

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

О.М. Ковальова  
Н.А. Сафаргаліна-Корнілова  
Н.М. Герасимчук

## **ДЕОНТОЛОГІЯ В МЕДИЦИНІ**

Підручник для студентів  
вищих медичних навчальних закладів  
III-IV рівнів акредитації

**Харків  
2014**

УДК 614.253(075.8)

ББК 51.1 (2) 2я7

**ISBN**

**Рецензенти:**

*В.В. Ніконов* – зав. каф. медицини невідкладних станів, медицини катастроф ХМАПО, д-р мед. наук, проф.

*Ю.С. Рудик* – зав. відділом клінічної фармакології і фармакотерапії ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України», д-р мед. наук, ст. наук. спів.

**К56 Ковальова О.М., Сафаргаліна-Корнілова Н.А., Герасимчук Н.М.** Деонтологія в медицині: підручник.  
Харків, 2014.– 258 с.

Підручник присвячено актуальним питанням медичної деонтології відповідно до навчальної програми «Деонтологія в медицині». В підручнику обговорюються питання медичної етики і деонтологія, правове забезпечення професійної діяльності лікаря в сучасному суспільстві; основні моделі взаємин в системі лікар-хворий; питання ятрогенії, лікарської помилки, їх причини та профілактика; лікарська таємниця, правові документи, що гарантують дотримання лікарської таємниці в Україні та в світі; деонтологічні аспекти захисту права пацієнтів на життя і смерть; особливості деонтологічних підходів в онкології, психіатрії, геронтології, педіатрії; деонтологічні аспекти взаємин лікаря з пацієнтом ВІЛ-інфікованим і пацієнтом хворим на СНІД. Розглянуто етичні питання трансплантології, евтаназії, медичної генетики, сучасних репродуктивних технологій.

Підручник рекомендовано для студентів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації, біологів, фармакологів, лікарів-інтернів.

Ковальова О.М.  
Сафаргаліна-Корнілова Н.А.  
Герасимчук Н.М.

## ЗМІСТ

### Модуль 1. РОЛЬ, ЗМІСТ І ЗАВДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДЕОНТОЛОГІЇ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ РОЗВИТКУ СУСПІЛЬСТВА

<b>Вступ</b>	4
<b>Тема 1.</b> Медична етика і деонтологія, їх визначення, статус і правове забезпечення в сучасному суспільстві	6
<b>Тема 2.</b> Основні етапи становлення медичної деонтології та внесок відомих вітчизняних лікарів у її розвиток	13
<b>Тема 3.</b> Правове забезпечення професійної діяльності лікаря в сучасному суспільстві	22
<b>Тема 4.</b> «Клятва Гіппократа»: історія виникнення і подальша модифікація	34
<b>Тема 5.</b> Основні моделі взаємин в системі лікар-хворий. Міжнародні документи, що регламентують права пацієнта	41
<b>Тема 6.</b> Ятрогенії: основна їх причина, наслідки і профілактика	52
<b>Тема 7.</b> Лікарська таємниця: визначення, основні правові документи, що гарантують дотримання лікарської таємниці в Україні та в світі	60
<b>Тема 8.</b> Лікарська помилка: визначення, види лікарських помилок. Поняття про лікарські правопорушення і юридична відповідальність за них	78
<b>Тема 9.</b> Біомедична етика в сучасному суспільстві, її предмет, статус і круг проблем	88
<b>Тема 10.</b> Деонтологічні аспекти захисту права пацієнтів на життя: трансплантація, використання стоволових клітин, штучне запліднення, аборти. Етичні проблеми технологій, що штучно підтримують життя	104
<b>Тема 11.</b> Деонтологічні проблеми права пацієнта на смерть, Поняття про евтаназію; морально-деонтологічні погляди на суїцид. Поняття «хоспіс»	133
<b>Тема 12.</b> Деонтологічні аспекти взаємин в медичних колективах під час виконання лікарської і наукової роботи	154
<b>Тема 13.</b> Основні деонтологічні підходи в онкології, психіатрії, геронтології, педіатрії	162
<b>Тема 14.</b> Деонтологічні аспекти взаємин лікаря з пацієнтом ВІЛ-інфікованим і пацієнтом хворим на СНІД	178
Ситуаційні завдання для контролю кінцевого рівня знань	189
Еталони відповідей	217
Додатки	218
Предметний покажчик	245
Література	250

## ВСТУП

Характерною прикметою нашого часу є високий рівень розвитку техніки і технологій, який дозволяє людині по-новому впливати на природу, і навіть на свою власну. Розвиток засобів комунікації досягає при цьому такого ступеня, що вже можна реально говорити про зближення різних культур та їх плідну взаємодію, до того ж, для здійснення контакту вже не потрібен тілесний перетин кордонів, а значить, учасником діалогу стає практично кожен, причетний до засобів масової інформації. Світ стає дійсно відкритим і при цьому ідея необхідності етичного консенсусу з фундаментальних питань стає обов'язковою умовою існування у світі, що трансформується.

До таких фундаментальних питань відносять, наприклад, питання про допустимість активної евтаназії, абортів, страти, пересадки органів, маніпуляцій з геномом людини та ін. Медицина давно й міцно злилася з вимогами морально-етичного обов'язку – безкорисливо служити людям. Такі філософсько-моральні вимоги отримали закріплення у деонтології (грец. *deontos* – належне та *logos* – вчення) – специфічній лікарській моралі, де викладені суспільні вимоги до всіх медичних працівників.

Етичні закони й позиції у медицині – це погляди і знання, які наочно інтегрують моральні засади особистості лікаря й загалом процесу лікування, теорію і практику стосунків з хворими, суспільством та колегами. Не існує окремих етичних категорій щодо поведінки лікаря, фельдшера, медичної сестри чи санітарки. Етичні принципи у медицині – неподільне ціле, хоча кожен окремий медичний фах має свої професійні, а отже й етичні відмінності.

Застосування нових біомедичних технологій дедалі поширюється, причому, воно інколи здійснюється поза межами правового регулювання. Тому питання про етичну самосвідомість лікарів-практиків, учених-дослідників та моральну відповідальність пацієнтів за згоду на прийняття тієї чи іншої методики лікування набуває зараз особливого значення. Моральні переконання людей залишаються сьогодні практично єдиним засобом захисту суспільства від руйнівних наслідків застосування нових біомедичних технологій.

У діяльності досвідченого фахівця-медика морально-етичні принципи повинні втілитись у сукупність конкретних поведінкових норм, сумлінне виконання яких буде для нього і професійним обов'язком, і справою його професійної честі та гідності.

Ще декілька десятиріч тому зміст медичної етики вичерпувався двома проблемами: по-перше, правилами поведінки медичного персоналу по відношенню до пацієнтів і, по-друге, правилами взаємовідносин в медичній корпорації. Сьогодні радикальному перегляду підлягають традиційні проблеми, а також виникає багато нових проблем. Все це призвело до необхідності ком-

плексного підходу до зазначених проблем і, передусім, до необхідності та інтеграції теоретичної і практичної медицини і етики.

Даний підручник підготовлено відповідно до вимог Болонської декларації щодо європейської інтеграції освіти з орієнтацією на фундаментальні цінності загальноосвітньої культури. Представлений підручник дасть змогу студентам не тільки поглиблено вивчати деонтологію, але й використовувати її під час самостійної роботи, оскільки підручник включає цілу низку завдань, вирішення яких дасть змогу усвідомити складність теоретичних й практичних проблем сучасної медицини. Підручник рекомендовано для студентів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації, біологів, фармакологів, лікарів-інтернів.

# Тема 1. МЕДИЧНА ЕТИКА І ДЕОНТОЛОГІЯ, ЇХ ВИЗНАЧЕННЯ, СТАТУС І ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ

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

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

## 2. Визначення поняття «деонтологія»

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

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

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

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

Це найперша і найбільш традиційна галузь професійної етики; вона носить найбільш прикладний характер, тим самим безпосередньо вторгається в область регуляції людських відносин і утілюється в деонтологічних Кодексах. У вузькому сенсі медична деонтологія – це сукупність конкретних норм і принципів медичної моралі стосовно певної спеціальності. Оскільки лікарські спеціальності істотно розрізняються, то деонтологічні вимоги, регулюючі практичну діяльність лікарів-фахівців, носять специфічний характер.

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

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

#### **4. Історичні витoki медичної деонтології**

При розгляді історичних аспектів розвитку медичної деонтології, звертає увагу те, що ще Гіппократ у III ст. до н.е. у своїй знаменитій «Клятві» першим сформулював обов'язки лікаря перед пацієнтом і систематизував правила медичної етики, які мають актуальність і в теперішній час. «*Primum non nocere*» («не нашкодь») – основний принцип лікування, закладений «батьком медицини» Гіппократом, що лежить у витоків лікарської етики (модель Гіппократа).

І в сучасній медицині зберігається актуальність принципу «при лікуванні не завдавай шкоди». Шкода може бути завдана бездіяльністю, недбалістю, некваліфікованими діями, злими намірами.

### **5. Основні вимоги медичної деонтології, що пред'являються до сучасного лікаря**

Необхідною умовою розвитку суспільства є створення матеріальних і духовних благ. Кожна професія пред'являє до людей певні моральні вимоги, породжує специфічні професійні моральні закони. До такої спеціальності як медицина, крім загальноприйнятих моральних норм, пред'являють спеціальні вимоги, детерміновані певним видом людської діяльності.

Першорядна роль обов'язку в професії лікаря обумовлена цінністю здоров'я і життя людей. Вимоги лікарської моралі завжди носили явно виражений категорично-імперативний характер. Вищим проявом професійного обов'язку лікаря є дотримання ним принципу *гуманізму, добросовісне виконання ним своїх обов'язків по відношенню до хворого.*

**Гуманізм** (від лат. *humanus* – людяний) – світогляд, заснований на принципах рівності, справедливості, людяності у відносинах між людьми, пройнятий любов'ю. Пряме порушення професійного обов'язку – черстве, формальне відношення лікаря до хворої людини, оскільки віра хворого в успіх лікування, довіра його до медичного персоналу відіграють часто не меншу роль в одужанні, ніж застосування сучасних ліків і устаткування. Академік В.М. Бехтерев підкреслював, що «якщо хворому після розмови з лікарем не легшає, це – не лікар».

Лікар покликаний психотерапевтичними методами – словом підбадьорення, утіхи, заспокоєння, чуйним відношенням – тактовно і уміло мобілізувати фізичні і душевні сили хворого на боротьбу з його хворобою.

Похідними від ідей гуманізму в практиці лікаря є наступні принципи: «не нашкодь», «роби добро», принцип справедливості, принцип пошани прав і гідності людини, принцип правдивості, принцип конфіденційності, принцип дотримання обов'язку, принцип пошани автономії пацієнта.

До сучасного лікаря також пред'являються такі високі вимоги, як кмітливість, сумлінність, доброзичливість, відповідальність, ерудиція, співчуття, стриманість, висока працездатність, духовність, інтелігентність та інші.



Звертаючись до студентів-медиків, М.І. Пирогов закликав «виховувати в собі такі якості громадянина, як чесність, відданість обов'язку, гідність». Найважливішою етичною якістю лікаря він вважав не тільки дбайливе відношення до хворого, але і високий професіоналізм, прагнення постійно підвищувати свою кваліфікацію.

Однією з обов'язкових якостей лікаря є відповідальність. Е.І. Ліхтенштейн в своїй статті «Пам'ятай про хворого» згадує знайомство з лікарем В.В. Вересаєвим: *«Вересаєв розповів про запрошення його стати особистим лікарем Л.М. Толстого, доброї і тактовної людини»*. Спокуса перебувати поряд з відомим письменником була велика, але Вікентій Вікентійович відчув внутрішній опір. *«Я був тоді молодим лікарем, недостатньо досвідченим. Чи мав я право в таких умовах узяти на себе відповідальність за безцінне життя? Ні, цього я собі дозволити не міг»*.

Велике значення у формуванні лікаря має вироблення стійкої звички і любові до систематичної, наполегливої праці. Роботі потрібно віддавати себе всього, керуючись старовинним правилом: *«Те, що потрібно зробити в майбутньому, зроби сьогодні, а те, що потрібно зробити сьогодні – зроби зараз»*.

Невід'ємною рисою лікаря повинна бути спостережливість. Уміння спостерігати старі французькі лікарі називали *«клінічним нюхом»*, в Росії ж говорили про хорошого лікаря – *«лікар з оком»*. Річ йде про професійно-лікарську спостережливість, що дозволяє побачити, запам'ятати і по-медичному оцінити щонайменші зміни у фізичному і психічному стані людини.

## **6. Основні міжнародні офіційні документи, що регламентують роботу лікаря**

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

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

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

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

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

### **Контрольні питання:**

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

9. Основні національні документи, що регламентують роботу лікаря.

## **Тестові завдання контролю початкового рівня знань**

**1. Дати визначення поняття "Медична етика":**

- А. Наука про взаємини лікаря і хворого.
- В. Система норм і правил поведінки медичних працівників в суспільстві.
- С. Система норм і правил поведінки і морального образу медперсоналу.
- Д. Комплекс правил поведінки і спілкування в професійній діяльності лікаря.
- Е. Система професійних, правових і морально-етичних принципів діяльності лікаря.

**2. Дати визначення поняття "Медична деонтологія":**

- А. Наука про взаємини лікаря і хворого.
- В. Наука про моральні принципи лікарської професії.
- С. Наука про взаємини лікаря і хворого, про обов'язки лікаря.
- Д. Система етичних правил, норм і принципів діяльності лікаря.
- Е. Система професійних, правових і морально-етичних принципів діяльності лікаря.

**3. Хто вперше запропонував термін "деонтологія"?**

- А. Гіппократ.
- В. Авіценна.
- С. Поттер.
- Д. Бенгам.
- Е. Мудров.

**4. Хто вперше систематизував основні принципи медичної деонтології?**

- А. Авіценна.
- В. Гіппократ.
- С. Кант.
- Д. Бенгам.
- Е. Парацельс.

**5. У якому документі сформульовані основні постулати етики і обов'язків лікаря?**

- А. Женевська декларація.
- В. Лісабонська декларація.
- С. Гельсінська декларація.
- Д. Міжнародний кодекс медичної етики.
- Е. Клятва Гіппократа.

**6. Що є основним принципом лікарської етики?**

- А. Правдивість.
- В. Справедливість.
- С. Конфіденційність.
- Д. Гуманізм.
- Е. Не нашкодь.

**7. Принципами лікарської етики є все, окрім:**

- А. Моральність.
- В. Повага прав і достоїнства людини.
- С. Повага автономності пацієнта.
- Д. Не нашкодь.
- Е. Роби добро.

**8. У основу Женевської декларації покладена:**

- А. «Клятва Гіппократа».
- В. Нюрнберзький кодекс.
- С. Міжнародний кодекс медичної етики.
- Д. Все перераховане вище вірно.
- Е. Все перераховане вище невірно.

**9. До якого документу внесені фрази: «Я не дозволю, щоб релігія, націоналізм, расизм, політика або соціальне положення впливали на виконання мого обов'язку. Навіть під загрозою я не використаю мої знання в області медицини на противагу законам людяності».**

- А. Женевська декларація.
- В. Лісабонська декларація.
- С. Гельсінська декларація.
- Д. Міжнародний кодекс медичної етики.
- Е. Все перераховане вище невірно.

**10. Де і коли деонтологічні питання медицини в умовах науково-технічної революції стали предметом обговорення спеціального симпозіуму XV Міжнародного філософського конгресу?**

- А. У 1973 р у Варні
- В. В 1974 р в Монреалі
- С. У 1973 р в Монреалі
- Д. В 1974 р у Варні
- Е. В 1970 р. в Бухаресті.

## Тема 2. ОСНОВНІ ЕТАПИ СТАНОВЛЕННЯ МЕДИЧНОЇ ДЕОНТОЛОГІЇ ТА ВНЕСОК ВІДОМИХ ВІТЧИЗНЯНИХ ЛІКАРІВ В ЇЇ РОЗВИТОК

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

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

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

#### *Догіппократівський період розвитку медичної етики*

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

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

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

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

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

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

*Середньовічний кодекс китайських лікарів*, викладений в книзі "Тисяча золотих ліків", вважав обов'язковим, щоб лікар був справедливим і не жадібним. "Він повинен співчувати хворим і урочисто обіцяти полегшити страждання хворих незалежно від їх стану. Аристократ або проста людина, бідняк або багач, немолодий або молодий, красивий або потворний, ворог або друг, уродженець цих місць або чужоземець, освічений або неосвічений, – всіх слід лікувати однаково. Він повинен відноситися до страждань пацієнта, як до своїх власних, і прагнути полегшити його страждання, незважаючи на власні незручності, наприклад нічні виклики, погану погоду, голод, втому. Навіть неприємні випадки, наприклад абсцес, пронос, рак слід лікувати без всякої неприязні. Той, хто дотримується цих правил, – великий лікар, інакше – він великий негідник".

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

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

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

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

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

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

Неоцінну роль в розвитку медичної деонтології зіграв Гіппократ. Йому належать аксіоми: «Де любов до людей, там і любов до свого мистецтва», «Не нашкодь», «Лікар-філософ подібний до Бога». Велич Гіппократа полягає перш за все в його гуманізмі, в тому, що він вважав людину вінцем природи. Ці погляди пронизують весь текст «Клятви Гіппократа». Згідно виразу У.Пенфілда, в ній «містяться вічні істини, які не може змінити час».

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

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

## **3. Роль лікарів Сходу в розвитку медичної деонтології**

Величезний вплив на розвиток медичної деонтології зробили лікарі Сходу. Ібн-сіна (Авіценна) – творець «Канону лікарської науки», розглядаючи різні сторони лікарської діяльності, підкреслював



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

#### **4. Розвиток медичної етики Західної Європи**

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

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

#### **5. Розвиток медичної етики в Київській Русі**

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

## **6. Внесок вітчизняних клініцистів в розвиток учення про медичну деонтологію**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Загальну популярність здобула подвижницька діяльність доктора Ф.П. Гааза, що став головним лікарем московських в'язниць. Його

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

### **Контрольні питання:**

1. Основні етапи становлення медичної деонтології.
2. Основні риси лікарської етики догіппократівського періоду.
3. Позитивні і негативні риси лікарської етики Стародавньої Індії.
4. Визначити основні риси лікарської етики медицини періоду Гіппократа.
5. Основні принципи поведінки лікаря, сформульовані Гіппократом.
6. Роль лікарів Сходу в розвитку медичної деонтології.
7. Характер розвитку медичної етики в Київській Русі.
8. Вклад вітчизняних клініцистів в розвиток учення про медичну деонтологію (М.Я. Мудров, С.П. Боткін, Ф.Г. Яновський та інші).

### **Тестові завдання для контролю початкового рівня знань**

**1. Хто з відомих клініцистів за свою виняткову спостережливість послужив прототипом Шерлока Холмса?**

- А. Уайт А.
- В. Павлов І.П.
- С. Дж. Белл.
- Д. Поттер В.
- Е. Мудров М.Я.

**2. Кому належать слова «Лікар повинен володіти оком сокола, руками дівчини, мудрістю змії і серцем лева»?**

- А. Гіппократу
- В. Вересаєву В.В.
- С. Чехову А.П.
- Д. Авіценні.
- Е. А. де Сент-Екзюпері.

**3. Кому належать слова "Бути людиною серед людей", що стали його життєвим девізом?**

- А. Павлову І.П.
- В. Пирогову М.І.
- С. Мудрову М.Я.

- Д. Вересаєву В.В.
- Е. Чехову А.П.

**4. Кому належать слова «Лікар повинен викинути з душі все дріб'язкове і вульгарне і виробити в собі делікатність і м'якість».**

- А. Чехову А.П.
- В. Пирогову М.І.
- С. Мудрову М.Я.
- Д. Вересаєву В.В.
- Е. Павлову І.П.

**5. Які якості поряд з професіоналізмом повинен був мати кожен лікар Стародавньої Персії?**

- А. Вміти приймати пологи.
- В. Володіти хірургічними навичками.
- С. Вміти впливати на хворих.
- Д. Знати астрономію і астрологію.
- Е. Все перелічене вище.

**6. У чому виявляється обмеженість гуманізму медицини "догіпно-кратівського" періоду?**

- А. Відсутність відповідальності за лікарську помилку.
- В. Відсутність турботи про хворого.
- С. Диференціальний підхід до хворих різних соціальних груп.
- Д. Ненадання допомоги безнадійно хворим.
- Е. Все перераховане вище.

**7. Кому належать слова «Поспішайте робити добро!»?**

- А. Гіппократа.
- В. Парацельса.
- С. Канта.
- Д. Гааза
- Е. Для всіх перелічених вище.

**8. Кому належать слова «Хто не вивчав людини в самому собі, ніколи не досягне глибокого знання людей»?**

- А. Гіппократу.
- В. Парацельсу.
- С. Чернишевському
- Е. Канту.
- Д. Гаазу

**9. Який принцип медичної етики лежить в основі "деонтологічної" моделі лікарської діяльності?**

- А. Принцип справедливості.
- В. Принцип правдивості.
- С. Принцип дотримання обов'язку.
- Д. Принцип "Не нашкодуй".
- Е. Принцип «Роби добро».

**10. У якій країні існували три категорії лікарів: «зцілителі святістю», «зцілителі знанням» і «зцілителі ножем»?**

- А. Стародавній Русі.
- В. Стародавній Індії
- С. Стародавній Греції
- Д. Персії
- Е. Стародавньому Тибеті

### **Тема 3. ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ В СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ**

#### **I. Міжнародні документи правового забезпечення професійної діяльності лікаря.**

1. **«Нюрнберзький кодекс» (1947 р.).** Найважливішим історичним етапом правового забезпечення професійної діяльності лікаря в сучасному суспільстві стало створення «Нюрнберзького кодексу». У 1947 році в м. Нюрнберг (Німеччина) відбувся судовий процес над фашистськими злочинцями. На лаві підсудних опинилися 23 нацистських лікарів, які проводили жорстокі й цинічні експерименти на людях. У тексті вироку нацистам-медикам були сформульовані юридичні й етичні умови допустимості медичних експериментів на людях. Це і є «Нюрнберзький кодекс», положення якого до теперішнього часу враховуються при складанні всіх подальших етичних кодексів, регулюючих медично-біологічні дослідження на людях і тваринах. Фашистські медично-біологічні експерименти на всі часи залишаться наочним прикладом антимедицини проти людства, оскільки вони кричущим чином фальсифікували не тільки благородну медичну професію, але і гуманістичну природу науки. У фашистських експериментах люди були зведені до рівня просто об'єктів. Їх прирікали або на смерть, або на важкі каліцтва. Пам'ять тисяч людей, що прийняли жорстокі муки, загинули в ході цих експериментів, наче волає до того, щоб сьогодні медики суворо дотримувалися вимог соціально-етичного контролю при проведенні медично-біологічних досліджень на людях. «Нюрнберзький кодекс» був сформульований як складова частина вироку медикам-фашистам.

#### ***Основні принципи «Нюрнберзького кодексу»:***

- обов'язкова добровільна згода об'єкту досліджень;
- ретельне обґрунтування необхідності проведення експерименту;

- експеримент повинен лише підтвердити результати дослідів на тваринах;
- захист досліджуваного від будь-яких фізичних і психологічних травм;
- виключення тяжких ушкоджень або летального наслідку об'єкту досліджень в ході експерименту;
- виключення перевищення ступеня ризику вище допустимого рівня;
- проведення експерименту висококваліфікованими фахівцями;
- надання виконавцем морально-етичних прав досліджуваному на час проведення експерименту, а також право припинити участь в експерименті на будь-якій стадії.

**2. «Женевська декларація» (1948 р.).** У 1948 році Всесвітня Медична Асоціація (ВМА) прийняла «Женевську декларацію». У основу Женевської декларації покладена «Клятва Гіппократа», але в ній знайшли віддзеркалення і найбільш гострі соціальні проблеми ХХ століття. Так, до декларації внесені фрази: *«Я не дозволю, щоб релігія, націоналізм, расизм, політика або соціальне положення впливали на виконання мого обов'язку... Навіть під загрозою я не використаю мої знання в області медицини на протипагу законам людяності»*. Остання фраза, відображаючи досвід другої світової війни, закріплює положення *«Десяти Нюрнберзьких правил»* (Нюрнберзький кодекс, 1947), в яких підкреслюється неприпустимість злочинних дослідів на людях.

### **Женевська декларація світового лікарського товариства**

У цей час будучи прийнятим у члени лікарської професії:

- ✓ **я урочисто зобов'язуюсь** присвятити своє життя службі люду;
- ✓ **я віддам** моїм вчителям належну повагу і подяку;
- ✓ **я працюватиму** в своїй професії сумлінно і з гідністю;
- ✓ **здоров'я мого хворого** буде моєю першою турботою;
- ✓ **я поважатиму** таємниці, які довіряють мені, навіть після того, як хворий помер;
- ✓ **я підтримуватиму** всіма засобами, які в моїх силах, честь і шляхетні традиції лікарської професії;
- ✓ **мої колеги** будуть моїми сестрами та братами;
- ✓ **я не дозволятиму** міркуванням віку, хвороби або інвалідності, віросповідання, етнічного походження, статі, громадянства, політичних переконань, раси, статевої орієнтації або суспільного становища чи будь-якого іншого чинника втрутитися між моїм обов'язком і моїм хворим;
- ✓ **я підтримуватиму** всю можливу повагу до людського життя;

- ✓ **я не використовуватиму** свої лікарські знання для порушення прав людини і громадянських свобод, навіть під загрозою;
- ✓ **я роблю ці обіцянки** урочисто, добровільно і з честю (лікарська професія) були вільні визначати стандарти лікарської освіти і лікарської практики

Сьогодні, вступаючи в співтовариство лікарів, кожний лікар приймає «Клятву» і урочисто присягає:

- присвятити своє життя службі на благо людини;
- з повагою і подякою відноситися до моїх вчителів;
- сумлінно і гідно виконувати свій професійний обов'язок;
- піклуватися, перш за все, про здоров'я мого пацієнта;
- зберігати довірені мені таємниці, навіть після смерті пацієнта;
- всіма доступними мені засобами затверджувати чесні та благородні традиції професії лікаря;
- відноситися до моїх колег, як до братів і сестер;
- не дозволяти обставинам, пов'язаним з віком, станом здоров'я, віросповіданням, расовою приналежністю, статтю, національністю, політичними переконаннями, сексуальною орієнтацією або соціальним положенням, перешкоджати виконанню мого обов'язку перед пацієнтом;
- незважаючи ні на що, затверджувати людське життя з самого його початку як найвищу цінність, і не використовувати свої знання лікаря всупереч законам гуманності;
- цю урочисту присягу я приймаю добровільно і присягаюся честю слідувати їй.

Женевська декларація вперше була прийнята II Генеральною Асамблеєю Всесвітньої Медичної Асоціації (ВМА), Женева, Швейцарія, вересень 1948 року, переглянута XLVI Генеральною асамблеєю ВМА, Стокгольм, Швейцарія, вересень 1994 року.

### **3. Міжнародний кодекс медичної етики (1949 р.).**

На додаток до «Женевської декларації» розроблений Міжнародний кодекс медичної етики. Прийнятий 3-ю Генеральною асамблеєю ВМА (Лондон, Англія, жовтень 1949 р.) Міжнародний кодекс медичної етики (Міжнародний кодекс з деонтології, що конкретизував ряд положень Женевської декларації, схвалений генеральним директором ВООЗ) і є найбільш поширеним документом, на який посилаються багато дослідників проблем медичної деонтології. В



ньому звертається увага на питання оплати лікарської допомоги, на неприпустимість переманювання пацієнтів, самореклами і т. п.

*Загальні обов'язки лікаря.* Лікар повинен:

- завжди затверджувати найвищі стандарти професійної діяльності;
- незважаючи на вид медичної практики, самовіддано надавати компетентну медичну допомогу з повною технічною і моральною незалежністю, із співчуттям і пошаною до людської гідності;
- бути чесний з пацієнтами і колегами, повинен боротися з професійними і особистими недоліками інших лікарів, повинен викривати обман і шахрайство;
- поважати права пацієнта, колег, іншого медичного персоналу і повинен дотримуватись конфіденційності відносно пацієнта;
- діяти тільки на користь пацієнта в тих випадках, коли він застосовує такі види медичної допомоги, які можуть ослабити фізичний або психічний стан пацієнта;
- дотримуватись найбільшої обережності, поширюючи відомості про відкриття, нову техніку, або лікувальні методики, з непрофесійних каналів;
- засвідчувати тільки те, що він сам перевірів;

*Лікар не повинен* дозволяти фінансовим інтересам впливати на вільне і незалежне виконання професійних рішень на користь пацієнтів.

*Неетичними визнаються випадки видів діяльності:*

– самореклама лікаря, окрім тих випадків, коли це дозволено законом даної країни і Міжнародний кодексом медичної етики Національної Медичної Асоціації;

– оплата або отримання будь-якої винагороди тільки за передачу чийось рекомендацій і рекомендацій будь-якого характеру.

*Обов'язки лікаря по відношенню до хворих.*

- Лікар завжди повинен розуміти зобов'язання зберігати людське життя.
- Лікар повинен надавати пацієнтові всі ресурси своєї науки. Якщо лікар не має можливості провести обстеження або лікування, він повинен привернути іншого лікаря, у якого такі можливості є.
- Лікар повинен утримувати в абсолютній таємниці все, що він знає про свого пацієнта, навіть після смерті останнього.

- Лікар повинен поводитися по відношенню до своїх колег так, як він хотів би, щоб вони поводитися по відношенню до нього.
- Лікар не повинен переманювати пацієнтів у своїх колег.
- Лікар повинен дотримувати принципи Женевської декларації, прийнятої Генеральною асамблеєю ВМА.

**4. Гельсінська декларація (1964 р.).** У липні 1964 р. ВМА на своїй ХІХ Асамблеї в Гельсінкі прийняла Декларацію, де доповнюється і поглиблюється «Нюрнберзький кодекс». Суперечності, що виникають в умовах бурхливого науково-технічного прогресу, в медицині між традиційно клінічними, терапевтичними цілями і суто науковими завданнями і відобразила Гельсінська декларація: «Для розвитку науки і на користь стражденного людства абсолютно необхідно, щоб результати лабораторних експериментів застосовувалися до людини».

ВМА підготувала рекомендації по проведенню клінічних випробувань на людині. Такий кодекс повинен лягти в основу моралі медиків всього світу. Це не виключає відповідальності лікарів згідно юридичним, цивільним і моральним нормам своєї країни.

Основні рекомендації Гельсінської декларації неодноразово оновлювалися: Токіо (Японія, 1975); Венеція (Італія, 1983); Гонконг (Китай, 1989); Сомерсет Уест (Південно-Африканська Республіка, 1996); Единбург (Шотландія, 2000); Вашингтон (США, 2002). Декларація містить вимоги, що пред'являються до лікарів, які беруть участь в біомедичних дослідженнях. Декларація містить конкретні рекомендації щодо клінічних випробувань, які проводяться з метою діагностичних і лікувальних втручань на користь хворого, і неклінічних досліджень, які проводяться з науковою метою і не мають прямого діагностичного або лікувального значення для пацієнта.

