) специфіка медичної таємниці в психіатрії;
- б) можливість надання психіатричної допомоги в недобровільному порядку;
- в) специфіка отримання добровільної інформованої згоди від психічнохворих?

Еталони відповідей: 1-а, б; 2-а, в; 3-а, б, в; 4-в, г; 5-в; 6-б; 7-в; 8-а, б, в; 9-а; 10-а,б,в.

Теми рефератів і доповідей

- Геній і психічні аномалії.
- Етика наукових експериментів з психіатричними хворими.
- Права людей з психічними розладами.
- Психіатрія і політика.
- Гуманістичні проблеми в психіатрії.

Етимологія слова «психіатрія» (від грец. «psuche» – душа, «Iatros» – лікар) адекватно відображає головну мету професійної діяльності психіатра – лікування психічних розладів, компетентну і вмілу допомогу, перш за все, психічнохворим людям, але й також людині, що потребує такої допомоги. Зі всіх медичних дисциплін психіатрія найбільшою мірою має справу з людиною в цілому, з урахуванням її біологічної, психічної, духовної і соціальної складових.

Ставлення до схиблених хворих людей починає встановлюватися майже одночасно у Франції і в Англії наприкінці XVIII ст. Головна заслуга в тому, що «божевільні були підняті до гідності хворих», належить французькому лікареві Ф. Пінелю, який у 1793 році буквально зняв ланцюги з психічнохворих у паризькій державній лікарні Бісетр. Його реформа психіатрії відразу ж виявилася апофеозом лікарського патерналізму. Ф. Пінель порівнював своїх пацієнтів з дітьми, а створений ним тип психіатричної лікарні – з сім'єю. Патерналізм Ф. Пінеля – це не тільки етична позиція, але і суть його терапевтичного методу, так званого «етичного лікування», в застосуванні якого виняткова роль належить лікареві – його етичній і фізичній досконалості. Своїх пацієнтів Ф. Пінель «вчив свободі» і навіть «примушував до свободи». Ідея «примушення до свободи» поєднується у нього з допустимістю відносно деяких хворих (тих, хто «береться за все зі сліпою люттю») розумних мір стримування за допомогою «камзолу» (гамівної сорочки) і тимчасової ізоляції.

Через 50 років англійський лікар Дж. Коноллі поглиблює власне етичний аспект лікарського методу Ф. Пінеля і пропонує виключити відносно психічнохворих будь-які заходи обмеження. Суперечка навколо запропонованої системи («Ніякого обмеження») Дж. Коноллі стала загальноєвропейською. Ця історична суперечка виявилася глибоко символічною, мала істотні наслідки, проте основи доктрини лікарського патерналізму нею ніяк не були порушені.

Передвісником кризи лікарського патерналізму в психіатрії у

західних країнах стала криза психіатричних лікарень, що розпочалася в 50-і роки ХХ ст. У 1955 році комітет експертів ВООЗ висловився за необхідність розширення лікування психічно хворих без ізоляції від суспільства. У 60-70-х роках у психіатрії США активно проводилася нова політика – політика «деінституціоналізації» психічнохворих, тобто відмови від примусового поміщення їх у психіатричні лікарні. Основна причина нововведень на той час полягала в широкому застосуванні психотропних засобів, внаслідок чого в психіатричних лікарнях почали скупчуватися хворі, яких через традиції, що склалися, не виписували з лікарні, але які, по суті справи, вже не потребували стаціонарного лікування. Старі психіатричні лікарні критикувалися за їх величезні розміри, за віддаленість від місць постійного мешкання більшості пацієнтів, але особливо за загальну спрямованість діяльності, орієнтованої більше на піклування і опіку, ніж на лікування і реабілітацію хворих. Яскравим епізодом у достатньо широкому русі за захист прав психічно хворих став знаменитий фільм М. Формана «Пролітаючи над гніздом зозулі».

У 60-і роки в Європі, а потім і в Америці навколо психіатрії розгорталися драматичні події, що теж по-своєму спрогнозували появу деяких положень концепції медичної етики щодо психічнохворих. Мова йде про рух антипсихіатрів, що стверджували, що «психічних хвороб» не існує, а мають місце «макросоціальні кризові ситуації»; що психіатричний діагноз (в основному йшлося про діагноз «шизофренія») – це «соціальний ярлик»; що психічно хворих немає, а є лише «анормальні індивіди», яких суспільство за допомогою психіатрів ізолює; що психіатрія – не наука, що психіатри – не лікарі, а «поліцейські в білих халатах».

У практичній програмі антипсихіатрів акцент ставився на усунення будь-яких «ієрархічно-репресивних» ознак життя лікарень, навчання персоналу «новим ролям», а хворих – новому розумінню «своєї кризи». Реальні антипсихіатричні експерименти (у Великобританії, ФРН та інших країнах), перш за все, руйнували інституційний порядок психіатричних лікарень, полягали у відміні використання психотропних, седативних засобів. Деякі антипсихіатри не вважали за необхідне перешкоджати людині навіть в її прагненні до самогубства.

Ідеологи антипсихіатрії називали ініційований ними рух «третьою революцією в психіатрії», вважаючи за першу рух проти «процесів відьом», а другою – «реформу Ф. Пінеля».

Антигоспітальний та антипсихіатричний рухи стали передвісниками дійсно радикальних змін у психіатрії в 70-80-х роках, коли соціальний контекст надання психіатричної допомоги почав, в основному, визначатися ідеєю захисту цивільних прав психічнохворих. У нашій країні ці зміни знайшли віддзеркалення у Законі України «Про психіатричну допомогу» (2000 р.).

Недобровільна госпіталізація психічних хворих

Найбільшим морально-етичним напруженням за умов надання психіатричної допомоги характеризуються ситуації, коли лікар-психіатр ухвалює рішення про застосування заходів медичного характеру в примусовому порядку. Аж до середини ХХ ст. недобровільна госпіталізація переважної частини психічнохворих вважалася за загальноприйняту соціальну норму.

Сучасний підхід до недобровільного лікування психічно хворих був зазначений у 1954 році, коли комітет експертів ВООЗ з психічного здоров'я визначив госпіталізацію соціально небезпечних осіб з психічними розладами через суд як принизливу для них і їхніх родичів. Справа в тому, що тоді в багатьох країнах існувало законодавство, яке регламентувало примусове лікування, копіюючи модель кримінального судочинства. У 1959 році в Англії був ухвалений закон про психічне здоров'я, в якому, по суті, в повному обсязі вводився сучасний принцип добровільності надання психіатричної допомоги, зокрема відмінялися юридичні процедури щодо психічних хворих. Згідно з цим законом, принцип госпіталізації в психіатрії має бути таким же, як в інших галузях медицини. Недобровільна госпіталізація – всього лише «особливий випадок» у медицині.

Отримання згоди компетентних хворих на психіатричне лікування, що в кожному випадку призначається, є наріжним каменем всієї сучасної системи надання допомоги психічно хворим. Водночас юридичний аспект отримання інформованої згоди на психіатричне лікування виокремлює цю дисципліну з низки інших клінічних дисциплін. По-перше, в психіатрії згода хворого на лікування обов'язково має бути оформлена письмово. По-друге, основні вимоги етики до отримання згоди на лікування хворого в психіатрії знайшли закріплення в законі: «Лікар зобов'язаний надати особі, що страждає на психічні розлади, в доступній для неї формі і з урахуванням її психічного стану інформацію про характер психічного розладу, цілі,

методи, включаючи альтернативні, і тривалість лікування, що рекомендується, а також про больові відчуття, можливий ризик, побічні ефекти і очікувані результати». Далі в законі йдеться про те, що згоду за некомпетентних хворих (неповнолітні до 15 років, особи, визнані в законному порядку недієздатними) дають їх законні представники.

Якщо говорити тільки про компетентних пацієнтів, то необхідно підкреслити таку етичну аксіому: наявність якихось психічних розладів у хворого зовсім не суперечить його здатності дати добровільну усвідомлену згоду на лікування. Не дивлячись на те, що в практиці медичного працівника-психіатра елемент патерналістського ставлення до хворих набагато більш виражений, ніж в інших медичних працівників-клініцистів, отримання добровільної згоди хворого на лікування не повинно ніколи супроводжуватися обманом, погрозами, тим більше – насильством.

Щоб отримана згода хворого на передбачуване для нього лікування відповідала також критерію усвідомленості, лікар-психіатр повинен вирішувати часом різні морально-етичні колізії. Враховуючи деякі з таких колізій, фахівці рекомендують під час інформування хворих про характер психічних розладів, що є в них, неодмінно враховувати психотерапевтичний момент. Вони вважають, що доводити хворому, що він «з'їхав з глузду», безумовно, неприпустимо. Для отримання згоди на лікування лікарі мають переважно використовувати нейтральну лексику: «нервовий розлад», «важкий нервовий розлад», «нав'язливі ідеї з тенденцією виникнення марення».

Особливе питання – повідомлення хворому інформації про діагноз. Закон не зобов'язує медичного працівника-психіатра під час отримання згоди на лікування неодмінно повідомляти хворому його діагноз. Якщо діагноз не викликає у хворого категоричного неприйняття або виражених негативних емоцій, то лікар цілком може обговорити з хворим це питання (причому не тільки такі діагнози, як «невроз», «психопатія», «депресія», але і «шизофренія» тощо). Обговорюючи інше дуже важливе для хворого питання – про тривалість лікування, лікар має бути з ним правдивим, уникаючи зайвої категоричності.

Принцип добровільності при наданні медичної допомоги передбачає право хворого на відмову від медичного втручання. Це право пацієнта закріплюється Конституцією України, Цивільним

кодексом України, «Основами законодавства України про охорону здоров'я» (ст. 43). Обмеження права хворого або його законних представників на відмову від лікування допускаються лише в суворо і чітко обумовлених випадках.

Підставами для застосування примусового лікування є сукупність юридичних (ст. 96 Кримінального кодексу України) і медичних критеріїв (Закон України «Про психіатричну допомогу»). Допускається госпіталізація певних категорій психічнохворих без їхньої добровільної згоди: 1) за умов психопатологічних станів, що закон визначає як «важкі психічні розлади»; 2) передбачені випадки, коли обстеження і лікування хворого можливе тільки в стаціонарних умовах (тобто амбулаторне лікування виключене); 3) стан хворого повинен мати хоч би одну з наступних трьох характеристик:

- хворий становить безпосередню небезпеку для себе або (і) оточуючих;
- хворий безпорадний, тобто нездатен самостійно задовольняти основні життєві потреби;
- психічний стан хворого такий, що полишення його без психіатричної допомоги завдасть істотної шкоди його здоров'ю.

Принцип «не зашкодь» у психіатрії

Вимога «найменш обмежувальної альтернативи» в психіатрії є, як вже говорилося, конкретним виразом одного з принципів медичної етики – принципу «не зашкодь». Застосування цього принципу за умов надання психіатричної допомоги має багато специфічних особливостей.

Схематично шкоду, якої може завдати психіатрична практика, можна звести до таких видів:

1. Примус. Діапазон заходів із примусу в психіатрії дуже широкий – від нешкідливих ситуацій недобровільного огляду психіатром (наприклад, у деяких випадках експертизи працездатності) до примусового введення ліків або примусового годування.

2. Соціальні обмеження і заборони, що, перш за все, стосуються виконання психічно хворим окремих видів професійної діяльності і видів роботи, що не є професійною, але пов'язана з джерелом підвищеної небезпеки.

3. Відчуження, яке, як правило, властиве ставленню сучасного

суспільства до психічнохворих. Факти звернення до психіатра або перебування в психіатричному стаціонарі («на обліку» в диспансері), психіатричні діагнози, що стали відомими стороннім, – все це стає в оцінці обивателів «ярликами», що стигматизують психічних хворих, принижують їхню людську гідність, створюють навколо них емоційну ізоляцію, сприяють їхній дискримінації та експлуатації.

4. Власне моральна шкода, що заподіюється психічно хворим медичними працівниками або медперсоналом, виникає через порушення медиками професійних етичних норм – конфіденційності, правдивості, невтручання в особисте життя тощо. Зокрема, в своїй психотерапевтичній роботі психіатр не повинен забувати про небезпеку нанесення пацієнтові шкоди через нав'язування йому своїх переконань і цінностей.

5. Шкода, яка супроводжує застосування інвазивних методів дослідження і методів лікування з побічною дією. Нанести шкоду хворому можуть не тільки такі небезпечні методи дослідження, як спинномозкова пункція, контрастна ангіографія, але і генетичні, епідеміологічні методи дослідження (наприклад, генеалогічний метод може призвести до актуалізації відчуття провини у близьких родичів хворого).

Тут доречно нагадати, що в історії терапії душевних хвороб є найрізноманітніші сторінки, в тому числі і так звана «механізована психотерапія» німецьких психіатрів. Особливо варто зазначити існування засобів, що заподіюють біль: пекуче втирання, нарізні пластири, припікання залізом, а то і просто застосування батогу.

Застосування з метою лікування психічних розладів «механізованих методів», методів психохірургії, «шокових» методів і подальша відмова від такої терапії або значне звуження свідчень про її використання зайвий раз підтверджують особливу актуальність у психіатрії етичного принципу «не зашкодь». Треба пам'ятати, що сучасна практика застосування психотропних лікарських засобів нерідко супроводжується дуже серйозними побічними діями – порушеннями рухової активності, розладом ходи тощо.

Сферою моралі, у власному сенсі, є мотивація вчинків, «поле» етичного вибору. Очевидно, що використання обмеження свободи і соціальних санкцій, застосування показаних хворому небезпечних методів дослідження і терапії в психіатрії так само необхідні, як скальпель у хірургії. Відповідно до принципу «не зашкодь» хворому, моральний вибір у таких умовах має бути «вибором меншого зла».

Практична дія даного принципу в роботі медичного працівника-психіатра диференціюється залежно від клінічної картини захворювання і, головне, – від важкості стану хворого.

Про зловживання в психіатрії

З особливою гостротою при розгляді етичного принципу «не зашкодь» у психіатрії постає питання про зловживання медичних працівників і медперсоналу. Основним нормативним актом медичної етики з приводу зловживання психіатрією є «Гавайська декларація» ВПА. Зловживання психіатрією є використання цієї клінічної дисципліни, статусу, повноважень і особливостей діяльності медичного працівника-психіатра, а також персоналу психіатричних установ на шкоду хворому або його близьким. Такою є вихідна позиція Декларації. Використання на шкоду в психіатрії має на увазі неналежне застосування як знань, так і спеціальних методів і засобів, особливої системи соціальних установ.

Зловживання психіатрією можуть мати найрізноманітніші аспекти. Найбільш серйозні з них пов'язані з постановкою психіатричного діагнозу. Вже стало загальноновизнаним, що в 60-і – 80-і рр. ХХ ст., у московській школі вітчизняної психіатрії набула поширення гіпердіагностика шизофренії. З етичної позиції, необхідно чітко розмежувати дві групи помилкових лікарських діагнозів такого роду. Перша група – це діагностичні лікарські помилки, що розуміються як «добросовісні помилки». Друга група – це випадки, коли помилкові діагностичні висновки психіатрів не просто неправильно відображають стан психічного здоров'я пацієнтів, але й обов'язково обумовлені немедичними чинниками.

Починаючи з ухвалення ВПА «Гавайської декларації», як міжнародні, так і національні етико-правові документи містять конкретні положення і норми, що забороняють під виглядом лікування застосування психіатричних засобів у немедичних цілях (зокрема, для покарання осіб, що страждають на психічні розлади, або на користь інших осіб). Проте, у вітчизняній психіатрії аж до кінця 80-х років нерідко зустрічалося призначення сульфазіну або нейролептиків не за клінічними показаннями, а, припустимо, за порушення режиму. Особливо красномовним фактом є залежність дози медикаменту, що призначалася, від тяжкості провини. Варто сюди ж віднести факти призначення снодійних, седативних засобів – знову ж таки не за клінічними показаннями. В наш час таке

використання психіатричних засобів і методів прямо забороняється у статтях Закону України «Про психіатричну допомогу» і, звичайно, засуджується як несумісне з лікарською етикою.

Розглянувши зловживання психіатрією як знанням, перейдемо до прикладів зловживання психіатром своїм професійним положенням. Вже перший контакт психіатра з пацієнтом несе в собі можливість недобросовісної поведінки медичного працівника. Далеко не випадково в Законі України «Про психіатричну допомогу» сказано, що лікар у такій ситуації зобов'язаний представитися пацієнтові як психіатр. Ця вимога, зрозуміло, не розповсюджується на випадки примусової госпіталізації.

З погляду етики, психіатр не має права, користуючись своїм положенням медичного працівника, укладати майнові операції з пацієнтом, використовуючи його працю. Припустимо, лікар, що лікує, хотів би зняти житло, що здається його пацієнтом, або найняти останнього для роботи на своїй дачній ділянці.

Найважливішим чинником, що визначає попередження зловживань психіатрією, є професійна незалежність медичного працівника-психіатра. Проблема професійної незалежності медичного працівника має як морально-етичний, так і соціальний (зокрема правовий) вимір. У 1986 році ВМА прийняла «Декларацію про незалежність і професійну свободу медичного працівника», де прямо сказано: «Професійна свобода передбачає свободу від стороннього втручання в лікувальний процес. Завжди і скрізь варто охороняти і захищати незалежність професійних медичних і етичних рішень медичного працівника». У

«Гавайській декларації» ВПА це питання теж займає важливе місце: «Якщо пацієнт або якась третя сторона вимагають від психіатра дій, що суперечать науковим знанням або етичним принципам, то психіатр повинен відмовитися від співпраці».

Захист конфіденційності психічно хворих

Застосування норми конфіденційності в психіатрії теж має чимало особливостей. Ст. 6 Закону України «Про психіатричну допомогу», визначаючи об'єкт медичної таємниці, називає відомості про факти звернення по психіатричну допомогу, про наявність психічного розладу, про лікування у психіатра, а також інші відомості про стан психічного здоров'я.

Суб'єктами медичної таємниці, тобто особами, на яких розповсюджується обов'язок не розголошувати при наданні медичної допомоги конфіденційної інформації, є лікарі, психологи, середній медперсонал, санітари, взагалі всі працівники психіатричних установ (наприклад, шофери машин «швидкої допомоги»), а також студенти-медики, яким медична таємниця може стати відомою у навчальному процесі. Охорона законом медичної таємниці є об'єктивною вимогою, яка не залежить від того, чи піклується сам хворий про охорону відомостей про своє здоров'я.

Контрольні питання для перевірки кінцевого рівня знань студентів:

1. Коли вперше виникли передумови необхідності юридичного регулювання надання психіатричної допомоги:
 - а) наприкінці XIX століття;
 - б) в середині XX століття?
2. Де і коли вперше негуманне ставлення до психічно хворих кваліфікувалося як кримінальне діяння:
 - а) Англія 1845 р.;
 - б) Франція 1900 р.;
 - в) Данія 1912 р.?
3. Принципи добровільності надання психіатричної допомоги були законодавчо закріплені:
 - а) Англія 1959р.;
 - б) СРСР 1954 р.;
 - в) США 1945 р.?
4. Госпіталізація у психіатричний стаціонар допускається (згідно з українським законодавством):
 - а) з відома родичів;
 - б) якщо хворий недієздатний;
 - в) за рішенням медичного працівника-психіатра?
5. Недобровільна госпіталізація у психіатричний стаціонар допускається:
 - а) якщо хворий небезпечний для себе і оточуючих;
 - б) за рішенням суду;
 - в) за рішенням комісії медичних працівників-психіатрів?
6. Остаточне рішення про примусове поміщення в психіатричний стаціонар приймає:
 - а) лікар-психіатр;

б) комісія медичних працівників-психіатрів;

в) суд?

7. Хворий, добровільно поміщений у психіатричний стаціонар, користується тими ж правами, що і пацієнти іншого ЛПЗ:

а) так;

б) ні?

8. При добровільному поміщенні у психіатричний стаціонар лікар насамперед зобов'язаний:

а) ознайомити з режимом дня;

б) інформувати пацієнта про його захворювання;

в) отримати письмову інформовану згоду?

9. Чи необхідне диспансерне спостереження всіх людей з психіатричними розладами:

а) так;

б) ні?

10. Чи має право пацієнт відмовитися від лікування в психіатричному стаціонарі:

11. а) так;

б) ні;

в) має право за умов добровільної госпіталізації;

г) у випадках, обумовлених у Законі?

Еталони відповідей: 1-а; 2-а; 3-а; 4-в; 5-а; 6-в; 7-а; 8-в; 9-а; 10-г.

РОЗДІЛ 9. СНІД: МОРАЛЬНО-ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ

I. Мета заняття:

1. Проаналізувати основні профілактичні і протиепідемічні заходи відносно Віл-інфекції.
2. Ознайомитися з правом людини на епідемічну ситуацію.
3. Розглянути моральні проблеми ВІЛ-інфікованих.

II. Мотиваційна характеристика теми:

Віл-інфекція з моменту її появи породила в суспільстві чимало проблем етичного і правового характеру. Це пов'язано, перш за все, з низькою поінформованістю населення про інфекцію, а також негативним впливом засобів масової інформації. Феномен снідофобії поставив питання про соціальний захист ВІЛ-інфікованих, а також неприпустимість дискримінації таких хворих, що нерідко зустрічається і серед практикуючих медичних працівників.

III. Контрольні питання для перевірки початкового рівня знань студентів:

1. При виявленні ВІЛ у хворого необхідно:
 - а) попередити всіх тих осіб, що контактували з пацієнтом;
 - б) призначити примусове лікування;
 - в) ізолювати в спеціальному відділенні;
 - г) поінформувати пацієнта про захворювання і запобіжні засоби?
2. Чи має право працедавець вимагати від працівника результати тестування на ВІЛ:
 - а) має право;
 - б) не має права;
 - в) тільки у випадках, обумовлених Законом?
3. Однією з причин виникнення феномену «снідофобія» є:
 - а) низька поінформованість про захворювання СНІД;
 - б) страх перед смертельним захворюванням;
 - в) висока вартість лікування?
4. Чи становить загрозу для оточуючих ВІЛ-інфікований учитель:
 - а) так;
 - б) ні?
5. Чи є правомочною примусова імунопрофілактика (вакцинація):
 - а) так;

б) ні;

в) тільки за рішенням суду?

6. Чи необхідне отримання добровільної інформованої згоди для здійснення вакцинації при проведенні обов'язкових щеплень:

а) так;

б) ні?

7. Чи є можливим обмеження деяких прав пацієнта за наявності у нього особливо небезпечної інфекції:

а) так;

б) ні?

8. Чи зобов'язаний лікар інформувати працевластця про діагноз СНІД, діагностований у його працівника:

а) так;

б) ні?

9. Чи є формальна заборона займатися лікарською діяльністю ВІЛ-інфікованому лікареві:

а) так;

б) ні?

10. Обов'язковому тестуванню на ВІЛ підлягають:

а) всі медичні працівники;

б) пацієнти ЛПЗ;

в) донори крові?

Еталони відповідей: 1-г; 2-в; 3-а, б; 4-б; 5-б; 6-а; 7-а; 8-б; 9-б; 10-в.

Теми рефератів і доповідей

- Історія дослідження СНІДу.
- Психологічна адаптація ВІЛ-інфікованого.
- Медичний працівник і ВІЛ-інфікований: особливості взаємовідносин.
- Лікування як прояв справедливості.
- Морально-етичні проблеми драматичних ситуацій у медицині.

У багатьох відношеннях СНІД – синдром набутого імунodefіциту – стоїть окремо серед тисяч відомих сучасній медицині захворювань. Вперше хвороба була ідентифікована в США в 1981 році, хоча пізніше в засобах масової інформації були опубліковані повідомлення про випадки захворювання нею, що мали місце раніше. У 1983 році француз Л. Монтаньє і, незалежно від

нього, американець Р. Галло виокремили вірус, що викликав СНІД. Суперечка між ними про пріоритет завершилася компромісом, і головне – в ході цієї суперечки вірус отримав визнану тепер у всьому світі назву – «вірус імунодефіциту людини» (ВІЛ).

Перший ВІЛ-інфікований, іноземний громадянин, на території СРСР був виявлений у 1985 році, а перший хворий, що був громадянином країни, – в березні 1987 року. Темпи розповсюдження ВІЛ в Україні стали загрозливими з 1996 року.

Різноманіття морально-етичних питань, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, визначається такими чинниками:

- СНІД є захворюванням з надзвичайно високою смертністю;
- ВІЛ-інфекція вже стала пандемією, тобто її розповсюдження не стримується ні географічними, ні державними, ні культурними межами;
- етіологія СНІДУ в більшості випадків пов'язана з інтимними аспектами життя людей, з людською сексуальністю, а також з такими формами девіантної поведінки, як зловживання наркотиками;
- природний страх людини перед невиліковною хворобою часто стає джерелом неадекватної поведінки багатьох людей відносно СНІДУ, що, у свою чергу, породжує своєрідний феномен масової свідомості – «снідофобію»;
- висока вартість лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД у поєднанні з неухильним зростанням числа осіб, що потребують такого лікування, спонукає до дискусії на теми соціальної справедливості, оптимального розподілу ресурсів на охорону здоров'я, які навіть у багатих країнах завжди обмежені;
- практично всі найважливіші питання сучасної медичної етики (збереження медичної таємниці, повага автономії особистості пацієнта, попередження дискримінації пацієнтів у зв'язку з характером їх захворювання, право хворого на гідну смерть тощо) потребують конкретизації, поглибленого аналізу стосовно ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД.

«Снідофобія» і вимоги медичної етики

«Снідофобія» – соціально-психологічний феномен. Неминучою реакцією більшості людей на слово «СНІД» є страх. Страх перед зараженням, перед вмиранням, смертю, безсиллям медицини і

суспільства в цілому, нездатного, на поширену думку, протиставити СНІДУ що-небудь дієве. На жаль, одним з парадоксальних проявів снідофобії є несвідоме прагнення людей «забути» про загрозу, відвернутися від неї.