Чітке розмежування в одних випадках поняття «хворий», а в інших – поняття «досліджуваний» – основоположний момент Гельсінської декларації. Власне морально-етичні рекомендації Декларації складаються з трьох розділів. У першому розділі «Основні принципи» підкреслюється однакова важливість наукового обґрунтування клінічних випробувань та їх моральне виправдання. Особлива увага приділяється оцінці передбачуваного ризику для хворого або досліджуваного, заходам профілактики передбаченої і непередбачуваної шкоди для людини – об'єкту клінічних досліджень.

Другий розділ «Дослідження терапевтичного характеру» перш за все підкреслює право лікаря на застосування нових терапевтичних засобів з метою врятування життя, відновлення здоров'я або полегшення страждань хворого.

Далі в Гельсінській декларації слідує положення про «добро-вільну згоду» як неодмінну умову клінічних випробувань: *«З урахуванням психічних особливостей хворого лікареві слід заручитися згодою хворого на випробування, якщо це юридично або фізично неможливо, то згодою законних опікунів хворого»*. Тут враховується найважливіша вимога моралі – відноситися до людини (хворого, досліджуваного) як до суб'єкта вільного морального вибору, тим самим лікар, медицина в цілому виражають пошану до особи хворого, суверенності його свідомості, законності його прав.

Одним з важливих принципів Гельсінської декларації є те, що *«лікар має право поєднувати випробування з лікуванням для отримання нових даних в тій мірі, в якій це виправдано користю для хворого»* і далі *«...при проведенні на людині випробування з суто науковою метою лікар повинен весь час залишатися в ролі захисника життя і здоров'я досліджуваного»*. Іншими словами, терапевтична користь для хворого – первинна, нові наукові дані завжди вторинні.

**5. Міжнародна Конвенція Генеральної Асамблеї ООН з цивільних і політичних прав (1966 р.)** визначила принципи проведення всіх досліджень із залученням людини. У відмінності від Гельсінської декларації, вона регламентує морально-етичні принципи медичної практики. Основні положення Конвенції розглядають:

- пріоритет інтересів і благ конкретної людини в порівнянні з інтересами науки і суспільства;
- проведення медичних втручань можливе тільки після отримання інформованої згоди від пацієнта;
- дотримання принципу недоторканності особистого життя і прав людини знати або не знати інформацію про стан свого здоров'я;
- заборона втручань в геном людини з метою зміни генома його спадкоємців і неприпустимість дискримінації, заснованої на генетичних характеристиках людини;
- вилучення органів і тканин у живого донора з метою трансплантації можливо тільки з його згоди і проводиться тільки з терапевтичною метою;

– заборона створення людської істоти, генетично ідентичної іншій людині (живої або мертвої), а також створення ембріонів людини з дослідницькою метою;

– пошана прав учених на дослідження при дотриманні правил Гельсінської декларації.

**6. Токійська декларація (1975 р).** На ХХІХ Асамблеї ВМА, що проходила в 1975 р. у Токію, був переглянутий і доповнений етичний кодекс медично-біологічних досліджень. У першому розділі Токійської декларації детально розглядаються різні аспекти проблеми ризику при проведенні допустимих медично-біологічних досліджень на людях. Пункт 4-й, зокрема, передбачає необхідність розумної рівноваги *«між важливістю поставлених завдань і можливим ризиком для досліджуваних»*. Пункт 5-й наказує ретельно оцінювати очікуваний ризик *«порівняно з передбачуваною користю»*. Тут же сформульований наступний імператив: *«Інтереси досліджуваних повинні завжди превалювати над інтересами науки і суспільства»*. Пункт 7-й, зокрема, свідчить: *«Лікарі зобов'язані утримуватися від проведення досліджень, що включають досліди на людях, поки вони не переконані, що пов'язаний з цим ризик можна передбачити»*. Заслуговує пильної уваги новий, порівняно з Гельсінською декларацією, пункт 8-й: *«Розголошуючи результати свого дослідження, лікар зобов'язаний бути впевненим в їх точності. Звіти про експерименти, виконані в обхід принципів справжньої декларації, не повинні прийматися для публікації»*.

Розділи II і III Токійської декларації цікаві вже в термінологічному відношенні: «Медичні дослідження, що поєднуються з професійним обслуговуванням хворих (клінічні випробування)» і «Не терапевтичні медично-біологічні дослідження, що включають досліди на людях (неклінічні медично-біологічні випробування)». Тут точніше, хоча і в декілька ускладненому вигляді, розмежовані два види медично-біологічних досліджень на людях, що фундаментально розрізняються, тоді як в Гельсінській декларації і терапевтичні, і не терапевтичні дослідження іменувалися «клінічними».

У II розділі Токійської декларації всесторонньо аналізується стародавній медико-етичний принцип «Не нашкодь!» в умовах застосування лікарем клінічних нововведень. Згідно вимогам Декларації, порівняння характеристик нових терапевтичних методів слід проводити з відповідними характеристиками кращих методів, що вже застосовуються в медичній практиці. Застосування терапевтичних методів, свідомо гірших, до кого б то не було з хворих-

досліджуваних – неетично. Коментуючи III розділ Токійської декларації, звернемо увагу на наступні два положення. У пункті 2-му дається визначення поняття «досліджуваний»: «досліджувані повинні бути добровольці, або здорові особи, або пацієнти, до хвороби яких експериментальний задум відношення не має». У пункті 4-му освітлено розповсюдження регулюючої ролі етичного принципу «Не нашкодь!» при проведенні медично-біологічних експериментів на людях з суто науковою метою: «*При проведенні досліджень на людях інтереси науки або суспільства не повинні переважати над міркуваннями про благополуччя досліджуваних*». На практиці останнє положення породжує морально-етичні дилеми і викликає суперечки.

Згідно з цими документами, інтереси досліджуваних повинні завжди переважати над інтересами науки і практики. Гуманістична спрямованість документів, що стосуються експериментів на людях, безумовно, заслуговує позитивної оцінки. Проте ніякий документ не може передбачити всього, що пов'язане з такими дослідженнями, зокрема індивідуальну неприпустимість, ступінь добровільності згоди досліджуваного та ін. Тому необхідна конкретизація і розробка моральних норм стосовно нових типів експериментів, що з'являються. Практичним рішенням цієї задачі займаються національні та міжнародні організації, в деяких випадках з участю не тільки медиків, але і представників громадськості.

## **II. Правове забезпечення професійної діяльності лікаря в Україні.**

### **1. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»**

#### ***Права медичного працівника за законодавством України.***

Кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я. Суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя.

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо вплива-

ють на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості.

У даному розділі будуть розкриті деякі права медичних працівників, гарантовані їм законодавством України, реалізація яких, на нашу думку, викликає найбільше питань серед медичних працівників при виконанні ними професійної діяльності.

### ***Право на відмову від подальшого ведення пацієнта***

Окрім ст. 34 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», в якій чітко визначено право лікаря на відмову від надання медичної допомоги, є ст. 38 цього ж Закону, в якій передбачено, що пацієнт має право на вільний вибір лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги. У Законі не передбачені випадки, в яких лікар має право відмовити пацієнтові бо, не може запропонувати свої послуги. Пропонується заповнити правовий пропуск за допомогою деонтологічної норми (п. 3.4. Етичного кодексу лікаря України: «лікар має право відмовитися від лікування хворого, якщо упевнений, що між ним і пацієнтом відсутня необхідна взаємна довіра, коли відчуває себе недостатньо компетентним або не має в своєму розпорядженні необхідних для проведення лікування можливостей і в інших випадках, якщо це не суперечить Клятві лікаря України»).

Ще одна законна підстава для відмови в наданні медичної допомоги закріплена в нормі ч. 2 ст. 38 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». З цієї норми виходить, що за винятком невідкладного стану пацієнтові можна відмовити в наданні допомоги, якщо заклад, вибраний хворим, не має можливості забезпечити відповідне лікування (наприклад, відсутнє необхідне устаткування, профільні фахівці, відділення).

### ***Право на передачу інформації про пацієнта***

Медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних чи службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторону життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків (ст. 40 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»).

**2. Випадки правомірного розголошення медичної таємниці**, передбачені у таких нормативно-правових актах:

- Конституція України, ч. 2 статті 32, ч. 3 статті 34;
- Цивільний кодекс України, ч. 2, 4 ст. 285

- Сімейний кодекс України, ст. 30;
- Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» від 24.02.1994 р., ст. 7;
- Закон України «Про попередження насильства в сім'ї» від 15.11.2001 р., ст. 9;
- Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р., ч. 2, 5 ст. 39, ст. 39-1, 40, ч. 1 ст. 43;
- Закон України «Про психіатричну допомогу» від 22.02.2000 р., ст. 4;
- Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення» від 12.12.1991 р., ч. 2 ст. 8, ч. 2 ст. 9;
- Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживання ними» від 15.02.1995 р., ч. 5 ст. 14;
- Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 06.04.2000 р., ч. 2 ст. 26;
- Закон України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» від 05.07.2001 р. ч. 2 ст. 17.

**3. Кримінальний кодекс України.** Кримінальна відповідальність медичних працівників за вчинення професійних злочинів.

Відповідно до законодавства кримінальна відповідальність настає за злочин – вчинення особою суспільно-небезпечного діяння, яке містить склад злочину, що передбачений Кримінальним кодексом України. Щодо медичної діяльності, незважаючи на суттєві особливості, які відрізняють цю сферу, принципи кримінальної відповідальності медичних працівників мають загальний характер. Медики відповідальні за вчинення злочинів на загальних засадах, до того ж у Кримінальному кодексі України 2002 р. (далі - ККУ) є ряд складів злочинів, які мають відношення саме до професійної діяльності лікарів (додаток 5).

Необхідно зазначити, що проблеми злочинів та кримінальної відповідальності медиків є однією з найбільш дискусійних тем у медико-правовій літературі. Комплексні дослідження питань правового регулювання медичної діяльності в значній мірі зачіпають кримінально-правові проблеми, аналізуючи ті чи інші аспекти. Ці чи інші зазначені причини обумовлюють необхідність вивчення

кримінально-правової відповідальності медичних працівників у рамках медичного права.

Під професійним медичним злочином слід розуміти умисне або необережне діяння, вчинене медичним працівником при виконанні професійних обов'язків, заборонене кримінальним законом під загрозою покарання.

У діяльності медичних працівників умисні злочини зустрічаються рідше, ніж необережні. Серед злочинів першої групи (умисні) найбільш суспільно небезпечним є ненадання допомоги хворому медичним працівником (ст. 139 ККУ). Водночас серед необережних злочинів найбільш актуальними є неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником (ст. 140 ККУ), вбивство через необережність (ст. 119 ККУ) і необережне тяжке або середньої тяжкості тілесне ушкодження (ст. 128 ККУ).

### **Контрольні питання**

1. Основні принципи «Нюрнберзького кодексу» (1947);
2. «Женевська декларація» (1948, 1994), як клятва Гіппократа XX століття;
3. «Міжнародний кодекс медичної етики» (1949);
4. «Гельсінська декларація прав людини» (1964) ВМА (Етичні принципи медичних досліджень за участю людей) 1975 (Токіо), 1983 (Італія), 1989 (Гонконг), 1996 (ЮАР), 2000 (Шотландія), 2002 (США);
5. Токійська декларація (1975) – доповнений етичний кодекс медично-біологічних досліджень.
6. Права медичного працівника за законодавством України.

### **Тестові завдання для контролю початкового рівня знань**

#### ***1. Який документ регламентує права і обов'язки лікаря і права пацієнта в Україні?***

- А. Конституція України.
- В. Закон України "Про охорону здоров'я".
- С. Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я".
- Д. Кримінальний кодекс України.
- Е. "Декларація прав людини і питання свободи медичних працівників".

#### ***2. Коли і де був прийнятий "Міжнародний кодекс медичної етики"?***

- А. Женева, 1948.
- В. Лондон, 1949.
- С. Гельсінкі, 1964.
- Д. Нюрнберг, 1947.
- Е. Токіо, 1975.

#### ***3. Який з перерахованих документів гарантує права пацієнта?***



- А. Нюрнберзький кодекс.
- В. Женевська декларація.
- С. Гельсінська декларація.
- Д. Лісабонська декларація.
- Е. Токійська декларація.

**4. Яка стаття Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» чітко визначає право лікаря на відмову від надання медичної допомоги?**

- А. № 35
- В. № 44.
- С. № 34
- Д. № 24.
- Е. № 40

**5. В якій статті Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» передбачено, що пацієнт має право на вільний вибір лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги?**

- А. № 35
- В. № 34
- С. № 36
- Д. № 44.
- Е. № 38.

**6. Яка стаття Конституції України гарантує право на охорону здоров'я, меддопомогу і медичне страхування?**

- А. № 27.
- В. № 28.
- С. № 43.
- Д. № 45.
- Е. №49.

**7. Яка стаття Кримінального Кодексу України регламентує відповідальність за незаконну лікувальну діяльність?**

- А. № 133.
- В. № 136.
- С. № 138.
- Д. № 140.
- Е. № 145.

**8. Яка дія медичного працівника може класифікуватися як навмисний злочин?**

- А. Ненадання допомоги хворому.
- В. Незаконний аборт.
- С. Порушення правил боротьби з епідемією.
- Д. Порушення правил зберігання і видачі наркотичних препаратів.
- Е. Все перераховане вище.

**9. Яка стаття Кримінального Кодексу України регламентує відповідальність за ненадання допомоги хворому медичним працівником?**

- А. 138.
- В. 139

- С. 141.
- Д. 145.
- Е. 367.

**10. Яка стаття Кримінального Кодексу України регламентує відповідальність за незаконну видачу рецепта на право отримання наркотичних засобів?**

- А. № 319
- В. № 145.
- С. № 141
- Д. № 364.
- Е. № 365.

#### **Тема 4. «КЛЯТВА ГІППОКРАТА»: ІСТОРІЯ ВИНИКНЕННЯ І ПОДАЛЬША МОДИФІКАЦІЯ**

**Гіппократ** (*Hippocrates*) (460-377 рр. до н.е.) – великий старогрецький лікар, реформатор античної медицини, основоположник принципу індивідуального підходу до хворого. Розробив систему лікування, в основі якої лежать принципи: 1) приносити користь і не завдати шкоди; 2) протилежне лікують протилежним; 3) допомагати природі, погоджувати свої дії з її зусиллями позбавитися від хвороби; 4) дотримуватися обережності, берегти сили хворого; не міняти раптово ліків, застосовувати активніші засоби тоді, коли менш активні не надають дію. Виявив основні типи темпераментів (сангвінік, холерик, флегматик, меланхолік) та їх схильність до певних хвороб. З ім'ям Гіппократа пов'язано уявлення про високу моральну зовнішність лікаря і етику його поведінки – Клятва Гіппократа.

##### **1. Історія виникнення «Клятви Гіппократа»**

Клятва Гіппократа — лікарська клятва, що виражає основоположні морально-етичні принципи поведінки лікаря, а також загальноживану назву клятви, принесена кожним, хто збирається стати медиком. Клятви, що формулюють моральні норми поведінки лікаря, існували ще в Єгипті. Виникнення клятви значно давніше за час життя Гіппократа: згідно переказу, клятва йде від прямих нащадків Асклепія, вона переходила в усному вигляді, як сімейна традиція, з роду в рід. Вперше клятва була написана Гіппократом в V столітті до н.е. на іонійському діалекті старогрецької мови. Пізніше Гіппократом клятва була записана в Александрії при Герофілі (близ. 335 –280 до н.е.) й Еразистраті (близ. 300 – 240 до н.е.) і стала документом з

III століття до н.е. З того часу текст клятви багато разів перекладався на нові мови, піддавався редагуванню, що істотно міняє його сенс. Для свого часу вона була дуже великим досягненням, задаючи високу етичну планку. Тому не випадково, що в християнському світі вона все-таки була прийнята з поправками і змінами. Змінився її початок: «Та буде благословенний Бог, Отець Господа нашого Ісуса Христа, який благословенний на віки, бо я не брешу».

Гіппократ, що жив в Елладі дві з половиною тисячі років тому, в творах, що дійшли до нашого часу, привів клятву, відзначивши, що «...медицина справді є найблагородніше зі всіх мистецтв. Але, невігласи ті, які займаються нею, і ті, які з легковажною поблажливістю судять їх, вона далеко тепер нижче за всі мистецтва». Ним написані статті: «Про лікаря», «Про благопрстойну поведінку». На думку Гіппократа, лікар – єдина професія, яка повинна починатися з присяги суспільству, оскільки людина, що вибрала собі цю професію, вчилася багато років, щоб допомагати людині, страждаючій особі, природно, повинна давати обіцянку бути гідною вибраної справи.

*«Клятва» містить 9 етичних принципів або зобов'язань:*

- зобов'язання перед вчителями, колегами і учнями;
- принцип не спричинення шкоди;
- зобов'язання надання допомоги хворому (принцип милосердя);
- принцип турботи про користь хворого і доміанти інтересів хворого;
- принцип пошани до життя і негативного відношення до евтаназії;
- принцип пошани до життя і негативного відношення до абортів;
- зобов'язання про відмову від інтимних зв'язків з пацієнтами;
- зобов'язання особистого вдосконалення;
- лікарська таємниця (принцип конфіденційності).

## **2. Текст «Клятви Гіппократа» в перекладі українською мовою**

Гіппократ вважав, що лікарська клятва має особливе значення. Будучи одним із засновників медицини, Гіппократ просив лікарів присягнути:

«Присягаюся Аполлоном-лікарем, Асклепієм, Гігією і Панатією і всіма богами і богинями, беручи їх в свідки, виконувати чесно, відповідно моїм силам і моему розумінню, наступну присягу і письмове зобов'язання: вважати того, хто навчив мене лікарському мистецтву нарівні з моїми батьками, ділитися з ним своїми достатками і у разі потреби допомагати йому в його потребах; його потомство вважати своїми братами, і це мистецтво, якщо вони захо-

чуть його вивчати, викладати їм безоплатно і без жодного договору; повчання усні уроки і все останнє в ученні повідомляти своїх синів, синів свого вчителя і учнів, зв'язаних зобов'язанням і клятвою згідно із законом медичним, але нікому іншому. Я направляю режим хворих до їх вигоди згідно з моїми силами і моїм розумінням, утримуючись від спричинення всякої шкоди і несправедливості. Я не дам нікому просимого у мене смертельного засобу і не покажу шляху для подібного задуму; точно так же я не вручу ніякій жінці абортивного пессарія. Чисто і непорочно буду я проводити своє життя і своє мистецтво. Я у жодному випадку не робитиму перетин у страждаючих кам'яною хворобою, надавши це людям, що займаються цією справою. До якого б будинку я не увійшов, я увійду туди для користі хворого, будучи далекий від всього того, що має намір, неправедного і згубного, особливо від любовних справ з жінками і чоловіками, вільними і рабами.

Що б при лікуванні – а також і без лікування – я не побачив або не почув відносно життя людського з того, що не слід коли-небудь розголошувати, я умовчу про те, вважаючи подібні речі таємницею. Мені, який непорушно виконує клятву, та буде дано щастя в житті і в мистецтві і слава у всіх людей на вічні часи; тому ж, хто переступає і дає помилкову клятву та буде зворотне цьому».

Якщо відкинути неодмінних початкових свідків царюючих міфів того часу, ця клятва і понині сучасна. Вона з'явилася, коли ще не було відомо десять заповідей Мойсея, не було Нагірної проповіді Христа, але рівень моральності Гіппократа нітрохи не поступається рівню моральності сьогоднішніх праведників.

### **3. Сучасні редакції «Клятви Гіппократа» і подальша модифікація**

Ну і про що говорить "Клятва Гіппократа"? Та зовсім не про те, щоб – "...світяти іншим згоріти самому, і, перетворитися на недогарок". Ще раз перечитайте "Клятву". І погодьтесь, що навіть в цьому «причесаному» тексті, мова йде тільки про зобов'язання перед вчителями, колегами і учнями, про гарантії не спричинення шкоди, про негативне відношення до евтаназії, абортів, про відмову медичних працівників від інтимних зв'язків з пацієнтами, про лікарську таємницю. Ніде не написано, що лікар повинен лікувати безкоштовно і безсловесно терпіти байдуже відношення суспільства до себе.

У Стародавній Греції, підданим якої і був Гіппократ, основна маса лікарів безбідно жила за рахунок гонорарів, отримуваних від

пацієнтів. Їх працю оплачували високо (краще, наприклад, ніж працю архітекторів). Хоча і лікарі не цурались добродійності. Той же Гіппократ в своїх "Повчаннях" радить своєму учневі, коли справа йде про гонорар, диференційовано підходити до різних пацієнтів – "І я раджу, щоб ти не дуже не гуманно поводишся, але щоб звертав увагу і на велику кількість коштів (у хворого) і на їх помірність, а іноді лікував би і дарма, вважаючи вдячну пам'ять вище за хвилинну славу". Відмітимо, що дарма Гіппократ радить лікувати лиш іноді.

Спроба вирішити одвічну дилему про те, що, з одного боку, праця лікаря (як і всяка інша суспільно-корисна праця) повинна бути справедливо оплачена, а з іншої – гуманна природа медичної професії припускає надання допомоги неімущим співгромадянам без оплати? А може все простіше? Можливо, Гіппократ вже розумів важливість добродійності для реклами? Так, в тих же "Повчаннях" він радить своєму учневі – "Якщо ти поведеш спочатку справу про винагороду, то, звичайно, наведеш хворого на думку, що, якщо не буде зроблено договору, ти залишиш його або недбало відносишся до нього, і не даси йому зараз ради. Про встановлення винагороди не слід піклуватися, оскільки ми вважаємо, що звертати на це увагу шкідливо для хворого, особливо при гострому захворюванні – швидкість хвороби, що не дає випадку до зволікання, примушує хорошого лікаря шукати не вигоди, а швидше придбання слави. Краще дорікати врятованим, ніж наперед оббирати тих, хто знаходяться в небезпеці". Значить, невдячність врятованих по відношенню до лікаря заслуговує докору навіть з погляду Гіппократа?

Головним принципом етики Гіппократа завжди вважали "*Non nocere*" – не нашкодь. Прихильником і переконаним пропагандистом гуманних принципів Гіппократа в Росії був основоположник вітчизняної клінічної медицини М.Я. Мудров. У жовтні 1813 р. у Московському університеті він виголосив промову «Слово про благочестя і моральні якості Гіппократова лікаря», яка згодом мала великий вплив на розвиток лікарської етики в Росії. М.Я. Мудров вважав за необхідне виховувати медиків у дусі гуманізму, чесності й безкорисливості. Мудров підкреслював, що придбання лікарської професії повинно бути справою не випадку, а покликання.

Клятва, запропонована Гіппократом, в своїй основі збереглася до наших днів. З невеликими змінами вона і сьогодні вимовляється вступаючим на цей терен. У 1949 Генеральна Асамблея прийняла Міжнародний кодекс медичної етики, що включає і Женевську декларацію.

Проте, в багатьох країнах є і свої «Клятви Гіппократа». За повідомленнями преси, в Північній Америці і Європі в 2006 р. текст клятви замінений «професійним кодексом». На думку авторів нового документа, текст, запропонований грецьким лікарем ще дві з половиною тисячі років назад, абсолютно не відображає реалій сьогодення. «В часи Гіппократа не було таких важливих принципів роботи медиків, як пошана до інших фахівців і право пацієнта на власний вибір. Крім того, лікарі того часу не стикалися з постійними підозрами в непрофесіоналізмі з боку суспільства, властей і журналістів». У новому тексті виключені вимоги з неучасті в абортах, хірургічному лікуванні кам'яної хвороби і коректному поводженню з рабами.

У Росії «Присяга врача Советского Союза», затверджена в 1971 р., в середині 1990-х змінилася на «Клятву російського лікаря», а в 1999-у Держдумою був прийнятий і президентом Б. Єльциним підписаний новий текст «Клятви лікаря Росії», яку лікарі читають в урочистій обстановці при отриманні диплому.

У Ізраїлі лікарі приносять не клятву Гіппократа, а клятву єврейського лікаря. Це пов'язано з тим, що в традиційному тексті клятви Гіппократа згадуються боги старогрецького пантеону, що йде врозріз з іудаїзмом, де Бог один, і приносити клятви Його ім'ям не можна. Оскільки в Ізраїлі релігія не відокремлена від держави, у всіх єврейських вузах, що готують лікарів, клятва Гіппократа не використовується. Клятва єврейського лікаря відрізняється від клятви Гіппократа тільки в дрібних деталях, на зразок тих же самих послань на богів.

В даний час на території США дія Клятви Гіппократа обмежена судовим прецедентом, заснованим на Homeland Security Act. Відповідно до цього прецеденту, лікарська допомога терористам і потенційним терористам визнана незаконною експертною допомогою на їх адресу і є кримінально караною.

У ряді випадків традиційна Клятва Гіппократа вступає в суперечність з вимогами частини суспільства, зокрема деяких медичних працівників. Зокрема, все частіше обговорюється можливість узаконити евтаназію, яка в корені суперечить традиційній клятві Гіппократа.

### **Контрольні питання**

1. Історія виникнення «Клятви Гіппократа».
2. «Клятва Гіппократа» в перекладі українською мовою.

3. Сучасна редакція «Клятви Гіппократа» та її подальша модифікація.

### Тестові завдання для контролю початкового рівня знань

**1. Який з перерахованих документів називають "Клятвою Гіппократа" XX століття?**

- А. Женевська декларація.
- В. Лісабонська декларація.
- С. Гельсінська декларація.
- Д. Міжнародний кодекс медичної етики.
- Е. Токійська декларація.

**2. Яке з вказаних джерел учить лікаря почитати вчителів, які навчили його лікарському мистецтву, нарівні з батьками?**

- А. "Аюр-веда" ("Книги життя")
- В. Клятва Гіппократа
- С. "Канон лікарської науки" Авіценни
- Д. Міжнародний кодекс медичної етики
- Е. Женевська декларація

**3. Яка з робіт Гіппократа мала найбільший вплив на розвиток медичної етики?**

- А. "Клятва".
- В. "Про лікаря".
- С. "Закон".
- Д. "Прогностика".
- Е. "Повчання".

**4. Яка з моделей лікарської етики базується на принципі "Не нашкодь"?**

- А. Гіппократа.
- В. Парацельса.
- С. Авіценни.
- Д. Канта.
- Е. Всі перелічені вище.

**5. Основні положення медичної етики Гіппократа:**

- А. Все перераховане вірно.
- В. Повага життя і професії пацієнта.
- С. Не нашкодь хворому.
- Д. Повага особи хворого.
- Е. Дотримання лікарської таємниці.

**6. У 1813 році М.Я. Мудров виступив із знаменитою Актовою промовою "Слово про благочестя і моральні якості Гіппократова лікаря". Про виховання яких якостей лікаря наголосив М. Мудров?**

- А. Гуманізм, чесність й безкорисливість.
- В. Гуманізм, професіоналізм, висока відповідальність.
- С. Спостережливість, співчуття, гуманізм.

- Д. Відповідальність, безкорисливість, професіоналізм.  
Е. Гуманізм, безкорисливість, самопожертвування.
- 7. У якій роботі викладені морально-етичні норми взаємин в медично-му колективі між колегами?**
- А. "Повчання" Гіппократа.  
В. "Аюр-веда" ("Книги життя").  
С. Клятва Гіппократа.  
Д. "Канон лікарської науки".  
Е. Міжнародний кодекс медичної етики.
- 8. Особливостями сучасного лікаря є все, окрім:**
- А. Захоплення інструменталізмом.  
В. Тенденція до дегуманізації.  
С. Зростання освіченості  
Д. Спрощений підхід до лікування  
Е. Психічні, фізичні і моральні навантаження.
- 9. Основним принципом моделі Гіппократа є:**
- А. Не нашкодь.  
В. Не убий.  
С. Пріоритет інтересів науки.  
Д. Принцип автономії особи.  
Е. Пріоритет держави.
- 10. Основною характеристикою сучасної моделі професійної моралі є:**
- А. Принцип пріоритету прав і пошана гідності пацієнта.  
В. Принцип «дотримання обов'язків».  
С. Принцип «не нашкодь».  
Д. Принцип пріоритету науки.  
Е. Принцип невтручання.

## **Тема 5. ОСНОВНІ МОДЕЛІ ВЗАЄМИН В СИСТЕМІ ЛІКАР-ХВОРИЙ. МІЖНАРОДНІ ДОКУМЕНТИ, ЩО РЕГЛАМЕНТУЮТЬ ПРАВА ПАЦІЄНТА**

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

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



## **Перша модель – патерналістська (лікар-опікун).**

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

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

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

У сучасній медицині така модель залишається найбільш переважною і найпоширенішою. Основна перевага патерналістичної моделі взаємин: чіткість рішень і дій лікаря. Патерналізм найбільш прийнятний в педіатрії, психіатрії, геріатрії. У таких взаємовідносинах обмежуються права пацієнта і не дотримується пошана самостійності пацієнта, яка є однією з основоположних цінностей

цивілізованого способу життя. Недоліки моделі в тому, що взаємини можуть перерости у відносини типу «начальник – підлеглий».

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

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

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

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

**Третя модель – колегіального типу.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Інформація, яка є найактуальнішою для пацієнта:*

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

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

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

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

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

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

Реальний вибір того або іншого типу відносин визначається особливостями особи лікаря, конкретною ситуацією стану хворого,

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

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

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

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

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

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

## **2. Основні міжнародні документи, які регламентують права пацієнта**

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

*Лісабонська декларація про права пацієнта (1981 р.).* Справжня «Декларація» затверджує, що лікар повинен діяти на користь пацієнта згідно своїй совісті, з урахуванням юридичних, етичних і

практичних норм тієї країни, де він практикує, а також затверджує основні права, якими, з погляду медичного співтовариства, повинен володіти кожен пацієнт.

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

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

- пацієнт має право вільно вибирати лікаря;
- пацієнт має право отримати допомогу лікаря, незалежно від сторонніх впливів в своїх професійних медичних і етичних рішеннях;
- пацієнт має право, отримавши адекватну інформацію, погодитися на лікування або відмовитися від нього;
- пацієнт має право розраховувати на те, що лікар відноситиметься до всієї медичної і особистої інформації, довіреної йому, як до конфіденційної;
- пацієнт має право померти гідно;
- пацієнт має право скористатися духовною або моральною підтримкою, включаючи допомогу служителя будь-якої релігійної конфесії, або відхилити її.

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

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

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

Безпека пацієнтів не зводиться лише до проблеми лікарської безпеки. Тому надалі за кордоном були прийняті: *«Конвенція про*

*права людини і біомедицину»* Ради Європи (прийнята в 1996 році), *«Конвенція про захист прав і достоїнства людини у зв'язку з впровадженням досягнень біології і медицини»* (1997).

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

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

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

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

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

*Люксембурзька декларація з безпеки пацієнтів 2005 р. (Luxembourg Declaration on Patient Safety)* проголошує, що доступ до високоякісної охорони здоров'я – це ключове право людини. Відпо-

відно, пацієнт має право очікувати, що при наданні йому послуг у сфері охорони здоров'я, йому надаються гарантії їх безпеки.

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

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

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

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

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



нівелює цю нерівність, і принцип добровільної інформованої згоди закріплює нові норми взаємин між лікарем і пацієнтом.

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

### **Контрольні питання**

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

### **Тестові завдання для контролю рівня знань**

#### **1. У основі успішних взаємин лікаря з хворим лежить:**

- A. Взаєморозуміння.
- B. Чуйність.
- C. Довіра.
- D. Професіоналізм.
- E. Авторитет.

#### **2. В якій моделі взаємин лікаря і хворого обмежуються права пацієнта і не дотримується пошана самостійності пацієнта?**

- A. Ліберальній моделі.
- B. Патерналістській моделі.
- C. Інтерпретаційній моделі.
- D. Технічній моделі.

- Е. Інформаційній моделі.
- 3. Для якого типу моделі основним недоліком відносин є технократичний підхід до пацієнта, який суперечить принципу пошани прав і достойнства особи?**
- А. Технічній моделі.
  - В. Патерналістській моделі.
  - С. Інтерпретаційній моделі.
  - Д. Ліберальній моделі.
  - Е. Інформаційній моделі.
- 4. Основний принцип патерналістської моделі взаємин лікаря і хворого:**
- А. Активна позиція лікаря (лікар-опікун).
  - В. Активна позиція хворого.
  - С. Тривале спілкування лікаря і хворого.
  - Д. Роз'яснення, посередництво.
  - Е. Обмежений час спілкування лікаря з хворим.
- 5. Основний принцип ліберальної моделі спілкування лікаря з хворим:**
- А. Активна позиція лікаря.
  - В. Активна позиція хворого.
  - С. Пояснення і посередництво.
  - Д. Тривале спілкування лікаря з хворим.
  - Е. Обмежений час спілкування лікаря і пацієнта.
- 6. Основна перевага патерналістської моделі взаємин:**
- А. Активна позиція хворого.
  - В. Чіткість рішень і дій лікаря.
  - С. Достатній психологічний контакт між лікарем і пацієнтом.
  - Д. Раціональне використання часу спілкування з хворим.
  - Е. Все перелічене вище.
- 7. Основний недолік патерналістської моделі взаємин лікаря і хворого:**
- А. Відсутність психологічного контакту між лікарем і хворим.
  - В. Недостатня медична освіченість пацієнта.
  - С. Обмеження прав хворого.
  - Д. Обмеження прав лікаря.
  - Е. Висока частота лікарських помилок.
- 8. Основний принцип інтерпретаційної моделі взаємин лікар-хворий:**
- А. Активна позиція лікаря.
  - В. Активна позиція хворого.
  - С. Роз'яснення і посередництво.
  - Д. Продовжене спілкування лікаря з хворим.
  - Е. Обмежений час спілкування лікаря з пацієнтом.
- 9. Основний принцип технічної моделі взаємин лікаря з хворим:**
- А. Активна позиція лікаря.
  - В. Активна позиція хворого.
  - С. Роз'яснення і посередництво.
  - Д. Тривале спілкування лікаря з хворим.

Е. Обмежений час спілкування лікаря з пацієнтом.

**10. Моделі спілкування лікаря і пацієнта:**

А. Все перераховане.

В. Інформаційна.

С. Інтерпретаційна.

Д. Патерналістська.

Е. Ліберальна

## Тема 6. ЯТРОГЕНІЇ: ОСНОВНА ЇХ ПРИЧИНА, НАСЛІДКИ І ПРОФІЛАКТИКА

### 1. Визначити поняття «ятрогенія», «ятрогенні захворювання»

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

Терміни «ятрогенія», «ятрогенний» отримали визнання після статті О. Бумке «Лікар як причина душевного розладу» (1925 р.). У перекладі з грецького (від *iatros* - лікар, *gennim* - створювати, породжувати), ятрогенії можна представити як захворювання, породжені лікарем. Ці терміни означають психогенне захворювання або невроз, що виникає на ґрунті несприятливої дії на психіку хворого поведінки лікаря або медпрацівників. У статті А.О. Ельштейна у Великій медичній енциклопедії дається наступне визначення ятрогенного захворювання: «Ятрогенні захворювання (грец. *iatros* – лікар – творець, виробник) – це психогенні розлади, що виникають, як наслідок деонтологічних помилок медичних працівників невірних, необережних висловів або дій».

У формуванні ятрогенії зазвичай відіграють роль ситуаційні моменти, що несприятливо склалися, в період контакту лікаря з хворим. Р.А. Лурія в своїй книзі «Внутрішня картина хвороб і ятрогенні захворювання» (1977) пише:

*«Причину і походження такої хвороби встановлює вже інший лікар і нерідко через значний проміжок часу, коли хворий є зі вселеними йому лікарем стражданнями і втраченою внаслідок цього душевною рівновагою. При цьому хворий виявляється або абсолютно здоровою людиною, або страждає на незначне органічне захворювання».*

Разом з тим, в наш час виділяють значний перелік патологічних станів, які відносять до спектру ятрогенії.

### 2. Основні причини ятрогенії

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

внутрішньо-лікарняне інфікування, лікарські алергії, післяопераційні захворювання).

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

ускладнення терапевтичних і хірургічних втручань (У40-У84) – деякі стани (пневмонія, емболія легенів), які можуть виникнути в післяпроцедурному періоді.

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

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

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

Серед причин ятрогенії необхідно розрізняти об'єктивні і суб'єктивні фактори. До перших належать:

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

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

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

### **3. Основні види ятрогенії**

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

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

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

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

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

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

**Наркозно-реанімаційної ятрогенії.** Розвиток реаніматології привів до появи нового виду ятрогенії – *післяреанімаційної*, яка виявляється порушеннями обмінних процесів, структур і функцій мозку, ендокринного апарату, серцево-судинної системи, легенів, чинників імунітету і всього гомеостазу в цілому. До наркозно-реанімаційної ятрогенії можна віднести переломи ребер, пошко-

дження паренхіматозних органів й інші травми, що виникають в процесі реанімації.

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

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

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

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

**Віддалена ятрогенія** – це перебудова організму під впливом тривалої гормональної терапії; виникнення катастрофічних реакцій через декілька років після інфекційної інфекції; підвищення схильності до інфекцій у дітей, вигодованих штучними сумішами; порушення психомоторного розвитку дітей при тривалій гіпоксії і родовій черепно-мозковій травмі та інші. Передбачити ускладнення подіб-

ного роду досить складно, проте це примушує доктора обов'язково думати про віддалені наслідки своїх втручань.

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

#### **4. Основні шляхи уникнення ятрогенії**

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

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

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

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

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



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

### **5. Проблема взаємин в системі «лікар-хворий» як одна з причин ятрогенії**

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

У сучасних умовах у зв'язку із зростанням психоемоційної напруженості, інформаційних навантажень, темпів соціального життя, почастищенням конфліктних ситуацій, перед лікарем постає необхідність гуманізації форм спілкування з пацієнтами, уміння інтуїтивно оцінювати стан хворого, настроїтися на хвилю його переживань, проявити співчуття. Відносини «за вертикаллю» визначаються складними суперечностями між здоров'ям і хворобою. Вони включають безліч аспектів, що передбачають всі нюанси взаємодії лікаря і пацієнта, лікаря і родичів хворого й регулюються *деонтологічними правилами поведінки медперсоналу*.

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

### **Контрольні питання**

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

## Тестові завдання для контролю початкового рівня знань

**1. Кому належить крилатий вираз про значення лікарського слова "Якщо хворому після розмови з лікарем не стає краще, це не лікар"?**

- А. Бехтереву В.Б.
- В. Пирогову М.І.
- С. Мудрову М.Я.
- Д. Вересаєву В.В.
- Е. Д. Карнезі.

**2. Що означає термін "ятрогенія"?**

- А. Неприятливий наслідок поведінки медперсоналу.
- В. Психогенний розлад унаслідок помилок медперсоналу.
- С. Захворювання, обумовлене психотравмуючим впливом необдуманих висловів і вчинків медпрацівників.
- Д. Захворювання, викликане неправильними діями лікаря.
- Е. Захворювання, обумовлене читанням медичної літератури.

**3. Основні причини ятрогенних захворювань:**

- А. Недостатній професійний рівень лікаря.
- В. Недостатній психологічний контакт лікаря з хворим.
- С. Поліпрагмазія.
- Д. Нерішучість лікаря.
- Е. Все перелічене вище.

**4. Залежно від причин виникнення виділяють такі види ятрогеній:**

- А. Медикаментозна.
- В. Променева.
- С. Віддалена.
- Д. Маніпуляційна.
- Е. Все перелічене вище.

**5. Захворювання, викликане діями медичного персоналу називається:**

- А. Ятрогенія.
- В. Канцерофобія.
- С. Гіпернозогенія.
- Д. Все перелічене невірно.
- Е. Все перелічене вище.

**6. В обов'язки лікаря по відношенню до пацієнта, як до особи включають все, окрім:**

- А. Обговорити розмір винагороди.
- В. Дати оцінку емоційно-психологічного стану пацієнта.
- С. Поглиблено вивчити особу пацієнта.
- Д. Установити контакт з хворим і його близькими.
- Е. Психологічно підтримувати пацієнта і його родичів.

**7. Кому належали наступні слова: «Причину і походження такої хвороби встановлює вже інший лікар і нерідко через значний проміжок**

**часу, коли хворий є зі вселеними йому лікарем стражданнями і втраченою внаслідок цього душевною рівновагою. При цьому хворий виявляється або абсолютно здоровою людиною, або страждає на незначне органічне захворювання»:**

- А. Лурію Р.А.
- В. Ельштейну А.О.
- С. Кассирському І.А.
- Д. Долецькому С.Я.
- Е. Ні кому з перерахованих вище.

**8. Терміни «ятрогенія», «ятрогенний» отримали визнання після статті О. Бумке «Лікар як причина душевного розладу» в такому році:**

- А. 1927.
- В. 1825.
- С. 1925.
- Д. 1935.
- Е. Ні в одному з перерахованих.

**9. Хто є автором наступного вислову: «Якщо є декілька лікарів: один лікує травами, інший лікує ножем, а третій – словом, звернися до того, хто лікує словом»:**

- А. Гіппократу.
- В. Авіценні.
- С. Гомеру.
- Д. Горацію.
- Е. Канту.

## Тема 7. ЛІКАРСЬКА ТАЄМНИЦЯ: ВИЗНАЧЕННЯ, ОСНОВНІ ПРАВОВІ ДОКУМЕНТИ, ЩО ГАРАНТУЮТЬ ДОТРИМАННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ В УКРАЇНІ ТА В СВІТІ

### 1. Визначення і суть лікарської таємниці. Історія розвитку лікарської таємниці

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

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

Лікарська таємниця, що існує стільки, скільки існує медицина, і до теперішнього часу залишається нерозкритою проблемою. У Стародавній Індії при обряді присвячення лікарям давали таке повчання: «Особливості сімейного устрою не повинні розголошуватися». Середньовічний китайський кодекс лікарів спеціально відзначав, що «лікар не повинен бути балакучим». Всі стародавні лікарі були одностайні відносно збереження таємниць хворого.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- відомості про стан здоров'я пацієнта;
- відомості про хворобу;
- відомості про діагноз;

- відомості про факт звернення по медичну допомогу;
- відомості, одержані при медичному обстеженні;
- відомості про методи лікування;
- відомості про інтимну й сімейну сторони життя.

Під *лікарською таємницею* пропонується розуміти правовий режим існування інформації, отриманої медичним працівником стосовно пацієнта в діагностиці, лікуванні чи реабілітації, обов'язок зберігати яку покладається також на інших осіб, котрим зазначена інформація стала відома під час виконання ними своїх професійних обов'язків.

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

### **3. Можливі обмеження права пацієнта на конфіденційність**

*Перелік випадків законного розголошування лікарської таємниці без згоди пацієнта.*

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

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

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

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

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

*Примітка:* ст. 40 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» передбачає лише відомості, що становлять лікарську таємницю і заборону їх розголошувати без визначення у цій статті випадків, коли таке поширення є законним. Також перелік відомостей, що становлять лікарську таємницю, визначено у цій статті не у повному обсязі. Не впливає як бути з інформацією, що отримується у процесі лікування чи профілактики, оскільки мова йде лише про медичне обстеження, огляд і їх результати.

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

- в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та прав людини (ч. 2 ст. 32 Конституції України);
- в інтересах національної безпеки, територіальної цілісності або громадянського порядку, з метою запобігання заворушенням чи злочинам, для охорони здоров'я населення, для захисту репутації або прав інших людей, для запобігання розголошенню інформації, одержаної конфіденційно, або для підтримання авторитету і неупередженості правосуддя (ч. 3 ст. 34 Конституції України);
- при медичному обстеженні наречених, які зобов'язані повідомити один одного про стан свого здоров'я (ст. 30 Сімейного кодексу України);
- у випадку надання допомоги неповнолітньому, що не досягнув віку 14 років та особі, що визнана недієздатною у встановленому законом порядку, з метою інформування її батьків (усиновлювачів)



чи інших законних представників (ч. 1 ст. 285 Цивільного кодексу України, ч. 2 ст. 39, ч. 1 ст. 43 «Основ законодавства України про охорону здоров'я»);

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

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

– при загрозі розповсюдження інфекційних захворювань, ухиленні від обов'язкового медичного огляду або щеплення проти інфекцій встановленого переліку, з метою усунення підприємствами, установами й організаціями, за поданням відповідних посадових осіб державної санітарно-епідеміологічної служби від роботи, навчання, відвідування дошкільних закладів осіб, які є носіями збудників інфекційних захворювань, хворих на небезпечні для оточуючих інфекційні хвороби, або осіб, які були в контакті з такими хворими, а також осіб, які ухиляються від обов'язкового медичного огляду або щеплення проти інфекцій, перелік яких встановлюється центральним органом виконавчої влади в галузі охорони здоров'я (ч. 2 ст. 26 Закону України "Про захист населення від інфекційних хвороб", п. 5 ч. 1 ст. 7 Закону України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення");

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

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

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

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

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

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

Лікар зобов'язаний дотримуватись лікарської таємниці за винятком тих випадків, коли він повинен виконувати обов'язки страхового лікаря, визначати стан страхового лікаря, визначати стан здоров'я за запитом властей, виконувати обов'язки судово-медичного експерта.

перта і коли він виявляє заразне захворювання. Вважається, що таємниця розголошена, якщо інформація про хворобу хворого стане відомою хоча б одній людині.

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

Загальна декларація прав людини, Міжнародний пакт про громадянські і політичні права, Міжнародний кодекс медичної етики, Європейська конвенція із захисту прав людини та основних свобод, Лісабонська декларація ВМА про права пацієнта – це далеко не повний перелік міжнародно-правових документів, що заклали основи правового захисту сфери приватного життя людини, і в тому числі пацієнта. Важливе значення для України має Конвенція Ради Європи про захист осіб у зв'язку з автоматизованою обробкою персональних даних (№ ETS, № 108 28,01.1981 р.) та Закон України «Про захист персональних даних» « 2297-VI від 01.06.2010р.

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

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

В той же час необхідно відзначити, що такі рекомендації входять в суперечність не тільки з основними положеннями всіх

сучасних міжнародних документів про права пацієнтів, але і з основоположними принципами медичної етики.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.7. Пацієнти повинні мати можливість отримання другої думки. «Друга, або інша, думка» – поняття, що набуло поширення в сучасній медицині США і Західної Європи. Джерело «другої думки» при постановці діагнозу, визначенні прогнозу і виборі оптимального методу лікування – медичні фахівці, до яких пацієнт звертається за порадою незалежно від свого лікаря, який лікує, у випадках, коли він не цілком упевнений в правильності діагнозу або лікування або коли майбутній вибір лікувальної тактики може мати вельми серйозні наслідки (наприклад, операція, що калічить).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.7. Медичні втручання можуть проводитися лише в умовах належної пошани до принципу недоторканності приватного життя пацієнта. Це означає, що конкретне втручання повинно проводитися тільки у присутності безпосередньо зайнятих в ньому осіб, крім випадків, коли пацієнт виражає згоду або активне прохання про присутність додаткових осіб.

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

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

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

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

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

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

### **3.1. Етичний Кодекс лікаря України:**

#### **Стаття 16. Лікар завжди повинен говорити пацієнту правду.**

1) Лікар повинен бути правдивим перед своїм пацієнтом, бути вірним слову, даному пацієнтові.

2) Лікар не повинен обіцяти нездійсненне і зобов'язаний виконувати обіцяне.

3) Лікар може не говорити правду пацієнтові, якщо це бажання самого пацієнта або в тому випадку, якщо її повідомлення може мати серйозні наслідки для здоров'я останнього.

#### **Стаття 17. При виконанні своєї діяльності лікар повинен забезпечити конфіденційність і зберігати лікарську таємницю.**

1) Лікар не має права розголошувати без дозволу пацієнта або його представника відомості, отримані в ході обстеження і лікування, а також сам факт звернення за медичною допомогою.

2). Всі дані, передані лікареві пацієнтом в особистій бесіді, а також дані його обстеження заносяться в спеціальні медичні карти і є конфіденційними.



3) Лікар зобов'язаний використовувати всі необхідні способи, щоб зберегти і не розголошувати медичну таємницю, а також конфіденційність інформації про пацієнта на електронних носіях.

4) Лікар (медичний працівник) не має права розголошувати медичну інформацію навіть після смерті пацієнта, за винятком випадків професійної консультації або обставин, передбачених законом.

5) При використанні інформації, що є лікарською таємницею, в учбовому процесі, науково-дослідній роботі, в публікаціях повинна бути забезпечена автономність пацієнта.

6) Представлення пацієнта (колишнього пацієнта) на наукових конференціях, в наукових публікаціях, в засобах масової інформації є етичним тільки за умови, що пацієнт проінформований про можливість втрати конфіденційності, усвідомлює це і у письмовій формі дає добровільну згоду на таке представлення.

**Стаття 18. Лікар не повинен втручатися без професійно обумовлених причин в справи сім'ї і приватне життя своїх пацієнтів.**

1) Ступінь втручання лікаря в приватне життя пацієнтів повинен визначатися виключно професійною необхідністю.

**Стаття 19. Лікар зобов'язаний всіма своїми діями сприяти встановленню з пацієнтом відносин взаємної співпраці на благо пацієнта.**

1) Встановлення довірчих взаємин і співпраці лікаря і пацієнта визначають успіх лікування і є одним з головних обов'язків лікаря.

2) Лікар повинен сприяти усвідомленню і реалізації відповідально-го відношення пацієнта до процесу обстеження і лікування.

3) Авторитетне ставлення лікаря (медичного працівника) до пацієнта без урахування відношення останнього до процесу лікування неприпустимо, окрім тих ситуацій, які вимагають невідкладного медичного втручання.

4) Якщо можливість довірчих взаємин з лікарем виключається станом пацієнта, їх встановлюють з його законним представником, рідними або близькими людьми.

### **3.2. «Основи законодавства України про охорону здоров'я»**

**Стаття 39. Зобов'язання пред'явлення медичної інформації.**

Пацієнт, який досяг повноліття, має право на отримання достовірної і повної інформації про стан свого здоров'я, зокрема на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я.

Батьки (усиновлювачі), опікуни мають право на отримання інформації про стан здоров'я дитини або підопічного.

Медичний працівник зобов'язаний дати пацієнтові в достатній формі інформацію про стан його здоров'я, мету проведення запланованих обстежень і лікувальних рекомендацій, прогноз можливого розвитку захворювання, зокрема наявність ризику для життя і здоров'я.

Якщо інформація про хворобу пацієнта може погіршити стан його здоров'я або погіршити стан здоров'я фізичних осіб, визначених другою частиною цієї статті, нашкодити процесу лікування, медичні працівники мають право дати неповну інформацію про стан здоров'я пацієнта, обмежити можливість їх ознайомлення з окремими медичними документами.

У разі смерті пацієнта члени його сім'ї або інші уповноважені ними фізичні особи мають право бути присутніми при дослідженні причин його смерті і ознайомитись з висновками щодо причин смерті, а також про дані, отримані при його медичному обстеженні (Стаття 39 в редакції Закону №997-У (997-16) від 27.04.2007.)

#### **Стаття 39-1. Право на таємницю про стан здоров'я.**

Пацієнти мають право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про дані отримані при його медичному обстеженні.

Забороняється вимагати і давати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз і методи лікування пацієнта (Закон доповнений статтею 39-1 згідно Закону № 997-У (997-16) від 27.04.2007) .

#### **Стаття 40. Лікарська таємниця.**

Медичні працівники й інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про захворювання, медичне обстеження, огляд і їх результати, інтимні і сімейні сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці дані, окрім тих, що передбачаються законними актами випадків.

При використанні інформації, що складає лікарську таємницю, в учбовому процесі, науково-дослідній роботі, зокрема у випадках їх публікації в спеціальній літературі, повинна бути забезпечена автономність пацієнта. Розголошування лікарської таємниці найчастіше відбувається в результаті необережності, самовпевненості або недбалості медичних працівників. Кримінальний кодекс України містить статтю, що визначає міру відповідальності за розголошення відомостей, що складають лікарську таємницю.

### **3.3. Кримінальний кодекс України.**

В Кримінальному кодексі України **стаття №145 «Незаконне розголошення лікарської таємниці»** свідчить: «Умисне розголошення лікарської таємниці особою, якій вона стала відома у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків, якщо таке діяння спричинило тяжкі наслідки, карається штрафом до п'ятдесяти не оподатковуваних податком мінімумів доходів громадян або суспільними роботами на термін до двохсот сорока годин, або позбавленням права посідати певні посади або займатися певною діяльністю на термін до трьох років, або виправними роботами на термін до двох років».

«Закон суворий, але справедливий». Ноша таємниць пацієнта завжди важка. Медичний працівник зобов'язаний нести її з усвідомленням важливості, орієнтуючись на закон, свою совість і норми медичної етики.

Таємниця розповсюджується на всі відомості, отримані в процесі звернення і лікування хворого (діагноз, методи лікування, прогноз та інше). Лікар повинен стежити за тим, щоб особи, що беруть участь в лікуванні хворого, також дотримували професійну таємницю. Особи, що користуються правом доступу до медичної інформації, зобов'язані зберігати в таємниці всі отримані про пацієнта відомості.

Таким чином, в процесі наукових досліджень, навчання студентів і удосконалення лікарів повинна дотримуватися лікарська таємниця. Демонстрація хворого можлива тільки з його згоди. Недотримання медичної таємниці медиками тягне за собою заходи громадського впливу. У особливих випадках, що призвели за собою тяжкі наслідки, можливе залучення винного до кримінальної відповідальності.

#### **Контрольні питання**

1. Визначення і суть лікарської таємниці.
2. Історія становлення лікарської таємниці.
3. Принципи збереження лікарської таємниці.
4. Права пацієнта на конфіденційність інформації про його стан здоров'я.
5. Можливі обмеження права пацієнта на конфіденційність.
6. Права лікаря і пацієнта та лікарська таємниця.
7. Гарантії дотримання лікарської таємниці в «Декларації про політику в області забезпечення прав пацієнтів в Європі» (розділ «Інформація» 1994).
8. Гарантії дотримання лікарської таємниці в Міжнародному Кодексі медичної етики.

9. Гарантії дотримання лікарської таємниці в Етичному Кодексі Українського лікаря, в Законі України «Про інформацію» та інші.
10. Правові документи, що регламентують дотримання лікарської таємниці в Україні.

### **Тестові завдання для контролю початкового рівня знань**

**1. Який принцип медичної етики лежить в основі дотримання конфіденційності інформації про пацієнта?**

- A. Принцип справедливості
- B. Принцип правдивості
- C. Принцип дотримання обов'язків
- D. Принцип автономності
- E. Принцип "не нашкодь"

**2. Яка стаття Кримінального Кодексу України регламентує відповідальність за незаконне розголошення лікарської таємниці?**

- A. № 136
- B. № 138
- C. № 139
- D. № 145
- E. № 319

**3. Яка стаття «Основ законодавства України про охорону здоров'я» регламентує лікарську таємницю?**

- A. № 140
- B. № 40
- C. № 37
- D. № 38
- E. № 54

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

- A. Гіппократ.
- B. Авіценна.
- C. Гомер.
- D. Гораций.
- E. Кант.

**5. Які документи України регламентують збереження лікарської таємниці:**

- A. "Основи законодавства України про охорону здоров'я"
- B. Закон України "Про інформацію"
- C. "Етичний кодекс українського лікаря"

- Д. Кримінальний Кодекс України
- Е. Все перелічене вище

**6. Кому належать наступні слова «...Зустрічаються хворі, які припускають небезпечний характер свого захворювання і вимагають сказати їм всю правду, посилаючись на свій сильний характер, який допоможе перенести найважчі повідомлення про хворобу і прогноз. В більшості випадків не слід піддаватися на ці прохання, оскільки ми не знаємо, що вийде з повідомлення хворому правдивих відомостей?»**

- А. Чехову А.П.
- В. Мудрову М.Я.
- С. Захар'їну Г.А.
- Д. Блохіну М.М.
- Е. Боткіну С.П.

**7. Яка стаття "Етичного кодексу українського лікаря" (2002 р.) регламентує конфіденційність інформації про пацієнта?**

- А. № 17
- В. № 40
- С. № 46
- Д. № 47
- Е. № 145

**8. До конфіденційної інформації про хворого відносять все, окрім:**

- А. Венеричного захворювання в активній формі
- В. Інфікування ВІЛ
- С. Усиновлення дитини
- Д. Займаної посади
- Е. Інфаркту міокарду в анамнезі

**9. Обов'язок дотримання лікарської таємниці розповсюджується на всіх перерахованих, окрім:**

- А. Студенти-медики
- В. Санітар
- С. Медреєстратор
- Д. Психолог
- Е. Фармацевт

**10. Розголошення інформації, що є лікарською таємницею, без згоди пацієнта допускається у всіх випадках, за винятком:**

- А. З метою обстеження і лікування пацієнта, який через свій стан не може висловити свого бажання.
- В. При загрозі розповсюдження інфекційних захворювань.
- С. За запитом слідчих органів і прокурора.
- Д. З метою надання допомоги пацієнтові у віці 17 років для інформування батьків або законних представників
- Е. У випадку, якщо є припущення, що збиток здоров'ю завданий унаслідок протиправних дій.

## **Тема 8. ЛІКАРСЬКА ПОМИЛКА: ВИЗНАЧЕННЯ, ВИДИ ЛІКАРСЬКИХ ПОМИЛОК. ПОНЯТТЯ ПРО ЛІКАРСЬКІ ПРАВОПОРУШЕННЯ І ЮРИДИЧНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НИХ**

Цифра лікарських помилок, що щорічно здійснюються лікарями дуже велика. Статистика лікарських помилок жахає. За різними оцінками, в США від помилок медиків щорічно вмирають 50-100 тис. осіб, у Великобританії - 70 тис., у Німеччині - 100 тис., в Італії щорічно від лікарських помилок страждають близько 90 тис. пацієнтів. Більш того, в США помилки медиків займають 5-е місце серед причин смертності: кожні 15 хвилин в цій країні з вини лікарів або несумлінності медичного персоналу вмирають п'ятеро людей. (Defense Network Лікарські помилки Posted on 21 червня 2011)

### **1. Природа «лікарської помилки», «право на помилку» і відповідальність за неї.**

Аналізу етичного сенсу поняття «лікарська помилка» приділяли увагу багато відомих лікарів, письменники, діячі охорони здоров'я, демонструючи різні підходи і оцінки цього феномена.

Видатний хірург М.І. Пирогов вважав, що молодому лікарєві-практикові «украї потрібне», *по-перше, уміння визнавати власні помилки*, аналізувати конкретні випадки і «вважати причиною помилки своє незнання або свою недосвідченість» – тільки така етична позиція може якоюсь мірою спокутувати «брак», що трапився, в медичній роботі; будь-які особисті міркування тут повинні бути нижче за етичні аргументи і доцільність. *По-друге*, визнаючи лікарські помилки безумовним злом, М.І. Пирогов виступав *проти визнання їх злом неминучим*, вважаючи це негідним високого звання лікаря. Оптимістична, життєстверджуюча етика М.І. Пирогова не-примиренна до зла лікарських помилок і, разом з тим, розглядає їх як джерело збагачення власного досвіду лікаря і сукупного досвіду медицини. Тільки досягаючи максимум повчального зі своїх професійних помилок, лікар може відшкодувати зло своєї помилки. *По-третє*, вимога бути чесним перед самим собою у М.І. Пирогова не героїзм і винятковість, а *професійна етична норма* лікаря. Тільки нещадна самокритика своїх помилок може бути адекватною розплатою за їх високу ціну. Відношення М.І. Пирогова до професійних помилок – етичний ідеал для кожного лікаря. Відступ від нього є відступом від вимог медичної етики.

Письменник, за фахом лікар, В.В. Вересаєв демонструє більш песимістичне відношення до проблеми. Він вважає, що лікування взагалі часто пов'язане з ризиком, тому навіть у видатних лікарів зустрічаються професійні помилки. Прогрес медицини неминуче пов'язаний з підвищеним ризиком, успіхи медицини у відомому сенсі ґрунтуються на лікарських помилках. Разом з тим, зростання вірогідності професійних помилок у початківців, молодих лікарів не може не турбувати, тим більше що помилки лікарів – одна з причин зниження довіри до медицини. Гуманізм роздумів В.В. Вересаєва з приводу лікарських помилок полягає в тому, що він бачить проблему як з погляду лікаря, так і з погляду хворого і його близьких, постійно підкреслюючи «оголено-людську» сторону у відносинах лікаря і хворого. В.В.Вересаєв освітлює філософські, соціально-етичні горизонти медичної професії, звертає увагу на драматизм, а часом і трагізм медичної професії. Якщо «Аннали» М.І. Пирогова – це приклад ідеального відношення до своїх помилок для кожного лікаря, то «Записки лікаря» В.В. Вересаєва – це конкретний приклад життєвого досвіду лікаря, що освоює свою важку професію шляхом переживань і осмислення власних помилок.

Поняттю *«лікарська помилка»* за своїм змістом близьке поняття *«нешасний випадок»*. У *клінічному сенсі* вони означають різновиди несприятливих результатів лікування, неправильного лікування, в *морально-етичному* – поразка лікаря в боротьбі за життя і здоров'я пацієнта, що ввірився йому, і, звичайно, нещастя хворого, його близьких, а у *юридично-правовому* – акцент зазвичай робиться на *винність* лікаря і його відповідальність, тому диференціація понять *«нешасний випадок»* або *«лікарська помилка»* для юридичних органів самостійного значення не має.