Доречно нагадати ще одну вимогу медичної етики – неприпустимість для медичного працівника, медсестри, медичного психолога нав'язування свого світогляду, своїх релігійних і філософських поглядів, своїх переконань пацієнтові. Повага автономії пацієнта – це і поважливе ставлення до його системи цінностей, особливостей індивідуальності.

У перших документах, прийнятих ВООЗ, ВМА та іншими міжнародними організаціями у зв'язку зі зростанням пандемії СНІДУ, одне з центральних місць зайняла вимога, що спеціально зазначалася, не допускати дискримінації ВІЛ-інфікованих, а також осіб, що є так званими «групами ризику». Важливим є, проте, не тільки моральне засудження дискримінації хворих на СНІД, але і створення відповідних гарантій.

Відмова медичних працівників та інших представників медичної професії надавати допомогу ВІЛ-інфікованим людям – це чи не найбільш гостра, з погляду медичної етики, проблема. Проведене ще на початку 90-х років у США дослідження показало, що, відмовляючи в допомозі хворим на СНІД, лікарі посилалися на недостатню спеціальну підготовку, страх перед інфікуванням, огиду до гомосексуалістів, наркоманів або інших представників «груп підвищеного ризику», а також на побоювання відлякати інших пацієнтів.

Разом з відмовою в допомозі ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД, грубим порушенням професійної медичної етики є розголошення відповідного діагнозу. Є величезна кількість прикладів, коли такого роду неетична і протипоказана поведінка медичних працівників ініціювала дискримінацію, а то і пряме насильство по відношенню до носіїв вірусу або хворих на СНІД.

Розголошення медичної таємниці медиками часто було проявом все тієї ж «снідофобії» у суспільстві, тобто працівники системи охорони здоров'я не тільки порушували законні права своїх пацієнтів, але і самі ставали провідниками настроїв страху перед СНІДОМ.

З урахуванням ситуації, що склалася, у Законі України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту

(СНІД) та соціальний захист населення» була зафіксована вимога: «Медичні працівники й інші особи, які, у зв'язку з виконанням службових обов'язків, були поінформовані про результати проведення медичного огляду на зараження ВІЛ (захворювання СНІД), зобов'язані зберігати ці відомості в таємниці».

Стаття 40 – «Медична таємниця» – чинних сьогодні «Основ законодавства України про охорону здоров'я» містить не тільки визначення об'єкту медичної таємниці (відомості про результати медичного огляду, про діагноз, прогноз тощо), але і вимогу, яку хотілося б підкреслити особливо: «Громадянини має бути підтверджена конфіденційність відомостей, що йому передаються». Далі в названій статті перераховані ситуації, що допускають передачу відомостей про пацієнта, складових медичної таємниці, без його згоди; однією з таких ситуацій, згідно з Законом, є «загроза розповсюдження інфекційних захворювань».

Тестування і скринінг на ВІЛ у контексті принципу поваги автономії пацієнта

Скринінг – виявлення частоти нерозпізнаної захворюваності за допомогою швидкодійних тестів. Серологічний тест на наявність у людини антитіл до ВІЛ став широко доступний з 1985 року. Як правило, скринінг передбачає планове тестування в межах всієї популяції або окремих груп усередині популяцій.

Ці тести були розроблені з метою дослідження донорської крові і тому мають настільки високу чутливість, що вірогідна помилка за умов їхнього проведення дає позитивний результат, а не негативний. Псевдонегативні результати тестування, перш за все, залежать від того, що інкубаційний період для ВІЛ- інфекції складає 1-3 місяці (в середньому – 6 тижнів). У перебігу цього періоду людина вже є носієм вірусу (і тому може скласти загрозу зараження, чого, проте, тест на антитіла до ВІЛ не виявляє). Іноді такий латентний період (або прихований період циркуляції вірусу) може досягати трьох років.

Можливість пройти тест на наявність антитіл до ВІЛ повинна надаватися кожному. В сучасному суспільстві тестування може бути добровільним і обов'язковим. При добровільному анонімному тестуванні пацієнт реєструється під номером; при цьому можливе повідомлення демографічної інформації (вік, стать), але в документи не заносяться ні прізвище, ні адреса обстежуваного.

Грубим порушенням професійної етики буде повідомлення

пацієнту про позитивний результат тестування, що передусе компетентному консультуванню, а також якщо ці результати ще не підтверджені під час повторного аналізу.

Проблема обов'язкового тестування і скринінгу на ВІЛ викликає бурхливі спори, в яких переплетені науково-епідеміологічні, морально-етичні, правові, соціально-економічні і навіть політичні аспекти. У багатьох країнах прийнятий обов'язковий скринінг на ВІЛ крові, сперми, інших донорських тканин і органів. У США в 1985 році введено обов'язкове тестування в армії (щорічно обов'язковому обстеженню на ВІЛ підлягають 2 млн. рекрутів, військовослужбовців і резервістів).

Контрольні питання для перевірки кінцевого рівня знань студентів:

1. Якого правила необхідно дотримуватися у разі встановлення діагнозу ВІЛ-інфекція:

- а) збереження нейтралітету;
- б) принцип невтручання;
- в) конфіденційність?

2. Перед проведенням скринінг-тесту на ВІЛ лікареві необхідно:

- а) поінформувати про можливі результати дослідження;
- б) зібрати повну інформацію про пацієнта;
- в) поцікавитися щодо сексуального життя тестованого?

3. Результат скринінг-тесту на ВІЛ може бути:

- а) позитивним;
- б) негативним;
- в) псевдопозитивним;
- г) псевдонегативним;
- д) все перераховане?

4. При отриманні псевдопозитивного або псевдонегативного результату скринінг-тесту на ВІЛ необхідно:

- а) повторне дослідження;
- б) поставити пацієнта на облік;
- в) відправити пацієнта до спеціалізованої установи?

5. З якої причини проблема конфлікту інтересів виступає на перший план при розгляді проблем, пов'язаних з Віл-інфекцією:

- а) висока смертність таких пацієнтів;
- б) невиліковність захворювання;
- в) стосується інтересів і здоров'я третіх осіб?

6. Поняття «остракізм» щодо ВІЧ-інфікованих – це:

- а) створення «емоційного гетто»;
- б) відмова в наданні медичної допомоги;
- в) зневажливе ставлення медпрацівників?

7. Згідно з якими етичними і правовими документами не допускається дискримінація відносно ВІЧ-інфікованих і хворих на СНІД:

- а) Женевська декларація ВМА;
- б) Основи законодавства України «Про охорону здоров'я»;
- в) Закон України «Про попередження розповсюдження у РФ захворювання імунодефіциту, що викликається вірусом»;
- г) всі перераховані?

8. Які етичні і правові документи зобов'язують медпрацівників гарантувати дотримання медичної таємниці ВІЧ-інфікованим:

- а) Женевська декларація ВМА
- б) Основи законодавства України «Про охорону здоров'я»;
- в) «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення»;
- г) Кримінальний кодекс України;
- д) всі перераховані?

9. Феномен «снідофобія» став можливим тому, що:

- а) первинною в населення була мізерна інформація про захворювання;
- б) першими хворими були так звані маргінали;
- в) існували помилкові відомості про шляхи передачі інфекції;
- г) пізня реакція керівництва ВООЗ на розповсюдження інфекції?

10. У даний час Віл-інфекція набула масштабів:

- а) пандемії;
- б) окремих осередків у деяких країнах;
- в) епідемії?

Еталони відповідей: 1-в; 2-а; 3-д; 4-а; 5-в; 6-а; 7-г; 8-а,б,в; 9-а,б,в; 10-а.

РОЗДІЛ 10. МОРАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ РОЗПОДІЛУ ДЕФІЦИТНИХ РЕСУРСІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

I. Мета заняття:

1. З'ясувати специфіку моральних проблем розподілу ресурсів у різних системах охорони здоров'я (державній, приватній і муніципальній).

2. Ознайомитися з моделлю загальнодоступної безкоштовної охорони здоров'я.

3. Розглянути моральні проблеми справедливого розподілу ресурсів.

4. Вивчити морально-етичні аспекти проекту Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» (2018 р.).

II. Мотиваційна характеристика теми:

Визначаючи зміст реформи охорони здоров'я відповідно до законодавчої бази, необхідно окреслити низку позицій і, перш за все, відхід від державного монополізму, перехід до різних систем охорони здоров'я – державної, муніципальної, приватної. Питання, пов'язані з пріоритетним розвитком тієї або іншої системи, належать до цих пір до найбільш дискусійних. У зв'язку з цим, підкреслимо, що за кордоном все більше проявляється тенденція до того, щоб не відстоювати переваги приватної, державної або інших систем охорони здоров'я, а виявляти фундаментальні проблеми в кожній з них і шукати шляхи їх вирішення. Це стосується, перш за все, питань заборони зростання витрат на охорону здоров'я, поліпшення якості медичного обслуговування, забезпечення доступності медичної допомоги.

III. Контрольні питання для перевірки початкового рівня знань студентів:

1. Рівні розподілу дефіцитних ресурсів:

- а) макрорівень;
- б) макрорівень;
- в) стандартний рівень.

2. Вкажіть типи розподілу ресурсів в охороні здоров'я:

- а) черга;
- б) конкурс платоспроможності;
- в) ринковий обмін.

3. Назвіть основний критерій розподілу ресурсів в охороні здоров'я за принципом справедливості:

- а) рівність;
- б) черга;
- в) виходячи з заслуг споживача.

4. Яка з систем охорони здоров'я має велику соціально-орієнтовану спрямованість:

- а) муніципальна;
- б) приватна;
- в) система добровільного медичного страхування?

5. Позитивними рисами приватної системи охорони здоров'я є:

- а) орієнтованість на конкретного споживача;
- б) можливість придбання нового лікувально-діагностичного устаткування;

- в) можливість підвищення кваліфікації медичних працівників;
- г) всі перераховані?

6. Чи існує ідеальний спосіб розподілу дефіцитних ресурсів в охороні здоров'я:

- а) так;
- б) ні?

7. Що піддається основній критиці в системі охорони здоров'я:

- а) інфраструктура;
- б) витрати на зміст управлінського апарату;
- в) мізерні ресурси у фондах системи?

8. Що входить у поняття «дефіцитні ресурси в охороні здоров'я»:

- а) ліжковий фонд ЛПЗ;
- б) деякі види медикаментів;
- в) сучасне лікувально-діагностичне устаткування;
- г) медичний персонал;
- д) все перераховане?

Еталони відповідей: 1-а,б; 2-а,б; 3-а; 4-а; 5-г; 6-б; 7-а,б; 8-д;

Загальним визначальним початком всіх систем охорони здоров'я є, поза сумнівом, їх єдина сутність – надання лікувально-профілактичної допомоги населенню. Фактично це єдиний механізм охорони здоров'я, що вбудований або ще вбудовується в нову суспільну систему країни. Цей механізм концентрує ресурси суспільства і його увагу на питаннях, пов'язаних з отриманням медичної допомоги.

У кожній системі охорони здоров'я є своє місце і роль у

суспільстві, своя специфіка. Стосовно державної і муніципальної систем можна говорити про їхню роль у забезпеченні доступності медичної допомоги. Муніципальна система може розглядатися як суспільна система, яка щонайближче знаходиться до громадян, хоча і має певні відмінності в суспільному устрої і управлінні. Для приватної системи більш характерною є орієнтація на конкретного споживача, задоволення його попиту. Разом з тим, у підході до оцінки цих систем головне питання полягає в тому, яка з них має велику соціально-орієнтовану спрямованість, може задовольнити попит не вибіркової частини населення, а його більшості.

Забезпечення доступної медичної допомоги буде, поза сумнівом, пов'язане з муніципальною системою охорони здоров'я як системою, яка щонайближче знаходиться до споживача медичних послуг. У сучасних умовах розвиток приватної системи повинен здійснюватися паралельно з безкоштовною державною і муніципальною системами, а не замість них. Переваги розвитку тієї або іншої системи охорони здоров'я невіддільні від вирішення проблеми соціальної несправедливості в сфері охорони здоров'я, що можна розглядати як одне із завдань політики охорони здоров'я. Очікують свого рішення багато проблем, пов'язаних зі справедливим розподілом обмежених ресурсів в охороні здоров'я, визначенням пріоритетів, на які повинні прямувати ресурси, контролем над цим.

Розроблені в 1991 році ВООЗ концепції і принципи рівності в питаннях охорони здоров'я, політика і стратегія забезпечення справедливості визначають, зокрема, внесок сектору охорони здоров'я в сприяння забезпеченню справедливості і зміцненню здоров'я. ВООЗ підкреслює, що сектор охорони здоров'я повинен орієнтуватися на три чітко сформульовані цілі соціальної політики:

- скорочення тих проявів нерівності в охороні здоров'я, що безпосередньо призводять до проявів несправедливості відносно здоров'я;

- сприяння зниженню шкоди для здоров'я, що викликається іншими проявами несправедливості відносно здоров'я. Одне з найбільш важливих завдань сектору охорони здоров'я полягає в сприянні попередженню або зменшенню шкоди для здоров'я, що заподіюється такими чинниками, як безробіття або бідність;

- планування служб охорони здоров'я для неблагополучних населених місць або контингентів населення. При цьому підході

робляться спроби забезпечити додаткові види обслуговування, щоб справитися з підвищеними потребами в медичній допомозі.

У сучасній охороні здоров'я жодне питання не викликає стільки суперечок, як введення обов'язкового державного соціального медичного страхування. Фактично аргументованих заперечень по суті введення обов'язкового медичного страхування немає, і, перш за все, тому, що охорона здоров'я дістала можливість додаткового фінансування. Основну критику викликають інфраструктура ЛПЗ, витрати на утримання управлінського апарату, можливості взаємодії різних управлінських структур. До цього можна додати проблеми підвищення ефективності системи забезпечення і захисту прав пацієнтів і самих медичних працівників, що складається, розвитку дієвих контрольних механізмів тощо. Одним з самих значущих питань, що постають у ході реформи охорони здоров'я, є права пацієнтів. У всіх розвинених країнах світу набирають силу тенденції, пов'язані з розширенням, поглибленням і підвищенням рівня гарантій прав людини. Підвищена увага громадськості до прав пацієнта пояснюється особливим положенням пацієнта, пов'язаним з відомими обмеженнями, що визначаються станом здоров'я.

В «Основах законодавства України про охорону здоров'я» і в інших законах уперше в законодавчій практиці нашої країни включені спеціальні статті, що розкривають права пацієнта. Серед різних прав, наданих пацієнтові, звертає на себе увагу право на добровільну інформовану згоду пацієнта на медичне втручання або відмови від нього. Принципова новизна правової норми добровільної інформованої згоди на медичне втручання (або відмови від нього) полягає в наступному. Ця норма стосується будь-якого медичного втручання, в її основі лежить добровільне рішення пацієнта, що ґрунтується на повній і різнобічній інформації про стан здоров'я, діагноз, методи лікування, ризики, можливі варіанти терапії, її результати тощо. Добровільна інформована згода передбачає нові моделі спілкування медичного працівника і пацієнта. В зв'язку з цим, необхідно підкреслити, що смисловим центром переважної більшості конфліктів і напруженості в медицині були і залишаються взаємовідносини медичного працівника і пацієнта, правові й етичні аспекти їхнього спілкування.

Довгий час у нашій країні типовою залишалася патерналістська модель зазначених взаємин, заснована на рівності тих, хто бере участь у лікувально-діагностичному процесі і повному

підпорядкуванні дій пацієнта вказівкам медичного працівника.

Новий тип взаємин, що впливає, перш за все, з визнання автономії пацієнта, його права на самовизначення, обговорення і власну думку під час ухвалення рішень, може бути названий непатерналістським. У непатерналістських моделях взаємин (колегіальна, конвенційна, контрактна та ін.) спілкування медичного працівника і пацієнта спрямоване, окрім питань діагностування і лікування, і на осмислення наслідків (соціальних, психологічних, економічних, моральних та ін.). Завдання медичного працівника при цьому значно ускладнюється, оскільки тепер він виступає не тільки як фахівець, що застосовує свої знання і вміння для збереження здоров'я пацієнта, але і як людина, що аналізує і зважає відповідно до культурних, релігійних й інших цінностей і установок пацієнта наслідки обстеження і лікування.

Ці моделі спільного ухвалення рішень, коли лікар надає пацієнтові всю повноту необхідної інформації і поважає його право приймати те або інше рішення, стали правилом для більшості розвинених країн світу.

На сьогоднішній день можна констатувати, що в нашій країні зроблений певний крок до захисту прав пацієнта. Саме по собі це дуже важливо, але необхідна подальша робота з деталізації таких прав, розробки механізмів їхньої гарантії, зі співвідношення прав пацієнтів з правами і обов'язками медичного працівника. Робота за цим напрямом іде, готується новий законопроект про права пацієнтів.

Які ж існують способи розподілу ресурсів охорони здоров'я?

Проблеми розподілу ресурсів на мікрорівні

Найпростіший прийом розподілу – черга. Але він не є цілком справедливим. Ті, хто знаходяться ближче в черзі, швидше отримають потрібні ресурси. Ті, у кого хвороба розвивається повільніше, опиняються у вигіднішому положенні в порівнянні з тими, у кого хвороба прогресує швидко. Нарешті, якщо ресурсу не вистачає катастрофічно, як гемодіалізу в Україні, абсолютна більшість пацієнтів так і не дочекаються своєї черги.

Можна розподіляти ресурс на підставі конкурсу платоспроможності, але такий підхід є протилежним звичайному розумінню справедливості. Він був би справедливим, якби допомога пропонувалася просто за гроші. Але якщо існує хоч якась система загальної або, принаймні, масової охорони здоров'я, то такий розподіл

ставити людей, що отримують допомогу за однаковою страховкою, в умови нерівності. Проте будь-яка система (наприклад, страхова) створюється для компенсації нерівності. Гірше за принцип розподілу за можливістю заплатити є лише відсутність принципів розподілу дефіцитних ресурсів, що має місце зараз в Україні.

Існує розподіл ресурсів за лотереєю, випадковим чином. Тоді доступ до лікування отримуватимуть всі, незалежно від терміну знаходження в черзі, у тому числі і особи з початковою стадією захворювання, здатні (при деяких захворюваннях) отримати від лікування максимальну користь. Можливо, стосовно дуже дефіцитного ресурсу такий підхід є прийнятним, але він майже ніколи не застосовується з причини труднощів його справедливої реалізації і деяких статистичних ефектів.

Отже, ідеального способу розподілу не існує. Найпростішою є черга. Вона недосконала, але проста в реалізації.

Проблеми розподілу ресурсів на макрорівні

Інфекційні захворювання отримували все менше засобів до епідемії СНІД. Після Другої світової війни на інфекційні захворювання в розвинених країнах витрачали все менше тому, що таких хвороб ставало менше. При цьому інфекційні захворювання продовжували бути основним чинником смертності людей. На Земній кулі інфекційні захворювання продовжують залишатися однією з перших причин смерті.

Якщо не на охорону здоров'я, то на що витрачаються засоби? Це легко представити на прикладі України. Досить визначити як найважливіше завдання протидія з Росією, і стануть зрозумілі засоби, що йдуть на захист наших кордонів. На охорону здоров'я залишається мізерна частка. Якщо врахувати, що значна частина медикаментів імпортовані, то очевидно, що у країні не вистачає грошей для того, щоб їх купувати. Перш за все, мова йде про медикаменти, які люди зазвичай самі не купують. Наприклад, дорогі медикаменти, необхідні для пересадки органів, медикаменти, що використовуються для лікування лейкозу та інших форм раку. Якщо для нашої країни ворогом буде Росія, а не смерть окремого громадянина, то в цьому випадку грошей на медицину не залишиться.

Абсолютної рівності не буває. Що краще: нерівність чи несправедливість? Чи є однозначна відповідь на це питання? Відповідь полягає в тому, що несправедливість – це лише суб'єктивна

оцінка нерівності. Але рівність людьми може сприйматися як справедлива і як несправедлива. Якщо людина говорить, що це справедливо, значить, вона вважає, що це добрий спосіб розподілу. Значить, якщо комусь дали більше, він отримав відповідно до уявлення «що так добре».

Стосовно організації охорони здоров'я ніколи немає ясної відповіді, що краще: мати дорожчу, досконалішу медицину, але не доступну для всіх, або лікувати простіше, гірше – але всіх однаково. Ступінь нерівності, який приймає суспільство, може бути дуже різним. Наприклад, у період перебудови в нашій країні соціологічні дослідження показали, що населення краще ставиться до нерівності при капіталізмі, ніж навіть населення європейських капіталістичних країн. Сьогодні суспільство стало більш чутливим до нерівності.

Інший приклад: Україна, Південна Африка та деякі інші бідні країни мають високотехнологічні медичні центри в своїх столицях. Ці центри споживають значну частину коштів охорони здоров'я. Доступ до них має лише невелика кількість жителів столиць цих країн. З погляду суспільного здоров'я, було б доцільно всі засоби пустити на первинну медичну допомогу. Але суспільство при цьому втратило б можливість підготовки медичних працівників. Услід за зникненням сучасної медицини з країни виїхали б хороші лікарі і багаті люди, які потребують медичної допомоги. Нарешті, в країні не залишилося б потенціалу для подальшого розвитку медицини в майбутньому, на яке сподівається кожна країна. Тому суспільство терпить нерівність, хоча нерівність у доступі до медичних центрів, природно, повинна, по можливості, зменшуватися.

Можна назвати десятки рідкісних хвороб, від яких медицина просто не знає лікування, тому що медичного працівникам ніколи не давали грошей на вивчення рідкісних хвороб. Якщо ця хвороба описана всього в двадцяти випадках, який сенс витратити на неї засоби? Але коли окрема людина захворіє на цю хворобу, а це може бути дуже важка хвороба, їй не поясниш, що людство не розцінювало цю хворобу як важливу і цікаву. Людство частотні хвороби розглядає як важливі, а рідкісні – як цікаві лише для вчених. Стосовно частотних хвороб суспільство вважає за потрібне витратити багато засобів на профілактику. За умов публічного аналізу витрат на охорону здоров'я з'ясується, що програма розвитку трансплантації, в кращому разі, може зберегти тисячу життів на рік. Введення ж щеплень проти гепатитів і низки інших інфекцій здатне зберегти

сотні тисяч життів. І витрати при цьому у декілька разів менші. На жаль, простих рішень у ситуаціях вибору не існує. Суспільство не може обрати «найдешевше і ефективніше» тому, що існують інші цілі, які є важливими, наприклад, збереження потенціалу трансплантології в країні. Є й інші цілі, що не мають прямого відношення до збереження здоров'я, але вбачаються суспільству за важливі, і воно сприймає врахування цих цілей як справедливість.

Усвідомлення несправедливості приводить медичного працівника до думки про необхідність допомагати «скривдженим». Далі виникає питання, а наскільки ми повинні допомагати і як ми маємо допомагати? Відповідь на нього намагалися дати ще у давнину. Клятва Гіппократа свідчить: лікар повинен оберігати своїх пацієнтів від несправедливості. Поширена форма – деяким бідним надавали медичну допомогу безкоштовно. Оскільки хороші лікарі завжди були високооплачувані, то вони займалися добродійністю, тобто особисто робили свій внесок, допомагаючи бідним. Така безкоштовна допомога не може бути поширеною тому, що якщо надавати багато допомоги безкоштовно, то підривається нормальне функціонування медицини. Якщо такий-то лікар, маючи значні доходи по інших, немедичних каналах, буде дуже багато пацієнтів лікувати безкоштовно, то він підірве власну лікарську практику і підірве практику інших медичних працівників. На ринку медичних послуг гроші йдуть не прямо від пацієнта до медичного працівника, а складнішими шляхами. Але важливо, що лікар отримує гроші за свою роботу. Саме тому в усіх країнах прагнуть не лікувати пацієнтів у вигляді індивідуального милосердя, а прагнуть робити це в межах державних або суспільних програм. При цьому зберігається образ функціонування медицини.

Для медичної професії дуже важливо зберігати цілісність. Завдання захисту професії є дуже важливим, безвідносно того, що окремі лікарі роблять. Лікарі діють в одному суспільстві і зацікавлені, щоб закони і практика були гідними, щоб професія користувалася шаную.

РОЗДІЛ 11. МОРАЛЬНО-ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ

1. Поняття сестринської справи, сучасний статус, особливості і перспективи цієї професії.

2. Принципи взаємовідносин медичної сестри і пацієнта. Професійна етика медичної сестри.

Теми рефератів і доповідей

- Історія сестринської справи.
- Теоретичне і практичне обґрунтування самостійності сестринської справи як професії.
- Життя і сестринське служіння Флоренс Найтінгейл.
- Підготовка сестринських кадрів: стан і перспективи.
- Етичні аспекти професійних стосунків лікаря і медичної сестри.
- Зразки сестринського служіння і подвиги українських сестер милосердя.

Поняття сестринської справи, сучасний статус, особливості і перспективи цієї професії. Радикальні зміни, що відбувалися в усіх сферах медицини, торкнулися і такої, здавалося б, сталої професії, як сестринська справа. Зазначимо, що першою, хто передбачив ці зміни, була всесвітньо відома сестра милосердя Флоренс Найтінгейл. Ще більше століття тому вона визначила сестринську справу як одне з прадавніх мистецтв і наймолодшу науку, присвячену турботі про хворих людей. Вона і сама підходила з наукових позицій до вирішення проблем своєї роботи і була переконана, що «по суті своїй сестринська справа як професія відрізняється від лікарської діяльності і вимагає спеціальних, відмінних від лікарських, знань». Саме під впливом цих ідей на рубежі XIX – XX століть і стався переворот у теорії і практиці сестринської справи. Була створена продумана система догляду за хворими, що дозволило сестринській справі бути виокремленою як самостійна медична професія. Значущість цієї події буде зрозуміліша, якщо згадати, що аж до XIX століття основним завданням сестри милосердя було забезпечення пацієнтові повного комфорту і спокою без яких-небудь спроб активно вплинути на перебіг хвороби. Треба було просто чекати, поки природа або зусилля лікаря подолають хворобу.

Ф. Найтінгейл визначила дві головні сфери сестринської справи: догляд за здоровою і догляд за хворою людиною. догляд за здоровою передбачав «підтримку у здоровій людини стану, при якому немає хвороб» за допомогою профілактичних дій: дотримання чистоти, гігієни харчування, уваги до настрою, емоцій людини тощо. Догляд за хворою людиною розумівся як «здатність допомагати жити тому, хто страждає від хвороби, тобто не просто вижити, але жити як можна більш повноцінним життям, що приносить задоволення». Відтоді і понині медичній сестрі наказано активно впливати на перебіг хвороби, кваліфіковано використовуючи для цієї мети два чинники – зовнішнє середовище і цінності пацієнта.

Нині склалося досить широке коло наук, на яких будується особлива структура знань, що забезпечує відносну самостійність сестринської справи. Наявні визначення завдань медичної сестри підсумовують головний зміст цієї професії. Одне з них, розроблене в 1958 році, належить викладачеві, дослідникові В. Хендерсон. Вона вважала, що «унікальним завданням медичної сестри є надання допомоги людині, хворій або здоровій, у здійсненні дій, що мають відношення до її здоров'я, одужання або спокійної смерті, які вона зробила би сама, маючи необхідні сили, знання і волю. І робиться це так, щоб вона знову якнайшвидше набула незалежності. Медична сестра допомагає пацієнтові виконувати всі призначення лікаря. Медична сестра – це ноги безногого, очі сліпого, опора дитини, джерело знань і впевненості для молодої матері, уста тих, хто занадто слабкий або занурений у себе, щоб говорити».

На конференції з теорії сестринської справи у США (1993 р.) було запропоноване таке визначення: «Сестринська справа – це наука і мистецтво діагностики і корекції реакцій у відповідь людини на існуючий і потенційний хворобливий стан, мистецтво систематично застосовувати знання і вміння, мистецтво турботи, що вимагає творчої уяви, інтуїції, артистизму у вираженні своїх почуттів і розумінні почуттів пацієнта».

Про професійну самостійність сестринської справи говорить і той факт, що, подібно до лікарів, сестри присягають, беруть на себе моральні зобов'язання перед суспільством і пацієнтами. Вперше це сталося в 1983 році, коли випускники сестринської школи штату Мічиган заявили про свій обов'язок перед суспільством в урочистій «Клятві Флоренс Найтінгейл». Текст був підготовлений спеціальним комітетом під головуванням медичної сестри. Він починається

словами: «Перед Богом і перед обличчям присутніх я урочисто обіцяю вести життя, наповнене чистотою і чесно виконувати свої професійні обов'язки. Я утримуватимуся від усього шкідливого і згубного і ніколи свідомо не використаю і не призначу ліки, що можуть завдати шкоди. Я зроблю все, що в моїх силах, щоб підтримувати і підвищувати рівень моєї професії. Я триматиму в таємниці всю особисту інформацію, яка опиниться в моєму розпорядженні під час роботи з пацієнтом і його рідними. Я віддано допомагатиму лікареві в його роботі і присвячу себе невпинній роботі для благополуччя всіх увіренних мені пацієнтів».

Своєрідність сестринської справи, на відміну від лікарської, в іншому розподілі сфер уваги і відмінності основних інтересів. Уся увага сестри милосердя зосереджується на людині, яка страждає, і мета її – максимально можливе зменшення страждань, забезпечення комфорту, догляду, компенсація фізичної і психічної немочі, активна протидія хворобі за допомогою виходжування. Лікар робить ампутацію кінцівки, а як пацієнтові без неї жити, як фізично, психологічно, соціально пристосуватися до цього стану – завдання, що вирішується медичною сестрою.

Принципи взаємовідносин медичної сестри і пацієнта

У стосунках медичної сестри і пацієнта діють ті ж принципи, що і в роботі лікаря, але, природно, в специфічному заломленні. Принципи справедливості, поваги автономії особистості, великий медичний принцип «не зашкодь», «роби благо», правило інформованої згоди однаково значущі і для медичної сестри. Свою обіцянку сестри милосердя реалізують у самовідданому догляді за хворими, в старанній підтримці зусиль лікаря, в розумних рекомендаціях пацієнтам відносно поведінки, режиму, способу життя, заснованих на науці і сестринському досвіді.

Для медичних сестер не менше, ніж для лікарів, важливі культура спілкування, вихованість, душевність, здатність співпереживати, висока духовність, оптимізм, воля, психічна стійкість. Кращі і необхідніші якості медичних сестер групуються у «Моральному кодексі медичної сестри», що має виховне і нормативне значення. Перший такий кодекс був розроблений у 1950 році і після багатократних обговорень і доповнень був прийнятий і затверджений Міжнародною асоціацією медсестер. Він складається з 11 статей.

ДОДАТКИ

КОНВЕНЦІЯ ПРО ЗАХИСТ ПРАВ І ГІДНОСТІ ЛЮДИНИ ЩОДО ЗАСТОСУВАННЯ БІОЛОГІЇ ТА МЕДИЦИНИ

Конвенція про права людини та біомедицину

(Ов'єдо, 4 квітня 1997 р.)

Офіційний переклад

Преамбула

Держави – члени Ради Європи, інші держави та Європейське співтовариство, які підписали цю Конвенцію,

беручи до уваги Загальну декларацію прав людини, проголошену Генеральною Асамблеєю Організації Об'єднаних Націй 10 грудня 1948 року,

беручи до уваги Конвенцію про захист прав і основних свобод людини від 4 листопада 1950 року,

беручи до уваги Європейську соціальну хартію від 18 жовтня 1961 року,

беручи до уваги Міжнародний пакт про громадянські та політичні права та Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права від 16 грудня 1966 року,

беручи до уваги Конвенцію про захист осіб стосовно автоматизованої обробки даних особистого характеру,

беручи також до уваги Конвенцію про права дитини від 20 листопада 1989 року,

враховуючи, що метою Ради Європи є досягнення більшого єднання між її членами і що одним із засобів, за допомогою якого ця мета має бути досягнута, є захист і подальше здійснення прав і основних свобод людини,

усвідомлюючи, що біологія та медицина розвиваються прискореними темпами,

переконані у необхідності поважати людину як окрему особистість та як члена людської спільноти та визнаючи важливість забезпечення її гідності,

усвідомлюючи, що неналежне використання біології та медицини може призвести до дій, що загрожуватимуть гідності людини,

підтверджуючи, що прогрес в галузі біології та медицини має використовуватися на благо сучасного та прийдешніх поколінь,

підкреслюючи, що міжнародне співробітництво необхідне для того, щоб все людство могло використовувати здобутки біології та медицини,

визнаючи важливість сприяння публічному обговоренню питань, що постають у зв'язку із застосуванням біології та медицини, та рішень, яких вони вимагають,

бажаючи нагадати всім членам суспільства про їхні права та обов'язки,

враховуючи роботу Парламентської асамблеї у цій галузі, включаючи рекомендацію щодо розробки конвенції про біоетику,

сповнені рішучості вжити заходів, необхідних для охорони гідності та основних прав і свобод людини щодо застосування біології та медицини,

погодилися про таке:

Глава I

Загальні положення

Стаття 1

Мета і предмет

Сторони цієї Конвенції захищають гідність і тотожність всіх людей та гарантують кожній особі – без дискримінації – повагу до її недоторканості та інших прав і основних свобод щодо застосування біології та медицини.

Кожна Сторона вживає у своєму внутрішньому законодавстві заходів, необхідних для введення в дію положень цієї Конвенції.

Стаття 2

Пріоритет людини

Інтереси та благополуччя окремої людини превалюють над виключними інтересами усього суспільства або науки.

Стаття 3

Рівноправний доступ до медичної допомоги

Сторони, враховуючи медичні потреби та наявні ресурси, вживають відповідних заходів для забезпечення в межах їхньої юрисдикції рівноправного доступу до медичної допомоги належної якості.

Стаття 4

Професійні стандарти

Будь-яке втручання у сферу здоров'я, включаючи наукові дослідження, повинно здійснюватися згідно із відповідними професійними обов'язками та стандартами.

Глава II

Згода

Стаття 5

Загальне правило

Будь-яке втручання у сферу здоров'я може здійснюватися тільки після добровільної та свідомої згоди на нього відповідної особи.

Такій особі заздалегідь надається відповідна інформація про мету і характер втручання, а також про його наслідки та ризики.

Відповідна особа у будь-який час може безперешкодно відкликати свою згоду.

Стаття 6

Захист осіб, які неспроможні дати згоду

1. З урахуванням статей 17 і 20 нижче, втручання по відношенню до особи, яка є недієздатною давати згоду, може здійснюватися тільки за умови, що воно матиме безпосередню користь для такої особи.

2. Якщо відповідно до законодавства неповнолітня особа є недієздатною давати свою згоду на втручання, таке втручання може здійснюватися тільки із дозволу її представника або органу влади, або особи, або закладу, визначеного законом.

Думка неповнолітньої особи враховується як визначальний чинник, важливість якого збільшується пропорційно віку та ступеню зрілості цієї особи.

3. Якщо відповідно до законодавства повнолітня особа внаслідок психічного захворювання, хвороби або через аналогічні причини є недієздатною давати згоду на втручання, втручання може здійснюватися тільки із дозволу її представника або органу влади, або особи, або закладу, визначеного законом.

Відповідна особа у міру можливості бере участь у процедурі надання дозволу.

4. Представнику, органу влади, особі чи закладу, зазначеним у пунктах 2 і 3 вище, надається інформація, згадана у статті 5, на таких самих умовах.

5. Дозвіл, зазначений у пунктах 2 і 3 вище, у будь-який час може бути відкликаний у найвищих інтересах відповідної особи.

Стаття 7

Захист осіб, які страждають психічними розладами

За умови дотримання встановлених законом вимог захисту, включаючи процедури нагляду, контролю та оскарження, особа, яка

страждає серйозними психічними розладами, може підлягати без її власної згоди втручанню, що має за мету лікування її психічного розладу, тільки якщо без такого лікування її здоров'ю може бути заподіяна серйозна шкода.

Стаття 8

Надзвичайна ситуація

Якщо через надзвичайну ситуацію відповідна згода не може бути отримана, будь-яке необхідне з медичної точки зору втручання може негайно здійснюватися в інтересах здоров'я відповідної особи.

Стаття 9

Попередньо висловлені побажання

Якщо на час втручання пацієнт перебуває у стані неспроможності висловити свої побажання, враховуються побажання щодо медичного втручання, висловлені ним раніше.

Глава III

Приватне життя та право на інформацію

Стаття 10

Приватне життя та право на інформацію

1. Кожна особа має право на повагу до її особистого життя стосовно інформації про її здоров'я.

2. Кожна особа має право на ознайомлення із будь-якою збіраною про її здоров'я інформацією. Однак бажання осіб не отримувати такої інформації має також поважатися.

3. У виняткових випадках в інтересах пацієнта здійснення викладених у пункті 2 прав може обмежуватися законом.

Глава IV

Геном людини

Стаття 11

Заборона дискримінації

Будь-яка форма дискримінації особи за ознакою її генетичної спадковості забороняється.

Стаття 12

Прогностичне генетичне тестування

Тести, які прогнозують генетичні захворювання або які дозволяють визначити особу як носія гена, що відповідає за захворювання, чи виявити генетичну схильність чи сприйнятливність до того чи іншого захворювання, можуть проводитися тільки в інтересах здоров'я або для наукових досліджень, пов'язаних із

інтересами здоров'я, та з урахуванням відповідних консультацій спеціаліста-генетика.

Стаття 13

Втручання в геном людини

Втручання з метою видозміни геному людини може здійснюватися лише у профілактичних, діагностичних або лікувальних цілях, і тільки якщо воно не має на меті внести будь-яку видозміну у геном нащадків.

Стаття 14

Заборона селекції статі

Використання медичних репродуктивних технологій з метою селекції статі майбутньої дитини не дозволяється, за винятком випадків, коли необхідно уникнути серйозного спадкового захворювання, пов'язаного зі статтю.

Глава V

Наукові дослідження

Стаття 15

Загальне правило

Наукові дослідження у галузі біології та медицини здійснюються безперешкодно за умови дотримання положень цієї Конвенції та інших правових положень, які гарантують захист людини.

Стаття 16

Захист осіб, на яких проводяться наукові дослідження

Наукове дослідження на людині може проводитися тільки за умови виконання усіх таких вимог:

i) відсутність альтернативи, ефективність якої була б аналогічною ефективності досліджень на людях;

ii) ризики, на які може наражатися така особа, мають бути сумірні потенційній користі від дослідження;

iii) проект дослідження має бути затверджений компетентним органом після проведення незалежної експертизи його наукової цінності, включаючи оцінку важливості мети дослідження, та багатодисциплінарного розгляду його прийнятності з етичної точки зору;

iv) особи, на яких проводяться дослідження, мають бути поінформовані про їхні права та гарантії, встановлені законодавством для їхнього захисту;

v) необхідна згода, передбачена у статті 5, має бути надана чітко, конкретно, і вона має бути задокументована. Така згода може бути безперешкодно відкликана у будь-який час.

Стаття 17

Захист осіб, які неспроможні дати згоду на дослідження

1. Дослідження на особах, які є недієздатними давати згоду, зазначену у статті 5, можуть проводитися тільки за умови виконання усіх таких вимог:

i) вимоги, викладені у підпунктах i-iv статті 16, мають бути виконані;

ii) результати дослідження можуть реально та безпосередньо позитивно вплинути на здоров'я такої особи;

iii) дослідження порівнянної ефективності не можуть бути проведені на особах, здатних давати згоду;

iv) необхідний дозвіл, передбачений у статті 6, було надано конкретно та у письмовій формі;

v) відсутність заперечень з боку відповідної особи.

2. У виняткових випадках та згідно із вимогами захисту, встановленими законом, якщо дослідження не може безпосередньо позитивно вплинути на здоров'я відповідної особи, його проведення може бути дозволене за умови виконання вимог, зазначених у підпунктах i, iii, iv та v пункту 1 вище, та за умови задоволення таким додатковим вимогам:

i) дослідження має на меті – шляхом суттєвого поглиблення наукових знань про стан здоров'я особи, її захворювання або розлад – сприяти отриманню результатів, що дозволяють поліпшити стан здоров'я відповідної особи чи інших осіб такої самої вікової категорії, або осіб, що страждають таким самим захворюванням чи розладом або перебувають у такому самому стані;

ii) відповідна особа внаслідок дослідження наражається на мінімальний ризик та мінімальні проблеми.

Стаття 18

Дослідження на ембріонах *in vitro*

1. Якщо законодавство дозволяє проводити дослідження на ембріонах *in vitro*, воно забезпечує належний захист ембріона.

2. Вирощування ембріонів людини для дослідних цілей забороняється.

Глава VI

Видалення органів і тканин у живих донорів для цілей трансплантації

Стаття 19

Загальне правило

1. Видалення у живого донора органів і тканин для цілей трансплантації може здійснюватися тільки з метою лікування реципієнта та за умови відсутності необхідного органа чи необхідної тканини померлої особи та іншого альтернативного методу лікування порівнянної ефективності.

2. Необхідна згода, передбачена у статті 5, повинна надаватися чітко та конкретно або у письмовій формі, або у відповідному офіційному органі.

Стаття 20

Захист осіб, які неспроможні дати згоду на видалення органу

1. Видалення органу або тканини у особи, яка є недієздатною давати на це згоду, передбачена у статті 5, забороняється.

2. У виняткових випадках та згідно із вимогами захисту, встановленими законом, видалення регенеративної тканини у особи, яка є недієздатною давати на це згоду, може бути дозволене за умови виконання таких вимог:

i) відсутність сумісного донора, який є дієздатним давати відповідну згоду;

ii) реципієнт є братом або сестрою донора;

iii) трансплантація здійснюється для збереження життя реципієнта;

iv) дозвіл, передбачений у пунктах 2 і 3 статті 6, було надано конкретно та у письмовій формі відповідно до закону та за погодженням із компетентним органом;

v) відсутність заперечень з боку відповідного потенційного донора.

Глава VII

Заборона отримання фінансової вигоди та використання окремої частини тіла людини

Стаття 21

Заборона отримання фінансової вигоди

Тіло людини та його частини як такі не повинні бути джерелом отримання фінансової вигоди.

Стаття 22

Використання видаленої частини тіла людини

Якщо під час втручання видаляється якась частина тіла людини, вона може передаватися на збереження та використовуватися з іншою метою, ніж та, заради якої її було видалено, тільки за умови дотримання відповідних процедур інформування та надання згоди.

Глава VIII

Порушення положень Конвенції

Стаття 23

Порушення прав або принципів

Сторони забезпечують належний судовий захист з метою негайного запобігання незаконному порушенню прав і принципів, визначених у цій Конвенції, або припинення такого порушення.

Стаття 24

Відшкодування за неправомірно завдану шкоду

Особа, якій в результаті втручання було неправомірно завдано шкоди, має право на справедливе відшкодування відповідно до вимог та процедур, встановлених законом.

Стаття 25

Санкції

Сторони передбачають застосування відповідних санкцій у разі порушення положень, що містяться у цій Конвенції.

Глава IX

Відношення цієї Конвенції до інших положень

Стаття 26

Обмеження на здійснення прав

1. Здійснення прав і положень про захист, що містяться у цій Конвенції, не підлягає жодним обмеженням, за винятком тих, які встановлені законом і є необхідними в демократичному суспільстві в інтересах громадської безпеки, з метою запобігання злочинам, для захисту здоров'я населення чи з метою захисту прав і свобод інших людей.

2. Передбачені у попередньому пункті обмеження не можуть застосовуватися до статей 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20 і 21.

Стаття 27

Більш широкий захист

Жодне з положень цієї Конвенції не може тлумачитися як таке, що обмежує чи в інший спосіб зашкоджує можливості Сторони надавати щодо застосування біології та медицини більш широкий захист, ніж захист, який передбачається цією Конвенцією.

Глава X

Публічне обговорення

Стаття 28

Публічне обговорення

Сторони цієї Конвенції слідкують за тим, щоб фундаментальні питання, які постають у зв'язку із досягненнями у галузі біології та медицини, були предметом належного публічного обговорення з урахуванням, зокрема, відповідних медичних, соціальних, економічних, етичних і правових наслідків та щоб їхнє можливе застосування було предметом відповідних консультацій.

Глава XI

Тлумачення та виконання Конвенції

Стаття 29

Тлумачення Конвенції

Європейський суд з прав людини, не посиляючись безпосередньо на жодну конкретну справу, що розглядається тим чи іншим судом, може надавати консультативні висновки з правових питань, які стосуються тлумачення цієї Конвенції, на прохання:

- Уряду однієї зі Сторін після надання інформації про це іншим Сторонам;

- Комітету, створеного згідно зі статтею 32, у складі представників Сторін цієї Конвенції, рішенням, яке ухвалюється більшістю у дві третини поданих голосів.

Стаття 30

Доповіді про виконання Конвенції

Кожна Сторона надає на прохання Генерального секретаря Ради Європи пояснення щодо того, як її внутрішнє законодавство забезпечує ефективне виконання будь-якого з положень Конвенції.

Глава XII

Протоколи

Стаття 31

Протоколи

Протоколи можуть укладатися на виконання положень статті 32 з метою розвитку в окремих галузях принципів, які містяться у цій Конвенції.

Протоколи відкрито для підписання державами, які підписали Конвенцію. Вони підлягають ратифікації, прийняттю чи затвердженню. Держава, яка підписала Конвенцію, не може ратифікувати, прийняти або затвердити протоколи, якщо вона

раніше або одночасно не ратифікувала, не прийняла чи не затвердила Конвенцію.

Глава XIII

Поправки до Конвенції

Стаття 32

Поправки до Конвенції

1. Завдання, що покладаються на "Комітет" у цій статті та у статті 29, виконуються Керівним комітетом з біоетики (CDBI) або будь-яким іншим комітетом, призначеним з цією метою Комітетом міністрів.

2. Без шкоди для конкретних положень статті 29 кожна держава – член Ради Європи, а також кожна Сторона цієї Конвенції, яка не є членом Ради Європи, може бути представлена у Комітеті та може мати в ньому один голос, якщо він виконує завдання, покладені на нього цією Конвенцією.

3. Будь-яка держава, яка зазначена у статті 33 або якій запропоновано приєднатися до Конвенції відповідно до положень статті 34 і яка не є Стороною цієї Конвенції, може бути представлена у Комітеті спостерігачем. Якщо Європейське співтовариство не є Стороною Конвенції, воно може бути представлене у Комітеті спостерігачем.

4. З метою відслідковування наукових досягнень ця Конвенція розглядається у Комітеті не пізніше ніж через п'ять років від дати набрання нею чинності, а у подальшому – через такі проміжки часу, які Комітет може визначити.

5. Будь-яка пропозиція про внесення поправки до цієї Конвенції та будь-яка пропозиція стосовно протоколу чи поправки до протоколу, зроблена Стороною, Комітетом або Комітетом міністрів, повідомляється Генеральному секретарю Ради Європи, який надсилає її державам – членам Ради Європи, Європейському співтовариству, будь-якій державі, що підписала Конвенцію, будь-якій Стороні, будь-якій державі, якій запропоновано підписати цю Конвенцію відповідно до положень статті 33, а також будь-якій державі, якій запропоновано приєднатися до неї відповідно до положень статті 34.

6. Комітет розглядає пропозицію не раніше ніж через два місяці від дати її подання Генеральним секретарем відповідно до пункту 5. Текст, ухвалений більшістю у дві третини поданих голосів, Комітет надсилає Комітету міністрів для затвердження. Після його

затвердження текст надсилається Сторонам для ратифікації, прийняття чи затвердження.

7. Стосовно Сторін, які її прийняли, будь-яка поправка набирає чинності в перший день місяця, що настає після закінчення одномісячного періоду від дати, на яку п'ять Сторін, серед яких принаймні чотири є членами Ради Європи, поінформували Генерального секретаря про її прийняття.

Стосовно будь-якої Сторони, яка прийматиме поправку після набрання нею чинності, поправка набирає чинності в перший день місяця, що настає після закінчення одномісячного періоду від дати, на яку ця Сторона поінформувала Генерального секретаря про її прийняття.

Глава XIV

Заключні положення

Стаття 33

Підписання, ратифікація та набрання чинності

1. Цю Конвенцію відкрито для підписання державами – членами Ради Європи, державами, які не є членами Ради, але які брали участь у її розробці, та Європейським співтовариством.

2. Ця Конвенція підлягає ратифікації, прийняттю чи затвердженню. Ратифікаційні грамоти або документи про прийняття чи затвердження здаються на зберігання Генеральному секретарю Ради Європи.

3. Ця Конвенція набирає чинності в перший день місяця, що настає після закінчення тримісячного періоду від дати, на яку п'ять держав, серед яких принаймні чотири є членами Ради Європи, висловили свою згоду на обов'язковість для них цієї Конвенції відповідно до положень пункту 2 цієї статті.

4. Стосовно будь-якої держави, яка підписала Конвенцію і яка висловлюватиме свою згоду на обов'язковість для неї Конвенції після набрання нею чинності, Конвенція набирає чинності в перший день місяця, що настає після закінчення тримісячного періоду від дати здачі на зберігання її ратифікаційної грамоти або документа про прийняття чи затвердження.

Стаття 34

Держави, що не є членами Ради

1. Після набрання цією Конвенцією чинності Комітет міністрів Ради Європи після консультацій зі Сторонами може запропонувати будь-якій державі, яка не є членом Ради Європи, приєднатися до цієї

Конвенції у рішенні, що приймається більшістю голосів, передбаченою у пункті d статті 20 Статуту Ради Європи, і одноставним голосуванням представників Договірних Держав, які мають право засідати в Комітеті міністрів.

2. Стосовно будь-якої держави, що приєдналася до цієї Конвенції, Конвенція набирає чинності в перший день місяця, що настає після закінчення тримісячного періоду від дати здачі на зберігання документа про приєднання Генеральному секретарю Ради Європи.

Стаття 35

Територіальне застосування

1. Будь-яка держава, що підписала цю Конвенцію, під час підписання або здачі на зберігання своєї ратифікаційної грамоти або свого документа про прийняття чи затвердження може визначити територію (території), до якої застосовуватиметься ця Конвенція. Будь-яка інша держава може зробити таку заяву під час здачі на зберігання свого документа про приєднання.

2. Будь-яка Сторона може в будь-який інший час після цього заявою на ім'я Генерального секретаря Ради Європи поширити дію цієї Конвенції на будь-яку іншу територію, яка визначена в цій заяві та за міжнародні відносини якої вона несе відповідальність або від імені якої вона уповноважена брати зобов'язання. Щодо такої території Конвенція набирає чинності в перший день місяця, що настає після закінчення тримісячного періоду від дати отримання такої заяви Генеральним секретарем.

3. Будь-яка заява, зроблена відповідно до двох попередніх пунктів, може стосовно будь-якої території, визначеної в цій заяві, бути відкликана шляхом подання відповідного повідомлення на ім'я Генерального секретаря. Відкликання набирає чинності в перший день місяця, що настає після закінчення тримісячного періоду від дати отримання такого повідомлення Генеральним секретарем.

Стаття 36

Застереження

1. Будь-яка держава та Європейське співтовариство під час підписання цієї Конвенції або здачі на зберігання ратифікаційної грамоти чи документа про прийняття, затвердження або приєднання можуть заявити застереження стосовно будь-якого окремого положення Конвенції, якщо будь-який закон, чинний на цей час на її території, не відповідає цьому положенню. Застереження загального характеру згідно з цією статтею не дозволяються.

2. Будь-яке застереження, заявлене згідно з цією статтею, має містити короткий виклад відповідного закону.

3. Будь-яка Сторона, що поширює дію цієї Конвенції на територію, визначену у заяві, зазначеній у пункті 2 статті 35, може стосовно відповідної території заявити застереження відповідно до положень попередніх пунктів.