Разом з тим, наявність в медичній практиці лікарських помилок і нещасних випадків як неминучих явищ, супутніх лікуванню, жодною мірою не повинно означати *«права лікаря на помилку»*. Подібне право могло б породжувати професійну *недобросовісність*, що тягне за собою зазвичай неправильні діагнози основного і супутніх захворювань, недооцінку хірургічного ризику, оперативного втручання, що запізнилося, та інше. Теза про *«право лікаря на помилку»* неспроможна і з логічної, і зі світоглядної точки зору. З погляду логіки: не можна наявне видавати за належне; професійні помилки лікарів – *«прикрий брак»* – трапляються через неконтрольовані лікарем обставини, а не *«за правом»*. З погляду світогляду: якщо професійна діяльність лікаря свідомо орієнтується на помил-

ки, вона втрачає свою гуманістичну природу. Ідея «права на помилку» деморалізує лікарів, тому з позиції біомедичної етики відношення до професійних помилок повинне бути непримиренним.

## 2. Поняття «лікарська помилка».

*Лікарська помилка* – це витікаюча з об'єктивних умов добросовісна помилка лікаря, заснована або на недосконалості сучасного стану медичної науки і її методів дослідження, або на недостатності знань або досвіду лікаря, але без елементів халатності, недбалості або професійного неуцтва.

Всім відомий вираз «*Errare pumanum est*» («людині властиво помилятися»). Цицерон у відповідь на цю фразу відповів: «Людині властиво помилятися, але нікому окрім дурня не властиво упиратися в своїй помилці!»

Лікарські помилки були і будуть у всі епохи. Не можна уявити собі лікаря, який вже має за плечима великий практичний стаж, який в своїй діяльності міг би безпомилково лікувати.

Помилки властиві фахівцям будь-якої спеціальності, лікарські помилки набувають вирішального значення через особливість професії лікаря. Лікар несе велику моральну відповідальність перед хворим і суспільством, оскільки має справу із здоров'ям своїх пацієнтів.

Один з лікарів старовини говорив: «Медицина є історією людських помилок». Можливо, він мав на увазі те, що багато хто обирає професію медика, не маючи для цього підстав, віддаючи шану моді і примсі батьків. Здійснюється фатальна помилка, за яку потім все своє життя платить медик, але розплачується чужими загубленими життями.

Всі дії лікарів, пов'язані з несприятливими наслідками, діляться на 3 групи: **нешасні випадки, лікарські помилки і професійні порушення, що караються в кримінальному порядку.**

Під «**нешасним випадком**» в медичній практиці мається на увазі несприятливий результат лікарського втручання, пов'язаний з випадковими обставинами, які лікар не міг передбачити або запобігти, наприклад індивідуальна непереносимість лікарського препарату.

На відміну від нещасних випадків лікарські помилки і **карані упуцнення (професійні злочини)** пов'язані з неправильними діями медичного персоналу, що суперечать загальноприйнятим в медицині правилам. *Різниця між лікарською помилкою і професійним злочином полягає в причинах і умовах їх виникнення.*



Основним критерієм для віднесення оцінюваної дії до однієї з перерахованих груп служить ознака правильності або неправильності, а також його причина, а головним критерієм лікарської помилки є витікаюча з певних об'єктивних умов добросовісна помилка лікаря, заснована на недосконалому сучасному стану медичної науки, методів дослідження, на особливому перебігу захворювання у хворого або недоліку знань і досвіду у лікаря, але без елементів халатності, недбалості і професійного неуцтва.

Таким чином, лікарські помилки пов'язані з об'єктивними умовами і обставинами, що пом'якшують провину лікаря. Відмінною рисою лікарської помилки є сумлінність дій лікаря, прагнення надати допомогу хворому, хоча, за своєю суттю, його дії були помилковими.

**3. Класифікація лікарських помилок.** За причинами виникнення лікарських помилок виділяють наступні їх види:

- ✓ *діагностичні* – помилки, що полягають в не розпізнаванні хвороби або помилковому розпізнаванні, внаслідок чого нерідко наступають тяжкі наслідки;
- ✓ *тактичні* – це помилкові визначення свідчень до операції, неправильний вибір часу проведення операції, її об'єму і так далі;
- ✓ *технічні* – помилки, що обумовлені неправильним використанням медичної техніки, передозуванням препарату при проведенні наркозу, забутими чужорідними тілами у порожнинах і ранах й так далі.

У окрему групу виділені *деонтологічні (поведінкові) помилки*, які часто є причиною не тільки конфліктів між лікарем і хворим або його родичами, але і побічно діагностичних, тактичних і технічних помилок. Одним з наслідків деонтологічних помилок є ятрогенні захворювання. При несприятливому результаті лікування саме деонтологічні помилки нерідко враховуються родичами в першу чергу, що породжує численні скарги і вимоги про залучення лікаря, який допустив цю помилку, до кримінальної відповідальності. Навпаки, відомі випадки, коли при несприятливому результаті лікування, але дотриманні лікарем правил медичної деонтології родичі померлого хворого ставали захисниками лікаря, оскільки бачили, що лікар зробив все, що було в його силах, і сам важко переживав те, що відбулося. Разом з тим, якщо не дотримуються правил медичної деонтології, конфлікти між родичами хворого і лікарями часто виникають навіть при правильному лікуванні. У цих випадках родичі померлого хворого, приголомшені горем, прагнуть

знайти винних і нерідко діють, виходячи з принципу «*Post hoc – ergo propter hoc*» («Після цього – значить, внаслідок цього»).

Крім того, виділяють помилки **суб'єктивні і об'єктивні**. Перші обумовлені низьким професіоналізмом, відсутністю достатніх знань і досвіду лікаря, недотриманням основних деонтологічних принципів, неправильною інформацією, отриманою від хворого під час його обстеження, недостатнім вивченням історії хвороби і так далі. Причиною об'єктивних помилок найчастіше бувають обмежені діагностичні можливості лікаря, мізерна симптоматика хвороби, лабораторні артефакти, недосконалість сучасного стану медичної науки на даний момент, складність хвороби і так далі.

Лікарські помилки можуть бути **доброякісними і злоякісними**. Приклад злоякісної помилки описала В. Шкаровська в статті «Діагноз: лікарська помилка»:

«Прокинувшись після наркозу в палаті хірургічного відділення громадянин Бамберга (Німеччина), 63-річний пенсіонер Людвіг М., з жахом виявив, що йому ампутували не ту ногу.

До нестями блідий завідувач відділення констатував сумний факт: замість лівої – «безнадійної» - ноги у пацієнта, що страждав порушенням кровообігу в кінцівках, відняли праву. Перед операцією обидві ноги були в биндах, а на операційному столі санітари зафіксували не ту ногу. В результаті чоловік залишився взагалі без ніг, тому що спочатку заплановану операцію все ж таки довелося провести. Проти оперуючого лікаря і його асистента було збуджено кримінальну справу за звинуваченням в халатності».

#### **4. Основні причини виникнення лікарської помилки.**

Причиною найбільшої групи лікарських помилок є недолік підготовки і досвіду лікаря. Найчастіше помилки обумовлені недостатнім професійним рівнем медичних працівників. При цьому помилки слід відрізняти від правопорушень, в основі яких лежить недобросовісність лікаря. У такому разі мова йде про низький морально-етичний образ медичного працівника, грубе порушення принципів медичної деонтології. Помилки, пов'язані з низьким професійним рівнем і самовпевненістю лікаря, станом здоров'я пацієнта, що привели до погіршення, повинні розцінюватися як посадові злочини, а не як ятрогенія.

Інша причина помилок – відхилення клінічного перебігу хвороби від класичних описів, атиповий перебіг. «Кількість помилок у міру підвищення кваліфікації швидше збільшується, ніж падає» (І.В. Давидовський). Це пояснюється залученням висококвалі-

ліфікованих фахівців до консультацій і лікування пацієнтів з особливо складними захворюваннями.

Про лікарські помилки можна говорити тільки за умови повного виключення ознак недбалості, халатності, злочинної самовпевненості, ненадання медичної допомоги.

«Недбалість або халатність – найчастіша кваліфікація дій лікаря в кримінальних справах, пов'язаних з професійними і професійно-посадовими правопорушеннями лікарів.

Різні ступені прояву недбалості та її наслідків в одних випадках виявляються тільки провинною, що тягне за собою адміністративне стягнення, в інших – злочином, що вимагає притягання до кримінальної відповідальності.

Там, де лікар в своїй професійній діяльності прямо або побічно вступає в конфлікт із законом, ми маємо справу із злочином».

У практиці дуже часто лікарські помилки плутають з недбалістю, халатністю і навіть злочином. Проте ж дії лікаря з однаковими наслідками повинні кваліфікуватися по-різному, залежно від конкретних умов. Але важко сказати, чим «недолік знань і досвіду лікаря» відрізняється від професійного неуцтва?

І.В. Давидовський так визначив поняття «лікарська помилка»: «Це помилка лікаря при виконанні своїх професійних обов'язків, що є наслідком добросовісної помилки і не містить складу злочину або ознак проступку». Але як відрізнити добросовісну помилку від недобросовісної або такої, що відбувається по неуцтву? З цього визначення можна прийти до висновку, що головним суддею для вирішення питання про відповідальність за допущену помилку є совість самого лікаря.

Необхідно відзначити, що відповідальність медичних працівників за порушення прав громадян у сфері охорони здоров'я може бути цивільною, кримінальною, адміністративною і дисциплінарною. З погляду лікаря і пацієнта найбільш важливими з них є цивільна і кримінальна.

## **5. Профілактика лікарських помилок**

Лікарської помилки при нагоді необхідно запобігати. Однією з форм попередження лікарських помилок є *консилиуми*.

Існували спроби і своєрідного запобігання помилок. Так, лікар-іноземець, що приїжджав в Росію в XVI-XVII ст., повинен був насамперед практикувати в прикордонному місті і будь-кого вилікувати. Один з шотландських королів вимагав, щоб перед тим, як працювати на батьківщині, лікарі 20 років практикували за кордоном, а з ураху-

ванням неминучості помилок, переважніше – у ворожих країнах, зменшуючи, тим самим, їх населення.

Від помилок ніхто не застрахований, але допустивши помилку, треба зробити все, щоб вона не повторилася, а для цього необхідно, перш за все, визнати цю помилку і визначити причину її походження.

Т. Більрот казав: «Хто відчуває в собі силу зробити краще, той не відчуває страх перед визнанням своєї помилки». Зробивши помилку, лікар не повинен *виправдовуватися, заперечувати її і відсторонятися від останньої*.

Лікар зобов'язаний визнати помилку і виправити те, що може бути виправлене. Помилки, якщо їх приховують, можуть перейти в злочин. Ми частіше і більше вчимося на помилках, ніж на успіхах. Гіппократ говорив: «*Хорошим лікарем є той, хто помиляється рідко, але чудовим – той, хто признається в помилці*».

Лікар повинен постійно підвищувати свій професійний рівень, зокрема враховуючи свої помилки. На деонтологічному конгресі в Парижі в 1967 р., до клятви Гіппократа було зроблено єдине доповнення: «***Присягаюся навчатися все своє життя!***»

Велика увага приділяється деонтологічним помилкам, оскільки вони можуть стати прямою причиною конфлікту між лікарем і хворим або його родичами, але побічно, і причиною помилок діагностичних, тактичних і технічних, а також ятрогенних захворювань. У всьому світі створені й отримали широке визнання етичні комітети.

***Етичні комітети*** – це нова форма боротьби з помилками медиків, особливо з тими помилками, які не стали з різних причин предметом судового розгляду. Етичний комітет – це колективна совість медичної установи із залученням громадської думки. До його складу обов'язково повинні входити і юристи, і священники, і громадські діячі. В той же час, висновки колег, які входять до складу етичного комітету лікарні, наукового центру, – це якнайкращий спосіб аналізу причин, що визвали ту або іншу помилку. У зарубіжних країнах жоден суд не прийме до розгляду позов по відношенню до лікаря або медичної установи без висновку етичного комітету. І треба сказати, що працювати їм доводиться з повним навантаженням.

Разом з тим, кількість помилок (та і якість їх), обумовлених недостатньою кваліфікацією лікаря, може бути зменшено тільки при значному підвищенні якості підготовки лікарів у медичних ву-

зах, поліпшенні постановки післядипломної підготовки лікаря і, особливо, при цілеспрямованій самостійній роботі кожного лікаря над підвищенням своїх професійних теоретичних знань і практичних умінь. Природно, що останнє значною мірою залежатиме від індивідуальних і морально-етичних якостей лікаря, його почуття відповідальності за доручену справу.

### **Контрольні питання**

1. Визначити дії лікаря, що пов'язані з негативними наслідками.
2. Визначити поняття «Лікарська помилка».
3. Надати класифікацію лікарських помилок.
4. Деонтологічні аспекти при допущенні лікарських помилок.
5. Основні причини виникнення лікарських помилок.
6. Профілактика лікарських помилок.
7. Визначити основні морально-правові аспекти, за які відповідає лікар за допущені помилки.

### **Тестовий контроль початкового рівня знань**

**1. «Хто відчуває в собі силу зробити краще, той не відчуває страх перед визнанням своєї помилки» - хто автор цього виразу?**

- А. Більрот
- В. Мудров.
- С. Вересаєв.
- Д. Пирогов.
- Е. Боткін.

**2. Лікарська помилка – це:**

- А. Витікаюча з об'єктивних умов добросовісна помилка лікаря.
- В. Неприятливий результат унаслідок професійної неграмотності лікаря.
- С. Результат недбалості в роботі лікаря.
- Д. Неприятливий результат лікарського втручання, що лікар не міг передбачити і запобігти.
- Е. Неправильні дії лікаря, що суперечить загальноприйнятим правилам в медицині.

**3. Кому належали наступні слова: «Хорошим лікарем є той, хто помиляється рідко, але чудовим – той, хто признається в помилці».**

- А. Гомеру
- В. Цицерону
- С. Гіппократу
- Д. Мудрову
- Е. Канту

**4. Нещасний випадок – це:**

- А. Неприятливий результат лікарської діяльності, обумовлений обставинами, які лікар не міг передбачити і запобігти.
- В. Неприятливий результат унаслідок професійної неграмотності лікаря.
- С. Результат недбалості в роботі лікаря.
- Д. Сумлінна помилка лікаря в своїй діяльності.
- Е. Неправильна дія лікаря, яка суперечить загальноприйнятим в медицині правилам.

**5. Визначити вид лікарської помилки: неправильно поставлений діагноз при атипівій клінічній симптоматиці.**

- А. Діагностична.
- В. Тактична.
- С. Технічна.
- Д. Деонтологічна.
- Е. Це не помилка, а нещасний випадок.

**6. Яка стаття Кримінального Кодексу України регламентує відповідальність за службову недбалість?**

- А. № 138.
- В. № 368.
- С. № 141.
- Д. № 319.
- Е. № 367.

**7. Які дії лікаря пов'язані з негативними наслідками?**

- А. Лікарська помилка.
- В. Нещасний випадок, злочин.
- С. Лікарська помилка, нещасний випадок.
- Д. Недбалість, злочин, лікарська помилка.
- Е. Лікарська помилка, нещасний випадок, злочин.

**8. Хто вперше в історії медицини ввів поняття "Лікарська помилка"?**

- А. Гіппократ.
- В. Мудров.
- С. Вересаєв.
- Д. Пирогов.
- Е. Боткін.

**9. Основна причина лікарських помилок.**

- А. Недостатність знань і досвіду лікаря.
- В. Обмеження діагностичних можливостей лікаря.
- С. Несумлінне відношення до своїх обов'язків.
- Д. Лабораторні артефакти.
- Е. Недостатній рівень культури лікаря.

**10. Які лікарські помилки є прямою причиною конфлікту між лікарем і пацієнтом?**

- А. Діагностичні.
- В. Тактичні.

- С. Технічні.
- Д. Деонтологічні.
- Е. Логічні.

**11. Назвати основні шляхи профілактики лікарських помилок:**

- А. Професіоналізм і досвід роботи.
- В. Висока компетентність.
- С. Сумлінне відношення до своїх обов'язків.
- Д. Аналіз попередніх помилок.
- Е. Все перелічене вище.

## Тема 9. БІОМЕДИЧНА ЕТИКА В СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ, ЇЇ ПРЕДМЕТ, СТАТУС І КРУГ ПРОБЛЕМ

У 60-х рр. ХХ ст. як відповідь на заклик «*викувати науку виживання*» виникає новий міждисциплінарний напрям – **біоетика**. Її родоначальник В.Р. Поттер визначив її як «міст в майбутнє», маючи на увазі, що тільки формування нового стилю мислення, в якому пріоритетними будуть цінності виживання, здатне забезпечити людству збереження життя і можливість майбутнього. Час зажадав переосмислення парадигми ціннісної нейтральності наукового знання, характерної для технократичного мислення класичної науки взагалі, для біології і медицини, зокрема. Виникла потреба в адекватнішій моделі взаємин «дійових осіб» в області біології і медицини, заснованої на сучасних гуманістичних і демократичних цінностях. Відповіддю на ці вимоги стала поява **біоетики**, а потім і **біомедичної етики**, інтегруючих в собі гуманітарне і природничо-наукове знання.

### 1. Біоетика: статус, особливості, умови виникнення.

**Біоетика** (з грец. *βίος* – життя, *εθός* – звичай) – нормативне знання, що охоплює моральну проблематику, пов'язану з розвитком біомедицини, які стосуються питань генетики, медичних досліджень, терапії, турботи здоров'я і життя людини.

Термін «біоетика» ввів у 1927 році Фріц Ягр у статті «Біоетичний імператив», як поняття про моральні засади використання лабораторних тварин і рослин. Сучасне уявлення про біоетику розробив у 1971 році американський біохімік Ван Ренсселер Поттер з метою виокремлення вчення про моральність людської поведінки з позиції біологічно-медичної галузі та інших соціально-орієнтованих наук про життя.

**Біоетика** – міждисциплінарний напрям, орієнтований на вивчення і вирішення моральних проблем, породжених новітніми досягненнями біомедицини та сучасної біотехнології. Термін «біоетика» указує, що вона орієнтується на дослідження живих істот (не тільки людини) незалежно від того, чи знаходять ці дослідження застосування в лікуванні людини, і розглядають проблеми ціннісного характеру, властиві всім видам діяльності, пов'язаним з Живим. *Предметом і вищою моральною цінністю біоетики* виступає етично-розуміюче відношення до Життя і будь-якого Живого, а *головним принципом* – благоговіння перед Життям.



Таким чином, *об'єктом біоетики* є моральність людської поведінки у біологічно-медичній галузі та в сфері охорони здоров'я стосовно її відповідності моральним нормам та цінностям, а *предметом біоетики* – охорона здоров'я і життя людини від моменту запліднення до природної смерті, яка виражається через різні форми лікування; моральні аспекти війни, вбивства, аборти, самогубства, евтаназії.

### ***Основні особливості біоетики***

1. *Універсальність і глобальність*, які ставлять її в один ряд із загальною етикою: біоетика виходить за рамки життя і здоров'я людини, стосуючись проблем існування тварин і рослин, питань експериментування на тваринах і дотримання екологічних вимог. Тому вона однаково значуща для біологів, медиків, екологів, психологів і суміжних з ними спеціальностей.

2. *Нормативність*: біоетика націлена на вироблення близьких або *єдиних регулятивних норм*. Її задача розробити ту універсальну основу, яка задається загальними моральними принципами і тому вимагає не «приватного», «одноразового», а єдиного, бажано законодавчо закріпленого рішення.

3. *Публічність*: її проблеми виникають в публічних сферах життя, в зонах *інституційної* поведінки, де вчинки мають усвідомлений і суспільно значущий характер (для медичної етики характерніша «закритість», корпоративність). Біоетика включає широкий спектр соціальних питань, пов'язаних з суспільною охороною здоров'я, безпекою праці, етикою контролю над демографічними процесами. В значній мірі орієнтована на процеси ухвалення рішень, виступає сферою етичної оцінки практичних дій, на яких реально будується організація медичної практики і системи охорони здоров'я.

### ***Причини та умови виникнення біоетики.***

Виникнення *біоетики* пов'язане з рядом обставин.

1. Необхідність і потреба *осмислення і етичної оцінки досліджень, що бурхливо розвиваються, у сфері біології і медицини*. Їх досягнення виразно продемонстрували небезпеку відношення до людини як до об'єкту спостереження, експериментування і маніпулювання. Причиною цього стали грандіозні зміни в технічному і технологічному переозброєнні медицини, кардинальні зрушення в медико-клінічній практиці, успіхи генної інженерії і клонування, досягнення в області новітньої біотехнології, можливості трансплантології і тривалої підтримки життя вмираючого пацієнта. У цих умовах стала актуальною необхідність вдосконалення не тільки біомедичних технологій,

але і *етико-гуманістичних чинників* в професійній діяльності медиків і біологів.

2. Постійне збільшення *увага до прав людини* в умовах гуманізації суспільної моралі. Фундаментальною проблемою сучасної біомедицини стає *захист прав людини* при його зіткненні – вимушеному або добровільному – з медико-біологічними діями і маніпуляціями. Турбота про життя і здоров'я починає розглядатися як право *кожної людини*, а не пріоритетне право обмеженого кола осіб, які раніше вважали це своїм корпоративним професійним привілеєм (медиків і біологів).

3. Формування і розвиток біоетики і біомедичної етики, а також визначення їх *статусу* було пов'язане з процесом трансформації традиційної етики взагалі і медичної етики зокрема.

**2. Біомедична етика. Співвідношення понять «біоетика», «біомедична» і «медична» етика.**

**Біомедична етика (БМЕ)** – етико-прикладна дисципліна, предметом якої виступає етичне відношення суспільства в цілому і професіоналів – медиків і біологів особливо – до *Людини*, її життя, здоров'я, смерті і яка ставить перед собою завдання зробити їх охорону пріоритетним правом кожної людини.

*Біоетика* з'являється на тлі *медичної етики*, що діє тисячоліттями, а точніше – *медичної деонтології*, що давно визначила свою нішу в системі загально-медичних і етичних знань. Питання полягало, здавалося б, лише в розділі сфер їх впливу, але ситуація ускладнилася тим, що практично одночасно в науковий оборот вводиться ще одне поняття – *біомедична етика*. При цьому біоетику і біомедичну етику, які нещодавно з'явилися, почали ототожнювати одну з другою і медичною етикою, практично не розмежували цих понять. Одночасно і паралельно виникненню цих біомедико-етичних напрямів, незалежно від них, в етиці висувається ще одне нове поняття і напрям – *екологічна етика* – як відповідь на ту, екологічну катастрофу, що загрожує світу і пов'язану з нею проблему всього живого. Майже одночасна поява цих галузей етики опиняється в руслі сучасної практико-орієнтовальної етики і відповідає всім її вимогам, а можливість розділити їх «сфери впливу» дозволяє визначити їх *суть, специфіку, статус* та *ієрархію*, в якій місця і залежності розподіляються таким чином:

- *біоетика* – *практична етика*, орієнтована на вироблення і встановлення етично-розуміючого відношення до Життя взагалі і

будь-якого Живого, на турботу про права біоса на основі швейцарського принципу благоговіння перед життям;

- **біомедична етика** – *прикладна етика*, предметом якої виступає етичне відношення суспільства в цілому і професіоналів – медиків і біологів – до *людини*, його життя, здоров'я, смерті як в процесі лікування, так і в ході досліджень, що проводяться з його участю;

- **медична етика** – *професійна етика*, яка сьогодні включає традиційні установки медичної деонтології, але не зводиться до неї, а піднімається на новий рівень осмислення етичних проблем, що виникають в ході медичних маніпуляцій і відносин в системі «лікар-пацієнт». Таким чином, функціонально їх відмінності полягають в тому, що *біоетика* регулює відношення людини до життя взагалі, орієнтуючи його на захист прав *всього живого*. *Біомедична етика* висуває на перший план захист життя і здоров'я *людини*, а *медична етика* встановлює норми відносин в медицині між *взаємодіючими суб'єктами* – *лікарем і пацієнтом*.

**Методологічною підставою** тріади «біоетика – біомедична етика – медична етика» є, по-перше, ті *загальнолюдські моральні цінності*, які вироблені соціумом, складають базис всієї його життєдіяльності і знаходять свою специфіку у сфері біології і медицини, по-друге, фундаментальні положення і принципи *екологічної етики*, яка виступає в цій низці як моральний регулятор відносин людини і навколишнього середовища в цілому. Особливу роль в цій тріаді відіграє **біоетика**: вона «охоплює» собою біомедичну і медичну етики і, будучи ширшою і глибшою за них, тягнеться за їх межі. Це обумовлено рядом її принципових особливостей: *універсальністю* і *глобальністю*; *нормативністю*; *публічністю* й *інституціональністю*. В умовах сучасної *гуманістичної парадигми* саме **біоетика** забезпечує вирішення протиріччя між антропоцентризмом «старого» світогляду, що робив людину винятковим центром всесвіту, і новим, «неоантропоцентричним» підходом, що піклується про Життя і Живе у всіх їх проявах. Таким чином, біоетика з одного боку, стає глобальною **біоетикою** (В.Р. Поттер), з іншої – основою сучасної гуманології (Г.Л.Тульчинський), відкриваючи нову «пост-людяність» і розширюючи поняття людського і людяності.

Гуманологія – новий напрям в науках про людину (Г.Л.Тульчинський), в основі якого лежить сучасна гуманістична *парадигма*, яка забезпечує вирішення протиріччя між антропоцентризмом «старого» світогляду, робить людину винятковим центром всес-

віту, і новим, «не-антропоцентричним» підходом, що піклується про Життя і Живого у всіх їх проявах. Біомедична етика, знімаючи цю суперечність, робить обидві ці парадигми *комплементарними* – що «уживаються» і взаємодоповнюючими одна одну. Не людина сама по собі в рамках традиційного *гуманізму* і *антропоегоїзма*, а свобода її волі, направлена на вибір нею справжніх цінностей, відкриває нову *постлюдяність* – людяність більш високого рівня, таку, що виявляє здібність особи не тільки до егоцентризму, але і до турботи про життя і права Живого до-, не- і недолюдського рівнів. Таким чином відбувається розповсюдження, розширення людського і людськості за межі його біологічного виду.

Як і біоетика, **біомедична етика** відрізняється від традиційної медичної етики (у тому числі і деонтології). Вона включає круг проблем, що виходять за її рамки: наприклад, проблеми трансплантації, суїциду, психічної «норми» і патології і ряд інших «відкритих» проблем. Крім того, вона вирішує свої питання не на вузькоспеціальній, корпоративній, а на ширшій науковій і соціальній основі. Біомедична етика є систематичним дослідженням людської поведінки в світлі моральних цінностей і принципів в рамках наук про життя і здоров'я людини. Якщо біоетика акцентує свою увагу на проблемах Життя будь-якого Живого, то Біомедична етика конкретизує принципи біоетики стосовно Людини. Біомедична етика носить *інтеграційний* характер, концентруючи в собі загальні біоетичні проблеми, вимоги «традиційної» медичної етики і «нові» етичні колізії, пов'язані з розвитком медицини і біотехнології. Конкретні біомедичні *ситуації* і *казуси* вона перетворює на *прецеденти*, що стають підставою для етичних узагальнень, висновків і подальших рекомендацій

*Взаємозв'язок біоетики і біомедичної етики* обумовлений, перш за все, тим, що сьогодні багато досліджень і дій фахівців в сферах і біології, і медицини, зачіпають безпосередні життєві інтереси людини. Тому потрібна моральна визначеність відносно проблем життя і смерті, всього, що входить в проблемне поле біоетики. Разом з тим, смисловим ядром біомедичної етики, своєрідною призмою, через яку визначається етичний зміст і медичних маніпуляцій, і біологічних досліджень, є медична практика, що виходить за рамки біоетики. Крім того, якщо на рівні біомедичної етики можливі і навіть необхідні взаємовиключні точки зору, «відкриті» проблеми, плюралізм думок і відсутність згоди на нормативному рівні, то біоетика прагне до визначеності і нормативності. При цьому, якщо вирішення «відкритих» проблем біомедичної етики

здійснюється, як правило, на індивідуальному рівні, то їх реалізація у сфері біоетики переходить на рівень інституційної, публічної значущості і тому повинна залежати від рішення не тільки професіоналів, але і всього суспільства. Разом з тим, за своєю метою, завданням і проблемами біоетика і біомедична етика настільки близькі одна одній, що має сенс розглядати їх в єдиному контексті як комплементарні, взаємодоповнюючі.

### **3. Біомедична етика: статус, зміст, основні проблеми.**

**Біомедична етика** – новий міждисциплінарний науковий напрям, що об'єднує медико-біологічне знання і загальнолюдські моральні цінності. *Міждисциплінарність* біомедичної етики виявляється в постійному розширенні її проблемного поля завдяки включенню в неї етичних, філософських, правових компонентів. Біомедичну етику об'єднують самі різні системи цінностей: біологічні (фізичне існування, здоров'я, свобода від болю), соціальні (рівні можливості на отримання всіх видів медичних послуг), екологічні (усвідомлення самоцінності природи, її унікальності), особові (безпека, самоповага) та інші. *Особливий статус біомедичної етики* визначається «відкритим», «пограничним» характером її проблем. З одного боку, це вимагає кожного разу приватних, *ситуативних* рішень і, відповідно, індивідуального морального вибору і особистої відповідальності. З іншої – створює певний прецедент, забезпечуючи біомедичній етиці – етиці прикладній – можливість переходу і єднання з універсальною і глобальною біоетикою. На вивченні цих особливостей і механізму їх практичного застосування базується **концептуальна модель біомедичної етики**.

#### ***Що складає зміст біомедичної етики?***

Зміст *концептуальної моделі біомедичної етики* визначають наступні етичні аспекти:

- *нормативний*, в рамках якого досліджуються специфіка і «працездатність» загальнолюдських моральних цінностей в медицині;
- *ситуативний*, такий, що обґрунтовує необхідність морального вибору і ухвалення рішень в різних біомедичних ситуаціях і казусах;
- *експериментальний*, такий, що припускає розповсюдження моральних принципів на біомедичні дослідження, їх етичну експертизу;
- *деонтологічний*, регулюючий функції і принципи поведінки лікаря у взаєминах за вертикаллю (у системі «лікар-хворий») і за горизонталлю (у системі «лікар–лікар»);

- *інституційний*, пов'язаний з необхідністю вирішення соціальних і професійних проблем охорони здоров'я і роллю біоетичних комітетів як спеціальних інститутів в цьому процесі.