4. Будь-яка Сторона, що заявила застереження, зазначене у цій статті, може відкликати його шляхом подання відповідного повідомлення на ім'я Генерального секретаря Ради Європи. Відкликання набирає чинності в перший день місяця, що настає після закінчення одномісячного періоду від дати отримання такого повідомлення Генеральним секретарем.

Стаття 37

Денонсація

1. Будь-яка Сторона може в будь-який час денонсувати цю Конвенцію шляхом подання відповідного повідомлення на ім'я Генерального секретаря Ради Європи.

2. Така денонсація набирає чинності в перший день місяця, що настає після закінчення тримісячного періоду від дати отримання такого повідомлення Генеральним секретарем.

Стаття 38

Повідомлення

Генеральний секретар Ради Європи повідомляє держави – члени Ради, Європейське співтовариство, будь-яку державу, що підписала Конвенцію, будь-яку Сторону, а також будь-яку іншу державу, якій запропоновано приєднатися до цієї Конвенції, про:

- a) будь-яке підписання;
- b) здачу на зберігання будь-якої ратифікаційної грамоти або будь-якого документа про прийняття, затвердження чи приєднання;
- c) будь-яку дату набрання чинності цією Конвенцією відповідно до статей 33 і 34;
- d) будь-яку поправку чи будь-який протокол, прийнятий відповідно до статті 32, та дату, від якої така поправка чи такий протокол набирає чинності;
- e) будь-яку заяву, зроблену згідно з положеннями статті 35;
- f) будь-яке застереження та відкликання застереження, заявлені на виконання положень статті 36;
- g) будь-яку іншу дію, будь-яке повідомлення або сповіщення, які стосуються цієї Конвенції.

КОНВЕНЦІЯ

про захист прав людини і основоположних свобод

(Конвенцію ратифіковано Законом № 475/97-ВР від 17.07.97)

Офіційний переклад

Уряди держав – членів Ради Європи, які підписали цю Конвенцію,

беручи до уваги Загальну декларацію прав людини, проголошену Генеральною Асамблеєю Організації Об'єднаних Націй 10 грудня 1948 року,

беручи до уваги те, що ця Декларація має на меті забезпечити загальне та ефективне визнання і додержання проголошених у ній прав,

беручи до уваги те, що метою Ради Європи є досягнення тіснішого єднання між її членами і що одним із засобів досягнення цієї мети є забезпечення і розвиток прав людини та основоположних свобод,

знову підтверджуючи свою глибоку віру в ті основоположні свободи, які становлять підвалини справедливості та миру в усьому світі і які найкращим чином забезпечуються, з одного боку, завдяки дієвій політичній демократії, а з іншого боку, завдяки спільному розумінню і додержанню прав людини, від яких вони залежать,

сповнені рішучості, як уряди європейських держав, що є однодумцями і мають спільну спадщину політичних традицій, ідеалів, свободи і верховенства права, зробити перші кроки для забезпечення колективного гарантування певних прав, проголошених у Загальній декларації, домовилися про таке:

Стаття 1 Зобов'язання поважати права людини

Високі Договірні Сторони гарантують кожному, хто перебуває під їхньою юрисдикцією, права і свободи, визначені в розділі I цієї Конвенції.

Розділ I Права і свободи

Стаття 2 Право на життя

1. Право кожного на життя охороняється законом. Нікого не може бути умисно позбавлено життя інакше ніж на виконання смертного вироку суду, винесеного після визнання його винним у вчиненні злочину, за який закон передбачає таке покарання.

2. Позбавлення життя не розглядається як таке, що вчинене на порушення цієї статті, якщо воно є наслідком виключно необхідного застосування сили:

- a) для захисту будь-якої особи від незаконного насильства;
- b) для здійснення законного арешту або для запобігання втечі особи, яку законно тримають під вартою;
- c) при вчиненні правомірних дій для придушення заворушення або повстання.

Стаття 3 Заборона катування

Нікого не може бути піддано катуванню або нелюдському чи такому, що принижує гідність, поводженню або покаранню.

Стаття 4 Заборона рабства і примусової праці

- 1. Нікого не можна тримати в рабстві або в підневільному стані.
- 2. Ніхто не може бути присилуваний виконувати примусову чи обов'язкову працю.
- 3. Для цілей цієї статті значення терміна "примусова чи обов'язкова праця" не поширюється:
 - a) на будь-яку роботу, виконання якої зазвичай вимагається під час призначеного згідно з положеннями статті 5 цієї Конвенції тримання в умовах позбавлення свободи або під час умовного звільнення;
 - b) на будь-яку службу військового характеру або – у випадку, коли особа відмовляється від неї з мотивів особистих переконань у країнах, де така відмова визнається, – службу, яка вимагається замість обов'язкової військової служби;
 - c) на будь-яку службу, що вимагається у випадку надзвичайної ситуації або стихійного лиха, яке загрожує життю чи благополуччю суспільства;
 - d) на будь-яку роботу чи службу, яка є частиною звичайних громадянських обов'язків.

Стаття 5 Право на свободу та особисту недоторканність

1. Кожен має право на свободу та особисту недоторканність. Нікого не може бути позбавлено свободи, крім таких випадків і відповідно до процедури, встановленої законом:

- a) законне ув'язнення особи після засудження її компетентним судом;

б) законний арешт або затримання особи за невиконання законного припису суду або для забезпечення виконання будь-якого обов'язку, встановленого законом;

с) законний арешт або затримання особи, здійснене з метою допровадження її до компетентного судового органу за наявності обґрунтованої підозри у вчиненні нею правопорушення або якщо обґрунтовано вважається необхідним запобігти вчиненню нею правопорушення чи її втечі після його вчинення;

д) затримання неповнолітнього на підставі законного рішення з метою застосування наглядових заходів виховного характеру або законне затримання неповнолітнього з метою допровадження його до компетентного органу;

е) законне затримання осіб для запобігання поширенню інфекційних захворювань, законне затримання психічнохворих, алкоголіків або наркоманів чи бродяг;

ф) законний арешт або затримання особи з метою запобігання її недозволеному в'їзду в країну чи особи, щодо якої провадиться процедура депортації або екстрадиції.

2. Кожен, кого заарештовано, має бути негайно поінформований зрозумілою для нього мовою про підстави його арешту і про будь-яке обвинувачення, висунуте проти нього.

3. Кожен, кого заарештовано або затримано згідно з положеннями підпункту "с" пункту 1 цієї статті, має негайно постати перед суддею чи іншою посадовою особою, якій закон надає право здійснювати судову владу, і йому має бути забезпечено розгляд справи судом упродовж розумного строку або звільнення під час провадження. Таке звільнення може бути обумовлене гарантіями з'явитися на судове засідання.

4. Кожен, кого позбавлено свободи внаслідок арешту або тримання під вартою, має право ініціювати провадження, в ході якого суд без зволікання встановлює законність затримання і приймає рішення про звільнення, якщо затримання є незаконним.

5. Кожен, хто є потерпілим від арешту або затримання, здійсненого всупереч положенням цієї статті, має забезпечене правовою санкцією право на відшкодування.

Стаття 6 Право на справедливий суд

1. Кожен має право на справедливий і публічний розгляд його справи упродовж розумного строку незалежним і безстороннім судом, встановленим законом, який вирішить спір щодо його прав

та обов'язків цивільного характеру або встановить обґрунтованість будь-якого висунутого проти нього кримінального обвинувачення. Судове рішення проголошується публічно, але преса і публіка можуть бути не допущені в зал засідань протягом усього судового розгляду або його частини в інтересах моралі, громадського порядку чи національної безпеки в демократичному суспільстві, якщо того вимагають інтереси неповнолітніх або захист приватного життя сторін, або – тією мірою, що визнана судом суворо необхідною, – коли за особливих обставин публічність розгляду може зашкодити інтересам правосуддя.

2. Кожен, кого обвинувачено у вчиненні кримінального правопорушення, вважається невинуватим доти, доки його вину не буде доведено в законному порядку.

3. Кожний обвинувачений у вчиненні кримінального правопорушення має щонайменше такі права:

а) бути негайно і детально поінформованим зрозумілою для нього мовою про характер і причини обвинувачення, висунутого проти нього;

б) мати час і можливості, необхідні для підготовки свого захисту;

в) захищати себе особисто чи використовувати юридичну допомогу захисника, вибраного на власний розсуд, або – за браком достатніх коштів для оплати юридичної допомоги захисника – одержувати таку допомогу безоплатно, коли цього вимагають інтереси правосуддя;

г) допитувати свідків обвинувачення або вимагати, щоб їх допитали, а також вимагати виклику й допиту свідків захисту на тих самих умовах, що й свідків обвинувачення;

е) якщо він не розуміє мови, яка використовується в суді, або не розмовляє нею, – одержувати безоплатну допомогу перекладача.

Стаття 7 Ніякого покарання без закону

1. Нікого не може бути визнано винним у вчиненні будь-якого кримінального правопорушення на підставі будь-якої дії чи бездіяльності, яка на час її вчинення не становила кримінального правопорушення згідно з національним законом або міжнародним правом. Також не може бути призначене суворіше покарання ніж те, що підлягало застосуванню на час вчинення кримінального правопорушення.

2. Ця стаття не є перешкодою для судового розгляду, а також для покарання будь-якої особи за будь-яку дію чи бездіяльність, яка на час її вчинення становила кримінальне правопорушення відповідно до загальних принципів права, визнаних цивілізованими націями.

Стаття 8 Право на повагу до приватного і сімейного життя

1. Кожен має право на повагу до свого приватного і сімейного життя, до свого житла і кореспонденції.

2. Органи державної влади не можуть втручатись у здійснення цього права, за винятком випадків, коли втручання здійснюється згідно із законом і є необхідним у демократичному суспільстві в інтересах національної та громадської безпеки чи економічного добробуту країни, для запобігання заворушенням чи злочинам, для захисту здоров'я чи моралі або для захисту прав і свобод інших осіб.

Стаття 9 Свобода думки, совісті і релігії

1. Кожен має право на свободу думки, совісті та релігії; це право включає свободу змінювати свою релігію або переконання, а також свободу сповідувати свою релігію або переконання під час богослужіння, навчання, виконання та дотримання релігійної практики і ритуальних обрядів як одноособово, так і спільно з іншими, як прилюдно, так і приватно.

2. Свобода сповідувати свою релігію або переконання підлягає лише таким обмеженням, що встановлені законом і є необхідними в демократичному суспільстві в інтересах громадської безпеки, для охорони публічного порядку, здоров'я чи моралі або для захисту прав і свобод інших осіб.

Стаття 10 Свобода вираження поглядів

1. Кожен має право на свободу вираження поглядів. Це право включає свободу дотримуватися своїх поглядів, одержувати і передавати інформацію та ідеї без втручання органів державної влади і незалежно від кордонів. Ця стаття не перешкоджає державам вимагати ліцензування діяльності радіомовних, телевізійних або кінематографічних підприємств.

2. Здійснення цих свобод, оскільки воно пов'язане з обов'язками і відповідальністю, може підлягати таким формальностям, умовам, обмеженням або санкціям, що встановлені законом і є необхідними в демократичному суспільстві в інтересах національної безпеки, територіальної цілісності або громадської безпеки, для запобігання

заворушенням чи злочинам, для охорони здоров'я чи моралі, для захисту репутації чи прав інших осіб, для запобігання розголошенню конфіденційної інформації або для підтримання авторитету і безсторонності суду.

Стаття 11 Свобода зібрань та об'єднання

1. Кожен має право на свободу мирних зібрань і свободу об'єднання з іншими особами, включаючи право створювати профспілки та вступати до них для захисту своїх інтересів.

2. Здійснення цих прав не підлягає жодним обмеженням, за винятком тих, що встановлені законом і є необхідними в демократичному суспільстві в інтересах національної або громадської безпеки, для запобігання заворушенням чи злочинам, для охорони здоров'я чи моралі або для захисту прав і свобод інших осіб. Ця стаття не перешкоджає запровадженню законних обмежень на здійснення цих прав особами, що входять до складу збройних сил, поліції чи адміністративних органів держави.

Стаття 12 Право на шлюб

Чоловік і жінка, що досягли шлюбного віку, мають право на шлюб і створення сім'ї згідно з національними законами, які регулюють здійснення цього права.

Стаття 13 Право на ефективний засіб юридичного захисту

Кожен, чиї права та свободи, визнані в цій Конвенції, було порушено, має право на ефективний засіб юридичного захисту в національному органі, навіть якщо таке порушення було вчинене особами, які здійснювали свої офіційні повноваження.

Стаття 14 Заборона дискримінації

Користування правами та свободами, визнаними в цій Конвенції, має бути забезпечене без дискримінації за будь-якою ознакою – статі, раси, кольору шкіри, мови, релігії, політичних чи інших переконань, національного чи соціального походження, належності до національних меншин, майнового стану, народження, або за іншою ознакою.

Стаття 15 Відступ від зобов'язань під час надзвичайної ситуації

1. Під час війни або іншої суспільної небезпеки, яка загрожує життю нації, будь-яка Висока Договірна Сторона може вживати заходів, що відступають від її зобов'язань за цією Конвенцією, виключно в тих межах, яких вимагає гострота становища, і за умови,

що такі заходи не суперечать іншим її зобов'язанням згідно з міжнародним правом.

2. Наведене вище положення не може бути підставою для відступу від статті 2, крім випадків смерті внаслідок правомірних воєнних дій, і від статей 3, 4 (пункт 1) і 7.

3. Будь-яка Висока Договірна Сторона, використовуючи це право на відступ від своїх зобов'язань, у повному обсязі інформує Генерального секретаря Ради Європи про вжиті нею заходи і причини їх вжиття. Вона також повинна повідомити Генерального секретаря Ради Європи про час, коли такі заходи перестали застосовуватися, а положення Конвенції знову застосовуються повною мірою.

Стаття 16 Обмеження політичної діяльності іноземців

Жодне з положень статей 10, 11 і 14 не може розглядатись як таке, що забороняє Високим Договірним Сторонам встановлювати обмеження на політичну діяльність іноземців.

Стаття 17 Заборона зловживання правами

Жодне з положень цієї Конвенції не може тлумачитись як таке, що надає будь-якій державі, групі чи особі право займатися будь-якою діяльністю або вчиняти будь-яку дію, спрямовану на скасування будь-яких прав і свобод, визнаних цією Конвенцією, або на їх обмеження в більшому обсязі, ніж це передбачено в Конвенції.

Стаття 18 Межі застосування обмежень прав

Обмеження, дозволені згідно з цією Конвенцією щодо зазначених прав і свобод, не застосовуються для інших цілей ніж ті, для яких вони встановлені.

Розділ II Європейський суд з прав людини

Стаття 19 Створення Суду

Для забезпечення дотримання Високими Договірними Сторонами їхніх зобов'язань за Конвенцією та протоколами до неї створюється Європейський суд з прав людини, який далі називається "Суд". Він функціонує на постійній основі.

Стаття 20 Кількість суддів

Суд складається з такої кількості суддів, яка відповідає кількості Високих Договірних Сторін.

Стаття 21 Посадові критерії

1. Судді повинні мати високі моральні якості, а також мати кваліфікацію, необхідну для призначення на високу суддівську посаду, чи бути юристами з визнаним рівнем компетентності.

2. Судді беруть участь у роботі Суду в особистій якості.

3. Упродовж строку своїх повноважень судді не можуть займатися жодною діяльністю, що є не сумісною з їхньою незалежністю, безсторонністю або з вимогами щодо виконання посадових обов'язків на постійній основі; усі питання, що виникають внаслідок застосування цього пункту, вирішуються Судом.

Стаття 22 Вибори суддів

Судді обираються Парламентською Асамблеєю від кожної Високої Договірної Сторони більшістю поданих голосів за списком з трьох кандидатів, запропонованих відповідною Високою Договірною Стороною.

Стаття 23 Строк повноважень і звільнення з посади

1. Судді обираються строком на дев'ять років. Вони не можуть бути переобрані.

2. Строк повноважень суддів спливає, коли вони досягають 70-річного віку.

3. Судді обіймають посаду доти, доки їх не замінять. Проте вони продовжують вести ті справи, які вже є в їхньому провадженні.

4. Жодний суддя не може бути звільнений з посади, якщо тільки інші судді більшістю у дві третини голосів не ухваллять рішення про його невідповідність установленим вимогам.

Стаття 24 Канцелярія і доповідачі

1. Суд має канцелярію, функції та організація якої визначені Регламентом Суду.

2. Коли Суд засідає у складі одного судді, Суду надають допомогу доповідачі, які діють під керівництвом Голови Суду. Вони входять до складу канцелярії Суду.

Стаття 25 Пленарні засідання Суду

Суд на пленарних засіданнях:

a) обирає Голову Суду та одного чи двох заступників Голови Суду строком на три роки; вони можуть бути переобрані;

b) створює палати на встановлений строк;

c) обирає голів палат; вони можуть бути переобрані;

d) приймає Регламент Суду;

e) обирає Секретаря Суду та одного чи більше заступників Секретаря;

f) звертається з будь-яким клопотанням згідно з пунктом 2 статті 26.

Стаття 26 Одноособовий склад Суду, комітети, палати та Велика палата

1. Для розгляду переданих йому справ Суд засідає у складі одного судді, комітетами у складі трьох суддів, палатами у складі семи суддів і Великою палатою у складі сімнадцяти суддів. Палати Суду створюють комітети на встановлений строк.

2. За клопотанням пленарного засідання Суду Комітет Міністрів може, одноставним рішенням і на встановлений строк, зменшити кількість суддів у палатах до п'яти.

3. Коли суддя засідає одноособово, він не розглядає жодної заяви проти Високої Договірної Сторони, від якої цього суддю було обрано.

4. Суддя, обраний від Високої Договірної Сторони, яка є стороною у справі, є *ex officio* членом палати або Великої палати. У разі відсутності такого судді або якщо він не може брати участь у засіданнях, Голова Суду вибирає зі списку, поданого заздалегідь цією Стороною, особу, яка засідає як суддя.

5. До складу Великої палати входять також Голова Суду, заступники Голови, голови палат та інші судді, яких визначено відповідно до Регламенту Суду. Якщо справа передається до Великої палати згідно зі статтею 43, у Великій палаті не може засідати жодний суддя з палати, яка постановила рішення у справі, за винятком голови палати і судді, який засідав від заінтересованої Високої Договірної Сторони.

Стаття 27 Компетенція суддів, які засідають одноособово

1. Суддя, який засідає одноособово, може оголосити неприйнятною або вилучити з реєстру справ заяву, подану згідно зі статтею 34, якщо таке рішення може бути прийняте без додаткового вивчення.

2. Це рішення є остаточним.

3. Якщо суддя, який засідає одноособово, не оголошує заяву неприйнятною або не вилучає її з реєстру справ, то цей суддя передає її до комітету або палати для подальшого розгляду.

Стаття 28 Компетенція комітетів

1. Стосовно заяви, поданої згідно зі статтею 34, комітет може одноставним голосуванням:

а) оголосити її неприйнятною або вилучити її з реєстру справ, якщо таке рішення може бути прийняте без додаткового вивчення; або

б) оголосити її прийнятною і одночасно постановити рішення по суті, якщо покладене в основу справи питання щодо тлумачення або застосування Конвенції чи протоколів до неї є предметом усталеної практики Суду.

2. Рішення та рішення по суті, передбачені пунктом 1, є остаточними.

3. Якщо суддя, обраний від Високої Договірної Сторони, яка є стороною у справі, не є членом комітету, комітет може на будь-якій стадії провадження запросити цього суддю зайняти місце одного з членів комітету, беручи до уваги всі відповідні чинники, у тому числі те, чи заперечувала ця Сторона проти застосування процедури, передбаченої підпунктом "b" пункту 1.

Стаття 29 Рішення палат щодо прийнятності та суті заяв

1. Якщо згідно зі статтею 27 чи статтею 28 не прийнято жодного рішення, або згідно зі статтею 28 не постановлено жодного рішення по суті, палата приймає рішення щодо прийнятності та суті індивідуальних заяв, поданих згідно зі статтею 34. Рішення щодо прийнятності може бути прийняте окремо.

2. Палата приймає рішення щодо прийнятності та суті міждержавних заяв, поданих згідно зі статтею 33. Рішення щодо прийнятності приймається окремо, якщо Суд за виняткових обставин не вирішить інакше.

Стаття 30 Відмова від розгляду справи на користь Великої палати

Якщо справа, яку розглядає палата, порушує істотні питання щодо тлумачення Конвенції чи протоколів до неї або якщо вирішення питання, яке вона розглядає, може мати наслідком несумісність із рішенням, постановленим Судом раніше, палата може в будь-який час до постановлення свого рішення відмовитися від розгляду справи на користь Великої палати, якщо жодна зі сторін у справі не заперечує проти цього.

Стаття 31 Повноваження Великої палати

Велика палата:

а) приймає рішення щодо заяв, поданих згідно зі статтею 33 чи статтею 34, якщо палата відмовляється від розгляду справи згідно зі

статтею 30 або якщо справу було передано їй на розгляд згідно зі статтею 43;

б) приймає рішення з питань, поданих Суду Комітетом Міністрів згідно з пунктом 4 статті 46; та

с) розглядає запити про надання консультативних висновків, подані згідно зі статтею 47.

Стаття 32 Юрисдикція Суду

1. Юрисдикція Суду поширюється на всі питання тлумачення і застосування Конвенції та протоколів до неї, подані йому на розгляд відповідно до статей 33, 34, 46 і 47.

2. У випадку виникнення спору щодо юрисдикції Суду спір вирішує сам Суд.

Стаття 33 Міждержавні справи

Будь-яка Висока Договірна Сторона може передати на розгляд Суду питання про будь-яке порушення положень Конвенції та протоколів до неї, яке допущене, на її думку, іншою Високою Договірною Стороною.

Стаття 34 Індивідуальні заяви

Суд може приймати заяви від будь-якої особи, неурядової організації або групи осіб, які вважають себе потерпілими від допущеного однією з Високих Договірних Сторін порушення прав, викладених у Конвенції або протоколах до неї. Високі Договірні Сторони зобов'язуються не перешкоджати жодним чином ефективному здійсненню цього права.

Стаття 35 Умови прийнятності

1. Суд може брати справу до розгляду лише після того, як було вичерпано всі національні засоби юридичного захисту, згідно із загально визнаними принципами міжнародного права, і впродовж шести місяців від дати постановлення остаточного рішення на національному рівні.

2. Суд не розглядає жодної індивідуальної заяви, поданої згідно зі статтею 34, якщо вона:

а) є анонімною; або

б) за своєю суттю є ідентичною до заяви, що вже була розглянута Судом чи була подана на розгляд до іншого міжнародного органу розслідування чи врегулювання, і якщо вона не містить нових фактів у справі.

3. Суд оголошує непринятною будь-яку індивідуальну заяву, подану згідно зі статтею 34, якщо він вважає:

а) що ця заява несумісна з положеннями Конвенції або протоколів до неї, явно необґрунтована або є зловживанням правом на подання заяви;

або

б) що заявник не зазнав суттєвої шкоди, якщо тільки повага до прав людини, гарантованих Конвенцією і протоколами до неї, не вимагає розгляду заяви по суті, а також за умови, що на цій підставі не може бути відхилена жодна справа, яку національний суд не розглянув належним чином.

4. Суд відхиляє будь-яку заяву, яку він вважає неприйнятною згідно з цією статтею. Він може зробити це на будь-якій стадії провадження у справі.

Стаття 36 Участь третьої сторони

1. У всіх справах, які розглядає палата або Велика палата, Висока Договірна Сторона, громадянин якої є заявником, має право подавати свої письмові зауваження і брати участь у слуханнях.

2. В інтересах належного здійснення правосуддя Голова Суду може запропонувати будь-якій Високій Договірній Стороні, яка не є стороною в судовому розгляді, чи будь-якій заінтересованій особі, яка не є заявником, подати свої письмові зауваження або взяти участь у слуханнях.

3. У всіх справах, які розглядає палата або Велика палата, Комісар Ради Європи з прав людини має право подавати свої письмові зауваження і брати участь у слуханнях.

Стаття 37 Вилучення заяв з реєстру справ

1. Суд може на будь-якій стадії провадження у справі прийняти рішення про вилучення заяви з реєстру, якщо обставини дають підстави дійти висновку:

а) що заявник не має наміру далі підтримувати свою заяву; або

б) що спір уже вирішено; або

с) що на будь-якій іншій підставі, встановленій Судом, подальший розгляд заяви не є виправданим.

Проте Суд продовжує розгляд заяви, якщо цього вимагає повага до прав людини, гарантованих Конвенцією та протоколами до неї.

2. Суд може прийняти рішення про поновлення заяви в реєстрі справ, якщо він вважає, що це виправдано обставинами.

Стаття 38 Розгляд справи

Суд розглядає справу разом з представниками сторін і, у разі необхідності, проводить розслідування, для ефективного здійснення

якого заінтересовані Високі Договірні Сторони створюють усі необхідні умови.

Стаття 39 Досягнення дружнього врегулювання

1. На будь-якій стадії провадження Суд може надати себе у розпорядження заінтересованих сторін для забезпечення дружнього врегулювання спору на основі поваги до прав людини, як їх визначає Конвенція та протоколи до неї.

2. Процедура, що здійснюється відповідно до пункту 1, є конфіденційною.

3. У разі досягнення дружнього врегулювання Суд вилучає справу з реєстру, прийнявши рішення, яке містить лише стислий виклад фактів і досягнутого вирішення.

4. Це рішення передається Комітетові Міністрів, який здійснює нагляд за виконанням умов дружнього врегулювання, викладених у рішенні.

Стаття 40 Слухання у відкритому засіданні та доступ до документів

1. Слухання проводяться у відкритому засіданні, якщо Суд за виняткових обставин не вирішить інакше.

2. Доступ до документів, переданих до канцелярії, є відкритим, якщо Голова Суду не вирішить інакше.