Визначення цих аспектів дозволило обкреслити **круг нормативно-етичних проблем** біомедичної етики, причому не один, а декілька «кругів», які, переплітаючись і взаємодоповнюючи один одного, визначають зміст біомедичної етики. Основними проблемними кругами біомедичної етики є наступні:

- модифікація традиційних моральних принципів і цінностей в професійній діяльності медичних працівників і біологів – *нормативно-етичний круг*;

- етичні колізії в конкретних ситуаціях – казуси, що виникають в процесі біомедичних досліджень і лікування хворих – *ситуативний круг*;

- «нові» міжособові відносини в системі вертикальних і горизонтальних зв'язків у сфері сучасної медицини – *деонтологічний круг*;

**Перший круг проблем біомедичної етики – нормативно-етичний** – пов'язаний з необхідністю прослідкувати, як можуть і повинні проявляти себе в медичній діяльності або біологічних дослідженнях – на теоретичному і практичному рівнях – **загальнолюдські моральні цінності і принципи**, як регулюють вони норми поведінки лікаря і дослідника, виступаючи основою «стратегії і тактики» їх професійного вибору. Тут, у свою чергу, виділяються два етичні аспекти:

1. Однозначна експлікація суті і критеріїв *Життя* і *Смерті* людини як вищих базових цінностей. До сьогоденішнього дня немає єдності в їх розумінні, що трагічно позначається на долях людей, що чекають, наприклад, пересадки донорських органів від померлих людей. Рішення цієї задачі, яке повинне стати справою сукупних зусиль медиків, філософів, біоетиків, юристів, представників релігійних конфесій, дасть можливість визначитися в рішенні питання про *право людини на гідне життя* і *право на гідну смерть*. А це, у свою чергу, виступає необхідною підставою діяльності трансплантологів, реаніматологів, акушерів-гінекологів й інших фахівців. Особливо актуальною є проблема *межі життя і смерті*. Сьогодні величезна кількість філософських, юридичних, медичних робіт присвячується, так званому, праву людини на смерть, пов'язаному з «межевими ситуаціями» його життя.

2. Проблема активного включення в лікувальну практику як керівництво до дії таких вищих загальнолюдських моральних цін-

ностей, як *Добро і Зло, Страждання і Співчуття, Обов'язок і Сомніття, Честь і Гідність, Свобода і Відповідальність*. З одного боку, у сучасних медиків, особливо молодих, вони почали втрачати свій престиж і значущість, які їм необхідно повернути. З іншого, – переломлені крізь призму професійної діяльності, ці цінності знаходять особливу специфіку, що часто приводить до кардинального неузгодження їх сприйняття і оцінки «звичайними» людьми і професійними медиками. Складність полягає в тому, що тут ми стикаємося з феноменом, який не звичний для мислення «природника», але є атрибутом морально-етичних думок: це їх *суб'єктивність і відносність*. Особливо, наочно це видно на прикладах добра і зла, що проявляють у сфері медицини свій нерозривний зв'язок; страждання і співчуття, що демонструють іноді неминучість і навіть корисність першого і сумнівне значення і небезпеку другого; свободи, що дає медикові і біологові-дослідникові право на ризик, а тому і на помилку, що накладає на них високу відповідальність.

Більшість проблем, пов'язаних з особливостями прояву вищих моральних цінностей в медицині, носять «відкритий» характер, оскільки вони ставлять і дослідника, і пацієнта перед *вибором*, який не є однозначним, простим і може бути однаково болісним для обох сторін. Разом з тим, наявність і необхідність вибору породжує і певну суперечність: варіативність вибору входить в конфлікт з вимогами нормативної регуляції, яка, навпаки, припускає однозначність рішення, особливо якщо мова йде про правову регуляцію.

**Другий круг проблем біомедичної етики – ситуативний** – пов'язаний із специфікою, розвитком і сучасними досягненнями медицини, який виявляється кожного разу в конкретних, неповторних випадках і позначається на визначеній, нерідко унікальній, людській долі. Однією з особливостей біомедичної етики як галузі прикладної етики якраз і є те, що вона сконцентрована переважно на аналізі цих окремих випадків – *медичних казусів, порушеного життя, і здоров'я людини, і покликана виявити й проаналізувати моральні сторони конкретних ситуацій*. *Численність і варіативність* подібних ситуацій і породжує так звані, «*відкриті*» **питання**. До їх числа відносяться:

- проблема евтаназії, що стала такою актуальною в результаті небувалих досягнень медицини з продовження життя людини, а значить, і його страждань;
- проблеми трансплантації і пов'язані з ними проблеми реанімації;

- етично-правові проблеми штучного запліднення і переривання вагітності, встановлення критеріїв норми і патології людського зародка;

- проблема передбачення і запобігання негативним наслідкам медико-біологічних, особливо генетичних досліджень і експериментів на людині; визначення міри відповідальності дослідника і ступеня ризику випробовуваного.

Рішення цих та інших ситуативних проблем біомедицини багато в чому залежать від етичної компетентності і етичної позиції фахівця – гуманістичної *або* авторитарної. Тому, сьогодні біомедична етика розглядається не тільки як нова галузь теоретичного і прикладного знання, але і як наукова і учбова дисципліна, оволодіння якою необхідне професіоналові.

**Третій круг проблем біомедичної етики – деонтологічний:** до нього відноситься визначення сучасного характеру *деонтологічних відносин* у системі вертикальних і горизонтальних зв'язків у сфері медицини. Вторгаючись в область медичної деонтології, а точніше, включаючи її, біомедична етика виробляє рекомендації з морального регулювання людських відносин як в системі «лікар – хворий», так і в медичному колективі. Вирішення практичних завдань в цьому напрямку багато в чому залежить від моделей *відносин між* медиками-професіоналами і їх пацієнтами. Актуальними є дві: традиційна патерналістська і нова, автономна моделі. Тенденцією сучасної деонтології виступає перехід від патерналістської моделі до визнання автономності особи пацієнта.

Свої проблеми біомедична етика вирішує не на професійно-корпоративній, а на ширшій основі, із залученням представників інших професій і широкої громадськості. Головним в біомедичній етиці є формування у майбутніх фахівців здібності до рефлексії над проблемами життя і смерті людини, стійкої орієнтації і готовності в своїй практичній діяльності керуватися принципами і нормами біомедичної етики, поєднувати відчуття і розум, інтуїцію і логіку, емоційну пристрасть й інтелектуальну напругу. Досягнення цієї мети припускає чітке визначення круга проблем, що обираються для біомедичної етики і виховань фахівця. Зі всієї різноманітності тематики, диктованої розвитком біології, практикою медицини і охорони здоров'я, вибираються найбільш фундаментальні проблеми, що відповідають принципам системного і цілісного підходів. Аналіз етичних ситуацій в межах біомедичної етики вимагає також вичленення зі всього об'єму спеціальних знань найбільш «етично



орієнтованих» розділів і подальше «забезпечення» їх етико-гуманітарними коментарями. *Завдання біомедичної етики* полягає не тільки в тому, щоб описувати переломлення, трансформацію моральних норм в професійному середовищі, але і в тому, щоб виявити способи їх реалізації в конкретних клінічних і дослідницьких ситуаціях, що мають свої межі і піддаються цілеспрямованому контролю. У цьому плані найважливіша *функція біомедичної етики* – переміщення моральних цінностей з ідеальної, умоглядної сфери в практичну, що допоможе підняти медицину до рівня загальних моральних вимог, не допускаючи відступів від них під прикриттям специфіки конкретних ситуацій. Найважливіші практичні питання організації біомедичної етики: *чому* необхідно учить, *кого* слід учить, і *хто* повинен цим займатися.

#### **4. Основні принципи і норми біомедичної етики**

***Принципи концептуальної моделі біомедичної етики.*** Вимоги практичної медицини і біології, з одного боку, і соціально-гуманістичні очікування суспільства, з іншого, призвели до необхідності розробки універсальних етичних принципів – фундаментальних понять біомедичної *етики*, на базі яких виробляються конкретні моральні норми поведінки лікаря, медика-дослідника і їх пацієнтів. Міжнародна громадськість і науково-медичне співтовариство веде постійну роботу в цьому напрямку. Це етичні принципи біомедичних досліджень Нюрнберзького кодексу (1947), Гельсінської декларації (1964), Міжнародної Конвенції Ради Європи «Про права людини в біомедицині» (1997), Загальної Декларації ЮНЕСКО про біоетику і права людини (2005) та інших. Гельсінська декларація включає в число основних такі принципи біоетики, як принцип *автономії особи, інформованої згоди і конфіденційності*. У інших медичних кодексах наголошується також *прагнення до забезпечення блага пацієнта*, що базується на фундаментальних демократичних цінностях, таких як солідарність, співучасть, співчуття, ідея комунікалістських інтересів (Б. Дженнінгс). «Класичними» вважаються принципи біоетики, запропоновані Т.Л. Бошамом і Дж.Ф. Чайлдресом – так звані «Джорджтаунські мантри» (за назвою університету в США, в якому працюють автори): *пошана автономії особи, справедливість, неспричинення зла, орієнтація на благо* (роби добро). Етичні принципи європейської біоетики і біоправа, розроблені в рамках дослідницького проекту Єврокомісії, – «принципи Кемпа» (за іменем координатора і автора концептуальних ідей) – як основоположні визначають автономію особи, люд-

ську гідність, цілісність і уразливість людини. Принцип автономії особи визнається всіма авторами без виключення і ставиться на перше місце.

**Принципи «суб`єкт-суб`єктного ряду».** Основою принципів, так званого, «суб`єкт-суб`єктного ряду» виступає *симетрія – рівність* і *незалежність* партнерів, активна роль пацієнта і його право на самовизначення в процесі лікування або обстеження, іншими словами – визнання *автономності, незалежності особи*. Тому основний принцип цього ряду – **принцип автономії**, у свою чергу, що припускає дотримання таких принципів, як *інформованість* пацієнта, *добровільність* ухвалення ним рішення і дотримання *конфіденційності* у відносинах лікаря і пацієнта. Принцип **інформованості** в автономній моделі – не вираз доброї волі або бажання лікаря, це його обов'язок; відповідно отримання інформації – стає *правом* пацієнта. Правильне інформування про стан здоров'я і його прогноз дає пацієнтові можливість самостійно і гідно розпорядитися своїм правом на життя, забезпечуючи йому свободу добровільного вибору. **Добровільність** – ще один принцип біомедичної етики, пов'язаний з автономією пацієнта. У свою чергу, добровільність і відсутність залежності приводять до вимоги і очікування взаємної *довіри* між лікарем і пацієнтом, що проявляється в принципі **конфіденційності** і строгому дотриманні *лікарської таємниці*.

**Принципи «суб`єкт–об`єктного ряду».** У міру розвитку медицини і залучення до біомедичних досліджень і маніпуляцій все більшого числа людей, особливу роль починають відігравати принципи **суб`єкт–об`єктного – «пасивного»** порядку, при якому простежується *асиметрія* в системі охорони здоров'я. З одного боку, пацієнти потрапляють у все більшу залежність від медицини, з іншої – передбачається все більша турбота суспільства і фахівців – лікарів і дослідників про дотримання етичних вимог по відношенню до залежних від них пацієнтів. Особливе місце в цьому ряду займає пошана **гідності особи**. У **біомедичній етиці** цей принцип охоплює навіть ширший круг ситуацій, ніж принцип автономності, який припускає усвідомлену *дієздатність* і самостійність особи. Пошана ж людської *гідності* в біомедичній етиці пов'язана не тільки з усвідомленням *своєї* гідності, але і з такими ситуаціями, коли людина може бути не в змозі виразити свою волю і не здібна до автономних дій. З повагою достоїнства особи безпосередньо пов'язаний принцип цілісності, висунутий європейськими біоетиками. Необхідність захищати психофізичну цілісність людини, мінімізу-

вати її порушення вимагає сьогодні розробки етичних і правових норм, що відносяться, зокрема, до втручання в генетичну структуру індивіда, до маніпуляцій з психікою людини, до проблеми використання органів і тканин людського тіла.

Особливе місце в рамках гуманістичної біоетичної парадигми займає справедливість, в основі якої лежить **принцип рівноправ'я**, що дорівнює праву кожної людини на єдині стартові можливості і дає кожному однакові шанси на гідне життя. Проте *рівноправ'я* зовсім не те ж саме, що *рівність*. Люди рівні в своїх правах, але не рівні в своїх можливостях, здібностях, інтересах, потребах. Тому спеціальна роль відводиться у біомедичній етиці захисту прав *найуразливіших верств населення*. Принцип уразливості повинен лежати в основі особливої турботи і відповідальності медиків по відношенню до найбільш слабких і залежних, що і стане реалізацією **принципу справедливості** в системі охорони здоров'я і при проведенні наукових біомедичних досліджень.

#### **5. Етичні норми, що регулюють біомедичні дослідження.**

**Клінічні дослідження, що проводяться на людях**, регулюються етичними принципами біомедичних досліджень, сформульованими, в першу чергу, в таких міжнародних документах, як Нюрнберзький кодекс, 1947; Гельсінська декларація прав людини, 1964; Міжнародна Конвенція Ради Європи «Про права людини в біомедицині», 1997; документ ВООЗ «Про впровадження міжнародних стандартів в практику клінічних випробувань в нових незалежних державах», 1999; документи ЮНЕСКО «Загальна Декларація про геном людини і права людини», 1997; «Загальна Декларація про біоетику і права людини», 2005, Керівництво ЮНЕСКО №1 і №2 про створення і діяльність комітетів з біоетики, 2005.

Якщо дослідження пов'язані з наданням пацієнтові професійної медичної допомоги, то додатково передбачаються правила, що встановлюються *етикою медичних досліджень*, – *Ethics Medical Research*.

**Експерименти на тваринах**, що проводяться в доклінічних біомедичних дослідженнях, регулюються директивою Євросоюзу «Про зближення законів, ухвал і адміністративних положень держав ЄС з питань захисту тварин, використовуваних для експериментальних і інших наукових цілей» (86/609/ЕЕС). Експерименти проводяться з метою розробки, виробництва, випробування якості, ефективності і безпеки лікарських засобів, харчових продуктів й інших речовин або препаратів.

**Гуманне відношення до тварин – обов'язкова вимога біомедичної етики.** При проведенні наукових досліджень за участю тварин в основу «етичного експерименту» повинні бути покладені рекомендації конвенції Євросоюзу, засновані на **принципах «3 R»**:

1) **Reduction** – скорочення числа тварин, використовуваних для отримання наукової інформації;

2) **Replacement** – заміщення експериментальних тварин адекватними моделями *in vitro* і *in silico*, або заміна тварин з високоорганізованою психікою на тих, що стоять нижче на еволюційних сходах;

3) **Refinement** – скорочення частоти або інтенсивності негуманних процедур, вживаних до експериментальних тварин.

*Альтернативний метод* використання тварин в експерименті охоплює всі «3 R» і має своїй на меті застосування наукових методів при одночасному скороченні кількості тварин, використовуваних в експериментах, а також удосконалення експериментальної техніки, що випробовується, з метою мінімізації страждань, підслідних тваринах.

## **6. Вплив принципів біомедичної етики на експериментальні дослідження**

**Комітети з етики (етичний комітет)** – як спеціальні структурні підрозділи виникають в 50 рр. XX ст. в США з метою проведення офіційної *етичної експертизи* досліджень, що фінансуються з федерального бюджету, причому обов'язковій етичній експертизі підлягають не тільки біомедичні, але і психологічні, антропологічні й інші дослідження, що проводяться на людині або тварині. З 1967 р. етичні комітети створюються для проведення незалежної етичної експертизи і контролю, обов'язкових для всіх біомедичних досліджень, при лікарнях і дослідницьких установах Великобританії. З розширенням практики біомедичних досліджень їх *етичний супровід*, здійснюваний етичним комітетом, стає у всьому світі нормою. Сьогодні кожен дослідницький проект повинен дістати схвалення *незалежного комітету з етики* – прийнятий висновок комітету з етики, що підтверджує факт проведення експертизи документації з клінічного випробування і є дозволом на його проведення в даній лікувально-профілактичній установі відповідно до інструкцій цього комітету, а також вимогами правил GCP і контрольно-дозвільних інстанцій. В даний час етичні комітети активно функціонують в Росії, Україні, Литві. У Білорусі діяльність етичних комітетів координується Центром експертиз і випробувань в

охороні здоров'я. Комітети з етики створюються при державних організаціях охорони здоров'я як експертна рада. Розглядають питання забезпечення прав, безпеки і охорони здоров'я осіб, що беруть участь в клінічних випробуваннях, схвалюють програму (протокол) клінічних випробувань, оцінюють кваліфікацію дослідників і наявність умов для проведення випробувань, а також методи отримання згоди випробовуваних на основі їх інформування. У своїй діяльності комітети з етики керуються принципом «роби добро», а також принципами незалежності, компетентності, відвертості, плюралізму, об'єктивності, конфіденційності, соціальної справедливості, колегіальності.

### **7. Правові документи, які регламентують дотримання принципів біоетики в Україні**

Правовою основою для проведення клінічних досліджень, де об'єктом впливу є людина, слід розглядати наступні документи: Конституція України, «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (1992), закон України «Про лікарські засоби» (1996), наказ МОЗ України №281 від 01.11.2000 р. «Про затвердження інструкції про проведення клінічних випробувань лікарських засобів і експертизи матеріалів клінічних випробувань і Типове положення про комісію з питань етики», сумісний наказ МОЗ України і АМН України №313/59 від 01.12.2000 р. «Про подальший розвиток медичної генетики і біоетики в Україні».

Під медичним втручанням мають на увазі профілактичну, діагностичну, біологічну або психологічну дії, що призводять або може привести до змін в організмі людини.

Ст. 42 Закону України №2801-ХІІ «Загальні умови медичного втручання» передбачає «Медичне втручання допускається тільки у тому випадку, коли воно не може принести шкоду здоров'ю пацієнта».

Як вже було зазначено раніше, право на отримання інформації пацієнтом також регламентоване Законом України №2801-ХІІ ст. 39 «Обов'язок надання медичної інформації». Метою інформування пацієнта, зрештою, є завершальний етап отримання інформованої згоди пацієнта на медичне втручання. Ст. 43 Закону України №2801-ХІІ «Згода на медичне втручання».

### **Контрольні питання**

1. Біоетика і біомедична етика: статус, суть і круг проблем.
2. У якому співвідношенні знаходяться біоетика, біомедична і медична етики?
3. Що відрізняє і об'єднує біоетику і біомедичну етику?

4. Основні принципи і норми біомедичної етики.
5. Якими етичними нормами регулюються біомедичні дослідження?
6. Обов'язкова вимога біомедичної етики.
7. Вплив принципів біомедичної етики на експериментальні дослідження.
8. Правові документи, що регламентують дотримання принципів біоетики в Україні.

### **Тестові завдання початкового рівня знань**

#### **1. Що таке "Біоетика"?**

- A. Наука про правові, етичні і соціальні наслідки науково-технічного прогресу.
- B. Наука про особливості розвитку медицини в період науково-технічного прогресу.
- C. Наука про лікарську діяльність з використанням досягнень науково-технічного прогресу.
- D. Система правових законів, що регламентують діяльність лікаря в умовах науково-технічного прогресу.
- E. Система норм і принципів проведення клінічних наукових досліджень.

#### **2. Ким вперше був запропонований термін "біоетика"?**

- A. Гіппократом.
- B. Мудровим.
- C. Поттером.
- D. Боткіним.
- E. Павловим.

#### **3. У якому міжнародному документі сформульовані юридичні і етичні права, що регламентують медико-біологічні дослідження на людях і тваринах?**

- A. Міжнародний кодекс медичної етики.
- B. Нюрнберзький кодекс.
- C. Женевська декларація.
- D. Лісабонська декларація.
- E. Гельсінська декларація.

#### **4. Яка стаття Кримінального Кодексу України регламентує відповідальність за незаконне проведення дослідів над людиною?**

- A. № 140
- B. № 141
- C. № 142
- D. № 145
- E. № 189

#### **5. Нові технології, що вимагають біоетичного розгляду.**

- A. Все перераховане.
- B. Репродуктивна медицина.
- C. Трансплантація органів.

- Д. Клітинна теорія.
- Е. Генна інженерія.

**6. Що таке "Біомедична етика"?**

- А. Наука про правові, етичні і соціальні наслідки науково-технічного прогресу.
- В. Наука про особливості розвитку медицини в період науково-технічного прогресу.
- С. Наука про лікарську діяльність з використанням досягнень науково-технічного прогресу.
- Д. Система правових законів, що регламентують діяльність лікаря в умовах науково-технічного прогресу.
- Е. Етичне відношення суспільства в цілому і професіоналів (медиків і біологів) до людини, її життя, здоров'я, смерті.

**7. Основні принципи біоетики, сформульовані Т. Бошем и Д. Чайлдресом:**

- А. Автономія.
- В. Не нашкодь.
- С. Справедливість.
- Д. Роби добро.
- Е. Все перераховане вірно.

**8. Основні правила біоетики всі перераховані, крім:**

- А. Інформована згода.
- В. Правдивість.
- С. Достовірність.
- Д. Справедливість.
- Е. Конфіденційність.

**9. У якому документі затверджені основні принципи і правила біоетики?**

- А. Міжнародний кодекс медичної етики.
- В. Етичний кодекс українського лікаря.
- С. Токійська декларація (1975).
- Д. Конвенція про права людини і біомедицину.
- Е. Конвенція з захисту прав та достоїнства людини у зв'язку з впровадженням досягнень біології і медицини.

**10. Дати визначення поняття «Медична етика»:**

- А. Система норм і правил поведінки і морального виду медперсоналу.
- В. Система норм і правил поведінки медичних працівників в суспільстві.
- С. Наука про взаємини лікаря і хворого.
- Д. Комплекс правил поведінки і взаємин в професійній діяльності лікаря.
- Е. Система професійних, правових, морально-етичних принципів поведінки лікаря.

## **Тема 10. ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗАХИСТУ ПРАВА ПАЦІЄНТА НА ЖИТТЯ: ТРАНСПЛАНТАЦІЯ, ВИКОРИСТАННЯ СТВОЛОВИХ КЛІТИН, ШТУЧНЕ ЗАПЛІДНЕННЯ, АБОРТИ. ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ТЕХНОЛОГІЙ, ЩО ШТУЧНО ПІДТРИМУЮТЬ ЖИТТЯ**

В умовах збільшених можливостей медичної науки і практики з'явилися нові проблеми, пов'язані з медичною генетикою, регуляцією народжуваності і перериванням вагітності, експериментами на людях. Останнє питання спеціально висвітлено в Нюрнберзькому кодексі, Гельсінсько-Токійській декларації і рішеннях XV конференції Ради міжнародних організацій медичних наук (Маніла, 1981), схвалених спеціальним комітетом ВООЗ.

За останні роки світовою спільнотою в т.ч. громадськістю України, зроблені важливі кроки з урегулювання ряду етичних питань в біології і біомедичних дослідженнях, направлені на ефективніше, надійніше, безпечніше і етичніше застосування досягнень світової науки в практичній медицині.

### **1. Основні етичні проблеми трансплантології.**

Трансплантологія є однією з найперспективніших областей медицини, наука, що вивчає проблеми пересадки органів і тканин. Трансплантація (від латин. *transplantare* – пересаджувати) – пересадка органів з подальшим їх приживленням в межах одного організму (*ауто трансплантація*), або від одного організму іншому того ж виду (*гомотрансплантація*), або іншого виду (*гетеротрансплантація*), або в межах різних видів (*ксенотрансплантація*). В даний час пересаджують органи і тканини здорової людини хворій, використовують як «запасні частини» трупи, а також органи тварин.

Інтерес світової громадськості до проблем трансплантології виник в 1967 році, коли хірург з ЮАР Крістіан Бернард провів першу пересадку серця від загиблої людини хворому пацієнту. Перша пересадка серця викликала украй суперечливу реакцію. Публіка вітала її як «героїчний вчинок», прорив в ХХІ століття, хоча тоді деякі професіонали засуджували, вважаючи невчасною і недостатньо підготовленою. Винахідник серцевого катетера, лауреат Нобелівської премії Вернер Теодор Отто Форсман заявив, що відтепер трансплантаційна медицина «...не буде застрахована від честолюбства і свавілля, слабкості характеру і пихатості. Коли диявол переміщує етичні поняття, плата за прогрес стає дуже високою». Він виявився правий. Операція К. Бернарда викликала справжню



епідемію трансплантацій. Протягом тільки 1968 року в 22 країнах світу було пересаджено 101 серце, у більшості випадків в клініках низького рівня.

Етичні проблеми трасплантології істотно розрізняються залежно від того, йде мова про забір органів для пересадки у живої людини або у трупа.

Одна з «заборонних тенденцій» в біомедичній етиці стосується **трансплантології**, яка демонструє як можливості клінічної медицини, так і складність породжуваних нею етичних проблем, вимагаючи переосмислення кантівської етичної максими «відноситися до людини тільки як до мети» (наприклад, у випадках, коли лікар використовує для пересадки орган живого донора).

Теоретично, за умови дотримання лікарем високих етичних принципів, донорами необхідного органу можуть бути:

- 1) родичі хворого, які жертвують добровільно один зі своїх органів;
- 2) стороння людина, яка дала добровільну і свідому згоду на узяття у нього органів або тканин;
- 3) труп тільки-но померлої людини.

Разом з тим, згідно із законом, стороння людина не може при своєму житті продати або подарувати свій орган (навіть парний). Це означає, що за відсутності родичів або їх згоди на операцію необхідний хворому орган може бути узятий тільки у трупа. У багатьох країнах проблема використання органів трупа для трансплантології отримала правове рішення в двох варіантах:

- 1) «заохочувальний добровільний підхід» – юридичне оформлення передачі своїх органів іншим особам – з метою їх подальшого використання після смерті;
- 2) концепція «передбачуваної згоди» – надання лікареві юридичного права «відбирати» необхідні з метою трансплантології органи померлого пацієнта, оскільки передбачається, що дозвіл на ці дії міг би бути ним отриманий.

Інші етико-правові проблеми трансплантології пов'язані з небезпекою перетворення донорства в комерційну операцію (покупка, продаж органів людини або пріоритетного права в списку черговиків, які чекають донорський орган). Тому при трансплантації органів і тканин необхідно дотримуватися певних правил:

- 1) деонтологічний принцип *колегіальності при* ухваленні рішення;
- 2) умови взяття трансплантатів від живого донора:  
– за умови, якщо хворому не можна надати допомогу іншими засобами, окрім пересадки органів або тканин і

– якщо шкода, що заподіюється при цьому донорові, менша, ніж шкода для хворого-реципієнта.

До основних етичних *проблем трансплантології* відноситься, перш за все, проблема *донора і реципієнта*.

1. *Вибір донора і реципієнта*. Найбільш оптимальний і високomorальний варіант – це добровільна донація одного зі своїх органів родичем хворого. Але не завжди такий варіант можливий, і тоді встає питання про стороннього донора. Якщо потрібний орган близької людини не підходить хворому для пересадки і якщо його неможливо узяти від сторонньої особи, то необхідний орган може бути вилучений у трупа, причому, чим раніше, тим краще. Тут виникає серйозна етична суперечність. З одного боку, реаніматологи до останньої можливості намагаються врятувати життя вмираючої людини (навіть безнадійно хворої). З іншої – чим швидше помре один, тим більше вірогідність для трансплантологів врятувати іншого. Тому вирішення цієї дилеми залишається однією з найскладніших в моральному і правовому відношенні.

2. *Добровільна і свідома згода* людини на узяття у нього органів і тканин. Операція трансплантації, відповідно до принципів біомедичної етики, допустима лише за наявності інформованої згоди не тільки з боку хворого, але і донора. В той же час, їх згода не відміняє особистої моральної відповідальності лікаря, бо саме він вирішується на операцію вилучення здорового органу, що шкодить людині. Моральний вибір лікаря в даному випадку залишається внутрішньо суперечливим: з одного боку, за наявності самовідданої позиції когось з рідних використовується шанс порятунку приреченого хворого, з іншої – порушується етична заповідь «Не нашкодь!». Тим більше, що в трансплантології лікар стикається не тільки з подвоєним оперативним *ризиком* (оперуються не одна, а дві людини), але і з набагато більшим, ніж в решті областей медицини, етичним *ризиком*.

3. *Проблема комерціалізації трансплантології*. Можливість продовжити життя людини і поліпшити її якість за допомогою трансплантації органів і тканин має приховану небезпеку перетворення донорства в комерційну операцію, де можливі зловживання, підкуп, корупція (купівля або продаж органів людини, купівля пріоритетного права в списку черговиків на той або інший донорський орган). Проте заборони і переслідування цих проблем не вирішують. Не можна, наприклад, побоюючись зловживань, заборонити обмін донорськими органами з іншими країнами і операції з пересад-

ки органів громадянам інших держав. Це означало б не мати можливості не тільки передавати, але і отримувати необхідні приреченим людям органи за міжнародними системами співпраці. Так само неспроможна пропозиція деяких законодавців заборонити вилучення органів у трупів без прижиттєвої письмової згоди померлих людей. Це привело б до закриття всіх програм трансплантації органів і тканин, які сьогодні врятовують життя і здоров'я тисячам людей.

4. *Етико-правові проблеми в області трансплантації мозку.* Не зважаючи на наявний досвід вдалого здійснення подібних операцій, на їх проведення досі накладений мораторій. В цих випадках до перелічених вище питань додалися ще складніші. *По-перше*, мозок для пересадки повинен бути узятий до закінчення критичного терміну його життя і початку необоротних процесів його руйнування. А це *вбивство*, навіть якщо у вмираючого є інші травми, несумісні з життям. *По-друге*, враховуючи, що мозок – це орган особи, як визначити статус людини з пересадженим мозком? Чи стає він (юридично і фактично) тим, ким був колишній «власник» мозку (у сім'ї, в бізнесі і так далі), або він – той, ким було і є його тіло? Ці проблеми не мають поки однозначної відповіді, але їх актуальність очевидна.

Пересадка нирок від живих донорів з'явилася першим напрямком трансплантології в практичній медицині, і в даний час є напрямом надання медичної допомоги хворим з хронічною нирковою недостатністю. Трансплантація нирок не тільки рятує від смерті сотні тисяч пацієнтів, але і забезпечила їм високу якість життя.

*Пересадка органів від живого донора* супроводжується великим ризиком для нього. Забір органу або його частини у донора, очевидно, є по відношенню до нього відступом від одного з основоположних етичних правил медицини – «не нашкодь». Хірург забирає орган або тканину у донора цілком усвідомлено завдає йому травми, який надає його життя і здоров'ю значний ризик. Виникає конфлікт двох етичних принципів медицини: «не нашкодь» і «роби добро». Для «пом'якшення» цієї проблеми, мабуть, необхідно підсилити захист інтересів донора за допомогою медичного страхування.

Тому донорство повинно бути добровільним, усвідомленим вчинком, що здійснюється безкорисливо. Усвідомленість вчинку повинна ґрунтуватися на повній інформації, що представляється лікарем, про можливий ризик відносно стану здоров'я і соціального благополуччя (працездатності) потенційного донора.

**Використання трупа людини, як джерела органів для пересадки**, також викликає ряд непростих моральних проблем. Всі релігії забороняють нанесення пошкоджень тілу померлої людини, вимагають дбайливого і шанобливого відношення до тіла особи. У нашому суспільстві при появі цих проблем довгий час міркування доцільності ставилися вище за міркування морально-етичних.

Услід за дозволом вилучати з трупа без згоди родичів рогівку ока, крові з'явилися інструкції з вилучення підшлункової залози, окремих кісткових фрагментів, потім інших органів і тканин. Тіло померлого розглядається в даному випадку як державна власність, яку медики можуть використовувати в суспільних інтересах. В даному випадку реалізується установка утилітаристської етики, згідно якої дія морально виправдана, якщо вона приносить найбільшу кількість блага для найбільшого числа людей. Забір, що здійснюється за допомогою механізму презумпції згоди, відрізняється від рутинного тим, що хоча спеціальний дозвіл на забір органів після смерті і не береться, але згода на такий забір передбачається, тобто констатується відсутність відмови від подібної маніпуляції.