Стаття 41 Справедлива сатисфакція

Якщо Суд визнає факт порушення Конвенції або протоколів до неї і якщо внутрішнє право відповідної Високої Договірної Сторони передбачає лише часткове відшкодування, Суд, у разі необхідності, надає потерпілій стороні справедливу сатисфакцію.

Стаття 42 Рішення палат

Рішення палат стають остаточними відповідно до пункту 2 статті 44.

Стаття 43 Передання справи на розгляд Великої палати

1. Упродовж трьох місяців від дати ухвалення рішення палатою будь-яка сторона у справі може, у виняткових випадках, звернутися з клопотанням про передання справи на розгляд Великої палати.

2. Колегія у складі п'яти суддів Великої палати приймає таке клопотання, якщо справа порушує серйозне питання щодо тлумачення або застосування Конвенції чи протоколів до неї або важливе питання загального значення.

3. Якщо колегія приймає клопотання, Велика палата вирішує справу шляхом постановлення рішення.

Стаття 44 Остаточні рішення у справі

1. Рішення Великої палати є остаточним.

2. Рішення палати стає остаточним:

а) якщо сторони заявляють, що вони не звертатимуться з клопотанням про передання справи на розгляд Великої палати; або

б) через три місяці від дати постановлення рішення, якщо клопотання про передання справи на розгляд Великої палати не було заявлено; або

с) якщо колегія Великої палати відхиляє клопотання про передання справи на розгляд Великої палати згідно зі статтею 43.

3. Остаточне рішення опубліковується.

Стаття 45 Умотивованість рішень у справі та ухвал

1. Рішення у справі, а також ухвали про прийнятність або неприйнятність заяв мають бути вмотивовані.

2. Якщо рішення у справі повністю або частково не виражає однакостаній думки суддів, кожний суддя має право викласти окрему думку.

Стаття 46 Обов'язкова сила рішень та їх виконання

1. Високі Договірні Сторони зобов'язуються виконувати остаточні рішення Суду в будь-яких справах, у яких вони є сторонами.

2. Остаточне рішення Суду передається Комітетові Міністрів, який здійснює нагляд за його виконанням.

3. Якщо Комітет Міністрів вважає, що нагляд за виконанням остаточного рішення ускладнений проблемою тлумачення рішення, він може звернутися до Суду з метою надання відповідного роз'яснення. Рішення про звернення ухвалюється більшістю у дві третини голосів представників, які мають право засідати в Комітеті.

4. Якщо Комітет Міністрів вважає, що Висока Договірна Сторона відмовляється виконувати остаточне рішення у справі, в якій вона є стороною, він може, після формального повідомлення цієї Сторони і шляхом ухвалення рішення більшістю у дві третини голосів представників, які мають право засідати в Комітеті, звернутися до Суду з питанням про додержання цією Стороною свого зобов'язання згідно з пунктом 1.

5. Якщо Суд встановлює порушення пункту 1, він передає справу Комітетові Міністрів з метою визначення заходів, яких необхідно вжити. Якщо Суд не встановлює порушення пункту 1, він

передає справу Комітетові Міністрів, який приймає рішення про закриття розгляду справи.

Стаття 47 Консультативні висновки

1. Суд може, на запит Комітету Міністрів, надавати консультативні висновки з правових питань, які стосуються тлумачення Конвенції та протоколів до неї.

2. Такі висновки не поширюються на питання, що стосуються змісту чи обсягу прав і свобод, визначених у розділі I Конвенції та протоколах до неї, чи на будь-які інші питання, які Суд або Комітет Міністрів може розглядати внаслідок будь-якого провадження, що може бути порушене відповідно до Конвенції.

3. Рішення Комітету Міністрів про подання запиту щодо консультативного висновку Суду ухвалюються більшістю голосів представників, які мають право засідати в Комітеті.

Стаття 48 Консультативна компетенція Суду

Суд вирішує, чи належить запит Комітету Міністрів щодо надання консультативного висновку до його компетенції, визначеної в статті 47.

Стаття 49 Умотивованість консультативних висновків

1. Консультативні висновки Суду мають бути вмотивовані.

2. Якщо консультативний висновок повністю або частково не виражає одностайної думки суддів, кожний суддя має право викласти окрему думку.

3. Консультативні висновки Суду передаються Комітетові Міністрів.

Стаття 50 Витрати на забезпечення діяльності Суду

Витрати на забезпечення діяльності Суду покладено на Раду Європи.

Стаття 51 Привілеї та імунітети суддів

Судді під час виконання своїх обов'язків користуються привілеями та імунітетами, передбаченими у статті 40 Статуту Ради Європи та угодах, укладених згідно з цією статтею Статуту.

Розділ III Інші положення

Стаття 52 Запити Генерального секретаря

На запит Генерального секретаря Ради Європи будь-яка Висока Договірна Сторона надає роз'яснення стосовно того, яким чином її національне право забезпечує ефективне виконання будь-якого з положень цієї Конвенції.

Стаття 53 Гарантія визнаних прав людини

Ніщо в цій Конвенції не може тлумачитись як таке, що обмежує чи уневажнює будь-які права людини та основоположні свободи, які можуть бути визнані на підставі законів будь-якої Високої Договірної Сторони чи будь-якою іншою угодою, стороною якої вона є.

Стаття 54 Повноваження Комітету Міністрів

Ніщо в цій Конвенції не стоїть на перешкоді повноваженням Комітету Міністрів, наданим йому Статутом Ради Європи.

Стаття 55 Відмова від інших засобів урегулювання спорів

Високі Договірні Сторони погоджуються, що без спеціальної домовленості вони не користуватимуться існуючими між ними чинними договорами, конвенціями або деклараціями для вирішення – шляхом звернення – спору, який виникає внаслідок тлумачення або застосування цієї Конвенції, засобами врегулювання спорів, не передбаченими цією Конвенцією.

Стаття 56 Територіальне застосування

1. Будь-яка держава може при ратифікації чи будь-коли після цього заявити шляхом повідомлення Генеральному секретареві Ради Європи про те, що дія цієї Конвенції поширюється, з урахуванням пункту 4 цієї статті, на всі чи деякі з територій, за міжнародні відносини яких вона є відповідальною.

2. Дія Конвенції поширюється на територію або території, визначені в повідомленні, з тридцятого дня після отримання цього повідомлення Генеральним секретарем Ради Європи.

3. Однак положення цієї Конвенції застосовуються до таких територій з належним урахуванням місцевих вимог.

4. Будь-яка держава, яка зробила заяву відповідно до пункту 1 цієї статті, може будь-коли після цього оголосити від імені однієї або кількох територій, яких стосується заява, що вона визнає компетенцію Суду приймати скарги від окремих осіб, неурядових організацій або груп осіб згідно зі статтею 34 Конвенції.

Стаття 57 Застереження

1. Будь-яка держава може при підписанні цієї Конвенції або депонуванні своєї ратифікаційної грамоти зробити застереження стосовно будь-якого окремого положення Конвенції з огляду на те, що будь-який чинний на той час на її території закон не відповідає

цьому положенню. Застереження загального характеру згідно із цією статтею не дозволяються.

2. Будь-яке застереження, зроблене згідно із цією статтею, має містити стислий виклад відповідного закону.

Стаття 58 Денонсація

1. Висока Договірна Сторона може денонсувати цю Конвенцію тільки зі спливом п'ятирічного строку від дати, коли вона стала її стороною, і через шість місяців після подання відповідного повідомлення Генеральному секретареві Ради Європи, який інформує про це інші Високі Договірні Сторони.

2. Така денонсація не звільняє заінтересовану Високу Договірну Сторону від її зобов'язань за цією Конвенцією стосовно будь-якого діяння, яке могло бути порушенням таких зобов'язань і могло бути здійснене нею до дати, від якої денонсація набирає чинності.

3. Будь-яка Висока Договірна Сторона, яка перестає бути членом Ради Європи, перестає бути і стороною цієї Конвенції на тих самих умовах.

4. Відповідно до положень попередніх пунктів, Конвенція може бути денонсована стосовно будь-якої території, на яку поширювалася її дія згідно із заявою, зробленою на підставі статті 56.

Стаття 59 Підписання і ратифікація

1. Ця Конвенція відкрита для підписання членами Ради Європи. Вона підлягає ратифікації. Ратифікаційні грамоти передаються на зберігання Генеральному секретареві Ради Європи.

2. До цієї Конвенції може приєднатися Європейський Союз.

3. Ця Конвенція набирає чинності після депонування десяти ратифікаційних грамот.

4. Стосовно будь-якого підписанта цієї Конвенції, що ратифікуватиме її після набрання нею чинності, Конвенція набирає чинності з дня депонування його ратифікаційної грамоти.

5. Генеральний секретар Ради Європи повідомляє всіх членів Ради Європи про набрання Конвенцією чинності, про Високі Договірні Сторони, які ратифікували її, та про подальше депонування ратифікаційних грамот.

Учинено в Римі 4 листопада 1950 року англійською і французькою мовами, обидва тексти є однаково автентичними, в одному примірнику, який зберігається в архіві Ради Європи. Генеральний секретар надсилає засвідчені копії цієї Конвенції кожному підписантові.

НЮРНБЕРЗЬКИЙ КОДЕКС

(Перший міжнародний "Звід правил про проведення експериментів на людях", Нюрнберг, серпень 1947 року)

1. Добровільна згода людини-суб'єкта дослідження абсолютно необхідна. Це означає, що учасник дослідження:

- повинен бути юридично уповноважений давати згоду;

- повинен володіти правом вільного вибору;

- повинен надавати згоду без використання стосовно нього будь-яких елементів втручання або застосування сили, шахрайства, обману, переоцінки інформації або іншої прихованої форми примусу чи насильства;

- повинен володіти достатніми знаннями і розуміти суть викладеної йому інформації, щоб мати можливість приймати рішення про згоду в умовах достатньої інформованості про дослідження.

Останній пункт вимагає, щоб перед прийняттям суб'єктом експерименту ствердної рішення йому були викладені:

- суть, основні етапи, тривалість і мета експерименту;

- методи і засоби, якими проводиться експеримент;

- всі незручності і шкода здоров'ю, які можна очікувати, в розумних межах, в процесі проведення експерименту;

- вплив, який може чинитися на психічний або фізичне здоров'я людини-суб'єкта, в процесі його участі в експерименті.

Обов'язки та відповідальність за отримання легітимної згоди покладається на кожну особу, яка інформує, направляє або залучає людину в експеримент. Дані персональні обов'язки і відповідальність за їх невиконання не можуть бути передані іншій особі.

2. Експеримент повинен привести до очікуваних плідних результатами на благо суспільства, отримання яких неможливо при використанні інших методів або засобів вивчення. Результати не повинні бути, за своїм характером, випадковими або зайвими.

3. Експеримент повинен бути розроблений і заснований на результатах попередніх досліджень на тваринах і знанні природи захворювання або інших проблем вивчення, щоб очікувані результати виправдовували проведення експерименту.

4. Експеримент повинен проводитися так, щоб уникнути будь-яких непотрібних фізичних і моральних страждань і травм.

5. Експеримент не повинен проводитися, якщо апріорі є причина

вважати, що може наступити смерть чи суб'єкту буде завдано незворотної шкоди здоров'ю, що веде до інвалідності; крім, можливо, тих експериментів, в яких медики, які проводять експеримент, виступають і як суб'єкти дослідження.

6. Ступінь передбачуваного ризику ніколи не повинна перевищувати меж, певного гуманітарної важливості проблеми, яку повинен вирішити експеримент.

7. Повинна бути проведена належна підготовка та забезпечено адекватне оснащення, щоб захистити суб'єкт експерименту від травми, інвалідності або смерті.

8. Експеримент повинен проводитися тільки кваліфікованими вченими – фахівцями. Найвищий ступінь обережності повинна бути проявлена на всіх етапах експерименту тими, хто організовує або проводить експеримент.

9. Під час проведення експерименту, людина-суб'єкт повинен бути вільний у виборі: брати участь в експерименті до кінця або до досягнення суб'єктом такого фізичного або психічного стану, коли продовження експерименту здається йому неможливим.

10. Під час дослідження відповідальний дослідник повинен бути готовий припинити проведення експерименту на будь-якому етапі, якщо у нього з'являться вагомі підстави вважати, що продовження експерименту може призвести до травми, інвалідності або смерті суб'єкта експерименту.

ГАВАЙСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ (1983)

1. Целью психиатрии является лечение психических заболеваний и улучшение психического здоровья. Используя все свои возможности, в соответствии с полученными научными знаниями и принятыми этическими принципами психиатр должен служить высшим интересам пациента, и также заботиться об общем благе и справедливом размещении ресурсов здравоохранения. Достижение этих целей требует непрерывных исследований и постоянного обучения здравоохранительного персонала, пациентов и общественности.

2. Каждый психиатр должен предложить пациенту лучшую из находящихся в его распоряжении и соответствующих его знаниям терапий, и если это принято, должен лечить пациента заботой и уважением, достойными всякого человека. Если психиатр несет ответственность за лечение, которое проводят другие врачи, он должен осуществлять квалифицированное руководство ими и их обучение. В случае потребности или по обоснованной просьбе пациента психиатр должен обратиться за помощью к своему коллеге.

3. Психиатр стремиться к таким отношениям с пациентами, которые основываются на взаимном согласии. В оптимальном варианте это требует доверия, конфиденциальности, сотрудничества и взаимной ответственности. С некоторыми пациентами установление таких взаимоотношений может быть невозможным. Тогда контакт должен быть установлен родственниками или другими людьми, близкими пациенту. Если взаимоотношения установлены не в терапевтических, а в целях судебной психиатрии или иных, их природа должна быть подробно объяснена заинтересованным лицам.

4. Психиатр должен проинформировать пациента о природе его заболевания, терапевтических процедурах, включая различные альтернативы, и о возможных последствиях. Таковую информацию следует излагать в тактичной форме, пациенту должна быть предоставлена возможность выбора между необходимыми и доступными методиками.

5. Никакое лечение не должно осуществляться против воли пациента, если только из-за психического заболевания он не может сформировать своего мнения о том, что послужит ему в высших

интересах, а также если без данного лечения вероятно появление серьезного вреда для пациента или других лиц.

6. Как только показания для принудительного лечения исчезают, пациент должен быть освобожден от такового, а для осуществления дальнейшей терапии врач должен получить добровольное согласие пациента. Психиатр должен проинформировать пациента и/или его родственников или других близких лиц о существовании механизмов обжалования задержания и любых других жалоб, связанных с благополучием пациента.

7. Психиатр никогда не должен использовать свои профессиональные возможности для оскорбления достоинства и нарушения прав какого-либо индивида или группы и никогда не должен позволять неприемлемым личным желаниям, чувствам, предрассудкам или убеждениям влиять на лечение. Психиатр ни в коем случае не должен использовать приемы своей профессии, если психическое заболевание не было подтверждено. Если пациент или третьи лица требуют действий, которые противоречат научным знаниям или этическим принципам, то психиатр должен отказаться от сотрудничества с ним.

8. Чтобы ни было сказано пациентом или чтобы ни было записано в течение обследования или лечения, это должно быть конфиденциально, если только пациент не освободил психиатра от такого обязательства или если раскрытие информации необходимо для предотвращения причинения серьезного вреда пациенту или другим лицам. В этом случае, однако, пациент должен быть проинформирован о нарушении конфиденциальности.

9. Для умножения и распространения знаний по психиатрии необходимо участие пациента. Однако должно быть получено информированное согласие на демонстрацию пациента перед аудиторией и, если возможно, на использование истории болезни для научной публикации. При этом должны быть предприняты все разумные меры в целях сохранения достоинства и анонимности пациента, защиты его личной репутации. Участие пациента должно быть добровольно после получения полной информации о целях, процедурах, опасностях и неудобствах исследовательского проекта, а также всегда должно сохраняться разумное соотношение между предполагаемыми опасностями, неудобствами и пользой исследования. Каждый участник клинического исследования должен пользоваться всеми правами пациента. Для детей и других

пациентов, которые не могут сами дать информированное согласие, таковое должно быть получено от ближайшего родственника. Каждый пациент или участник исследования волен отказаться по любым причинам и в любое время от любого добровольного лечения и от любой учебной или исследовательской программы, в которой он участвует. Этот отказ, как и несогласие включиться в программу, никак не должны влиять на усилия психиатра, направленные на оказание помощи пациенту или участнику.

10. Психиатр должен остановить все терапевтические, учебные или исследовательские программы, которые могут войти в противоречие с принципами настоящей Декларации.

ГЕЛЬСІНСЬКА ДЕКЛАРАЦІЯ

Всесвітньої медичної асоціації "Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження"

Прийнята 18-ою Генеральною асамблеєю ВМА, Гельсінкі,
Фінляндія, червень 1964.

А. ВСТУП

1. Всесвітня медична асоціація (ВМА) розробила Гельсінську Декларацію як констатування етичних принципів медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження, включаючи дослідження на людських матеріалах та даних, які можна ідентифікувати. Декларація призначена до прочитання як єдине ціле, і жодний із параграфів, що входять до її складу, не може бути використаний без урахування всіх інших відповідних параграфів.

2. Не дивлячись на те, що Декларація адресована в першу чергу до лікарів, ВМА заохочує інших учасників медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження слідувати цим принципам.

3. Обов'язок лікаря – підтримувати та охороняти здоров'я пацієнтів, у тому числі й тих, котрі залучені до медичних досліджень. Знання та совість лікаря присвячені виконанню цього обов'язку.

4. Женевська декларація ВМА (990 001) зв'язує лікаря зобов'язанням: "Здоров'я мого пацієнта буде основним моїм клопотом", а Міжнародний кодекс медичної етики (990 002) проголошує, що "Надаючи медичну допомогу, лікареві належить діяти виключно в інтересах пацієнта".

5. Прогрес у медицині базується на роботах, котрі врешті решт мусять включати дослідження за участю людини у якості об'єкта дослідження. Популяції, що недостатньо представлені у медичних дослідженнях, мають бути забезпечені належним доступом до участі в дослідженнях.

6. У медичних дослідженнях за участю людини у якості об'єкта дослідження благополуччя кожного об'єкта дослідження має бути пріоритетним серед інших інтересів.

7. Основна мета медичного дослідження за участю людини у якості об'єкта дослідження – зрозуміти причини, розвиток і наслідки

захворювань та вдосконалити превентивні, діагностичні й терапевтичні заходи (методики, процедури та лікування). Навіть найкращі сучасні заходи мають безупинно оцінюватися за результатами дослідження їх безпечності, ефективності, результативності, загальнодоступності та якості.

8. У медичній практиці та медичних дослідженнях більшість заходів пов'язані з ризиками та труднощами.

9. Медичне дослідження підпорядковане етичним стандартам, котрі заохочують повагу до всіх людських суб'єктів та захист їх здоров'я і прав. Деякі учасники досліджень особливо вразливі та потребують особливого захисту. До їх числа входять ті, хто не може дати згоду чи відмовитися самостійно, а також ті, хто може піддаватися примусові чи неправомірному впливові.

10. Лікарі мусять враховувати етичні, юридичні та регулюючі норми і стандарти проведення досліджень на людях, котрі діють у їхніх країнах, а також відповідні міжнародні норми і стандарти. Жодні національні чи міжнародні етичні, правові або нормативні вимоги не можуть обмежувати чи ігнорувати положення про захист об'єктів дослідження, описані в пункті 4 дійсної Декларації.

В. ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ МЕДИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

11. Обов'язок лікарів, які проводять медичні дослідження, – охороняти життя, здоров'я, гідність, недоторканість, право на самовизначення, недоторканість приватного життя й конфіденційність особистої інформації об'єктів дослідження.

12. Медичні дослідження за участю людини у якості об'єкта дослідження мають відповідати загальноприйнятим науковим принципам, ґрунтуватися на доскональному знанні наукової літератури, інших значущих джерел інформації, і відповідних лабораторних експериментах та, у міру необхідності, експериментах на тваринах. Необхідно зберігати благополуччя тварин, які використовуються у дослідженнях.

13. Необхідно виконувати певні запобіжні заходи під час проведення медичних досліджень, котрі можуть нанести шкоду оточуючому середовищу.

14. Дизайн та виконання кожного наукового дослідження за участю людини у якості об'єкта дослідження мають бути чітко описані у протоколі дослідження. У протоколі також необхідно чітко визначити задіяні етичні аспекти та вказати, як враховані

принципи дійсної Декларації. Протокол мусить містити відомості, що стосуються фінансування, спонсорів, інституційної належності, інших потенційних конфліктів інтересів, засобів заохочування суб'єктів та забезпечення лікування та/або компенсації суб'єктам, що постраждали в результаті участі у науковому дослідженні. Протокол також мусить включати інформацію про те, яким чином, після закінчення дослідження, об'єкти дослідження можуть отримати доступ до заходів, які визначені в ході дослідження як благодотвірні, або до іншого належного піклування, пільг.

15. Комітет з етики досліджень мусить розглянути і прокоментувати протокол дослідження, дати необхідні рекомендації та схвалити його до початку проведення дослідження. Цей комітет має бути незалежним від дослідників, спонсора та будь-яких неправомірних дій. Необхідно прийняти до відома закони і нормативні акти країни чи країн, у яких буде проводитися дослідження, а також відповідні міжнародні норми і стандарти, але при цьому не можуть бути обмежені чи проігноровані положення про захист об'єктів дослідження, описані в пункті 4 дійсної Декларації. Комітет мусить мати право здійснювати моніторинг поточних досліджень. Дослідники мусять надати комітету інформацію для моніторингу, особливо інформацію про будь-які серйозні побочні ефекти. Жодні зміни не можуть бути внесені до протоколу без розгляду та схвалення комітетом.

16. Медичні дослідження за участю людини у якості об'єкта дослідження мають проводитися тільки особами з відповідною науковою підготовкою та кваліфікацією. Дослідження на пацієнтах чи здорових добровольцях потребують контролю з боку компетентного лікаря чи іншого медичного працівника, що мають відповідну кваліфікацію. Відповідальність за захист об'єктів дослідження мусить нести лікар чи інший медичний працівник, і ніколи – об'єкт дослідження, навіть за умови, що він дав згоду.

17. Медичні дослідження за участю знедолених та вразливих груп населення чи спільнот можуть бути виправдані лише в тому випадку, якщо дослідження відповідає медико-санітарним потребам та пріоритетам цих груп населення чи спільнот. І якщо існує достатня ймовірність того, що ця група населення чи спільнота отримує користь з результатів дослідження.

18. Кожному медичному дослідженню за участю людини у якості об'єкта дослідження мусить передувати ретельне порівняння

прогнозованих ризиків та складнощів для окремих осіб і спільнот, задіяних у дослідженні, з очікуваною користю для них і для інших осіб чи спільнот, що знаходяться під впливом досліджуваних умов.

19. Кожне клінічне випробування має бути зареєстроване у загальнодоступній базі даних до набору перших об'єктів.

20. Лікарі можуть не приймати участі в науковому дослідженні за участю людини у якості об'єкта дослідження, якщо вони не впевнені, що супутні ризики були адекватно оцінені і можуть контролюватися достатньою мірою. Лікарі мусять негайно припинити дослідження у випадку, якщо ризики переважають потенційну користь або є переконливий доказ позитивних чи благотворних результатів.

21. Медичне дослідження за участю людини у якості об'єкта дослідження може проводитися лише в тому випадку, якщо значущість мети переважає неминучі ризики та складнощі для об'єктів дослідження.

22. Участь компетентних осіб у якості об'єкта дослідження в медичному дослідженні має бути добровільним. Не дивлячись на те, що консультація членів родини чи голів спільнот може бути доцільною, жодна компетентна особа не може бути зареєстрована для участі і дослідженні без його чи її вільної згоди.

23. Мають бути вжиті всі запобіжні заходи, щоб захистити недоторканість приватного життя об'єктів дослідження та конфіденційність їх особистої інформації і звести до мінімуму вплив дослідження на їх фізичну, психічну та соціальну цілісність.

24. У медичних дослідженнях за участю компетентних осіб у якості об'єктів дослідження кожний потенційний об'єкт мусить отримати належну інформацію про мету, методи, джерела фінансування, про будь-які можливі конфлікти інтересів, інституціональну належність дослідників, очікувані вигоди та потенційні ризики дослідження і незручності, які воно може спричинити, і про будь-які інші відповідні аспекти дослідження. Потенційний об'єкт дослідження мусить бути проінформований про право відмовитися від участі у дослідженні або відкликати згоду на участь у будь-який момент без пред'явлення до нього претензій. Особливу увагу варто приділити специфічним потребам у інформації окремих потенційних об'єктів дослідження, а також методам подання інформації. Переконавшись в тому, що потенційний об'єкт дослідження усвідомив інформацію, лікарю чи

іншій особі з відповідною кваліфікацією варто отримати добровільну інформовану згоду потенційного об'єкта дослідження, бажано у письмовій формі. Якщо згода не може бути оформлена у письмовій формі, необхідно належним чином зафіксувати неписьмову згоду.

25. Для медичних досліджень із використанням людських матеріалів і даних, які можна ідентифікувати, лікар повинен належним чином оформити згоду на їх збір, аналіз, зберігання та/або повторне використання. Можуть виникати ситуації, в яких неможливо або практично неможливо отримати згоду на таке дослідження, або згода являтиме собою загрозу достовірності результатів дослідження. У подібній ситуації дослідження може проводитись тільки після розгляду та схвалення комітетом з етики досліджень.

26. Під час отримання інформованої згоди учасників дослідження лікар мусить бути особливо обережним у випадку, якщо потенційний об'єкт дослідження знаходиться у залежних стосунках з лікарем або міг дати згоду під примусом. У такому разі інформована згода має бути отримана особою, що має відповідну кваліфікацію і не залежить від цих стосунків.

27. Для потенційного некомпетентного об'єкта дослідження лікар зобов'язаний отримати інформовану згоду від його законного представника. Некомпетентні особи не повинні бути включені в дослідження, якщо воно не принесе для них імовірної користі, за виключенням випадків, коли дослідження направлене на зміцнення здоров'я популяції, яку представляє потенційний об'єкт дослідження, або дослідження не може бути проведене на компетентних особах. Або воно тягне за собою тільки мінімальні ризик та складності.