У багатьох країнах забір органів і тканин проводиться тільки на основі *інформативної згоди*. У розвинених країнах пересадки практикуються повсякденно. Трансплантуються печінка, нирки, серце, легені, тонка і товста кишка, паразитоподібна і підшлункові залози, рогівка, шкіра, кістки, суглоби, цілі кінцівки й інші органи, аж до клітин головного мозку.

Все більш широкий розмах приймає використання з метою трансплантації органів не тільки людини, але і тварин – **ксенотрансплантологія**. Прихильникам програм ксенотрансплантації протистоять могутні організації захисту тварин. Розширення об'єму трансплантологічних операцій неминуче сприяло різкому збільшенню попиту на органи і тканини, придатні для пересадки, оскільки далеко не всі померлі можуть стати потенційними донорами.

На думку трансплантологів, ідеальний донор органів – це людина, яка перебуває в стані «*смерті мозку*» в результаті травми черепа, але не має інших пошкоджень. Але їх значно менше, ніж кандидатів на трансплантацію. За оцінкою мюнхенського професора В. Ланда, у Німеччині за рік в середньому з'являється приблизно 1500 потенційних донорів, а претендентів на нову нирку тут налічують приблизно 22 тисячі. Не кращим чином йде справа в інших країнах.

Природно, всезростаючий дефіцит спричинив комерціалізацію трансплантології. У Китаї в 1984 році було ухвалено рішення про ути-

лізацію тіл страчених. У статті «Мистецтво страчувати» писалося: *«Щоб не пошкодити дефіцитних нутроців, безпосередньо перед тим, як випустити засудженому на смерть кулю в потилицю, приреченого накачують спеціальними медикаментами, щоб у нього не зготалася кров і не дерев'яніли м'язи».*

### **Міжнародні і вітчизняні законодавчі акти з проблем трансплантології.**

- **«Заява про торгівлю живими органами»** (37-а Всесвітня медична асамблея – ВМА, Брюссель, Бельгія, жовтень 1985 рік), де сказано: *«Розглянувши факти, що свідчать про процвітання останнім часом продажу живих донорських нирок із слаборозвинених країн для пересадок в Європі і США, Всесвітня медична асоціація засуджує купівлю-продаж людських органів для трансплантації»;*
- **«Декларація про трансплантацію людських органів»** (39-та ВМА, Мадрид, Іспанія, жовтень 1987 рік);
- **«Резолюція з питань поведінки лікарів при здійсненні трансплантації людських органів»** (46-а ВМА, Стокгольм, Швеція, вересень 1994 рік);
- **«Конвенція про захист прав і достоїнства людини у зв'язку з використанням досягнень біології і медицини»** (прийнята Радою Європи 19.10.1996 рік) – перший міжнародний законодавчий документ, де ключова теза – пріоритет інтересів і благополуччя окремої людини над інтересами суспільства і науки – фундаментальний принцип біоетики. Всі статті Конвенції мають відношення до проблеми трансплантації стоволових клітин. Окремий розділ Конвенції (VI) присвячений захисту прав людини у зв'язку з отриманням органів і тканин у живих донорів з метою трансплантації. *«Стаття 19 - Загальне правило. Вилучення у живого донора органів і тканин для їх подальшої трансплантації може здійснюватись лише з метою лікування реципієнта та за умови відсутності відповідного органу чи тканини померлої особи, а також при відсутності альтернативних методів лікування, що дають подібний результат».*
- **Гельсінська декларація Всесвітньої медичної асоціації** (2000 р.) відображає сучасні загальноновизнані біоетичні стандарти проведення дослідження на людині.
- **Закон України «Про трансплантацію органів й інших анатомічних матеріалів людини» 16.07.1999 № 1007-XIV,**

- Наказ "Про зміни до наказів МОЗ України №96 від 04.06.2000 "Про затвердження нормативно-правових актів з питань трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людині" та №226 від 25.09.2000 "Про затвердження нормативно-правових актів з питань трансплантації".
- У березні 2002 р. Україна підписала вищезазначену загальноєвропейську *Конвенцію про захист прав і достоїнства людини у зв'язку із застосуванням досягнень біології і медицини*.

### **Проблеми клітинної і тканинної терапії.**

Родоначальником клітинної і тканинної терапії вважають лікаря С. Воронцова (прототип проф. Преображенського у романі "Собаче серце"), який в 20-ті роки ХХ сторіччя успішно пересаджував фетальні тканини пацієнтам, які страждали на передчасне старіння. Пізніше клітинна теорія отримала продовження і широке освітлення в роботах G.L. Nikolson і його послідовників, які, власне, і ввели термін *«клітинна терапія»*, використовуючи як лікувальний чинник очищені і висушені екстракти тканин і органів переважно з ембріонів овець. Такі препарати були зручні тим, що могли зберігатися в звичайних умовах, легко транспортувалися в закритих флаконах і перед вживанням розводилися водою або розчинами; вони можуть бути названі першим поколінням препаратів клітинної теорії.

Академік В.П. Філатов і його послідовники застосували переживаючі тканини (рогівка, шкіра); біологічні тканини, витримані в парабіотичних умовах і позбавлені життєздатності: (плацента, хоріон, склоподібне тіло), екстракти та відгони, назвавши це тканинною терапією. Лікувальна дія цих препаратів пов'язувалася із стимуляцією регенеративно-відновних процесів, а також омолодженням всього організму – вони можуть бути названі другим поколінням препаратів клітинної терапії. *Тканинна терапія* за В.П. Філатовим – це неспецифічний метод лікувально-профілактичної медицини, що підвищує резистентність організму за рахунок регулюючого впливу на гомеостаз.

До проблем трансплантації органів і тканин відноситься і **проблема використання фетальних** (від латин. *Fetus* – плід, зародок) тканин. Ще в минулому столітті, в 1881 році К. Леопольд пересаджував плідний епітелій тваринам, а сто років тому петербурзький лікар А.Шеперович ввів ембріональні тканини хворому з хронічною нирковою недостатністю. Правда, перша спроба не вдалася, але ця проблема привернула увагу учених.

У 80-90 рр. ХХ сторіччя почався новий, сучасний етап розвитку клітинної і тканинної терапії. Стимулом до інтенсивного розвитку цього напрямку послужили складнощі у вирішенні проблем трансплантації органів і тканин класичними методами, експериментальні дані про можливість використання соматичних клітин людини як альтернатива трансплантації цілого органу. У зв'язку з все більш широким використанням фетальних тканин для лікування різних захворювань в 1989 році 41-ою Всесвітньою медичною асамблеєю в Гонконзі була прийнята «**Декларація про трансплантацію ембріональних тканин**».

Один з визнаних лідерів в становленні і розвитку клітинної і тканинної терапії – Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, м. Харків.

## **2. Етичні проблеми використання ембріональних (плодових) ствольових клітин**

*Ембріональні ствольові клітини (ЕСК)* – клітини, виділені з ранніх ембріонів, які можуть самостійно існувати в недиференційованому стані, зберігаючи можливість диференціюватися в будь-яку тканину, завдяки чому вони є потенційними постачальниками тканин для трансплантації і лікування багатьох хвороб.

Гемопоетичні плодові клітини і ствольові кровотворні клітини пуповинної крові людини, а також клітини і тканини фетоплацентарного комплексу займають особливе місце в клітинній і тканинній трансплантації.

*Особливі властивості тканин ембріо-фетоплацентарного походження.* Встановлено, що біологічні структури на етапі раннього онтогенезу володіють унікальними властивостями: містять, в основному, бластні і ствольові клітини, які характеризуються підвищеним проліферативним і трансплантаційним потенціалом, зниженою антигенною активністю, багатим вмістом ростових, антибактеріальних і анальгезуючих чинників. Крім того, вони містять адаптогени і пептиди, комплекс біологічних з'єднань, стимулюючу репарацію і регенерацію.

Ствольові гемопоетичні клітини пуповинної крові за своєю проліферативною здатністю перевершують кровотворні клітини дорослої людини. Крім того, імунологічна реакція «трансплантат проти господаря» у хворого при трансплантації клітин пуповинної крові менш виражена, що дозволяє застосовувати це джерело навіть у випадку часткової несумісності за HLA-генами донора і реципієнта.

Важливим аспектом є також можливість кріоконсервування і подальшого застосування аутологічного матеріалу. Сучасний високий рівень технологій кріоконсервування, відповідних світовим стандартам, зокрема положенням Європейської асоціації тканинних банків, дозволила низькотемпературному банку Інституту проблем кріобіології і кріомедицини НАН України увійти до системи тканинних банків миру. Робота низькотемпературного банку інституту була високо оцінена урядом України – в 2002 р. Ухвалою Кабінету Міністрів банк визнаний Національним надбанням України. У результаті тривалих досліджень були розроблені методи кріоконсервування клітин і тканин *ембріо-фетоплацентарного комплексу*. Величезний досвід накопичено у вивченні, створенні препаратів і застосуванні гемопоетичних клітин плодової печінки.

Плацента як орган, який забезпечує зростання і розвиток плоду, і характеризується активним метаболізмом, постійно привертає до себе увагу дослідників. При імплантації кріоконсервованої тканини плаценти в організм реципієнта вводиться комплекс клітин, що продукують гормони, цито- й інтерлейкіни, ферменти і багато іншого, що сприяє процесам репарації, підвищенню стійкості до гіпоксії, надає виражений біологічний вплив на органи і системи реципієнтів.

**Основна етична проблема – правомочність роботи з плодовими тканинами.** Питання про те, як відносяться різні біоетичні системи до проблеми переривання вагітності, є ключовим для медичних досліджень, пов'язаних з вивченням ЕСК. Дуже актуальним є пошук поновлюваного джерела ствольових клітин, здатних диференціюватися в острівці Лангерганса або, принаймі, в бета-клітинах, що виробляють інсулін. Останніми роками більш глибоко досліджуються аутологічні ствольові клітини, виділені з тканин дорослої людини, оскільки вони не відторгаються і довго живуть в організмі реципієнта.

В зв'язку з цим виникла одна з основних етичних проблем – правомочність роботи з плодовими клітинами і тканинами, отриманими після медичних абортів, питання про етичність використання абортного матеріалу для виготовлення біологічних препаратів, причому акцент, як правило, переноситься з області необхідності трансплантації таких біопрепаратів в область етичності абортів.

У науковій літературі піднімається питання про те, що джерелом ЕСК можуть бути і доімплантаційні ембріони, а також ембріони, що отримуються в надлишку при заплідненні *in vitro*, вико-



ристання ж людських ембріонів для цілей біотехнології неприпустимо з погляду біоетики і заборонено в більшості країн. Аргументом на користь застосування ЕСК є та обставина, що дослідження проводяться на «приречених» ембріонах, з яких ніколи не виникне людське життя («зайві» при штучному заплідненні або отримані в результаті абортів). Існують консервативна, ліберальна і помірні позиції з цього питання. Проте навіть ті, хто не вважає не тільки ембріон, але і новонароджене немовля особою, вимушені визнавати потенційні можливості ембріона, який розвивається, – його здатність з часом, при сприятливих обставинах, стати особою. У будь-якому випадку ембріон, який розвивається в організмі вагітної жінки, є ембріоном людини. Одне це накладає на нас певні моральні зобов'язання по відношенню до нього. Тому з погляду біомедичної етики, аргументи на захист абортів неприйнятні, бо вони містять в собі санкцію на замах на людське життя. Ідея А. Швейцера про «благоговіння перед життям» розповсюджується і на це життя, що ще тільки зароджується.

У ряді країн в даний час проводять дослідження з отримання людських ембріонів для вирощування органів і тканин людини для потреб трансплантації – це, як вважає багато хто, найбільш реальна можливість використання методів клонування в медицині. Наприклад, у Великобританії прийнятий законопроект, що дозволяє використовувати з науковою метою клоновані ембріони людини, дозволено вільне використання для наукових досліджень живих ембріонів не старше 14 днів. Проте Україна проти таких робіт і дотримується погляду, що створення людських ембріонів спеціально з науковою метою повинно бути поза законом.

Ряд дослідників в країнах Європи і Америки сподівається, що «дорослі» ствові клітини виявляться такими ж за ефективністю, як і плодові ствові клітини. Учені України, як і ряд провідних вчених США, вважають що ще рано говорити, який вид ствові клітини буде максимально корисним для лікування взагалі і яких захворювань – зокрема. Зіставлення характеристик ствових клітин, отриманих з різних джерел, – плодові і постнатальні (дорослі людини) – свідчать про наявність у кожного виду клітин переваг і недоліків.

У США в 1999 р. був введений 5-річний мораторій на державне фінансування програм, пов'язаних з експериментами на людських ембріонах, прийнята резолюція, що забороняє досліди з клонування людини. Проте уряд США відмінив мораторій на державне фінансування наукових проектів, що виконуються з використанням

ліній ЕСК, отриманих в інших країнах, або ЕСК, виділені раніше біотехнологічними фірмами в самих Сполучених Штатах.

Науково-дослідні роботи з *ембріо-фетальними тканинами* ведуться в багатьох країнах світу, навіть в тих, де широко обговорюються питання їх використання з етичної і релігійної точок зору. Наприклад, в США ще в 1979 р. при Національному Інституті Стандартів і Технологій США створений Національний банк зразків для біомоніторингу, в Каліфорнії – банк фетальної нейротканини і спинномозкової рідини. Особливе місце займає Міжнародний інститут нових медичних технологій, що одержує фетальні тканини з інших країн і поставляє їх в 86 інститутів США, а також в приватні компанії і лабораторії.

Вельми інтенсивно з фетальними тканинами працюють і створені Банки тканин в Канаді, Великобританії, Швеції, Німеччині і навіть при католицькому університеті в Римі.

Учені України вважають за доцільне розробку питань і принципів, якими необхідно керуватися при роботі з *фетальними тканинами*, і які стосуються трьох сторін: 1) жінки, яка ухвалила остаточне рішення про переривання вагітності; 2) фетального матеріалу і 3) дослідника. Початок такої роботи був покладений співробітниками Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця спільно з Центром ембріональних тканин, які розробили методичні рекомендації «Етичні питання та норми при роботі з ембріональними тканинами людини», Київ, 2004 рік. У цих методичних рекомендаціях відбиті основні етичні принципи роботи з фетальними тканинами. Та все ж ця робота вимагає продовження.

Сьогодні в Україні прийнято «Закон про трансплантацію», який передбачає використання фетальних матеріалів людини (після штучних абортів і пологів); дозволено проведення клінічних випробувань (Наказ МОЗ України № 630 «Про проведення клінічних випробувань стволових клітин», 2007 р. з лікування наступних патологій із застосуванням стволових клітин: панкреонекроз, цироз печінки, гепатити, опікова хвороба, цукровий діабет 2-го типу, розсіяний склероз, критична ішемія нижніх кінцівок.

**3. Екстракорпоральне (штучне) запліднення (ЕКЗ) – сучасний біотехнологічний метод подолання безпліддя.**

Досягнутий до теперішнього часу рівень розвитку біотехнології, що вторглася у вирішення питань життя і смерті, примушує звернутися до проблеми етичного обґрунтування втручання в біо-

логічні процеси, відповідальні за *початок людського життя* – відтворення його потомства.

**Етичні проблем, що породжуються розвитком репродуктивних технологій.**

1. Найгостріші моральні проблеми виникають при здійсненні *пренатальної діагностики*, що сприяє виявленню різних спадкових і хромосомних захворювань, а також захворювань, пов'язаних з статтю дитини, природженими дефектами метаболізму, аненцефалією та іншим.

*Пренатальна діагностика дозволяє* батькам, які «сумніваються», переконатися, що їх дитина здорова, або ухвалити правильне рішення з приводу долі майбутньої дитини з природженими дефектами. Разом з тим, вона часто ставить батьків і медиків перед складними і болісними проблемами. Це, зокрема, питання про *селективне проведення аборту* у разі виявлення у плоду захворювання, яке піддається лікарській терапії; або виявлення хромосомних аномалій, які можуть *не позначитися негативно* на здоров'ї дитини. У всіх складних випадках лікар при консультуванні повинен дотримуватися етично нейтральної позиції, а право остаточного рішення про проведення аборту слід надати батькам. Разом з тим, пренатальна діагностика не повинна ставати підставою для проведення аборту, наприклад, при виборі статі дитини або з урахуванням інших забаганок батьків.

2. Серйозні моральні проблеми виникають при використанні принципово нових шляхів подолання безпліддя, включаючи зовнішнє втручання в репродуктивні процеси організму.

*Екстракорпоральне (штучне) запліднення* – сучасний біотехнологічний метод подолання безпліддя – зачаття *in vitro* (у пробірці): позаматкове запліднення яйцеклітини безплідної, але здібної до виношування дитини жінки спермою її чоловіка (або іншого чоловіка), а потім імплантація заплідненої яйцеклітини в її матку.

Експерименти з позаматкового зачаття лікарі почали проводити на тваринах значно раніше. Дослідження на мишах, розпочаті в 1955 році, дозволили вивчити механізм запліднення, визначити оптимальний час для запліднення яйцеклітин в лабораторних умовах. З'явилася можливість виявляти спадкові аномалії в ембріонах до імплантації в матку. Отримані результати дозволили згодом застосувати цю методику до людини. Цьому сприяв прогрес в медицині і в суміжних з нею науках, наприклад у біології, а також винахід сучасного медичного обладнання.

Роберт Едвардс, працюючи в Кембриджському університеті, почав дослідження в сфері штучного запліднення в 1960 році. У 1968 він домогся запліднення людської яйцеклітини в лабораторних умовах. Вивчення оптимальних умов вилучення, штучного запліднення і подальшого перенесення ембріонів у матку зайняли 10 років. Перша спроба використовувати ЕКЗ в лікуванні безпліддя була зроблена в 1975 р. і закінчилася невдачею: вагітність виявилася позаматковою.

ЕКЗ вперше в історії людства було проведено в 1978 році в невеликому місті Оулдгомі в Англії. Засновниками ЕКЗ вважаються кембриджські дослідники — *гінеколог Роберт Едвардс (Robert Edwards)* і *ембріолог Патрік Стептоу (Patrick Steptoe)*. В результаті першої операції екстракорпорального запліднення 25 липня 1978 в сім'ї Леслі і Джона Браунів з'явилася довгоочікувана дитина — дочка Луїза. До цього Леслі протягом 9 років безуспішно лікувалася від безпліддя, викликаного непрохідністю маткових труб. Луїза Браун стала першою «дитиною з пробірки», як надалі стали називати дітей, народжених за допомогою цього методу.

Першою «дитиною з пробірки» в СРСР стала мешканка міста Красний Луч Луганської області Олена Донцова, яка народилася в клініці Наукового центру акушерства, гінекології та перинатології РАМН у 1986 році.

Завдяки відкриттю Роберта Едвардса у світі народилося більше мільйона «дітей з пробірки». У 2001 Роберт Едвардс, який створив технологію штучного запліднення, був удостоєний найпрестижнішої американської премії у сфері медицини — Ласкерівської премії. *2010 року Роберт Едвардс отримав Нобелівську премію з медицини.* Разом з тим, ці гуманні технологічні можливості викликали до життя нові варіанти їх використання і нові проблеми. З'явився феномен так званого «сурогатного *материнства*», що породив ряд проблем етичного і юридичного характеру.

3. Бурхливий розвиток репродуктивної біотехнології породжує ряд практичних проблем, що стосуються **наукових досліджень, що пов'язані із статусом ембріона.**

**Ембріон** (від грец. *embryon* – зародок) – організм, що розвивається у ссавців, у тілі матері з яйцеклітиною в період ембріонального розвитку в процесі перетворення зиготи в зародок. Етичне вирішення **проблеми статусу і прав ембріона** залежить від відношення суспільства до *прав Живого* і двох різних *станів плоду*: ста-

ну, який не має ніякого «людського» змісту, і стану, за яким цей зміст вже признається.

У разі можливих або виявлених аномалій чи може і чи повинен плід бути знищений, і на якому етапі його розвитку це допустимо? Хто є власником «надмірних» ембріонів, які зазвичай виникають як «побічний продукт» при штучному заплідненні *in vitro*? Чи можна використовувати ці «надмірні» ембріони, які можуть зберігатися при низькій температурі без втрати життєздатності протягом тривалого часу, для проведення наукових досліджень і експериментів? Чи допустимі такі дослідження в принципі?

Деякі фахівці вважають, що багато що тут залежить від здібності ембріона до відчуття, що визначається ступенем його розвитку. Оскільки центральна нервова система формується лише на 22-у добу вагітності, то граничним терміном експериментів вони вважають 30-добовий «вік» ембріона. Інші ж пропонують працювати і з «дорослішими» ембріонами, вдаючись в цих випадках до анестезії. Безумовно, на користь науки дослідження на ембріонах необхідні. Вони сприяють розробці нових засобів контрацепції, виявленню спадкових захворювань плода, подоланню безпліддя, вивченню механізмів спонтанно виникаючих абортів, процесів дозрівання яйцеклітини, канцерогенезу, а також встановленню закономірностей розвитку людини як біологічного виду.

З моральної точки зору, повинно бути повністю заборонене проведення деяких видів експериментів на плодах. Так, ембріони, піддані тим або іншим діям, не повинні імплантуватися в жіночий організм. Ембріони людини не повинні імплантуватися в організм тварини. Неприпустимими також є несанкціонований продаж і придбання ембріонів.

У основі заборони на використання ембріона або його тканин з метою біомедичних досліджень лежить зіставлення гіпотетичної користі для людства і реальних прав конкретного ембріона. *Захисники прав ембріона посилаються на святість і недоторканність людського життя з моменту зачаття, стверджуючи, що плід володіє всіма правами, властивими людині.* Тому, позбавляючи ембріон життя, ми вбиваємо те, що може стати особою – це «консервативна позиція». Заперечення прав ембріона – «ліберальна позиція», що відмовляє плоду в самостійному статусі навіть на найпізніших стадіях вагітності («обговорювати права плоду так же безглуздо, як обговорювати «права» апендикса») і що надає право вибору долі ембріону матері або медикам. «Помірна позиція» – ґрун-

тується на точці зору сучасної біології і ембріології, згідно якої людина як біологічний індивідуум формується відразу після злиття батьківських статевих клітин, коли утворюється неповторний набір генів, і вимагає відповідального відношення до ухвалення рішення.

Можливість ЕКЗ породжує ряд етичних проблем:

- ✓ від біологічних прав ембріона до соціальних проблем (допустимість/необхідність збереження анонімності донорів-чоловіків або сурогатних матерів для майбутніх дітей і їх офіційних батьків);
- ✓ небезпека своєрідного расизму при нагоді цілеспрямованої або випадкової «селекції» донорів – носіїв «кращих» генів;
- ✓ знищення/збереження зародка у разі можливих або виявлених аномалій; проблема власності на «надмірні» ембріони й ін.).

Разом з тим, заборонити маніпуляції з ембріонами – це означає не тільки позбавити деякі сім'ї можливості мати дітей за методиками ЕКЗ, але і закрити цілий науковий напрям – *ембріологію*, яка допомагає вивчати генезис і механізм багатьох важких захворювань і шукати шляхи їх лікування.

#### **4. Етичні проблеми штучного переривання вагітності. Права на життя на початковій стадії людського існування: чи має право на життя ембріон з відхиленнями розвитку?**

Визнання або невизнання цього права за людиною з моменту його зачаття служить підставою безперервних (що останнім часом стали ще гострішими) суперечок з приводу *абортів – штучного переривання вагітності*. З одного боку, аборт залишається одним з найпоширеніших засобів контролю над народжуваністю, а з іншою – це медичне втручання (особливо «за бажанням») кваліфікується як аборт (штучне переривання вагітності).

У юридичному відношенні аборт пройшов шлях від заборони під страхом страти до повної легалізації як право жінки розпоряджатися функціями власного тіла. Після «*Abortio act*», прийнятого в 1967 р. Великобританії і рішення Вищого суду США (22 січня 1973 р.), де проголошується, що «плід не є юридичною особою, захищеною Конституцією США», більшість західних країн легалізували аборти.

У етичному відношенні існують різні точки зору на аборт: 1) *консервативна* – аборт аморальний завжди і може бути дозволений тільки коли мова йде про врятування життя вагітної жінки; 2) *ліберальна* – затверджує абсолютне право жінки на проведення абортів безвідносно до віку плоду; 3) *помірна* – вважає аборт етично ви-

правданим лише тоді, коли плід не досяг певної стадії розвитку і якщо в даному конкретному випадку мають місце обставини, що виправдовують проведення цієї операції («селективний аборт») порушення моральної заповіді «Не убий», а з боку лікаря, – ще і клятви Гіппократа.

Навіть у тих випадках, в яких ми визначаємо його як «вибір меншого зла», мова йде все-таки про зло – про замах на людське життя. Вирішення проблеми абортів багато фахівців ставлять, в першу чергу, в залежність від встановлення статусу ембріона: «З якого часу зародок вважається дитиною, людиною?» Чи правомірно розглядати ембріон, що розвивається, як особу? Чи володіє він (і якою мірою) людськими якостями і правами? Чи здатний він до відчуттів (особливо – до відчуття болю)? Необхідне чітке розділення двох істотно різних (у етичному відношенні) станів плоду: те, якому ми не приписуємо ніякого «людського» змісту, і те, за яким цей зміст вже признається.

Особливо складно вирішується в суспільстві питання про **право на життя новонароджених** (або ще не народжених) дітей з серйозними *дефектами розвитку*. Деякі фахівці вважають, що якщо немає підстав сподіватися на те, що дитина в процесі свого розвитку стане особою, або якщо розміри емоційного і/або матеріального збитку, що наноситься сім'ї доглядом за дитиною, виключно великі, то етично допустимим є рішення про припинення лікування і реанімації таких «неповноцінних» немовлят. Очевидно, що така система міркувань базується не на медичних і етичних, а на утилітарно-прагматичних міркуваннях. Такі рішення не враховують бажання і права на життя самої дитини і обумовлені небажаністю (для кого?) продовження життя цього новонародженого.

Теоретичним обґрунтуванням подібного *утилітаристського підходу* є точка зору на людську особу, згідно якої визначальною ознакою особи є здатність пізнавати, страждати, переживати емоційний стан щастя, мати минуле і майбутнє. Тому «нормальне» немовля має передбачуване право на життя, а новонароджений з серйозними дефектами розвитку – ні. Автори такого підходу пропонують діяти за принципом рівного обліку інтересів всіх: не тільки самої дитини, але і його батьків, можливо, їх наступної дитини, найближчого оточення і суспільства в цілому. І якщо дитину чекає бідне, убоге життя «неповноцінної» людини, що не має ніякої цінності ні для нього самого, ні для інших (батьків, суспільства), то йому краще не жити. Якщо ж немовля має життєві перспективи,

хай і не такі широкі, як нормальні діти, то немає необхідності йти на крайні заходи. У будь-якому випадку рішення ухвалює не дитина, а хтось за нього. При цьому в оцінку життєвих перспектив включається не тільки тяжкість захворювання, на яке страждає немовля, але також готовність і здатність суспільства надати допомогу таким людям, створити їм умови для життя.

Згідно ж точки зору біомедичної етики, право такого новонародженого на життя може бути поставлене під сумнів тільки тоді, коли немає серйозної надії на те, що подальше життя дитини не зведеться до безглузлого існування. Тільки у тому випадку, коли рішення ухвалюється виключно на користь дитини і лише її самої, а такі побічні чинники, як витрати або незручності сім'ї не впливають на характер схвалюваного рішення, воно може бути виправдане морально і юридично. Тому з дитиною, у якої при появі на світ виявлені серйозні дефекти розвитку, слід поводитися майже, як із «звичайною» дитиною, оскільки будь-який новонароджений, з погляду біомедичної етики, є *особою, що має право на життя*. При цьому суть етичних аргументів зводиться до наступного:

1) право новонародженого на життя тим «сильніше», чим вище його потенційна можливість стати особою;

2) поява немовляти на світло – зазвичай велика радість для його батьків, тому його смерть завдає їм помітного збитку;

3) навіть небажана дитина може принести радість іншим особам, які усиновлять його;

4) хоча право «дефектного» новонародженого ставиться під сумнів, це не означає, що він взагалі не володіє ніякими правами, і нам слід поважати його права.

Рівень штучних абортів залишається серйозною етичною проблемою в Україні, не зважаючи на зниження їх чисельності останніми роками. За даними опитування, основною причиною переривання вагітності є неблагополучне матеріальне положення подружніх пар, а також медичні показання. Останньому в даний час сприяє впровадження в Україні методів генетичного тестування і точнішого визначення важких спадкових захворювань і дефектів плоду.

Ще одне головне питання – *чи етично використовувати тканини і клітини мертвого плоду для створення препаратів, що ефективно допомагають при багатьох патологіях*, або етично утилізувати (викинути) їх? Чому отримання органів і тканин від померлої дорослої людини є виправданим, а від мертвого плоду – ні? Американські дослідники *Landry* і *Zucker* (2005 р.) запропонували провести



аналогію між отриманням посмертних органів для трансплантації і використанням тканин мертвого ембріона (маються на увазі на штучно створені ембріони).

Робота лікаря, лікаря-вченого базується, перш за все, на принципах моралі і етики: «не нашкодь», «врятувати життя за будь-яку ціну». З лікарської точки зору будь-який пацієнт, незалежно від віку, тяжкості і характеру захворювання, повинен отримати весь сучасний арсенал медичної допомоги для збереження життя. І завдання держави – підтримати перспективні напрями медицини всіма доступними їй засобами.

Експериментальні і доклінічні дослідження показали високу лікувальну ефективність методів клітинної і тканинної терапії, доцільність їх використання в програмах лікування цілого ряду важких захворювань і станів. Як свідчить одне з основних положень ВООЗ, що стосується різних лікувальних засобів – «все, що робиться для збереження здоров'я людини, етично виправдано». Велика медична і соціальна значущість клітинної і тканинної терапії як засоби реальної допомоги хворим людям, що потребують її, вимагає формування чіткої нормативно-правової бази, її застосування і вирішення комплексу біоетичних проблем.

### **5. Етичні проблеми сурогатного материнства**

*Сурогатне материнство (СМ)* (від латин. *surrogatus* – замінюючи іншого) – виношування дитини сторонньою жінкою, яка не є його генетичною матір'ю. «Сурогатна мати» – жінка, яка виношує чужий ембріон, плід, імплантований в її організм (запліднену спермою чоловіка яйцеклітину іншої жінки, яка не може або не хоче виношувати дитину).