28. Якщо потенційний об'єкт дослідження, який вважається некомпетентним, здатний дати згоду на участь у дослідженні, лікар повинен отримати цю згоду на додачу до згоди законного представника. Варто поважати відмову потенційного об'єкта дослідження.

29. Дослідження за участю об'єктів, які фізично чи психічно не спроможні дати згоду, наприклад, непритомні пацієнти, може проводитися лише в тому випадку, якщо фізичний або психічний стан, котрий перешкоджає оформленню інформованої згоди, є необхідною характеристикою учасників дослідження. У таких

обставинах лікар мусить отримати інформовану згоду від законного представника. Якщо такого представника немає і якщо дослідження не можна відкласти, дослідження може здійснюватися без інформованої згоди за умови, що у протоколі дослідження були вказані конкретні причини для включення у дослідження об'єктів у стані, котрий унеможливило отримання їхньої інформованої згоди, і це дослідження було схвалене комітетом з етики досліджень. Згоду на продовження участі в дослідженні слід отримати від об'єкта або його законного представника якомога швидше.

30. Автори, редактори та видавці несуть етичні зобов'язання відносно публікації результатів дослідження. Автори зобов'язані надати гласності результатам своїх досліджень на людських суб'єктах, і несуть відповідальність за повноту і точність своїх повідомлень. Вони повинні підкорятися прийнятим настановам з етичного звітування. Негативні та непоказові, так само як і позитивні результати повинні бути опубліковані або розголошені в інший спосіб. У публікації необхідно вказувати джерела фінансування, інституційну належність та конфлікти інтересів. Повідомлення за результатами дослідження, оформленні не у відповідності до принципів цієї Декларації, не повинні прийматися до публікації.

С. ДОДАТКОВІ ПРИНЦИПИ ДЛЯ МЕДИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ, ПОЄДНАНИХ З МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ

31. Лікар може поєднувати медичні дослідження з наданням медичної допомоги лише до тих пір, поки дослідження виправдане своїм потенційним профілактичним, діагностичним або терапевтичним значенням, та за умови, що лікар має підстави вважати, що участь у дослідженні не спричинить несприятливого ефекту на здоров'я пацієнтів, що виступають як об'єкти дослідження.

32. Користь, ризики, складнощі та ефективність нових заходів повинні оцінюватись у порівнянні з кращими випробуваними на даний момент заходами, за виключенням наступних обставин:

- Використання плацебо або відсутність лікування може застосовуватись для порівняння у випадках, коли на даний момент не існує випробуваних заходів; або

- Якщо з переконливих та науково обґрунтованих причин необхідно використовувати плацебо для того, щоб встановити

ефективність чи безпечність втручання, і пацієнт, що отримує плацебо або не отримує лікування, не піддається якому-небудь ризику серйозної чи незворотної шкоди. Особливу увагу слід приділяти запобіганню зловживання цим варіантом.

33. По завершенню дослідження пацієнти, що приймали в ньому участь, мають право отримати інформацію про результати дослідження та скористатися перевагами, отриманими в ході дослідження, наприклад, доступом до заходів, котрі в ході дослідження були визначені як благодіючі, або до інших належних форм догляду чи пільг.

34. Лікар повинен повною мірою інформувати пацієнта про те, які аспекти допомоги пов'язані з дослідженням. Відмова пацієнта від участі в дослідженні або рішення пацієнта вийти з дослідження не повинне відобразитися на стосунках пацієнта і лікаря.

35. При лікуванні пацієнта, у разі відсутності випробуваних або ефективних заходів, лікар, після консультації експертів, з інформованої згоди пацієнта або його законного представника, може застосувати невикористані заходи, якщо, на думку лікаря, вони дають надію на порятунок життя, відновлення здоров'я чи полегшення страждань. За можливості цей захід повинен стати предметом дослідження, розробленого для оцінки його безпечності та ефективності. У всіх випадках нова інформація повинна бути зафіксована і, якщо це доцільно, розголошена.

ЕТИЧНИЙ КОДЕКС ЛІКАРЯ УКРАЇНИ

Прийнято та підписано Всеукраїнським з'їздом лікарських організацій та X З'їздом Всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ) в м. Євпаторії 27.09.2009

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 в 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 приймає цей Етичний кодекс лікаря України.

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, взаємодовіри, 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.

РОЗДІЛ 1. ДІЯ КОДЕКСУ

1.1. Положення Кодексу необхідно виконувати лікарям, адміністративному персоналу і науковцям, які мають безпосереднє

відношення до лікувально-профілактичної та наукової діяльності у галузі охорони здоров'я.

1.2. Підтримувати і контролювати виконання Кодексу повинні етичні комісії та комітети при закладах охорони здоров'я і наукових установах; медичних та наукових федераціях, асоціаціях, товариствах та інших громадських організаціях у галузі охорони здоров'я, що визнають цей Кодекс.

1.3. Визнання Кодексу колективом лікарів закладу охорони здоров'я, наукової установи, вищого медичного навчального закладу або закладу післядипломної освіти, медичною чи науковою федерацією, асоціацією, товариством або іншою громадською організацією, що діє у галузі охорони здоров'я, підтверджується офіційною заявою до Комісії з питань біоетики при Міністерстві охорони здоров'я України (далі – Комісія з питань біоетики).

У разі порушення Кодексу лікарями медичних, наукових, освітніх закладів, членами федерацій, асоціацій, товариств або інших громадських організацій, що діють у галузі охорони здоров'я та визнають цей Кодекс, до них можуть бути застосовані санкції з боку етичних комісій або комітетів цих закладів і організацій.

Крайньою формою громадського осуду порушення фахових і загальнолюдських морально-етичних принципів є виключення лікаря або науковця з професійної асоціації, членом якої він є.

1.4. У кожному випадку невизнання або порушення Кодексу громадськими організаціями, окремими юридичними та фізичними особами, які діють у сфері охорони здоров'я, відповідна Комісія з питань біоетики зобов'язана досліджувати можливі негативні наслідки для окремих людей і суспільства та вживати заходи з їх профілактики і усунення шляхом клопотання перед відповідними організаціями та органами державної влади про дисциплінарні, адміністративні та юридичні санкції.

1.5. У разі виникнення непередбачених Кодексом ситуацій, невизначених питань і суперечок щодо тлумачення, виконання або порушення положень Кодексу остаточне рішення залишається за Комісією з питань біоетики.

1.6. Комісія з питань біоетики, етичні комісії або комітети закладів охорони здоров'я, наукових установ, вищих навчальних закладів, лікарські об'єднання і асоціації мають право у разі потреби відстоювати і захищати у засобах масової інформації, суспільному

житті та в суді честь і гідність лікаря за його згодою, якщо його професійні дії відповідають Етичному кодексу лікаря України.

РОЗДІЛ 2. ЛІКАР ТА СУСПІЛЬСТВО

2.1. Головна мета професійної діяльності лікаря (практика і вченого) – збереження та захист життя й здоров'я людини в пренатальному і постнатальному періоді, профілактика захворювань і відновлення здоров'я, а також зменшення страждань при невиліковних хворобах, при народженні і настанні смерті.

Етичне ставлення до особистості пацієнта не припиняється і після його смерті.

2.2. Лікар виконує свої обов'язки з повагою до життя, гідності і особистості кожного пацієнта на основі морально-етичних принципів суспільства, виходячи з Клятви лікаря України та цього Кодексу.

2.3. Лікар несе повну відповідальність за свої рішення і дії щодо життя та здоров'я пацієнтів. Він зобов'язаний систематично вдосконалювати свій професійний рівень, використовуючи у своїй діяльності найбільш ефективні відомі раніше і новітні досягнення медичної науки в порядку, встановленому законодавством.

2.4. Гуманні цілі, яким служить лікар, дають йому підставу вимагати законного захисту власних морально-етичних позицій і принципів, особистої гідності, матеріального забезпечення, створення належних умов для здійснення фахової діяльності.

2.5. Лікар ні в якому разі не повинен втрачати професійної незалежності. При прийнятті лікарем фахових рішень мотиви матеріальної та особистої вигоди, кар'єри, задоволення власних амбіцій не повинні переважати.

2.6. У державних та комунальних лікувально-профілактичних установах лікар надає пацієнтам медичну допомогу безкоштовно в межах фінансування, виділеного цій установі. Вимагання лікарем від пацієнта або його родичів будь-яких винагород, не передбачених законодавчими і нормативними актами, є злочинним та аморальним.

Право лікаря на приватну практику регулюється законом.

2.7. Лікар має право на матеріальну винагороду своєї праці у встановленому законом порядку, він повинен захищати право на справедливу оцінку й оплату своєї праці з боку держави, уникати принижень і фінансової дискримінації, працюючи в приватних установах і під час приватної практики.

Разом з тим лікар не повинен:

- займатися недобросовісною рекламою і дозволяти використовувати своє ім'я та висловлювання з метою реклами недостовірної медичної інформації;

- розповсюджувати з метою прибутку лікарські засоби та вироби медичного призначення, за винятком окремих, визначених законодавством обставин;

- брати участь у змові з лікарями, фармацевтами, представниками медичної та фармацевтичної промисловості, іншими фізичними чи юридичними особами з метою отримання незаконного прибутку;

- приймати винагороди від виробників і розповсюджувачів за призначення запропонованих ними лікарських засобів, лікувальних, діагностичних і гігієнічних медичних виробів, продуктів дієтичного харчування, за винятком окремих, визначених законодавством обставин;

- займатися іншою діяльністю, несумісною з його професійною честю і авторитетом;

- використовувати свою виборну, адміністративну чи іншу службу посаду для необґрунтованого збільшення кількості пацієнтів власної лікарської практики або закладу охорони здоров'я, який ним очолюється;

- створювати передумови для нелегального отримання винагород та ухилятися від сплати податків.

2.8. Лікар може займатися будь-якою іншою діяльністю, якщо вона сумісна з фаховою незалежністю, не принижує його гідності та не завдає шкоди пацієнтам і його лікарській практиці.

2.9. Лікар повинен надавати медичну допомогу за спеціальністю хворим незалежно від віку, статі, раси, національності, віросповідання, соціального стану, політичних поглядів, місця проживання, громадянства та інших немедичних ознак, включаючи матеріальне положення.

2.10. Лікар своїм професіоналізмом, морально-етичними переконаннями, поведінкою у будь-яких життєвих ситуаціях, ставленням до людини і до виконання фахових обов'язків повинен бути гідним прикладом для своїх колег та інших членів суспільства.

2.11. Лікар зобов'язаний своєю поведінкою та іншими доступними йому засобами (лекції, бесіди, ЗМІ, Інтернет тощо) пропагувати здоровий спосіб життя і бути прикладом у дотриманні його норм і правил.

2.12. Лікар має право брати активну участь в роботі професійних об'єднань і асоціацій, одночасно отримуючи їх захист і підтримку. Лікарські об'єднання та асоціації зобов'язані сприяти і надавати кожному із своїх членів допомогу у дотриманні та відстоюванні принципів високого професіоналізму, фахової незалежності, моральності, етики і деонтології.

2.13. Лікар повинен бути чесним з пацієнтами та колегами, принциповим у своїй позиції щодо професійних недоліків інших лікарів, визнавати власні помилки, а також не допускати обману і шахрайства.

2.14. Лікар не повинен займатись політичною, релігійною агітацією і пропагандою в робочий час, спонукати колег до дій та вчинків, несумісних із званням лікаря.

2.15. Лікар має право брати участь в передбачених законодавством України формах протесту, але не звільняється від обов'язку забезпечувати необхідну медичну допомогу пацієнтам, які знаходяться під його спостереженням.

РОЗДІЛ 3. ЛІКАР І ПАЦІЄНТ

3.1. Від моменту прийняття лікарем рішення про особисте надання будь-якій людині необхідної лікарської допомоги або про залучення її до наукових досліджень як волонтера він повинен планувати свої дії стосовно цієї людини і стосунки з нею на засадах загальнолюдської етики і моралі, проголошеної Клятвою лікаря України, лікарської деонтології, а також Етичного кодексу лікаря України та Міжнародного кодексу лікарської етики.

3.2. Лікар несе відповідальність за якість і гуманність медичної допомоги, яка надається пацієнтам, та будь-яких інших професійних дій щодо втручання в життя та здоров'я людини. У своїй роботі він зобов'язаний дотримуватись Конституції і законів України, діючих нормативних документів стосовно лікарської практики, з урахуванням особливостей захворювання, використовувати методи профілактики, діагностики і лікування, які вважає найбільш ефективними в кожному конкретному випадку, виходячи з інтересів хворого. У разі необхідності лікар зобов'язаний звернутися за допомогою своїх колег.

У ситуаціях надання допомоги хворому, за обставин які не передбачені законодавством, нормативними актами і посадовими інструкціями, лікар зобов'язаний враховувати, насамперед, інтереси хворого, принципи лікарської етики і моралі.

3.3. Дії лікаря повинні бути спрямовані на досягнення максимальної користі для життя і здоров'я пацієнта, його соціального захисту.

Протягом усього лікування під час надання інформації хворому про його стан і рекомендоване лікування лікар повинен брати до уваги персональні особливості пацієнта, стежачи за оцінкою хворим ситуації.

Лікар не повинен:

- без достатніх фахових причин втручатися в приватні справи пацієнта і членів його родини;

- наражати пацієнта на невиправданий ризик, а тим більше використовувати свої знання в негуманних цілях. При виборі будь-якого методу лікування лікар, насамперед, повинен керуватися не тільки принципом "Не нашкодь", але й "Принеси найбільшу користь".

Лікар зобов'язаний приділяти пацієнту достатньо часу і уваги, необхідних для встановлення правильного діагнозу, виконання повного обсягу допомоги, обґрунтування приписів і рекомендацій щодо подальшого лікування, надання їх хворому у детальному і зрозумілому для нього вигляді.

Лікар не має права свідомо перебільшувати чи занижувати оцінку тяжкості захворювання з метою отримання пацієнтом соціального захисту і матеріальної підтримки, що не відповідають реальному стану його здоров'я.

3.4. За винятком випадків невідкладної допомоги, лікар має право відмовитися від лікування хворого, якщо впевнений, що між ним і пацієнтом відсутня необхідна взаємна довіра, коли відчуває себе недостатньо компетентним або не має у своєму розпорядженні необхідних для проведення лікування можливостей та в інших випадках, якщо це не суперечить Клятві лікаря України. У цій ситуації лікар повинен вжити всіх заходів щодо інформування про це хворого та надати йому відповідні рекомендації.

Лікар також не повинен перешкоджати реалізації права пацієнта на отримання консультації іншого лікаря.

3.5. Лікар повинен шанувати право пацієнта на вибір лікаря та його участь у прийнятті рішень про проведення лікувально-профілактичних заходів, крім випадків примусового лікування у встановленому законом порядку. Добровільну згоду пацієнта на обстеження, лікування чи дослідження з його участю лікар повинен

одержати при особистій розмові з ним. Ця згода має бути усвідомленою, хворого необхідно обов'язково поінформувати про методи лікування, наслідки їхнього застосування, зокрема про можливі ускладнення, а також інші альтернативні методи лікування. Якщо пацієнт неспроможний усвідомлено висловити свою згоду, то її дає законний представник або постійний опікун пацієнта.

Проведення лікувально-діагностичних заходів без згоди пацієнта дозволено тільки у випадках загрози його життю та здоров'ю у разі нездатності його адекватно оцінювати ситуацію. Рішення в подібних випадках необхідно приймати колегіально і за участі його близьких.

Під час лікування дитини або хворого, який перебуває під опікою, лікар зобов'язаний надавати повну інформацію його батькам або опікунам, одержати їхню згоду на застосування того чи іншого методу лікування або лікарського засобу.

Лікар повинен захищати інтереси дитини чи хворого, який не може самостійно прийняти рішення, якщо очевидно, що інтереси його життя і здоров'я байдужі оточуючим чи недостатньо ними усвідомлюються.

3.6. Лікар повинен поважати честь і гідність пацієнта, його право на невтручання в особисте життя, ставитися до нього доброзичливо, з розумінням сприймати занепокоєння рідних і близьких станом хворого.

Кожен пацієнт має право на зберігання особистої таємниці. Лікар, як й інші особи, які беруть участь у наданні медичної допомоги, зобов'язаний зберігати лікарську таємницю навіть після смерті пацієнта, як і факт звернення за медичною допомогою, за відсутності іншого розпорядження хворого, або якщо це захворювання не загрожує його близьким і суспільству.

Таємниця поширюється на всю інформацію, отриману в процесі лікування хворого (у т.ч. діагноз, методи лікування, прогноз тощо).

Медична інформація про пацієнта може бути розголошена:

- у разі письмової згоди самого пацієнта;
- у випадку мотивованої вимоги органів дізнання, слідства, прокуратури і суду, санепідемслужби;
- якщо зберігання таємниці істотно загрожує здоров'ю і життю пацієнта і/або/інших осіб (небезпечні інфекційні захворювання);
- у випадку залучення до лікування інших спеціалістів, для яких ця інформація є професійно необхідною.

Особи, які крім лікаря, користуються правом доступу до медичної інформації, зобов'язані зберігати в таємниці всі отримані про пацієнта відомості, і мають бути поінформовані лікарем про відповідальність, пов'язану з її розголошенням.

У процесі наукових досліджень, навчання студентів і підвищення кваліфікації лікарів повинна дотримуватися лікарська таємниця. Демонстрація хворого можлива тільки за згоди його, його батьків або опікунів.

3.7. Пацієнт має право на вичерпну інформацію про стан свого здоров'я, але він може від неї відмовитися або визначити особу, якій можна повідомляти про стан його здоров'я.

Інформація може бути прихована від пацієнта в тих випадках, якщо є вагомі підстави вважати, що вона може завдати йому серйозної шкоди. Проте у разі наполегливої вимоги пацієнта, лікар зобов'язаний надати йому вичерпну інформацію. У випадку несприятливого для хворого прогнозу необхідно поінформувати його делікатно й обережно, залишивши надію на продовження життя, можливий успішний результат.

3.8. У разі допущення лікарем помилки або виникнення в результаті його дій непередбачених ускладнень він зобов'язаний поінформувати про це хворого, старшого колегу або керівника підрозділу, а за їх відсутності адміністрацію установи, в якій він працює, і негайно спрямувати свої дії на виправлення негативних наслідків, не чекаючи вказівок. За необхідності слід залучити інших спеціалістів, чесно поінформувати їх про суть помилки або ускладнення, що виникли.

Лікар повинен ретельно аналізувати допущені помилки та обговорювати їх з колегами і керівництвом з метою попередження подібних випадків в клінічній практиці інших лікарів.

3.9. Практичну діяльність лікар повинен здійснювати тільки під власним прізвищем, не вказуючи неофіційно наданих титулів, ступенів, звань.

3.10. Лікар має сприяти здійсненню права пацієнта на отримання духовної підтримки з боку представника відповідної релігійної конфесії.

3.11. Лікар зобов'язаний перебувати поряд з вмираючим хворим до останньої миті його життя, забезпечувати відповідні його стану лікувальні заходи і нагляд, підтримувати можливий рівень життя,

максимально полегшувати фізичні і психічні страждання хворого і його близьких усіма доступними засобами.

Питання про припинення реанімаційних заходів слід вирішувати за можливості колегіально і у випадку коли стан людини визначається як безповоротна смерть відповідно до критеріїв, визначених Міністерством охорони здоров'я України.

Лікар не має права свідомо прискорювати настання смерті, вдаватися до евтаназії або залучати до її проведення інших осіб.

3.12. Лікар не має права залишати хворих у випадках загальної небезпеки.

3.13 Лікар не може залишати без уваги будь-які прояви жорстокості або приниження людської гідності.

3.14. Лікар не може пропонувати пацієнту методи лікування, лікарські засоби і медичні вироби, не допущені до загального застосування Міністерством охорони здоров'я України у визначеному законодавством порядку. Лікар може поінформувати пацієнта про те, що за кордоном використовуються й інші засоби і методи лікування його захворювання.

3.15. Лікар повинен мати належний зовнішній вигляд, який має позитивно впливати на пацієнта.

РОЗДІЛ 4. КОЛЕГІАЛЬНІСТЬ ЛІКАРІВ

4.1. Протягом усього життя лікар зобов'язаний зберігати повагу і почуття подяки до тих, хто навчав його мистецтву лікування.

4.2. Лікар зобов'язаний охороняти честь і шляхетні традиції медичного співтовариства, з повагою і доброзичливістю ставитися до колег.

4.3. Лікар не має права публічно ставити під сумнів чи дискредитувати професійну кваліфікацію іншого лікаря. Фахові зауваження на адресу колеги повинні бути аргументованими, необразливими за формою, висловленими в особистій розмові до того як це питання буде обговорюватися медичним співтовариством або етичним комітетом чи комісією.

4.4. У тяжких клінічних випадках лікарі повинні надавати поради і допомогу своїм колегам у коректній формі. За процес лікування всю відповідальність несе тільки лікуючий лікар, який може врахувати або відмовитися від рекомендацій, керуючись при цьому винятково інтересами хворого. Лікар не повинен створювати умови щодо переходу до нього пацієнтів від інших колег.

4.5. Лікарі-керівники закладів охорони здоров'я та наукових і освітніх установ зобов'язані піклуватися про захист морально-етичних позицій і принципів, особистої гідності, а також достатнє матеріальне забезпечення і соціальний захист, створення належних умов для здійснення фахової діяльності, підвищення фахової кваліфікації підлеглих.

4.6. Лікарі зобов'язані з повагою ставитися до іншого медичного і допоміжного персоналу, постійно забезпечувати підвищення його кваліфікації.

РОЗДІЛ 5. НАУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗА УЧАСТЮ ПАЦІЄНТА

5.1. Лікар може поєднувати дослідження з наданням медичної допомоги лише у випадках, коли дослідження обґрунтоване профілактичною, діагностичною або терапевтичною метою.

5.2. Перед початком біомедичних досліджень, апробації нових лікарських препаратів, лікувально-діагностичних методів та обладнання лікар повинен дістати письмову згоду на їх проведення від відповідної етичної комісії або комітету із затвердженням плану (протоколу) вказаного дослідження, в якому повинні бути чітко визначені його цілі, етичні аспекти, хід та можливі ускладнення.

5.3. Після ознайомлення пацієнта (учасника дослідження) з цілями, методами, потенційною користю і можливим ризиком лікар повинен отримати у встановленому порядку його письмову згоду на участь у дослідженні, яке на будь-якому етапі, за бажанням пацієнта, може бути безперешкодно ним перерване або припинене.

5.4. Що стосується недієздатних пацієнтів, то їх згода на участь у дослідженні повинна бути отримана в письмовій формі від батьків або іншого законного представника (юридично відповідальної особи). Подібні дослідження можуть проводитися тільки в інтересах врятування життя, відновлення чи підтримки здоров'я досліджуваного без нанесення йому шкоди або погіршення стану.

5.5. Наукові дослідження з участю пацієнтів лікарі можуть проводити лише при одночасному дотриманні всіх перерахованих нижче умов:

- якщо вони спрямовані на поліпшення здоров'я пацієнтів, які беруть участь в експерименті;
- якщо вони зроблять істотний внесок у медичну науку і практику;

- якщо результати попередніх досліджень та існуючі дані не свідчать про ризик розвитку ускладнень;

- за умови забезпечення усіх необхідних заходів для безпеки пацієнта.

5.6. Медичні дослідження, пов'язані із залученням пацієнтів, повинні проводитись в умовах, що забезпечують права і безпеку досліджуваних, захищають їх гідність; виконуватись висококваліфікованими лікарями і науковцями під наглядом етичних комісій або комітетів. Дослідження припиняється у випадках виникнення незрозумілих і непередбачених ситуацій, а також у разі появи ознак небезпеки для життя і здоров'я учасника дослідження.

5.7. Лікар-дослідник несе особисту відповідальність у випадку, коли внаслідок його дії (недбалості, неправильно проведеного експерименту тощо) стан здоров'я пацієнта погіршився. Лікар має всебічно сприяти відновленню нормального стану здоров'я пацієнта.

5.8. Усі учасники досліджень повинні бути застрахованими на випадок заподіяння ненавмисної шкоди їх здоров'ю.

5.9. В експериментах на тваринах лікар-дослідник повинен дотримуватись принципів гуманності, намагатися максимально зменшити кількість експериментальних тварин, сприяти розробці методів, які дозволяють їх не використовувати під час дослідів.

РОЗДІЛ 6. НОВІТНІ МЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ

6.1. Дії лікаря при застосуванні новітніх медичних технологій (трансплантація людських органів і тканин, втручання в геном людини, у репродуктивну функцію тощо) визначаються етико-правовими і законодавчо-нормативними актами України, рекомендаціями та вимогами Всесвітньої організації охорони здоров'я, Біоетичного комітету ЮНЕСКО та Комісії з питань біоетики.

6.2. При відборі хворих, які потребують проведення складних профілактичних, діагностичних і особливо лікувальних заходів (наприклад, трансплантація органів), лікарі, які вимушено встановлюють черговість у наданні допомоги, повинні виходити лише із медичних показань, приймаючи рішення самостійно чи колегіально за участю членів етичного комітету (комісії).

РОЗДІЛ 7. ІНФОРМАЦІЯ

7.1. Лікар зобов'язаний постійно підвищувати свою кваліфікацію, бути поінформованим стосовно найновіших досягнень

у сфері професійної діяльності. Він повинен активно протистояти будь-якій недостовірній інформації у наукових виданнях та засобах масової інформації.

7.2. Видання медичного характеру, виступи лікарів на наукових форумах, просвітницька діяльність через засоби масової інформації повинні бути бездоганними в етичному плані, обмежуватися об'єктивною науково-практичною інформацією і не містити елементів несумлінної конкуренції, реклами і самореклами.

7.3. Лікар зобов'язаний невідкладно повідомляти в передбаченому чинним законодавством порядку про всі невідомі, небажані та побічні дії лікарських засобів і виробів медичного призначення, що спостерігались ним під час наукових досліджень і в практичній роботі.

7.4. В інтересах забезпечення життя та здоров'я пацієнтів лікар повинен активно протистояти пропаганді й застосуванню методів діагностики і лікування та засобів, не передбачених чинним законодавством.

7.5. Лікарські довідки необхідно видавати тільки відповідно до чинних законодавчих, нормативно-методичних і інструктивних документів.

7.6. Про результати своїх досліджень після оформлення авторського права на відкриття, винахід тощо лікар повинен повідомити колег, перш за все, в спеціальних виданнях.

7.7. У наукових публікаціях лікарі повинні дотримуватися вимог щодо авторського права. Включення себе чи інших осіб без достатніх на те причин до авторського колективу або умовчання прізвищ осіб, які брали активну участь в дослідженнях, як і плагіат, є грубим порушенням принципів фахової етики. Безпринципне ставлення і байдужість до спотворення наукової істини, приховування членом наукового колективу принципових погіршень наукового дослідження є неприпустимим.

РОЗДІЛ 8. ПОВАГА ДО ПРОФЕСІЇ ЛІКАРЯ

8.1. Принцип поваги до своєї професії повинен бути витриманим у всіх сферах діяльності лікаря: професійній, громадській, публіцистичній тощо. Кожний лікар повинен утримуватися від будь-яких дій чи висловлювань, які підривають повагу до медичної спеціальності. Своєю діяльністю він повинен сприяти збереженню та підвищенню престижності професії, до якої належить, а також дієвості цього Кодексу.

ЕТИЧНИЙ КОДЕКС МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ УКРАЇНИ

Медичні сестри України приймають даний Етичний Кодекс, враховуючи велике значення морально-етичних норм в охороні здоров'я населення, важливу роль медичної сестри, як представника однієї із самих масових медичних професій в суспільстві, а також керуючись сучасними етико-нормативними документами міжнародних медичних організацій.

ЧАСТИНА 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

В житті і діяльності медичної сестри органічно поєднуються: високий професіоналізм, гуманність та милосердя, глибоке поняття громадського значення своєї роботи, комплексний всебічний догляд за пацієнтами і полегшення їх страждань, відновлення здоров'я і реабілітація, сприяння зміцненню здоров'я і попередженню захворювань, готовність цілком віддати себе обраній професії, навіть в самих тяжких умовах. Етичний Кодекс висвітлює моральний рівень медичної сестри, її світогляд, покликаний підвищувати престиж і авторитет сестринської професії в суспільстві, сприяти розвитку сестринської справи в Україні.

ЧАСТИНА 2. МЕДИЧНА СЕСТРА І ПАЦІЄНТ

СТАТТЯ 1. Медична сестра як особистість

Особистість медичної сестри – це органічний сплав високих моральних якостей, загальної освіченості, професійної ерудиції та майстерності. Медична сестра оберігає людське життя, починаючи з зачаття і ніколи, навіть під загрозою, не повинна використовувати медичні знання в збиток нормам гуманності. Етичною основою медичної сестри є гуманізм та милосердя, повага до невід'ємних прав людини і громадянина. Відновлення і покращання здоров'я пацієнта є для медичної сестри найвищою винагородою за її працю. У своїй діяльності медичні сестри України повинні керуватися міжнародними деклараціями про права людини, Конституцією і законами України, загальнолюдськими моральними цінностями, принципами і нормами професійної етики та духовними надбаннями нашої національної культури.

СТАТТЯ 2. Медична сестра і право пацієнта на якісну медичну допомогу

Кожна людина, яка звертається за медичною допомогою, має право не тільки на своєчасну і висококваліфіковану медичну допо-

могу, але й на чуйне, уважне відношення до себе медичної сестри, на її доброзичливість, правдивість, чесність, терпіння, безкорисливість, старанність і охайність. Щоб виправдати довіру своїх пацієнтів, медична сестра повинна працювати якісно, згідно професійним стандартам. Медична сестра в міру своєї компетенції повинна надавати невідкладну допомогу пацієнтам, хто б він не був: чоловік, жінка, дитина, стара людина, немовля чи той, хто помирає. Медична сестра несе моральну відповідальність за свою діяльність перед пацієнтом, колегами, суспільством.

СТАТТЯ 3. Професійна компетентність – головна умова сестринської діяльності

Медична сестра повинна завжди виконувати свої обов'язки професійно, згідно стандартам діяльності медичної сестри, визначеним Міністерством охорони здоров'я України. До професійних вимог належить: творче відношення до своїх обов'язків, уміння швидко орієнтуватися в інформації, вибрати з неї найнеобхідніше, безперервно удосконалювати свої спеціальні знання та навички, підвищувати свій культурний рівень. Медична сестра повинна бути компетентною у відношенні моральних і юридичних прав пацієнта. Медична сестра підтримує самі високі стандарти у сфері сестринської практики з урахуванням реальних ситуацій, керуючись вимогами законодавства України, принципами професійної етики. Медична сестра несе персональну відповідальність за виконання своїх професійних обов'язків.

СТАТТЯ 4. Повага прав пацієнта, гуманне відношення до пацієнта

Співчуття та повага до життя пацієнта є невід'ємною рисою в професії медичної сестри. Медична сестра повинна поважати права пацієнта на полегшення страждань, не має права сприяти самогубству хворого. Медична сестра повинна діяти в рамках своєї компетентності, щоб захистити права пацієнта, які були проголошені ВООЗ та Всесвітньою медичною асоціацією. Пацієнт має право на зручності у різному плані, які гарантують таємницю його індивідуальних особливостей при оглядах, діагностичних та лікувальних процедурах. Присутніми можуть бути тільки особи, необхідні для проведення медичних втручань. У виняткових і особливих ситуаціях діагностичні і лікувальні процедури, операційні втручання при невідкладному стані пацієнта можуть бути проведені всупереч волі уповноважених осіб. Медична сестра у

таких випадках повинна керуватися невід'ємними правами людини, законами України та найвищими інтересами пацієнта.

СТАТТЯ 5. Шанування людської гідності, потреб та цінностей пацієнта

У роботі та поведінці медична сестра має бути взірцем високої культури, ввічливості, скромності та акуратності. Стосунки з пацієнтами мають бути такими, щоб максимально оберегати психіку хворого: чуйно та уважно ставитися до хворого, стримувати себе в різних ситуаціях, бути коректною при звертанні до пацієнта. Медична сестра не повинна принижувати гідність пацієнта при виконанні маніпуляцій. Медична сестра повинна поважати особисту гідність пацієнта, ставитись з повагою до його індивідуальних потреб і цінностей. Такі фактори, як раса пацієнта, релігійні погляди або відсутність таких, етнічне походження, соціальний або сімейний статус, сексуальна орієнтація, вік або стан здоров'я не повинні впливати на якісний медичний догляд. Медична сестра не має права втручатися без відома і волі пацієнта в його особисте життя, за виключенням тих випадків, коли це пов'язано виключно з професійною необхідністю. Сподівання та стиль життя пацієнта повинні бути відомі медсестрі для створення індивідуальних програм медсестринського догляду, які б співпадали з психологічними, соціальними, культурними, духовними та фізіологічними інтересами пацієнта.

СТАТТЯ 6. Перш за все – не нашкодь

Медична сестра постійно повинна пам'ятати виконання найдавнішого етичного принципу медицини: "передусім – не нашкодь!", проявляючи максимальну уважність і обережність під час сестринських втручань і виконання медичних призначень. Виконуючи втручання, які можуть негативно вплинути на пацієнта, медична сестра повинна передбачити міри безпеки та профілактичні заходи по запобіганню ускладнень.

СТАТТЯ 7. Медична сестра і право пацієнта на інформацію

Медична сестра повинна поважати права пацієнта на отримання інформації про стан його здоров'я, про можливий ризик та переваги передбачуваних методів діагностики, лікування. Враховуючи те, що повідомлення про хворобу належить лікарю, медична сестра має моральне право інформувати пацієнта тільки після узгодження з лікарем, як член медичної бригади, обслуговуючий даного пацієнта. Медична сестра має право приховати від пацієнта професійну

інформацію тільки в тому разі, якщо вона впевнена, що ця інформація нанесе йому серйозне ушкодження. Медична сестра повинна дотримуватися безпосереднього контакту з хворим. Говорячи про стан здоров'я пацієнту, необхідно дотримуватися такту і повної обережності. Медична сестра повинна вибирати варіанти пом'якшеного повідомлення про зміни в перебігу хвороби. Медична сестра повинна бути правдивою і чесною, поважати право пацієнта на отримання інформації про стан його здоров'я.

СТАТТЯ 8. Медична сестра і право пацієнта на згоду щодо медичного втручання або відмови від нього

Медична сестра повинна поважати право пацієнта чи його представника (коли вона має справу з дитиною або недієздатним психічно хворим) погоджуватись на медичне втручання або відмовитися від нього. Медична сестра повинна бути впевнена, що пацієнт погоджується або відмовляється добровільно та свідомо. Моральний і професійний обов'язок медичної сестри в міру своєї кваліфікованості роз'яснити пацієнту наслідки відмови від медичного втручання. Відмова пацієнта не повинна негативно впливати на відношення до нього медичних працівників. Пацієнт має право відмовитися від участі у науково-дослідній діяльності медичної сестри, а також у навчальних програмах медичних закладів. Для медичного втручання щодо неповнолітніх або недієздатних пацієнтів треба мати попередню згоду юридично уповноважених осіб (батьки, родичі, опікуни, адвокати).

СТАТТЯ 9. Обов'язок зберігати професійну таємницю

Медична таємниця має моральний та юридичний аспект. Медичні сестри не мають права розповсюджувати відомі їм при виконанні професійних обов'язків відомості про хворобу, інтимні та сімейні сторони життя пацієнта. За розповсюдження професійної таємниці медична сестра несе моральну та юридичну відповідальність. Медична сестра має право розкрити конфіденційну інформацію про пацієнта іншій особі тільки за згоди пацієнта. Всі відомості про пацієнта, що пов'язані із станом його здоров'я або особистого характеру зберігаються у таємниці, навіть після смерті пацієнта, якщо це не загрожує іншим людям. Вся інформація пацієнта повинна бути надійно захищена від сторонніх осіб. Це стосується і біологічних матеріалів, взятих для лабораторних аналізів чи наукових досліджень організму пацієнта.

СТАТТЯ 10. Медична сестра та помираючий хворий

Медична сестра повинна володіти знаннями, уміннями та навичками в обсязі паліативної допомоги, що дає змогу помираючому полегшити страждання. Медична сестра повинна надати помираючому і його сім'ї психологічну підтримку. Пацієнт має право на гідну людині смерть, право на застосування всіх сучасних засобів, що зменшують передсмертні страждання, право скористатися морально-психологічною підтримкою сім'ї, родичів, друзів, співробітників, а також духовного служителя будь-якої релігійної віри. Евтаназія, тобто акт навмисного припинення життя пацієнта, зроблена по волі самого пацієнта чи на прохання його близьких, вважається неетичною. Медична сестра повинна з повагою відноситись до померлого пацієнта. При обробці тіла слід враховувати релігійні та культурні традиції. Медсестра зобов'язана поважати права громадян відносно патолого-анатомічних розтинів.

СТАТТЯ 11. Медична сестра як учасник наукових досліджень і навчального процесу

В справі самовдосконалення медичної сестри велике значення має участь медсестри в дослідницькій роботі, вивчення наукової, довідкової медичної літератури. Медична сестра повинна творчо підходити до своїх обов'язків, вміти швидко зорієнтуватися в великій кількості інформації, вибрати з неї головне та необхідне. В дослідницькій роботі з участю людини як об'єкта медична сестра повинна слідувати міжнародним документам по медичній етиці і законодавству України. Інтереси пацієнта як особистості для медичної сестри повинні бути вище інтересів суспільства та науки. Беручи участь в наукових дослідженнях, медична сестра повинна особливо захищати тих пацієнтів, які самі не в змозі про себе потурбуватися в зв'язку з тяжким станом, або якщо цей пацієнт – дитина.

ЧАСТИНА 3. МЕДИЧНА СЕСТРА І ЇЇ ПРОФЕСІЯ

СТАТТЯ 12. Повага до своєї професії

Професійний обов'язок медичної сестри щодо хворого, його родичів та колег по роботі – це комплекс дій, спрямованих на одужання хворого, а також поведінка медичної сестри в конкретній ситуації, які виникають у медичній практиці. Медична сестра повинна постійно контролювати свої дії, бути пунктуальною, дотримуватись правил особистої гігієни, підтримувати авторитет і репутацію своєї професії. Медична сестра повинна мати відповідну психологічну підготовку, вміти керувати собою і конкретними

ситуаціями в практичній діяльності. Право і обов'язок медичної сестри – відстоювати свою моральну, економічну і професійну незалежність. Медична сестра несе особисту моральну відповідальність за впровадження, підтримання та покращання професійних стандартів сестринської справи. Інтимні стосунки з пацієнтом засуджуються медичною етикою. Поведінка медичної сестри не повинна бути прикладом негативного ставлення до свого здоров'я.

СТАТТЯ 13. Медична сестра і колеги

Медична сестра повинна поважати своїх вчителів. Для медсестри однією з необхідних умов є культура спілкування в колективі. Медична сестра повинна поважати колег, зважати на їх погляди, знання, досвід, переконання, бути уважною, чуйною, делікатною, справедливою у стосунках з своїми колегами. Медична сестра повинна допомагати колегам по професії в міру своїх знань і навичок. Високий професіоналізм медичної сестри є важливим моральним фактором товариських колегіальних взаємовідносин медичної сестри і лікаря. Медична сестра повинна точно і кваліфіковано проводити призначені лікарем сестринські втручання. Медична сестра повинна підтримувати авторитет колег серед пацієнтів та населення. У тих випадках, коли медична сестра стає свідком неправомірних чи помилкових дій колег, вона повинна стати на захист інтересів пацієнта шляхом зауваження, попередження, звернення до авторитетних спеціалістів і керівника медичного закладу. Медична сестра повинна поважати давню традицію своєї професії – надавати медичну допомогу колегам безвідплатно.

СТАТТЯ 14. Медична сестра та сумнівна медична практика

Медична сестра повинна знати правові норми, регулюючі сестринську справу, систему охорони здоров'я, дозволені законодавством методи лікування. Медична сестра повинна захищати інтереси пацієнта та суспільства, якщо вона виявила нелегальну, неетичну та некомпетентну медичну практику. В цьому разі медична сестра має право звернутись за підтримкою в державні органи охорони здоров'я, Асоціацію медичних сестер України.

ЧАСТИНА 4. МЕДИЧНА СЕСТРА ТА СУСПІЛЬСТВО

СТАТТЯ 15. Моральна та правова відповідальність медичної сестри перед суспільством

Медичній сестрі довіряють турботу про здоров'я і життя громадян. Суспільство вимагає, щоб медичні сестри чесно ставились до цієї почесної і важливої справи, з почуттям високої відповідаль-

ності виконували свій обов'язок, підвищували свої професійні знання. Медична сестра зобов'язана відповідати за всі упущення, які сталися внаслідок недбайливості, злочинної байдужості, умисного зловживання. Моральний обов'язок медичної сестри піклуватися про доступність і високу якість сестринської допомоги населенню. Медична сестра повинна брати активну участь в медико-санітарній освіті населення. Медична сестра повинна допомагати в удосконаленні методів боротьби з хворобами, попереджувати пацієнтів, органи влади та суспільство в цілому про екологічну небезпеку, вносити свій вагомий вклад в організацію рятувальних служб.

СТАТТЯ 16. Підтримка сестринської справи

Моральний обов'язок медичної сестри є всебічне сприяння розвитку реформи сестринської справи в Україні. Медична сестра повинна підтримувати незалежність, цілісність сестринської справи, її автономію, привертати увагу суспільства та засобів масової інформації до потреб, досягнень та недоліків сестринської справи. Медична сестра повинна захищати суспільство від невірної інформації про сестринську справу. Самореклама несумісна з медичною етикою.

СТАТТЯ 17. Гарантії і захист законних прав медичної сестри

Медична сестра має право законного захисту почуття власної гідності, фізичної незайманості і право на допомогу при виконанні своїх професійних обов'язків як в мирний, так і в військовий час. Рівень життя медичної сестри повинен відповідати статуту її професії. Розмір гонорару, визначений приватно практикуючою сестрою, повинен відповідати об'єму та якості наданої медсестринської допомоги, ступенем її компетентності з врахуванням особливих обставин в кожному конкретному випадку.

Безвідплатна допомога пацієнтам з тяжким матеріальним становищем етично схвалюється. Медичних сестер не можна змушувати працювати в несприятливих умовах. Забезпечення умов професійної діяльності медичних сестер повинно відповідати вимогам охорони праці.

ПРОФЕСІЙНІ МЕДСЕСТРИНСЬКІ ОРГАНІЗАЦІЇ

СТАТТЯ 18. Відповідальність професійних медсестринських організацій

Професійні медсестринські організації відповідають за роз'яснення та підтримання етичної поведінки медичної сестри. Виконання цих завдань потребує того, щоб професійні

медсестринські організації залишались чутливими до прав, потреб та законних інтересів пацієнтів та медсестер.

СТАТТЯ 19. Взаємозв'язок та співробітництво між професійними медсестринськими організаціями

Асоціація медсестер України може створювати по всій Україні свої осередки. Встановлення зв'язку та співробітництва між Асоціацією медсестер України, її територіальними філіями (осередками) та іншими організаціями медсестер є невід'ємним кроком в напрямку забезпечення етичної поведінки медичних сестер.

Діяльність професійних осередків Асоціації медсестер повинна в усі часи відображати первинну турботу про якісний догляд за пацієнтом.

ЧАСТИНА 5. ДІЯ ЕТИЧНОГО КОДЕКСУ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ УКРАЇНИ. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ЙОГО ПОРУШЕННЯ ТА ПОРЯДОК ЙОГО ПЕРЕГЛЯДУ

СТАТТЯ 20. Дія Етичного Кодексу

Вимоги Кодексу обов'язкові для усіх медичних сестер України. Лікарі та медичні сестри, які викладають в медичних училищах, коледжах та на медсестринських факультетах медичних вузів, повинні ознайомити студентів з Етичним Кодексом медичних сестер України. Лікарі та медичні сестри, які викладають в навчальних закладах, своєю поведінкою повинні подавати приклад студентам.

СТАТТЯ 21. Відповідальність за порушення Етичного Кодексу

Медичні сестри несуть відповідальність за порушення Етичного Кодексу медичної сестри України. За порушення етичних норм Кодексу до членів Асоціації медичних сестер України можуть бути застосовані такі стягнення:

- 1) зауваження;
- 2) попередження про неповну професійну ВІДПОВІДНІСТЬ;
- 3) припинення членства в Асоціації на строк до 1 року;
- 4) повідомлення в місцеві та центральні керівні органи охорони здоров'я про факти порушення Етичного Кодексу.

СТАТТЯ 22. Перегляд та тлумачення Етичного Кодексу

Зміна обставин потребує постійного перегляду цього Кодексу. Додатки до Кодексу можуть бути необхідними для того, щоб знайти шлях у вирішенні особливої ситуації.

Право перегляду Етичного Кодексу медичних сестер України та тлумачення його окремих положень належить Міністерству охорони здоров'я України по узгодженню з Асоціацією медичних сестер України.

СИТУАЦІЙНІ ЗАВДАННЯ

1. Чи згодні ви з тією думкою, що життя людини є абсолютною цінністю з моменту його виникнення і до моменту смерті, незалежно від того, в якій якості воно проживається? Обґрунтуйте свою позицію.

2. Чи варто вважати зародок тільки частиною материнського організму чи людське життя починається з моменту зачаття? Чи варто в даній ситуації захищати права ембріону? Наведіть аргументи за і проти і обґрунтуйте свою позицію.

3. Прочитайте текст «Клятви» Гіппократа. Чи може вона бути основою сучасної професійної етики лікаря? Які положення «Клятви» можна вважати за непорушні і зараз?

4. Чи є різниця між такими принципами, як «не зашкодь» і «роби добро»? Відповідь обґрунтуйте.

5. Чому не виправдано, з етичного погляду, під час проведення експериментів дотримуватися таких принципів: «Можна все те, що цікаво» і «Корисне все те, що можна»? Який принцип у медичній етиці при проведенні експериментів є найважливішим? Чому?

6. Де і за яких обставин почала формуватися медична етика? Які історичні передумови виникнення медичної етики ви можете назвати?

7. Які негативні і позитивні риси патерналізму в медицині ви можете назвати? Чи припустимий у наш час патерналізм у медицині? Відповідь обґрунтуйте.

8. Чи завжди лікарі були зобов'язані констатувати смерть людини? Коли і через які причини лікарська професія отримала виняткове право і обов'язок констатувати смерть людини?

9. Назвіть основні причини виникнення феномену «снідофобії». Чому вони стали можливі?

10. Лікар рекомендує для поліпшення стану хворого придбати дорогий імпортований препарат. При цьому він не повідомляє інформацію про існування інших, таких же ефективних, але дешевших аналогів вітчизняного виробництва. Який принцип медичної етики тут порушений? Як ви думаєте, якими міркуваннями у цьому випадку керується лікар?

11. Як поняття «добровільна інформована згода» пов'язане з такою філософською категорією, як «свобода особистості»? Обґрунтуйте свою позицію.

12. У чому полягає сенс наступного аргументу: «правило

конфіденційності захищає соціальний і економічний статус пацієнта)? Обґрунтуйте відповідь, навівши приклади.

13. У чому складність етичного вибору між «святою неправдою» і жорстокою правдою? Обґрунтуйте відповідь.

14. Щоб не травмувати психоемоційний стан важко хворого пацієнта, лікар дезінформує хворого про його діагноз, але при цьому повністю інформує близького родича. З яких позицій у даній ситуації поступає лікар? Яке правило медичної етики тут порушене? Як би ви поступили в даному випадку?

15. У суді адвокат ставить питання лікареві, що лікує підсудного. Відповіді стосуються конфіденційної інформації, що стала відомою під час обстеження хворого. Як потрібно поступити, щоб реалізувати правило конфіденційності?

16. Після обстеження хворого лікар рекомендує лікування, від якого пацієнт категорично відмовився. Лікар, не приховуючи своєї незадоволеності, взяв розписку про відмову від лікування. Який принцип медичної етики тут порушений, які дії лікар, що лікує, не здійснив?

17. В яких випадках лікар зобов'язаний повідомити деякі відомості, що належать до лікарської таємниці?

18. На прикладі «казусу Тетяни Тарасової» поясніть особливості лікарської таємниці в психіатрії.

19. Чи може цитата «на благо держави або народу» бути виправданням експериментування на людині? Обґрунтуйте відповідь. Які існують етико-правові норми, що регулюють дану проблему?

20. Як ви думаєте, чому злочини нацистських лікарів, озвучені на Нюрнберзькому процесі, стали можливі? Чи вважаєте ви експерименти на благо науки, заради людства етично виправданими? Який етичний принцип є першорядним під час проведення експериментів на людині?

21. Під час лікарського обходу завідувач відділенням у присутності хворих і колег робить зауваження лікареві, що лікує, щодо помилок у поставленому діагнозі і методах лікування пацієнта. Який принцип професійної етики тут порушений?

22. Дайте визначення лікарської помилки. Чому за лікарську помилку лікар не несе кримінальної, адміністративної або якоїсь іншої відповідальності?

23. Чи можна очікувані проблеми зі здоров'ям у майбутньої дитини вважати за виправдання аборту? Обґрунтуйте відповідь.

24. Назвіть основні дилеми, пов'язані з використанням сучасних методів втручання в репродукцію людини (штучна інсемінація, екстракорпоральне запліднення і перенесення ембріону, «сурогатне материнство»).

25. Які проблеми (медичного, соціального, етичного характеру) визначаються консервативною позицією відносно використання донорства статевих клітин?

26. Чи припустиме створення людських ембріонів з дослідницькою метою? Назвіть відповідні документи, що регулюють це питання.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аболіна Т. Г. Прикладна етика: навч. посібник / Т. Г. Аболіна, В. Г. Нападиста, О. Д. Рихліцька та ін. ; за наук. ред. В. І. Панченко. – К. : Центр учбової літератури, 2012. – 392 с.
2. Агаркова А. О. Формування професійно-етичної культури майбутніх лікарів у вищих навчальних закладах : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук, А. О. Агаркова, 13.00.07 теорія і методика виховання. – К., 2011. – 22 с.
3. Акопов В. И. Страдания Гипократа (Правовые и этические проблемы современной медицины и ответственность медицинских работников) / В. И. Акопов, Е. Н. Маслов. – Ростов н/Д. : Приазовский Край, 2006. – 520 с.
4. Алексеенко А. П. Соціально-філософські та етичні проблеми медицини : навч. посіб. / за заг. ред. А. П. Алексеенко, В. М. Лісового. – Х.: Колегіум, 2010. – 340 с.
5. Андрійчук О. Я. Виховання гуманності у студентів медичного коледжу в процесі фахової підготовки: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.07 / О. Я. Андрійчук. – К.: 2004. – 212 с.
6. Асеева И. А. Биомедицинская этика. Учебное пособие для медицинских университетов / И.А. Асеева, В.Е. Никитин. – Курск: КГМУ, 2002. – 96 с.
7. Бабак М. І. Формування особистості медика третього тисячоліття / М. І. Бабак // Медична освіта. – 2002. – № 1. – С. 49 – 50.
8. Бабенко П.А. Формирование толерантности как профессиональной компетентности в процессе подготовки будущих врачей: автореф. дисс... канд. пед. н. / П.А. Бабенко. – Краснодар, 2009. – 25 с.
9. Бажан Т. А. Этика и деонтология санитарного врача : научное издание / Т. А. Бажан, Н. М. Паранько, Н. Г. Карнаух. – Д. : Поліграфіст, 2002. – 142 с.
10. Бакштановский В. И. Этика профессии: миссия, кодекс, поступок: Монография / В.И. Бакштановский., Ю.В. Согомонов. – Тюмень: НИИ прикладной этики ТюмГНГУ, 2005. – 378 с.
11. Балл Г. О. Гуманізація загальної та професійної освіти: суспільна актуальність і психолого-педагогічні орієнтири / Г.О. Балл // Неперервна професійна освіта: проблеми, пошуки, перспективи: монографія / за ред. І. А. Зязюна. – К. : Віпол, 2000. – С. 134–157.