Етичні проблеми виникають із-за обоюсторонніх претензій генетичних батьків і сурогатної матері з приводу «приналежності» дитини, яка народилась, які можуть серйозно порушити моральний клімат в сім'ї, що «прийняла» дитину, виношену сторонньою жінкою, і найголовніше – ускладнити життя дитини. Навіть якщо дитина, «зачата в пробірці», виношується біологічною матір'ю, можливі інші етичні проблеми. Так, враховуючи, що донорська сперма може зберігатися для запліднення якийсь час в замороженому вигляді, як оцінити з етичної точки зору той факт, що чоловік може стати батьком дитини після своєї власної смерті? Чи варто піддавати хірургічному втручання здорову жінку і використовувати такі складні технології, щоб дати дітей безплідним сім'ям, коли в світі так багато нещасних дітей, які чекають усиновлення? Неоднозначна і від-

повідь на питання про те, чи етична неминуча при штучному заплідненні цілеспрямована або випадкова «селекція», якщо майбутні батьки захочуть підібрати для своїх дітей «найрозумніших», «найздоровіших» або «найкрасивіших» носіїв генів. Чи не може це привести до своєрідного расизму, якщо все суспільство поставить собі це за мету?

Перша дитина, яку народила сурогатна матір, з'явилася в Англії в 1978 році. Щодо програми сурогатного материнства в Україні, то вперше вона була реалізована 1995 року в Харкові (сурогатною матір'ю стала жінка, яка виносила дитину своєї доньки, в якій була вроджені патології матки). Сьогодні Україна є одним із визнаних центрів сурогатного материнства у світі (зокрема, комерційного). Натомість ставлення до легалізації сурогатного материнства у різних країнах досі лишається різним. Практично в усій Європі сурогатне материнство заборонене, дозволене лише в Англії та Греції. У США на нього дали згоду в деяких штатах. Так, наприклад, у Німеччині спроба імплантувати ембріон жінці, яка у наступному має намір відмовитися від дитини, є злочином, відповідальність за це несе лікар, який здійснив операцію із пересадки ембріона. У Норвегії, Іспанії, Швейцарії дозволено лише некомерційне сурогатне материнство. У Канаді сурогатне материнство дозволене, але договір з сурогатною матір'ю не має юридичної сили, тобто жінка (сурогатна матір) може залишити народжену дитину собі (Н.А. Аблятіпов «Проблеми сурогатного материнства в Україні»).

У ст. 123 Сімейного кодексу України встановлено порядок визнання батьками дитини, яка народилася у результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій. Конститутивною ознакою сурогатного материнства, як відзначає М.В. Антокольська, є укладення до моменту зачаття дитини договору про виношування дитини сурогатною матір'ю з метою подальшого встановлення батьківських правовідносин між цією дитиною та особами, які уклали даний договір з сурогатною матір'ю. Тобто підставою для виникнення правовідносин щодо сурогатного материнства є договір між сурогатною матір'ю та біологічними батьками про виношування дитини, який має виступати основним засобом правового регулювання відносин учасників програми сурогатного материнства. Такий договір є головним документом, що визначає відносини біологічних батьків із сурогатною матір'ю, та має складатися відповідно до положень чинного законодавства України, враховуючи індивідуальні вимоги, побажання та можливості подружжя та сурогатної матері. При цьому істотне значення має те, що такий договір пови-

нен укладатися саме до моменту зачаття дитини, оскільки, безумовно, договір про уступку вже зачатої або народженої дитини повинен визнаватися нікчемним як такий, що суперечить моральним засадам суспільства (Сімейний кодекс України). Спеціальних вимог до договору про сурогатне материнство чинне законодавство України не встановлює. Оскільки цей договір породжує правові наслідки, які мають значення як для подружжя, так і для майбутньої дитини, він повинен укладатися на умовах і відповідати загальним вимогам, що встановлені для укладення цивільно-правових договорів у цілому.

Так, сторонами цього договору виступають: з одного боку – подружжя, з іншого – жінка, яка бере на себе зобов'язання щодо сурогатного материнства.

#### **6. Етичні проблеми технологій, що штучно підтримують життя – проблеми розвитку генетики та генної інженерії.**

**Генетика** (від грец. *genesis* – походження) – галузь біології, що вивчає закони спадковості і мінливості живих організмів, методи управління спадковістю і спадковою мінливістю для отримання потрібних людині форм організмів або з метою управління їх індивідуальним розвитком. Залежно від об'єктів, що вивчаються, розрізняють генетику мікроорганізмів, рослин, тварин і людини. *Генетика людини* – галузь генетики, тісно пов'язана з антропологією і медициною. Підрозділяється на *антропогенетику*, що вивчає спадковість і мінливість нормальних ознак людського організму, і *генетику медицину*, яка вивчає спадкову патологію людини (спадкові хвороби, природжена потворність та інше).

#### ***Генетична (генна) інженерія – це:***

- сучасна біотехнологія, отримання нових комбінацій генетичного матеріалу шляхом маніпуляцій, що проводяться поза клітиною, з молекулами нуклеїнових кислот і перенесення створених конструкцій генів в живий організм, внаслідок чого досягається їх включення і активність в цьому організмі і у його потомства;
- наука про генетичне конструювання нових форм біологічно активної ДНК, нових форм клітин, цілих організмів за допомогою штучних прийомів перенесення генів;
- сукупність розділів молекулярної і клітинної біології, для яких характерна синтетична методологія експерименту, що дозволяє змінювати структуру гена, створювати нові гени або конструювати химерні гени.

Генна інженерія розробляє різного роду біотехнології, реалізує можливості введення чужорідних або модифікованих генів в геном соматичних клітин для генної терапії деяких захворювань людини (наприклад, при бета-таласемії в дефектні клітини кісткового мозку вводиться бета-глобіновий ген). Відзначаючи наукові і економічні перспективи генної інженерії, необхідно мати на увазі і її етичні аспекти. Генна інженерія має можливість генетичного контролю над організмами, може вести до соціальної і професійної дискримінації людей.

Особливо відповідально слід віднестися до можливостей генної інженерії в майбутньому синтезувати невідомі раніше гени і вбудовувати їх у вже існуючі організми. Нові «сконструйовані» організми, які потрапили в наше місце існування, принципово відрізнятимуться від тих істот, поведінка яких давно вивчена, і тому вони можуть бути набагато небезпечніше. Особливо серйозні моральні проблеми виникають при зміні генома зародкових клітин людини.

Сьогодні вже очевидно, що генні технології володіють величезним потенціалом і можливостями дії на людину і соціум. Проте перспективи ці виявляються подвійними.

Відзначаючи наукові і економічні перспективи **генної інженерії**, необхідно мати на увазі й ті небезпеки, що можуть виникнути при подальшому проникненні людського розуму в природні сили природи. Тому, з погляду біомедичної етики, ставиться питання: *чи завжди в області генної технології можна робити те, що можна зробити?* Мова йде не про те, щоб сказати «так чи ні» її розвитку, а щоб освітити позитивні і негативні сторони проблеми. Генна технологія дала людині перевагу, якою він раніше не володів: здатність цілеспрямовано і швидко змінювати природне середовище і самого себе. Чи зуміє людина розпорядитися своєю владою, що збільшилася? Чому повинна відповідати *нова етика поведіння з Живим?* Щоб відповісти на це питання, слід мати на увазі наступне:

- генна технологія – не універсальний засіб, а продуктивний метод, який може бути застосований в біотехнології, клітинній біології, генетиці людини і за допомогою якого людство може покращувати в майбутньому спадковість людини, перемогти багато хвороб;

- ефективність нової технології, види і об'єм її застосування повинні визначатися під час наукових і суспільних дискусій, що вже виявили дві основні позиції: одна, слабкіша – скептична оцінка генної інженерії, інша, сильніша – оптимістична;

- можливість розпоряджатися життєвими процесами не повинна привести до зловживань (конструювання нового життя може стати злом, тому що це життя починає існувати самостійно і відтворювати саме себе);

- нове біологічне знання відкриває нові можливості генетичного контролю над індивідом. Кожна людина несе в собі немало «дефектних» генів. Знання про вид і розмір цього «баласту» не повинне вести до соціальної і професійної дискримінації, психічних переживань.

Сьогодні *генна технологія* і *біотехнологія* можуть втручатися в долю людини. Все, що їм вдається робити з мікроорганізмами і окремими клітинами, принципово можливо зробити з людиною, людською яйцеклітиною. При цьому деякі учені вважають, що їх діяльність ні в чому не повинна бути обмежена: те, що вони *хочуть*, вони *можуть* і *повинні* робити. Проте наукова «цікавість», що задовольняється за будь-яку ціну, небезпечна і не сумісна з гуманністю етики.

У сфері генетичної біомедицини загострюються або модифікуються традиційні **проблеми біомедичної етики**:

- проблема збереження лікарської таємниці при *генетичному тестуванні* (суб'єктом дотримання принципу конфіденційності і збереження лікарської таємниці стає тут не тільки пацієнт і його родичі, але і діти, що ще не народилися);
- *генетична паспортизація* – отримання відомостей про генетичні особливості організму і складання на їх основі *генетичних паспортів*, в яких наголошується генетична схильність до спадкових і деяких інших захворювань;
- *проблема клонування*;
- *створення генетично модифіковані організми*.

Розшифрування геному людини зробила можливим визначення наявності в генотипі людини різних мутацій або поліморфних станів генів з метою визначення схильності до спадкової патології або певних видів діяльності. При народженні дитини (і до її народження) можна виявити *спадкові захворювання*, що неминуче появляться (наприклад, хвороба Альцгеймера в зрілому віці), або *схильність* до спадкових захворювань. Складною етичною проблемою є питання доступності цієї інформації при генетичній паспортизації для самої людини і сторонніх осіб. Інформація про виявлення *спадкової схильності* до захворювань дозволяє прийняти профілактичні заходи. Багато спадкової патології (фенілкетонурія, муко-

вісцидоз та ін.) є предметом обов'язкового тестування при народженні дитини з метою попередження інвалідності і летальних результатів. Разом з тим, при виявленні невиліковної хвороби у людини можуть виникнути проблеми, наприклад, з влаштуванням на роботу та інше. В принципі генетична паспортизація важлива і корисна, оскільки дозволяє людині правильно розпорядитися своєю долею.

**Клонування** (від грец. *klon* – гілка, нащадок) – штучне створення генетично ідентичних початковим клітин, тканин, організмів шляхом нестатевого розмноження. Може бути використано для тиражування цінних порід тварин, збереження рідкісних видів, створення тканин або органів, необхідних для трансплантології («терапевтичне клонування»). *Клонування терапевтичне* – напрям сучасної генетики, метою якого є клонування не цілісного організму людини, а окремих його органів і клітин на користь лікування хворих, зокрема для трансплантації.

Один з запропонованих методів – клонування і використання ембріональних створових клітин, що повертає дослідників до етичних проблем. Існує теоретична можливість створення генетичних копій людини з окремої клітини, проте ідея **клонування людини** піддається усесторонній біоетичній експертизі.

Благополучна поява у світ і нормальний розвиток овечки *Dolly*, мавпочки *Tetra* і кошеняти *Little Nicky* примушують не тільки радіти торжеству людського генія, але і виражати певний неспокій, особливо якщо мова йде про клонування людини. Побоювання викликають як серйозні медико-біологічні, так і етичні, правові проблеми, які людство поки не готове вирішувати. Перш за все, це проблема *визначення статусу отриманого клона*. Чи буде клон самостійною автономною особою? Яке місце він займе в суспільстві? Чи треба його походження зберігати в таємниці? Як вирішуватимуться проблеми його подальшого відтворення? Неправильне вирішення цих проблем і небезпека зловживань, спекуляцій на них може скомпрометувати саму ідею і науковий пошук. У будь-якому випадку завдання біомедичної етики – не забороняти дослідження і не накладати мораторії на нову і стару біотехнологію, а сприяти їх розвитку і етичному використанню.

*Медико-біологічна* мотивація заборони на клонування людини пов'язана, в першу чергу, з високим відсотком невдач – пошкоджень ембріонів, мертворожденні при клонуванні тварин. Крім того, в процесі культивування клітин можуть виникати мутації, що

може привести до народження генетично неповноцінних дітей. Існують дані про передчасне старіння клонованих організмів через те, що кожна клітина має свій ліміт ділення, а клонований організм походить не з «молодої» статевої клітини, а з «старої» соматичної клітини, що вже пройшла велику кількість ділень.

З етичної точки зору у клонування людини також є прихильники і супротивники. Прихильники клонування людини бачать в ньому, перш за все, перспективний репродуктивний спосіб, яким можуть скористатися люди, що не мають можливості інакше відтворити свої гени і отримати в результаті власну дитину. Гіпотетично клонування людини може дати можливість «розмножувати» геніальних людей, забезпечувати комусь «безсмертя», створюючи його копію. Супротивники указують на те, що результатом клонування стає не дитина своїх батьків, а одно-яйцевий близнюк батька або матері, що породжує нові моральні і правові проблеми. З іншого боку, існує певна небезпека зловживань і спекуляцій на нещасті бездітних людей. Тому в даний час існує заборона на клонування людини.

Єдиний міжнародний акт, що встановлює заборону клонування людини, – *Додатковий Протокол до Конвенції про захист прав людини та людської гідності у зв'язку із застосуванням біології та медицини* (12.01.1998), що стосується заборони клонування людських істот, який підписали 24 країни з 43 країн – членів Ради. 1 березня 2001 після ратифікації 5 країнами цей Протокол набув чинності.

19 лютого 2005 р. Організація Об'єднаних Націй закликала країн-членів ООН вжити законодавчі акти, які забороняють всі форми клонування, тому що вони "суперечать гідності людини" і виступають проти "захисту людського життя". *Декларація ООН про клонування людини*, прийнята резолюцією 59/280 Генеральної Асамблеї від 8 березня 2005 р., містить заклик до держав-членів заборонити всі форми клонування людей у такій мірі, в якій вони несумісні з людською гідністю і захистом людського життя.

Допустимим є лише клонування тварин і окремих органів людини, необхідних для трансплантації, що проводиться при відповідному етичному контролі. Стають реальними: направлена зміна спадкового матеріалу; ідентичне відтворення генетично запрограмованої особня – *клонування*, що має величезне практичне значення для сільського господарства, медицини і промисловості, але викликає тривогу відносно деяких можливих маніпуляцій з людиною (наприклад, створення химер людина-тварина із спадкового матеріалу різних видів при ксенотрансплантації) й ін.

**Генетично модифіковані організми (ГМО)** – живі організми, що містять нову комбінацію генетичного матеріалу, отриману за допомогою генетичної інженерії. З одного боку, ГМО можуть значною мірою сприяти вирішенню проблем сільського господарства і охорони здоров'я. З іншого, неконтрольоване створення і вивільнення ГМО в навколишнє середовище може привести до небажаних наслідків для здоров'я людини і несприятливих екологічних наслідків. Побоювання екологів пов'язані з тим, що вивільнення в навколишнє середовище сільськогосподарських рослин і тварин, в геном яких привнесені чужорідні, не характерні для них гени мікроорганізмів або вірусів, може приводити до зміни природних біоценозів, появи нових, агресивніших патогенів, бур'янів, поразці організмів, трансгенних ознак, що не є мішенями та інше.

Щоб уникнути небезпеки, існує ефективна система оцінки безпеки ГМО для здоров'я людини і навколишнього середовища. Вона містить цілу низку захисних заходів для отримання свідчення про державну реєстрацію трансгенного сорту, що дає право використовувати ГМО в господарській діяльності.

Правові документи, що регулюють допуск генетично модифікованих (ГМ) продуктів в Україні:

- Закон «Про державну систему біобезпеки при створенні, випробуванні, транспортуванні та використанні генетично модифікованих організмів» (2007);
- Постанова від 18 лютого 2009 р. N 114 про «Порядок державної реєстрації генетично модифікованих організмів джерел харчових продуктів, а також харчових продуктів, косметичних і лікарських засобів, які містять такі організми або отримані з їхнім використанням»;
- Закон «Про захист прав споживачів» (1991) – (Стаття 15. п 6) «Інформація про продукцію повинна містити: позначку про наявність або відсутність у складі продуктів харчування генетично модифікованих компонентів».

Таким чином, маркуванню підлягають не тільки продукти отримані з ГМО, а також харчові добавки, отримані за допомогою ГМО. Ні в Європейське, ні законодавство Сполучених Штатів не передбачає маркування харчових добавок, отриманих за допомогою генно-модифікованих мікроорганізмів. Крім того, *Україна стала першою державою у світі, яка зобов'язала виробників та імпортерів харчових продуктів вказувати позначення «без ГМО» в маркуванні всіх, без винятку, харчових продуктів, навіть тих, у яких ГМО не може бу-*



ти ні теоретично, ні практично. 3 жовтня 2012 року Кабінет Міністрів України схвалив законопроект, який дозволяє не маркувати продукцію, яка не містить ГМО.

Не зважаючи на те, що закони, які регулюють допуск ГМ продуктів на ринок подібні, в їхній реалізації існують певні розбіжності. США декларує політику вільної торгівлі, натомість Європа допускає вільну торгівлю з певними обмеженнями, що базується на принципі обережності. У 2003 році США, Канада та Аргентина подали скаргу в Світову організацію торгівлі (СОТ) щодо обмежень з боку Європи. У 2005 році СОТ задовольнила більшість пунктів скарги.

Також спостерігається асинхронний допуск ГМ продуктів в різних країнах, що викликає штучну зміну торгових пріоритетів. Наприклад, згідно з Європейським законодавством, продукти схрещування раніше допущеного і комерціалізованого генно-модифікованого сорту з конвенційними сортами, вважаються новим ГМ-продуктом і підлягають новій процедурі допуску. Натомість в Сполучених Штатах такі продукти окремого дозволу не потребують.

Переважна кількість допусків ГМ в Європі стосується дозволів на імпорт сировини, а не культивування. Так, Європа імпортує трансгенну сировину, вміст якої в готовому продукті не повинен перевищувати 0,9%. Внаслідок асинхронності допусків очікується або перебудова торговельних ринків, або Європа відмовиться від принципу нульової толерантності.

### **Контрольні питання**

1. Основні етичні проблеми трансплантології.
2. Класифікація трансплантацій.
3. Поняття про міжнародні і вітчизняні законодавчі акти в трансплантології.
4. Етичні проблеми використання ембріональних (плодових) стволових клітин (ЕСК).
5. Екстракорпоральне (штучне) запліднення (ЕКЗ) – сучасний біотехнологічний метод подолання безпліддя.
6. У чому полягає проблема права на життя на початковій стадії людського існування?
7. Чи має право на життя ембріон з відхиленнями розвитку?
8. Етичні проблеми технологій, що штучно підтримують життя: генної інженерії, проблеми клонування, генетично модифіковані організми.

### **Тестові завдання для контролю початкового рівня знань**

#### **1. Трансплантація – це:**

- А. Операція з пересадки органів.

- В. Операція з заміщення тканин пацієнта тканинами з іншого організму.
- С. Операція з заміщення органів і тканин пацієнта відповідними структурами організму донора.
- Д. Операція з пересадки органів в межах одного виду організмів.
- Е. Всі відповіді вірні.

**2. Аутотрансплантація – це:**

- А. Пересадка органу в межах одного організму.
- В. Пересадка органів в межах двох генетично ідентичних організмів.
- С. Пересадка органів в межах організмів одного виду.
- Д. Пересадка органів в межах різних видів організмів.
- Е. Пересадка реципієнтові органу з штучного матеріалу.

**3. Ізотрансплантація – це:**

- А. Пересадка органу в межах одного організму.
- В. Пересадка органів в межах двох генетично ідентичних організмів.
- С. Пересадка органів в межах організмів одного виду.
- Д. Пересадка органів в межах різних видів організмів.
- Е. Пересадка реципієнтові органу з штучного матеріалу.

**4. Аллотрансплантація – це:**

- А. Пересадка органу в межах одного організму.
- В. Пересадка органів в межах двох генетично ідентичних організмів.
- С. Пересадка органів в межах організмів одного виду.
- Д. Пересадка органів в межах різних видів організмів.
- Е. Пересадка реципієнтові органу з штучного матеріалу.

**5. Ксенотрансплантація – це:**

- А. Пересадка органу в межах одного організму.
- В. Пересадка органів в межах двох генетично ідентичних організмів.
- С. Пересадка органів в межах організмів одного виду.
- Д. Пересадка органів в межах різних видів організмів.
- Е. Пересадка реципієнтові органу з штучного матеріалу.

**6. Гетеротрансплантація – це:**

- А. Пересадка органу в межах одного організму.
- В. Пересадка органів в межах двох генетично ідентичних організмів.
- С. Пересадка органів в межах організмів одного виду.
- Д. Пересадка органів в межах різних видів організмів.
- Е. Пересадка реципієнтові органу з штучного матеріалу.

**7. Пацієнти після пересаджування органів признаються:**

- А. Інвалідами I групи.
- В. Інвалідами II групи (неробоча).
- С. Інвалідами II групи (робоча).
- Д. Інвалідами III групи.

Е. Можливі всі варіанти.

**8. Експлантація – це:**

А. Пересадка донорських органів на місце відповідного органу реципієнта.

В. Донорський орган імплантується не на те місце, де знаходився відповідний орган реципієнта.

С. Пересадка реципієнтові трансплантата з неорганічного або штучного матеріалу.

Д. Пересадка органів в межах різних видів організмів.

Е. Пересадка органів в межах двох генетично ідентичних організмів.

**9. Що таке ортотопічна трансплантація?**

А. Пересадка донорських органів на місце відповідного органу реципієнта.

В. Донорський орган імплантується не на те місце, де знаходився відповідний орган реципієнта.

С. Пересадка реципієнтові трансплантата з неорганічного або штучного матеріалу.

Д. Пересадка органів в межах різних видів організмів.

Е. Пересадка органів в межах двох генетично ідентичних організмів.

**10. Що таке гетеротопічна трансплантація?**

А. Пересадка донорських органів на місце відповідного органу реципієнта.

В. Донорський орган імплантується не на те місце, де знаходився відповідний орган реципієнта.

С. Пересадка реципієнтові трансплантата з неорганічного або штучного матеріалу.

Д. Пересадка органів в межах різних видів організмів.

Е. Пересадка органів в межах двох генетично ідентичних організмів.

**11. Найбільш часта операція пересадки в трансплантології:**

А. Нирок.

В. Серця.

С. Печінки.

Д. Кісткового мозку.

Е. Легенів.

**12. Хто зробив першу пересадку серця хворому?**

А. К. Бернард .

В. В. Деміхов.

С. В. Форсман.

Д. Д. Кулі.

Е. К. Леопольд.

**13. Генна інженерія – це:**

А. Маніпуляція генетичним матеріалом з метою створення заздалегідь запрограмованого організму.

В. Перенос інформації з ДНК на РНК з метою створення нових організмів.

- С. Створення організмів, що є генетичною копією іншого організму.
- Д. Операція з заміщення тканин пацієнта з іншого організму.
- Е. Генетична селекція з метою поліпшення генофонду нації і всього людства.

**14. Клонування – це:**

- А. Створювання організмів, які є генетичною копією іншого організму.
- В. Маніпуляція генетичним матеріалом з метою створення заздалегідь запрограмованого організму.
- С. Перенос інформації з ДНК на РНК з метою створення нових організмів.
- Д. Генетична селекція з метою поліпшення генофонду нації і всього людства.
- Е. Операція з заміщення тканин пацієнта з іншого організму.

## **Тема 11. ДЕОНТОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ПРАВА ПАЦІЄНТА НА СМЕРТЬ: ПОНЯТТЯ ПРО СМЕРТЬ, ПОНЯТТЯ ПРО ЕВТАНАЗИЮ; МОРАЛЬНО-ДЕОНТОЛОГІЧНІ ПОГЛЯДИ НА СУЇЦИД, ПОНЯТТЯ «ХОСПІС»**

### **1. Визначити поняття «термінальний стан», «клінічна і біологічна смерть». Етичні проблеми відношення до смерті.**

Багато тлумачень смерті можна знайти в тлумачних довідниках: «Смерть – це кінець життя» (Оксфордський академічний словник), «Смерть (вмирати), смертушка – кінець земного життя, розлучення душі з тілом, вмирання, стан віджилого. Смерть людини, кінець плотського життя, воскресіння, перехід до вічного, духовно-го життя» (Тлумачний словник В. Даля).

Важливою сучасною етико-філософською проблемою є визначення *статусу смерті*: у якому сенсі слід визнати її існування? Якщо смерть *існує*, то існує вона як *вмирання*, як перехід однієї якості в інше: *живого – в мертве*. Межею ж буття і небуття живого виступає особливий вид існування – «*клінічна смерть*». Її специфічна особливість – принципова *оборотність*, яка породжує етичний імператив, спонукаючи до надання негайної допомоги вмираючому.

*Смерть* — природне явище, що вінчає кінець життя. *Смерть* – припинення життєдіяльності організму і внаслідок цього – загибель індивіда як відособленої живої системи. Визначення філософсько-онтологічного *статусу смерті* припускає вирішення проблеми *існування і суті смерті*.

*Смерть клінічна* – особливий вид існування – *термінальний стан*, межа буття і небуття живого; процес *вмирання* як перехід однієї якості в іншу. Часовий інтервал, що характеризує клінічну

смерть, – 5-6 хвилин (іноді менше) – кількісно виражена *міра* життя, що ще зберігається.

Навколо поняття і суті клінічної смерті ведуться безперервні суперечки. Одні вчені вказують на те, що клінічна смерть «вже не є життям, але ще не є смертю» (В.А. Неговський). Інші вважають її «якісно особливою формою життя», оскільки, з біологічної точки зору, при клінічній смерті ще зберігається достатня кількість «елементів життя», багато функцій яких лише припинилися (А.Я. Іванюшкін). Звідси – специфічна особливість «клінічної смерті» – її принципова *оборотність*, яка породжує *етичний імператив*, що вимагає від медиків відношення до клінічної смерті як стану, що потребує невідкладних заходів допомоги вмираючому.

Найважливіше етичне завдання – *виробити у хворого механізми захисту від страху перед смертю* (емоційні і раціональні). Англійський філософ Ф. Бекон вбачає, що *емоційний захист* від страху смерті полягає в тому, що «немає в душі людини навіть найслабкішої пристрасті, яка не перемагала б страху смерті; а значить, смерть не може бути таким вже страшним ворогом, раз у людини ціла рать, здатна її здолати. Помста торжествує над смертю; любов її зневажає; честь закликає її; горе шукає в ній притулок; страх передбачає її». *Раціональний захист* від страху перед смертю передбачався ще в стародавніх релігійних культурах, вченням Сократа, Платона, Аристотеля про *безсмертя душі*. Простий доказ, що знімає страх перед смертю, приводить Епікур: «...саме жахливе із злого, смерть, не має до нас ніякого відношення; коли ми є, то смерті ще немає; а коли смерть наступає, то нас вже немає». Згодом ці та інші подібні ідеї сприймаються християнством і стають традицією європейського духовного життя.

З поняттям «клінічної смерті» тісно пов'язана етична проблема визначення **критерію смерті**: який ступінь деградації життєвого процесу слід вважати *смертю, що об'єктивно наступила*?

**Критерії смерті** – ознаки, що визначають остаточний ступінь деградації життєвого процесу і об'єктивне настання смерті. Сучасні концепції пропонують вважати таким критерієм смерті людського індивіда *омертвіння головного мозку*. Саме в цьому випадку втрачається автономність і індивідуальність особи, оскільки носієм життя, що забезпечує її автономну цілісність, суверенність і індивідуальність (навіть у біологічному сенсі), є мозок. Тому *смерть мозку* є розщеплення підстави життя, бо саме в цьому випадку втрачаються її атрибу-

тивні якості. Вибирати не доводиться: людина кінцева, життя його обмежене зачаттям і смертю.

Проте при цьому можуть зберігатися деякі видимі ще ознаки життя (наприклад, скорочення серцевого м'яза), тому вікові медичні традиції не дають визнати людину мертвою. І тоді виникає питання: чи є відключення апаратури, що штучно підтримує існування, вбивством? Це питання носить не абстрактно-умоглядний характер; він містить в собі етичні підстави для вирішення практичних завдань сучасної біомедицини.

Одним з найбільш значущих прецедентів в цьому відношенні став «казус Клівлен», що змусив не тільки медиків, але етиків, філософів, юристів вирішувати непросте питання: збереження або припинення життя молодій дівчині, яка впродовж багатьох років перебувала в стані клінічної смерті, пов'язаному із смертю мозку. Як відноситися до цього феномена «вегетативного існування»: це життя чи ні, що слід робити в цій ситуації – підтримувати це існування або припинити його, як кваліфікувати дії лікарів в останньому випадку?

Сьогодні при відповідному медичному і економічному забезпеченні хворі в «вегетативному» стані можуть жити, точніше, існувати достатньо довго і після смерті мозку. Питання в тому, чи потрібно це, що це дає? Навіть у найсприятливішому випадку невідомо, чи повернеться до врятованої людини нормальна свідомість (адже пошкодження мозку до недавнього часу вважалися необоротними). Ради чого тоді зберігати це рослинно-тваринне існування, якщо людина перестала бути особою? Разом з тим, сьогодні все частіше з'являються повідомлення про повернення до життя людей, що достатньо довго проіснували у вегетативному стані. Це ще більше ускладнює ухвалення лікарями рішення у разі констатації загибелі мозку. Чи можна говорити про прогрес медичного гуманізму у зв'язку з визнанням смерті мозку критерієм смерті людини? Чи не поступається медицина міркуванням утилітарної доцільності, обгрунтувавши і виправдовуючи право обривати нитку людського життя в цьому випадку? Подібні питання, в першу чергу – моральні, постають і при обговоренні інших проблем біомедичної етики: евтаназії, трансплантології та інше.

**Етичні проблеми реанімації.** Основна форма надання негайної допомоги вмираючому – (*реанімація*) – «пожвавлення» людини, повернення її до життя. Разом з тим, процес реанімації нерідко повертає людину не тільки до життя, але і до страждань, або

підтримує життя на такому низькому рівні її якості, яка буває нестерпною для хворого. Тому одна з найважливіших моральних проблем реаніматології – проблема вибору, ухвалення рішення про необхідність реанімації, її тривалість або припинення; рішення питання про те, до яких пір розумні зусилля реаніматологів з продовження життя безнадійно хворої людини, і якими етико-правовими нормами слід при цьому керуватися.

Реанімація (від латин. *reanimatio* – пожвавлення) – сукупність заходів, щодо «пожвавлення» людини в стані *клінічної смерті*. Заходи реанімаційної допомоги направлені на те, щоб затримати перехід від життя до смерті і як найскоріше відновити життєдіяльність організму. Основним регулятором для реанімації є чинник часу – кількісно виражена *міра життя*, що зберігається в умовах клінічної смерті. Етичні проблеми реанімації при рішенні питання про збереження життя невиліковних хворих – наскільки етичні ідеали традиційної медичної етики, що приписують боротися за життя «до кінця», якщо хворий віддає перевагу «легкій смерті»; при трансплантації – суперечність між необхідністю вилучення для пересадки ще «живого» донорського органу, для чого сам донор повинен бути вже необоротно мертвий; при продовженні життя хворого за допомогою апаратури – які аргументи будуть етично вагомими при відключенні апаратури, тобто по суті справи «убиванні» хворого та інші.