12. Балл Г. О. Професійна діяльність і підготовка до неї у контексті розвитку особистості та становлення її духовності / Г. О. Балл // Творча особистість у системі неперервної освіти. – Х.: УДПУ, 2000. – С. 34–39.
13. Банчук М. В. Сучасні завдання вищої медичної школи / М. В. Банчук, О. П. Волосовець, Т. І. Чернишенко // Магістр медсестринства. – 2008. – № 1. – С. 17–20.
14. Берри К. Взаимоотношения врача и пациента / К. Берри // Материалы Первого Украинско-британского симпозиума по биоэтике (г.Киев, 25-29 сентября 2000 г.). – К.: Киевская медицинская академия им. П. Л. Шупика, Киевский исследовательский центр "РЕАЛ". – С. 15-16.
15. Билибин Д. Ф. Горизонты деонтологии / Д.Ф. Билибин // Вести АМН СССР. – 1979. – № 5. – С. 30-39.
16. Бильченко О. С. Врачебная этика и медицинская деонтология : учебное пособие для студентов медицинских вузов, врачей-интернов / О. С. Бильченко ; Харьковский государственный медицинский университет. – Х. : Торнадо, 2004. – 198 с.
17. Бралатан В. П. Професійна етика: навч. посібник / В. П. Бралатан, І. В. Гуцаленко, Н. Г. Здирко. – К. : Центр учбової літератури, 2011. – 251 с.
18. Васкес Абанто Х.Э. Здравоохранение XXI века: закон и этика в медицине. Монография (Germany) / Х.Э. Васкес Абанто, А.Э. Васкес Абанто. – LAP Lambert Academic Publishing, 2014. – 144 с.
19. Васкес Абанто Х. Э. Медицина и мораль: Монография / Х. Э. Васкес Абанто, А. Э. Васкес Абанто. – Киев : Алфа Реклама, 2015. – 160 с.
20. Вековшинина С. В. Биоэтика: начала и основания (Философско-методологический анализ) / С. В. Вековшинина, В.Л. Кулиниченко. – К.: Сфера, 2002. – 152 с.
21. Вековшиніна С. В. Сучасна медична етика: від Гіппократа до біоетики / С. В. Вековшиніна, В. Л. Кулініченко, Н. В. Коваленко // Український медичний часопис. – 2003. – № 5 (37). – С. 93–96.
22. Верхратський С.А. Історія медицини / С.А. Верхратський. – К.: Здоров'я, 2011. – 352 с.
23. Виртц У. Жажда смысла: Человек в экстремальных ситуациях: Пределы психотерапии / У. Виртц, Й. Цобели [пер. с нем.]. – М.: Когито-Центр, 2012. – 328 с.

24. Вишневская Н.В. Формирование профессионально значимых ценностей медицинского работника среднего звена в условиях дополнительного образования: автореферат дис. ... кандидата педагогических наук: 13.00.08 /Н.В.Вишневская.– Брянск, 2011.- 24с.
25. Вілльємс Джон Р. Підручник з лікарської етики: пер. з 2-го англ. вид. 2009 р. / Джон Р. Вілльємс ; за ред. акад. АМН України Л. Пирога. – Світове Лікарське Товариство / World Medical Association (WMA): CORBIS, укр. вид. БФ „Третє Тисячоліття”, 2009. – 316 с.
26. Вознюк Н. М. Етико-педагогічні основи формування особистості: навч. посіб. / Н. М. Вознюк – К. : Центр навч. л-ри, 2005. – 196 с.
27. Вороненко Ю.В. Медичне право в системі права України: стан і перспективи розвитку / Ю.В. Вороненко, Я.Ф. Радиш //Укр. мед. часопис. – 2006. – №5. – С. 5-10.
28. Галузяк В. М. Когнітивно-еволюційна теорія морального розвитку і виховання особистості / В. М. Галузяк, О.В. Алексеєва // Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені М.Коцюбинського. Серія: «Педагогіка і психологія». Випуск 3. – Вінниця, 2000. – С. 156-163.
29. Галузяк В. М. Моральне виховання у педагогіці США: теорія і практика / В. М. Галузяк, Л.І. Довгань. – Вінниця: РВВ ВДАУ, 2009. – 231 с.
30. Галузяк В. М. Основні характеристики ефективного стилю педагогічного спілкування / В. М. Галузяк // Наукові записки. – Випуск 32. Частина II. Серія: Педагогічні науки. – Кіровоград: РВЦ КДПУ ім. В. Винниченка, 2001.– С.30-34.
31. Галузяк В. М. Розвиток професійної спрямованості студентів вищих медичних навчальних закладів: монографія / В. М. Галузяк, С.І. Тихолаз. – Вінниця: ТОВ «Нілан ЛТД», 2016. – 228 с.
32. Галузяк В. М. Типологія базових моделей виховання / В. М. Галузяк // Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені М.Коцюбинського. Серія: «Педагогіка і психологія». Випуск 7. – Вінниця, 2002. – С. 94 – 102.
33. Гордон Ю.А. Европейский форум медицинских ассоциаций и ВООЗ / Ю.А. Гордон // Medicus amicus. – 2002. – № 3. – С. 21-25.
34. Грандо А. А. Врачебная этика и медицинская деонтология / А.А. Грандо. – К.: Вища школа, 1988. – 188 с.

35. Дейнега В.Г. Деонтология как философия медицинской деятельности [Электронный ресурс] / В.Г. Дейнега. – Режим доступа: www.medicusamicus.com/index.php?action=main
36. Демянчук М. Р. Підготовка бакалаврів сестринської справи до професійної діяльності на засадах компетентнісного підходу : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / М. Р. Демянчук. – Хмельницький, 2015. – 228 с.
37. Дудікова Л. В. Формування готовності до професійного самовдосконалення у майбутніх лікарів: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. / Л.В. Дудікова. – Вінниця, 2011. – 230 с.
38. Етичний кодекс лікаря [Електронний ресурс]. – Режим доступу:http://www.meduniv.lviv.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=197&Itemid=206.
39. Євтушенко Ю. О. Формування деонтологічної культури майбутніх лікарів у навчально-виховному процесі медичного ВНЗ: дис. на здобуття наук. ступ. канд. пед. наук : 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти / Ю. О. Євтушенко. – Старобільськ, ДЗ „Луганський національний університет імені Тараса Шевченка”, 2017. – 242 с.
40. Ждан В. М. Основи медичної психології: навч.-метод. посіб. для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рів. акред. та лік.-інтерн. /В.М. Ждан, А.М. Скрипніков, Л.В. Животовська та ін. – Полтава: ТОВ «АСМІ», 2014. – 255 с.
41. Жуковская Н.А. Технология развития нравственных качеств в профессиональной подготовке студентов медицинского колледжа: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.08 / Н.А. Жуковская. – Саратов, 2007. – 224 с.
42. Завальнюк А. Х. Етично-правові аспекти лікарської діяльності в Україні / А. Х. Завальнюк, Г. Ф. Кривда, І. О. Юхимець. – О. : Астропринт, 2008. – 192 с.
43. Закони України про охорону здоров'я: Збірник нормативно-правових актів: нормативний документ / Ред. В.Ф. Москаленко, В.В. Костицький. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 464 с.
44. Запорожан В. Н. Нооэтика в этическом кодексе медицины XXI столетия / В. Н. Запорожан. – О. : ОНМедУ, 2011. – 168 с.
45. Запорожан В. М. Біоетика : підручник / В. М. Запорожан, М. Л. Аряєв. – К. : Здоров'я, 2005. – 288 с.
46. Зеленкова И.Л. Прикладная этика / И.Л. Зеленкова. – Минск: БГУ, 2005. – 254 с.

47. Золотухін Г. О. Лікує слово. Проблеми медичної деонтології в художній літературі: Навч. посібник / Укладачі: Г.О. Золотухін, Н.П. Литвиненко, І.І. Жебка та ін. – К.: Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця, 1999. – 264 с.
48. Иванюшкин А.Я. История и этика сестринского дела: учебное пособие / А. Я. Иванюшкин, А.К. Хетагурова. – М. : ГОУ ВУНМЦ, 2003. – 320 с.
49. Иванюшкин А.Я. Этика сестринского дела / А.Я. Иванюшкин. – М.: ГРАНТЬ, 2003. -168 с.
50. Ильин Е. П. Психология помощи. Альтруизм, эгоизм, эмпатия / Е.П. Ильин. – СПб. : Питер, 2013. – 510 с.
51. Касевич Н. М. Медсестринська етика і деонтологія. Підручник для студ. вищ. мед. навч. закл. / Н. М. Касевич. – 2-ге вид., стер. – К. : Медицина, 2010. – 200 с.
52. Кассирский, И. А. О врачевании / И. А. Кассирский. – М. : Медицина, 1970. – 272 с.
53. Кемпбелл А. Медицинская этика: Пер. с англ.: Учеб. пос. / А. Кемпбелл, Г. Джиллетт, Г. Джонс; под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина. – М.: ГЗОТАР-МЕД, 2004. – 400 с.
54. Клятва лікаря України, затверджена Указом Президента України від 15.06.1992 р. № 349 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/349/92>.
55. Ковальова О. М. Деонтологія в медицині: Підручник / О.М. Ковальова, Н.А. Сафаргаліна-Корнілова, Н.М. Герасимчук. – К. : ВСВ «Медицина», 2015.- 240 с.
56. Кодекс медицинской деонтологии. Введение и комментарий Луи Рене. Пер. с франц. – Киев: “Дух и Литера”, “Сфера”, 1998.- 165с.
57. Колісник-Гуменюк Ю. І. Формування професійно-етичної культури майбутніх фахівців у процесі гуманітарної підготовки в медичних коледжах : монографія / Ю. І. Колісник-Гуменюк. – Львів: "Край", 2013. – 296 с.
58. Корда І. В. Проблема розвитку критичного мислення у студентів-медиків / І. В. Корда, С. М. Геряк, Н. В. Петренко, І. Я. Кузів // Медична освіта. – 2014. – № 3. – С. 83-84.
59. Корнацький В. М. Основи діяльності етичних комісій: посібник для організації роботи етичних комісій медичних закладів / Під ред. В. М. Корнацького, Т. В. Талаєвої. – К., 2007. – 92 с.
60. Кропачева Л. М. Приобретение студентов медицинского ВУЗа к профессиональной этико-деонтологической культуре: Дис... канд.

- пед. наук. 13.00.08 – теорія і методика проф. образования/ Л. М. Кропачева. – Іжевск, 2012. – 229 с.
61. Кубіцький С. О. Особливості професійної комунікативної взаємодії майбутніх медпрацівників / С.О. Кубіцький С. О., Н.В. Неділька // Вісник Національної академії оборони. Питання педагогіки. – 2010. – № 2 (15). – С. 55.
62. Кудрявцева Т. О. Ділова гра як засіб підготовки майбутніх лікарів до розв'язання проблемних ситуацій у професійній діяльності / Т. О. Кудрявцева // Актуальні проблеми державного управління, педагогіки та психології. – 2013. – Вип. 2. – С. 302-306. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apdyptp_2013_2_64
63. Кузнецова І. В. Педагогічні умови формування емпатійної культури студентів вищих медичних навчальних закладів: Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук за спеціальністю 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти / І. В. Кузнецова. – Харків: Харківський національний педагогічний університет імені Г.С. Сковороди, 2005. – 205 с.
64. Куренкова К. М. Формування професійних цінностей майбутніх медсестер у процесі фахової підготовки: дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук зі спеціальності 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти / К. М. Куренкова. – Харків: Харківський національний педагогічний університет імені Г. С. Сковороди, 2009. – 253 с.
65. Левенець С.С. Медична етика і деонтологія: реалії і перспективи в роботі лікаря / С. С. Левенець // Медична освіта. – №4. – 2012. – С. 87-90.
66. Лещинский Л. А. Медицинская этика и деонтология: учеб. пособие / Л. А. Лещинский; ИГМА. – 2-е изд. – Ижевск: Экспертиза, 2002. – 116 с.
67. Лимар Л. В. Особливості мотивації студентів-медиків до попередження конфліктів з пацієнтами у процесі професійної підготовки / Л.В. Лимар // Вісник післядипломної освіти. – 2011. – Вип. 3. – С. 350–357. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpo_2011_3_58
68. Литвиненко Г. С. Медична деонтологія в художній літературі (проза і драматургія): Хрестоматія: Навч. посібник для студ. вищих мед. закладів освіти III-IV рівнів акредитації / Г.С. Литвиненко (уклад.), Р. А. Литвиненко (уклад.). – Кн. 1. – К., 1999. – 200 с.
69. Литвиненко Г. С. Медична деонтологія в художній літературі (проза і драматургія): Хрестоматія: Навч. посібник для студ. вищих

- мед. закладів освіти III-IV рівнів акредитації. – К., 1999 .Кн. 2 / уряд. Г. С. Литвиненко. – [Б. м.] : [б.в.], 1999. – 168 с.
70. Лісовий В. М. Основи медсестринства: [підручник] / В. М. Лісовий, Л. П. Ольховська, В. А. Капустник. – 2- е вид., переробл. і допов. – К.: ВСВ "Медицина", 2013. – 792 с.
71. Ліхтенштейн Е. И. Помнить о больном / Е.И.Ліхтенштейн. – К.: Здоров'я, 2012. – 152 с.
72. Ловелле Р. П. Психологические основы деятельности врача: избранные лекции и статьи: учебное пособие. / Р.П. Ловелле, Н. В. Кудрявая. – М.: ВУНМЦ, 1999. – 204 с.
73. Максименко С. Д. Медична психологія: Підручник / С.Д. Максименко, І.А. Коваль, К.С. Максименко, М.В. Папуча; За редакцією академіка С.Д. Максименка. – Вінниця: Нова книга, 2008 – 520с.
74. Максименко С. Д. Педагогіка вищої медичної освіти: підручник / С. Д. Максименко, М. М. Філоненко. – К. : Центр учб. л-ри, 2014. – 288 с.
75. Мишаткина Т.В. Биомедицинская этика : слов.-справ. / Т.В. Мишаткина, Я.С. Яскевич, С.Д. Денисов [и др.]; под ред. Т.В. Мишаткиной . — Минск : БГЭУ, 2007. — 90 с.
76. Мишаткина Т.В. Биомедицинская этика: учебное пособие / Т.В. Мишаткина, Э.А. Фоновта, С.Д. Денисов, Я.С. Яскевич. – Минск: ТетраСистемс, 2003. – 320 с.
77. Москаленко В. Ф. Актуальні питання правового регулювання суспільних відносин у сфері охорони здоров'я: навч. посіб./ В. Ф. Москаленко та ін. ; за заг. ред. В. Ф. Москаленка. – Житомир: Полісся, 2014. – 146 с.
78. Москаленко В. Ф. Регламентация права на охрану здоровья у нормативно-правових актах міжнародного та європейського рівня / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева, Г. В. Іншакова – Х.: Контраст, 2006. -352 с.
79. Мруга М. Р. Структурно-функціональна модель професійної компетентності майбутнього лікаря як основа діагностування його фахових якостей: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / М. Р. Мруга. – К., 2007. – 250 с.
80. Назар П. С. Основи медичної етики / П.С. Назар, Ю.Г. Віленський, О.А. Грандо.– К.: Здоров'я, 2002. – 344 с.
81. Наливайко О. Б. Формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів у процесі контекстної підготовки / О. Б. Наливайко

- /13.00.04 – теорія і методика професійної освіти. – Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук. – Вінниця, 2016. – 286 с.
82. Насінник О. Етичний кодекс українського лікаря (Проект) / О. Насінник, Л. Пиріг, С. Вековшиніна, В. Кулініченко. – К.: Сфера, 2002. – 24 с.
83. Основи законодавства України з охорони здоров'я від 19.11.1992 № 2801-ХІІ // Закони України про охорону здоров'я: Збірник нормативно-правових актів / Під ред. В. Ф. Москаленка, В. Ю. Костецького. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 484 с.
84. Павлюк Т. М. Емпатійні чинники професійної адаптації медичних сестер: дис... канд. психол. наук: 19.00.07 / Т.М. Павлюк. – Луцьк: Волинський держ. ун-т ім. Лесі Українки, 2006. – 190 с.
85. Переймибіда Л. В. Організаційні засади діяльності педагогічного колективу з розвитку деонтологічної культури учнів медичного ліцею: дис... канд. пед. наук: 13.00.01 / Л.В. Переймибіда. – К.: Київський національний ун-т ім. Тараса Шевченка, 2008. – 256 с.
86. Петров Н. Н. Вопросы хирургической деонтологии / Н. Н. Петров. – М.: Медгиз, 1956. – 189 с.
87. Петровський Б.В. Деонтология в медицине: в 2 т.; Под ред. Б.В. Петровського. – М.: Медицина, 1988. – Т. 1. Общая деонтология – 352 с.; Т. 2. Частная деонтология. – 416 с.
88. Пиріг Л. А. Медицина і українське суспільство: Збірка медико-публіцистичних праць / Л.А. Пиріг. – К.: Б.В., 1998. – 472 с.
89. Поттер В. Р. Біоетика – міст в майбутнє./ В. Р. Поттер -К.: Вид. В. Карпенко, 2002 – 216 с.
90. Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций. – К.: Сфера, 1999. – 121с.
91. Про освіту : Закон України від 05.09.2017 р. № 2145-VIII. // Голос України. – 2017. – 27 верес. (№ 178-179).
92. Процюк Р. Г. Морально-етичні аспекти у фізизіатрії / Р. Г. Процюк // Здоров'я України. – 2007. – № 7 (берез). – С. 40 – 45.
93. Радзівєвська І. В. Формування професійної компетентності майбутніх медичних сестер у процесі вивчення фахових дисциплін: автореф. дис. ... канд. пед. наук / І. В. Радзівєвська. – К., 2011. – 20 с.
94. Сенюта І. Біоетичне законодавство України: перспективи становлення та розвитку / І. Сенюта // Вісник Львівського університету. – Серія юридична. – Львів, 2006. – Вип. 42. – С. 42-49.

95. Сенюта І. Правові основи біоетики / І. Сенюта // Формування особистості студентів як майбутніх фахівців лікарської справи, працівників охорони здоров'я та інших соціально-орієнтованих установ у контексті біоетики: Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. Львів, 6-7 берез. 2003 р. – Львів, 2003. – С. 150.
96. Сірак І. П. Формування готовності майбутніх медичних сестер до професійної самореалізації. – 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук / І. П. Сірак. – Вінниця, 2017. – 296 с.
97. Слюсарєва І.П. Формирование деонтологической компетентности в профессиональной подготовке студентов медицинского колледжа: дис... канд. пед. наук 13.00.08 – теория и методика проф. образования / І.П.Слюсарєва.– Саратов, 2009.- 272 с.
98. Сметанський М.І. Атестація загальноосвітніх шкіл: монографія / М.І.Сметанський, В. М. Галузяк, М.І. Слободянюк, В.І. Шахов. – Вінниця: РВВ ВАТ Віноблдрукарня, 2001. – 310 с.
99. Сметанський М.І. Професійна відповідальність як риса особистості / М.І. Сметанський, В. М. Галузяк // Рідна школа. – 1994. – №1-2. – С.68-70.
100. Соцький К. О. Формування готовності майбутніх молодших медичних спеціалістів до професійного самовдосконалення: дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / К. О. Соцький. – Хмельницький, 2016. – 314 с.
101. Спіріна І.Д. Медична психологія: підруч. для студентів ВНЗ VMNЗ IV рівня акредитації МОЗ України / Спіріна І.Д. та ін. – Дніпропетровськ : Ліра, 2012. – 442 с.
102. Ступак Ф.Я. Історія медицини: Підручник / Ф.Я. Ступак. – К.: «Книга-плюс», 2015. – 174 с.
103. Тимофієва М. П. Психологічні умови розвитку комунікативної компетентності майбутнього сімейного лікаря : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : спец. 19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія» / М. П. Тимофієва. – К.: Ін-т психології ім. Г. С. Костюка, 2008. – 20 с.
104. Тихолаз С. І. Педагогічні умови розвитку професійної спрямованості студентів вищих медичних навчальних закладів: дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук. 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти / С.І. Тихолаз. – Вінниця: Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського, 2011. – 258 с.

105. Турак Й. А. Етичні та правові засади медичного втручання: З погляду лікаря-практика / Й. А. Турак. – Ужгород : ВАТ "Видавництво Закарпаття", 2002. – 192 с.
106. Уильямс Дж. Р. Руководство по медицинской этике: Пер. с англ.: под ред. Ю.М.Лопухина, Б.Г.Юдина, Л.А.Михайлова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 126 с.
107. Філоненко М. М. Психологія особистісного становлення майбутнього лікаря: монографія / М. М. Філоненко. – К. : Центр учбової літератури, 2015. – 332 с.
108. Харди И. Врач, сестра, больной: психология работы с больными / И. Харди. – Будапешт: Изд-во Академии наук Венгрии, 1988. – 338 с.
109. Хацаева Д. Т. Развитие профессиональной устойчивости у студентов медицинских вузов – будущих врачей : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Д. Т. Хацаева. – Владикавказ, 2000. – 129 с.
110. Холковська І. Л. Соціальна компетентність як умова успішної самореалізації особистості / І.Л. Холковська // Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені М.Коцюбинського. Серія: «Педагогіка і психологія». Випуск 47. – Вінниця, 2016. – С. 63-67.
111. Холковська І. Л. Методика виховної роботи / І.Л. Холковська. – 2-е вид., випр. і доп. – Вінниця: ТОВ «Нілан ЛТД», 2016. – 192 с.
112. Цехмістер Я. Медичне право: перспективи підготовки фахівців в Україні / Я. Цехмістер, О. Лисенко // Освітологія. – 2017. – № 6. – С. 110-114.
113. Шарлович З. П. Формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки: дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук: 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти / З. П. Шарлович. – Житомир: Житомир. держ. ун-т ім. І. Франка, 2015. – 122 с.
114. Юдіна О. М. Психологічні особливості формування емпатійності майбутніх лікарів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : спец. 19.00.01 «Загальна психологія, історія психології» / О. М. Юдіна. – К.: Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України, 2004. – 17 с.
115. Ясько Б. А. Психологія медичного труда: личность врача в процессе профессионализации: автореф. дис. на соиск. учен. степ. д-ра психол. наук : спец. 19.00.03 „Психология труда, инженерная психология, эргономика” / Б. А. Ясько. – Краснодар, 2004. – 42 с.

116. Bentham J. Deontology or, The Science of Morality / J. Bentham. – Vol. 1. – London : Longman, Green, Longman, Roberts, and Green, 1834. – 320 p.
117. Bilichenko O. Theoretical Approaches to Determine the Nature of Medical Ethics / Oleksandr Bilichenko // Dyskursy o kulturze. Discourses on Culture. – Łódź: Wydawnictwo Społecznej Akademii Nauk, 2017. – № 7. – S. 249-259.
118. Coulehan J. Conflicting Professional Values in Medical Education / J. Coulehan, P. C. Williams // Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. – 2003. – Vol. 12. – P. 7 – 20.
119. Medical professionalism in the new millennium : a physician charter / Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine // Annals of Internal Medicine. – 2002. – Vol. 136. – No. 3. – P. 243 – 246.
120. Playford R. C. Deontological and utilitarian ethics : A brief introduction in the context of disorders of consciousness / R. C. Playford, T. Roberts // Disability and Rehabilitation. – 2015. – No. 37. – P. 2006 – 2011.
121. Robert Priddey The Human Whole. An Outline of the "Higher" Psychology. <http://robertpriddy.com/P/6values.html>
122. Rokeach M. Nature of Human Values by Milton Rokeach. New York, The Free. Press, 1973. -x, 438pp ;
123. Savitt T. L. Medical Readers' Theater as a Teaching Tool / T. L. Savitt // Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. – 2010. – Vol. 19.
124. Serkowska-Maka Jadwiga. Edukacja zawodowa kluczem do jednoczącej się Europy /Jadwiga Serkowska-Maka.– Torun: Wyd. Adam Marszałek, 2004.– 277 s.
125. Valsiner J., Branco A. U. (2012). Cultural Psychology of Human Values. Advances in Cultural Psychology. Information Age Publishing Inc., 294 p.
126. Williams J. R. Medical Ethics Manual / J. R. Williams // World Medical Association. – 2005. – 134 p.
127. Zlatev Jordan. A hierarchy of meaning systems based on value [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.lucs.lu.se/LUCS/085/Zlatev.pdf>

Навчальне видання

Біліченко Олександр Віталійович

ОСНОВИ ПРОФЕСІЙНОЇ ЕТИКИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Навчально-методичний посібник

Видання здійснене в авторській редакції

Підписано до друку 19.06.19.
Формат 64x90/16. Папір офсетний.
Друк цифровий. Гарнітура Times.
Умов. друк. арк. 10,1.

Віддруковано з оригіналів замовника.
ФОП Корзун Д.Ю.

21027, а/с 8825, м. Вінниця, вул. 600-річчя, 21.
Тел.: (0432) 69-67-69, 603-000.

E-mail: info@tvoru.com.ua, <http://www.tvoru.com.ua>
Видавець ТОВ «Твори»

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до
Державного реєстру видавців, виготовлювачів і розповсюджувачів
видавничої продукції серія ДК № 6188 від 18.05.2018 р.

21027, а/с 8825, м. Вінниця, вул. Келецька, 51а.
Тел.: (0432) 69-67-69, 603-000.