## **2. Право людини на смерть. Визначити поняття «вмирання з гідністю».**

Логічним продовженням *права людини на гідне життя*, як природного права кожної людини, – є визнання такого ж природного його *права на гідну смерть*. **Право на гідну смерть** – природне право кожної людини, таке ж, як *право на гідне життя*, оскільки смерть – інша сторона життєдіяльності людини, що включає два аспекти.

1. **Право на смерть**, засноване на моральному праві людини вільно, на свій розсуд розпоряджатися собою, своїм життям і смертю, аж до відмови від лікування в ситуаціях, коли воно занадто болісне, безперспективно і веде до втрати людської гідності. Прихильники традиційної медичної деонтології висловлюються проти права на смерть, вважаючи, що воно не належить до таких фундаментальних людських цінностей, як право на життя, а у разі його визнання приведе до несприятливих для суспільства наслідків (масовим зловживанням, дискредитації лікарської професії, панічному

страху хворих перед лікарями). Їх опоненти заявляють, що бажання, вільний вибір людини повинні вважатися вищим законом, визнання права хворого на припинення власного життя не містить в собі ніякої загрози суспільним інтересам, оскільки стосується сфери особистої свободи, що не належить соціальній регламентації.

2. Право на *гідну* смерть, в якому виявляється родова суть людини, – природне прагнення до отримання задоволення і уникнення страждань – фізичних і духовних. Право на гідну смерть фіксує в собі моральні аспекти *достойнства*, що гармонізують життя окремої людини і суспільства в цілому. Не тільки відхід з життя з особистих міркувань, коли людина сама віддає перевагу гідній смерті негідному життю, але і нестандартні ситуації, що породжуються науково-технічним прогресом в практиці медицини (трансплантація органів, підтримка людини в несвідомому – «вегетативному» стані, нові підходи до визначення критерію смерті і так далі) примушують суспільство переглядати, заглиблювати відношення до права на *гідну* смерть. Це право припускає етичну турботу про автономію і гідність вмираючого, перш за все, з боку медичних працівників, які повинні дати хворому правдиву інформацію про діагноз його хвороби, про лікувальні процедури і доводи за і проти них, щоб пацієнт сам зміг зробити вибір. Право на *гідну* смерть включає поняття «вмирання з *гідністю*». У праві на гідну смерть і гідне вмирання можуть фіксуватися різні моральні цінності і переваги. Одна з крайніх форм реалізації права на смерть – *суїцид, самогубство*, на яке людина вирішується з особистих міркувань.

У біомедичній етиці моральні *проблеми вмирання виникають* як «інша» сторона життєдіяльності людини в результаті, так званих, нестандартних ситуацій в практиці медицини, примушуючи медичне співтовариство переглядати і заглиблювати зміст цінностей, що діють в ній, зокрема, відстоюючи право хворого на смерть, «дане йому від народження» (Дж. Кеворкян, «доктор Смерть», США).

Виробляються нові підходи до проблеми вмирання, зокрема, «вмирання з *гідністю*». Сьогодні людина все частіше йде з життя не вдома, не в кругу рідних і близьких, а в лікарні, де процес вмирання жорстко регламентується персоналом клініки і уявленнями, загальноприйнятими в медичній практиці. Будучи до цього вільним у виборі того, як йому слід розпорядитися своїм життям, в її фінальній стадії він виявляється скованим, а іноді і повністю позбавленим права голосу, вимушеним приймати той стиль поведінки, який вважається обов'язковим в громадській думці. Разом з тим, вми-



рання з гідністю повинне включати і пошану особистої унікальності людини, його світоглядних, етичних, релігійних або атеїстичних поглядів і переконань, його національної приналежності.

«Вмирання з гідністю» – символізує етичну турботу про вмираючого хворого, що виявляється в шанобливому відношенні до його тілесної і духовної гідності.

«Вмирання з гідністю» має однакове відношення як до особистої гідності, так і до гідності суспільства, яке своїми діями повинне охороняти гідність кожної людини; включає психологічне і естетичне вимірювання: пошана особистої унікальності пацієнта, його світоглядних, релігійних поглядів і переконань, його національної приналежності; турботу про гігієнічний і естетичний стан тіла вмираючого.

«Вмирання з гідністю» припускає також добре обдумане рішення піти з життя самого хворого, яке слід розглядати як прояв самоповаги особи, оскільки воно пов'язане з ціннісним підходом до життя. Поява нової – гуманістичної моделі взаємин людей, посилення автономності особи, впровадження в практичну медицину досягнень науки, що продовжують існування тяжкохворого, але не завжди покращуючи якість *його життя*, – все це внесло нові відтінки до поняття «вмирання з гідністю», вимагаючи від медичного персоналу особливо дбайливого етичного відношення до вмираючого хворого.

Спроби вирішити проблему «вмирання з гідністю» робляться сьогодні з двох протилежних сторін: відстоювання права на *евтаназію* і впровадження *хоспісного руху*.

### **3. Визначення поняття «евтаназії». Основні види евтаназії.**

Один з найважливіших аспектів проблеми «вмирання з гідністю» – право хворого на рішення зроблене ним обдумано, з урахуванням свого психічного і фізичного стану, *добровільно піти з життя*, через смерть, що штучно наближається, – на евтаназію. У грецькій міфології смерть втілена в образі Танатоса (Таната), що належить до старшого, доолімпійського покоління богів. Танат (смерть) був братом *Гіпноса* (гіпнос – сон) і перебував з ним в царстві мертвих – Аїді, вилітавши звідти, щоб витягти душу у жертви і напитися її крові. Ім'ям Таната названа наука про смерть – *танатологія*, що розглядає її біологічні і медичні аспекти.

**Евтаназія** (від древнегрец. *Eu* – добре і *thanatos* – смерть) – поняття, що означає навмисне прискорення смерті або умертвіння невиліковного хворого, який перебуває в термінальному стані, з

метою припинення його страждань. Людина, яка вмирає має право визначити, що для нього важливіше: бути людиною, яка володіє самосвідомістю і розумом, або просто залишатися ще якийсь час живим, в стані штучної підтримки життя. Таке рішення пов'язане з ціннісним підходом до життя і може бути розглянуто як прояв самоповаги особистості.

Поняття евтаназія було введено Ф. Беконом ще в XVII ст. У **1935 році в Лондоні** було створено перше в світі «Суспільство добровільної евтаназії». Воно було засноване для пропаганди ідей про те, що дорослому пацієнтові, який важко страждає від смертельної хвороби, від якої ще не були відомі способи лікування, закон повинен дати право на милосердя безболісної смерті за умови, що це є бажанням хворого. У 1980-му році це суспільство перейменоване в «ЕХІТ» – «Суспільство за право померти з гідністю».

У 1938 році подібна організація з'явилася в США. В 1941 р. евтаназія дозволена і в швейцарському кантоні Цюрих. У 1973 році суспільства на підтримку евтаназії виникли в Нідерландах і Швеції. У 1976 році в Японії також було організовано суспільство легкої смерті. У 1975 році виходить бюлетень «Новини евтаназії», започаткований Британським товариством евтаназії. З часом такий же бюлетень почало випускати і Американське товариство евтаназії.

У **1989 році Джек Кеворкян** заснував практику активної евтаназії в Америці. Джек Кеворкян (англ. Jack Kevorkian)— американський лікар-патологоанатом, прихильник «права на смерть». Завдяки популяризації евтаназії його прозвали «Доктор смерть». За власним визнанням допоміг скінчити життя самогубством більш як 130 тяжко хворим пацієнтам. У 1989 р. побудував свій власний пристрій, так звану машину самогубства – *Mercitron* (від англ. *mercy* — милосердя), за допомогою якої невиліковно хворі та страждаючі пацієнти могли самі скінчити життя самогубством. Пристрій дозволяв подачу медичних препаратів у кров, які зупиняли серце і таким чином припиняли страждання хворого. 4 червня 1990 р. перший пацієнт хворий та хворобу Альцгеймера покінчив життя за допомогою пристрою лікаря Кеворкяна. Ідеї і практика евтаназії отримали неабиякий розголос у американському суспільстві. У 1991 р. штат Мічиган відібрав у нього ліцензію на право медичної практики і заборонив працювати лікарем. Незважаючи на заборону, продовжував допомагати тяжко хворим пацієнтам скінчити життя, вже не як лікар, а як приватна особа.

За свою діяльність проти нього декілька разів порушували кримінальні справи, але щоразу його виправдовували. Завдяки популярності його послуг серед хворих та деякої підтримки серед загалу населення ідей евтаназії, у американському суспільстві почався діалог щодо доцільності та правових наслідків добровільного скінчення життя. 23 листопада 1998 р. у прямому ефірі телебачення Кеворкян запропонував відеоплівку від 17 вересня того ж року, яка демонструвала добровільне скінчення життя одним з тяжко хворих пацієнтів. На плівці Кеворкян сам зробив ін'єкцію смертельних препаратів хворому, який сам вже був нездатний це зробити і підтвердив своє бажання вмерти. Відеозапис і дії Кеворкяна були розцінені як навмисне вбивство і проти нього була порушена чергова кримінальна справа. На цей раз суд звинуватив його в умисному вбивстві і засудив на 25 років позбавлення волі.

**Види евтаназії.** Сьогодні визначають евтаназію пасивну та активну, добровільну і ненавмисну. **Пасивна евтаназія** – рішення про припинення лікування через безнадійний стан хворого; **активна евтаназія** – застосування засобів та дій, що прямо або побічно призводять до смерті хворих, які перебувають в безнадійному стані в зв'язку з хронічними захворюваннями, наприклад вмирають від злоякісних захворювань і введення високих доз наркотиків, що припиняють страждання і життя безнадійних хворих; **добровільна евтаназія** – здійснювана на прохання хворого, кваліфікується як допомога при самогубстві або вбивство на прохання; **ненавмисна евтаназія** – без згоди хворого. Поняття **асистована евтаназія** відноситься до безнадійних хворих, «які могли б висловити бажання добровільно піти з життя, але нездатні зробити це самі через фізичну неміч або з інших причин». **Примусова евтаназія** – прийняття рішення перервати життя хворого без його згоди. Зазвичай цей захід застосовується до новонароджених з важкою патологією та хворих із безнадійно пошкодженим мозком. **Дистаназія** – заперечення смерті, лікар докладає героїчних зусиль, спрямованих для порятунку хворого. **Ортотаназія** – поняття, близьке до пасивної евтаназії. Лікар не вживає активних зусиль, але і не використовує засобів, що вкорочують життя хворого. **Ятротаназія** – лікар сприяє смерті хворого після того, як хворого визнано невиліковним.

Найбільш дискусійним з біоетичної точки зору є питання про **добровільну активну евтаназію**. Її прихильники висувують два основних етичних аргументи: милосердя і «золоте правило». Перший аргумент обумовлений нестерпні страждання, які відчуває

вмираючий людина, і прагненням звільнити його від цих страждань. Подібна акція була б проявом милосердя і по відношенню до інших пацієнтів, яким в результаті дісталася б більше уваги медперсоналу і медикаментів. Аргумент «золотого правила» базується на категоричному імперативі Канта, який вимагає чинити з іншими так, як ми хотіли б, щоб чинили з нами. Стосовно до проблеми евтаназії це означає, що кожен з нас на основі принципу автономності особистості повинен мати право вибрати для себе болючу або безболісну смерть. Актуальність проблеми евтаназії сьогодні багато в чому пов'язана з тим, що стара лікарська етика вже не здатна вказати рішення багатьох проблем в нових умовах. Розширилася сфера прикордонних (між життям і смертю) ситуацій: сучасні засоби медицини дозволяють іноді повернути назад або привести до штучного уповільнення, здавалося б, неминучий процес вмирання, («затримана смерть»). Найчастіше таке уповільнення продовжує не стільки життя, скільки агонію і підтримує лише несвідоме існування тіла без будь-якої надії повернути людині свідомість. Використання новітніх технологій дозволяє зберегти життя і тим пацієнтам, організм яких не придбав (новонароджені з неусувними дефектами) або назавжди втратив здатність самостійно справлятися з найважливішими життєвими функціями. Так благородне і гуманне завдання медицини – *боротьба з хворобою* – стає своєю протилежністю – *боротьбою за підтримання хвороби* протягом тривалого терміну.

Сьогодні в медичних колах широко дискутується питання, якою мірою морально виправдане продовження життя безнадійно хворого в ситуаціях, коли:

- а) його свідомість необоротно втрачена;
- б) вмираючи, він відчуває нестерпні фізичні страждання;
- в) цей пацієнт – новонароджений, анатомо-фізіологічні дефекти якого несумісні з життям.

Абсолютно бездоганих з морально-етичної і правової точок зору способів вирішення цих проблем не існує, оскільки вибір робиться не між добром і злом, а між меншим і більшим злом. Разом з тим, *прихильники евтаназії* вважають, що вона може бути етично виправдана у випадках:

- 1) невиліковного захворювання, що викликає у людини нестерпні страждання,
- 2) важкої форми інвалідності, що обмежує життєдіяльність людини.

*Противники добровільної активної евтаназії* аргументують свою позицію тим, що:

1) навмисне припинення людського життя завжди аморально і не може бути морально виправдано,

2) у разі постановки неправильного діагнозу можна марно занастити людське життя;

3) при поспішному зверненні до евтаназії може статися так, що невиліковна сьогодні хвороба завтра буде успішно переможена;

4) можливі зловживання «вбивством з милосердя» з боку лікарів і близьких, які можуть бути зацікавлені в передчасній смерті хворого;

5) доступність евтаназії може спровокувати у медиків і близьких спокусу позбутися тягаря турбот та догляду за важкохворим;

6) суспільство, керуючись законністю евтаназії, може отримати право позбавлятися від своїх недієздатних «непотрібних» і «зайвих» членів;

7) аморально залучення до участі в евтаназії лікарів – представників найгуманнішої професії.

Зіставлення доводів за і проти легалізації евтаназії призводить до висновків, що:

1) активна недобровільна евтаназія повинна бути відкинута як порушення права на життя,

2) пасивна недобровільна евтаназія може бути допущена в особливих, спеціально обумовлених станах медичного характеру (загибель головного мозку, наявність інших ознак, несумісних з життям й інше),

3) добровільна евтаназія (активна і пасивна) повинна бути сумісна зі справедливістю, гуманністю і милосердям, її легалізація може розглядатися як реалізація права людини на гідну смерть.

**Проблема евтаназії** пов'язана, насамперед, з *правом людини на життя*, яке має кілька аспектів: право на збереження життя (індивідуальності); право розпоряджатися власним життям; право піддавати своє життя значному ризику; нарешті, найбільш дискусійне *право вирішувати питання про припинення власного життя*. В деяких випадках життя і діяльність людини пов'язані з високим ризиком для її життя і здоров'я, але це не забороняється законом, значить, побічно визнається (діяльність вченого, який ставить на собі експеримент, полярника, космонавта, спортсмена-автогонщика). Не заохочується, але й не переслідується рішення людини покінчити життя самогубством. Але в питанні про евтаназію суспільство, держава і закон ставлять під сумнів право людини розпоряджатися своїм

життям. Тому це питання залишається однією з «відкритих» проблем біомедичної етики.

Сьогодні людина відмовляється сприймати себе як «пасивний матеріал» і все більше схильна ставитися до себе як «власника» і творця свого життя і самого себе. Дії, які оцінюються в традиційній моральній свідомості як вбивство або самогубство, в новому технологічному просторі біології та медицини набувають іншого статусу, який визначається іншими морально-етичними принципами, суть яких – *«гідно жити – достойно померти»*. У зв'язку з цим деякі автори вважають, що нова реальність в значній мірі сприяє формуванню у медицині, поряд з традиційною охороною здоров'я, нової функції – *смертезабезпечуючої* (В.А. Прихотько). Звернення до еутаназії – це спроба вирішити нерозв'язні проблеми за допомогою надрадикальних заходів, за допомогою перегляду етичних зобов'язань, накладених суспільством на медицину. Однак ця спроба викликає вкрай неоднозначні оцінки. Одні відкидають еутаназію як акт вбивства, інші розглядають її як панацею від усіх бід, треті висловлюють тривогу: чи не обернеться легалізація еутаназії дискредитацією лікарської професії? Чи не спонукає вона медиків – замість важкого пошуку нових, більш ефективних засобів і методів лікування – на більш легкий і простий шлях «умертвіння з співчуття»? Чи не послабить наявність такої перспективи, як «легка, безболісна смерть», волю важкохворих, але не безнадійних пацієнтів до опору хворобі, до боротьби за життя?

Очевидно, що питання про еутаназію викликає гострі дискусії не стільки своїм медико-«технологічним», скільки етичним змістом. У будь-якому випадку вибір повинен бути за людиною, проте легітимация, легалізація еутаназії якраз і надає йому в разі сумної необхідності можливість такого вибору. Але спершу необхідна переорієнтація моральної свідомості суспільства, що передбачає відкриті й відверте обговорення незвичайних для традиційної медицини положень, які можуть стати підставою морального допущення еутаназії. *По-перше*, слід відмовитися від переконання, ніби медик завжди, в будь-якій ситуації зобов'язаний прагнути продовжити, наскільки можливо, життя людини. *По-друге*, доктрина безумовної переваги біологічного виживання над іншими цінностями (гідністю особистості, її благом, суверенними правами) повинна поступитися місцем доктрині *якості життя*, відповідно до якої бути людиною в справжньому сенсі цього слова більш вагомо, ніж бути просто живим. *По-третє*, якщо зв'язок між стражданням і людсь-

ким буттям, що перетворилося в суцільний біль, не можна розірвати інакше як припинивши це буття, то при дотриманні певних умов (нааявність прохання хворого, згода його родичів, рішення консиліуму лікарів, юридичний контроль тощо) припустимо піти на такий крайній крок, як евтаназія.

#### **4. Сучасний стан проблеми евтаназії.**

Вперше *евтаназія придбала законність* в американському штаті Орегон, який першим та єдиним легалізував допомогу у самогубстві шляхом прийняття *закону «Про помирання з гідністю»* (1994 р.). Цей законодавчий акт вступив в дію через три роки за рішенням Верховного Суду США. В штаті Каліфорнія в 1997 році було прийнято *закон «Про право людини на смерть»*, за яким невиліковно хворі люди мають право оформити документ, де вони можуть засвідчити бажання відключити реанімаційну процедуру. І несподіванкою став штат Вашингтон, де 6 жовтня 2008 р. 52 % виборців підтримали право «гідної смерті».

Історично перша *спроба легалізації евтаназії в Європі* відбулась в **Австралії** (1996 р.) де було прийнято відповідний закон. Проте ця спроба виявилась невдалою, оскільки цей законопроект був відкликаний через дев'ять місяців. На сьогодні в Австралії евтаназія є забороненою, а за порушення цієї заборони винна особа може бути за вироком суду довічно позбавлена волі.

Першою країною, яка *легалізувала активну і пасивну евтаназію в Європі*, є **Нідерланди** (10.04.2001), коли верхня палата парламенту Нідерландів затвердила закон, який звільняє від кримінальної відповідальності лікарів, які допомагають хворим позбутися життя.

**Першість у питанні легалізації евтаназії** сьогодні займає **Голландія**. Саме там 2 квітня 2002 р. було прийнято *«Закон про припинення життя за бажанням чи допомогою в самогубстві»*, яким було легально закріплено можливість здійснення асистованого суїциду та евтаназії. Відповідно до цього закону кожен, хто досяг 16 років, має право самостійно визначити порядок та спосіб завершення свого життя. Для фізичних осіб у віці від 12 до 16 років для здійснення цього акту необхідним є згода своїх батьків чи інших законних представників. Лікар, який здійснює евтаназію, повинен бути впевнений у тому, що прохання хворого є самостійним, багаторазово повторюваним та добре обдуманим, а страждання особи, які вона відчувала, є тривалими та нестерпними. Окрім цього, вимагається проінформувати пацієнта про його стан та перспек-

тиви стосовно видужання. Схвалення евтаназії відбувається лише за колегіальним рішенням з урахуванням думок інших лікарів.

Другою державою в світі, яка законодавчо сприйняла ідею легалізації евтаназії, є **Бельгія**. 23 вересня 2002 р. парламент цієї держави ухвалив закон, за яким евтаназія та допомога в самогубстві стали легальними згідно з умовами, ідентичними до тих, що і в законодавстві Голландії. Відповідно до закону, право на евтаназію мають особи, що досягли 18 років.

У 2009 р. до країн, в яких легалізована евтаназія, приєднався Люксембург, а в 2010 р. – Німеччина. У травні 2011 року з ініціативи Федерального демократичного союзу (UDF) і Євангельської партії (PEV) був проведений референдум, на якому жителі кантону Цюріх проголосували за легалізацію евтаназії для невиліковно хворих, причому не тільки громадян Швейцарії, а й туристів, що приїжджають в країну.

Але все ж у більшості країнах світу *евтаназія заборонена* законом під страхом кримінальної відповідальності, наприклад, в Австрії, Азербайджані, Греції, Грузії, Данії, Індії, Ісландії, Іспанії, Італії, Польщі, Португалії, Японії.

**В Україні** є декілька дискусійних думок з приводу цього питання. З одного боку, згідно зі **ст. 27 Конституції України** «*кожна людина має невід'ємне право на життя. Ніхто не може свавільно позбавити життя. Обов'язок держави – захищати життя людини*». Отже, право на життя належить до сфери відповідальності держави за його здійснення, а тому на державу покладається обов'язок захищати це право. Не вважається етичною евтаназія і згідно з «**Етичного кодексу медичної сестри України**» (ст. 10). Крім того, ч. 4 ст. 281 **ЦК України** містить положення, відповідного до якого «*забороняється задоволення прохання фізичної особи про припинення її життя*», а ч. 3 ст. 52 **Основ законодавства України про охорону здоров'я № 2801-XII** від 19.11.1992 «*медичним працівникам забороняється здійснення евтаназії - умисного прискорення смерті або умертвіння невиліковно хворого з метою припинення його страждань*». Відповідно до вимог чинного кримінального законодавства застосування евтаназії розглядається як вбивство (ч. 1 ст. 115 Кримінального кодексу України).

У нашій країні порушення питання про легалізацію евтаназії несприятелі і недоречне, адже сприйняття українським суспільством медичної сфери позбавлене достатнього рівня довіри щодо надання ефективної лікарської допомоги. За відсутності належного



діагностування можливість застосування евтаназії викличе негативні правові та моральні наслідки в розвитку медичної допомоги України.

Також слід зазначити, що в Україні немає традицій правдивого інформування хворого щодо його хвороби. Доказом є ст. 39 **Основ законодавства України про охорону здоров'я** «Пацієнт має право ознайомитись з історією своєї хвороби та іншими документами для подальшого лікування, але в особливих випадках, коли повна інформація може зашкодити його здоров'ю, лікар вправі її обмежити. В такому випадку він інформує членів сім'ї або законного представника пацієнта, враховуючи особисті інтереси пацієнта. Таким же чином лікар діє, якщо пацієнт знаходиться в непритомному стані».

Сьогодні громадська оцінка евтаназії відноситься до числа дискусійних. У інших країнах, незважаючи на статистичні дані про наявність широкої практики нелегальної евтаназії, будь-які форми останньої офіційно визнають злочином, а це питання в юридичному відношенні залишається відкритим. Кримінальний кодекс багатьох країн прирівнює евтаназію до вбивства людини. У деяких країнах, таких як Італія або Україна, не зважаючи на заборону евтаназії, підтримуюче життя забезпечення хворого, який перебуває в комі, може бути відключене за рішенням близьких родичів або на основі медичних показників. У багатьох країнах (Італія, Данія, Франція та інші) існують цивільні організації як прихильників, так і супротивників легалізації евтаназії.

За останній час в медичній і юридичній літературі публікують матеріали про використання евтаназії на практиці. Напевно, одним з перших випадків використання активної добровільної евтаназії, що став відомий всьому світу, була смерть основоположника психоаналізу Зігмунда Фрейда. Останні 16 років його життя він хворів на рак порожнини рота і за цей період переніс 31 операцію. У віці 69 років він отримав від свого лікаря згоду здійснити йому процедуру евтаназії, коли життя стане нестерпним. Його муки тривали ще 14 років, але одного дня 83-річний пацієнт нагадав лікареві про його обіцянку: 24 вересня 1939 року смертельна доза морфію обірвала життя Зігмунда Фрейда.

**Етичні аспекти суїциду.** Суїцид – одна з крайніх форм реалізації права на смерть – самогубство, на яке людина вирішується з особистих міркувань, віддаючи перевагу гідній смерті негідному життю. У різні часи і в різних культурах суїцид розглядався з етич-

ної точки зору по-різному. У християнстві суїцид однозначно вважається гріхом, оскільки людина в даному випадку робить замах на волю Бога. У світській культурі суїцид часто пов'язують з поняттям «гідність» – як вибір в ім'я людської гідності, як «почерк свободи» (смерть офіцера як остання можливість «врятувати честь» або японське характері). Інше трактування суїциду – бажання піти з життя, що не має сенсу *або* що втратила сенс: *безглуздя* існування. Нарешті, причиною суїциду можуть стати нестерпні страждання в результаті важкої невиліковної хвороби – небажання тягнути далі негідне існування. Таке відношення до власного життя і смерті визначає постановку питання про евтаназію. Біомедична етика не засуджує з моральної точки зору суїцид як такий, але вважає моральним обов'язком лікаря застерегти людину від суїциду і допомогти йому подолати депресивний стан.

### **5. Визначити поняття «хоспіс»: основні функції, медичне і соціальне значення.**

**Хоспіси** – спеціальні організації допомоги вмираючим, в яких безнадійно хворі люди дістають можливість гідно завершити своє життя. Обстановка і діяльність персоналу націлені в хоспісах на створення людських умов для *вмирання з гідністю*. Відмінність хоспіса від інших лікувальних установ для «безнадійних» хворих полягає не просто в іншому технічному і медикаментозному оснащенні; на перший план виступає особа пацієнта, його бажання, емоційні реакції.

У основі сучасного **хоспісного руху** полягає особлива *етика і філософія лікування*, згідно якої смерть, як і народження, – природний процес, його не можна ні квапити, ні гальмувати. Вмираючий потребує допомоги особливого роду: йому можна і потрібно допомогти перейти кордон між життям і смертю. Саме таке завдання ставлять перед собою хоспіси. *Хоспіс* – не будинок для смерті, це будинок для якісного життя до кінця. Хронічний біль і страждання змінюють світовідчуття, світосприймання людини: відчуваючи нестерпний біль, вона не в змозі роздумувати, згадувати; біль здатний витіснити етичні потреби, етичну мотивацію поведінки. Хоспіс створює такі умови, спосіб життя пацієнта, такий «життєвий простір», що дозволяє узяти під контроль біль і страждання навіть найважчих хворих. Він забезпечує таку *якість життя*, коли самодостатнім і актуальним є сьогоднішня, а не майбутня. Взаємовідносини пацієнтів і медичного персоналу складаються тут на основі *принципів хоспісного руху*, виконання яких залежить від підготовки і

особистих якостей медичного персоналу. В даний час для служби хоспісів формується нова медична спеціальність, що вивчає процес завершення життя, – *лікар паліативної допомоги*.

Основні *принципи хоспісного руху* передбачають:

- контроль над больовими синдромами, що дозволяє якісно поліпшити життя хворого, щоб пацієнт міг перемкнути всю увагу на свій внутрішній світ;
- особливий стиль поведінки медиків, для якого, насамперед, характерний такт у поводженні з приреченими хворими, який виключає поверхневі, шаблонні думки і втіхи, які ігнорують або принижують моральний статус людини;
- заперечення тактики «святої брехні», підготовка безнадійно хворої людини до думки про його смертельну недугу, про те, що він приречений;
- безкорисливість медичного персоналу, що категорично виключає матеріальну винагороду від пацієнтів і їх родичів;
- широке використання громадянської ініціативи волонтерів - добровольців, які віддають свої сили і час вмираючому;
- психологічну допомогу і підтримку близьких вмираючого або такого, який вже пішов з життя, створення особливого психологічного клімату.

### **Історія розвитку хоспісної допомоги. |**

Ідеологія хоспісів з'явилася близько півтори тисячі років тому. Історія зберегла ім'я римської Фабіоли, яка ще в IV сторіччі віддала свій будинок для голодних і хворих, успадковуючи традицію, що існувала в святих землях Палестини, якими вона подорожувала.

Перший хоспіс, призначений тільки для вмираючих від раку, відкрила у м. Ліон 1842 року Жане Гарньє (Jeanne Garnier), молода жінка, яка втратила чоловіка і дітей. Він називався хоспіс, а також "Голгофа". Ще кілька були відкриті пізніше в інших місцях Франції. Деякі з них діють і зараз, і, принаймні, один з цих хоспісів бере участь у підйомі руху паліативного догляду в цій країні.

Тридцять років потому, в 1879 році ірландські Сестри Милосердя незалежно від хоспісів Жане Гарньє заснували Хоспіс Богоматері для вмираючих в Дубліні. Орден Матері Марії Айкенхед був заснований значно раніше, ще на початку століття, цей орден завжди дбав про бідних, хворих і вмираючих, але хоспіс Богоматері був першим місцем, створеним спеціально для догляду за вмираючими. Пізніше було відкрито ще кілька хоспісів. Символічні назви цих перших закладів: "Будинок відпочинку" (відкритий у 1885 р.),

"Готель божа" (відкрита в 1891 р.), "Будинок Святого Луки" для бідних вмираючих (відкритий в 1893 р.).

Активне становлення хоспісів сучасного типу відбувається після Другої світової війни. Перший такий хоспіс - Хоспіс Святого Кристофера був відкритий в Лондоні в 1967р. Його засновницею стала Сесілія Сандерс, сама особа якої відобразила міждисциплінарний підхід до допомоги умираючим: впродовж своєї кар'єри вона послідовно отримала дипломи медсестри, соціального працівника та лікаря. В 40-і роки ХХ століття вона була соціальним працівником в одній з лондонських лікарень. У цей час там вмирав від раку хлопчик з Польщі. У його житті було багато випробувань, пов'язаних з війною, але він вийшов з них живим, а от тепер вмирав на лікарняному ліжку. Хлопчик задавав собі й Сесілії питання про те, у чому ж тоді зміст його життя й чи не кинув його Бог. Сесілія Сандерс, провела з ним рядом багато годин. Вони розмовляли про життя, а частіше просто мовчали. І обоє зрозуміли, що в приреченій людини повинне бути місце, де його можуть підтримати в останні дні й допомогти до кінця вести гідне життя. Хлопчик вмер 25 лютого 1948 року. Свою спадщину в 500 фунтів стерлінгів він заповів на будівництво будинку для приречених. Так був покладений початок першому англійському хоспісу Святого Кристофера, що працює й сьогодні. Чверть століття тому Сесілія Сандерс, писала: «...сестринський догляд залишається наріжним каменем в обслуговуванні пацієнтів притулку для вмираючих ... Працівники таких установ повинні бути готові до повної самовіддачі і постійного пошуку сенсу своєї діяльності. Відмінною їх рисою в колишніх і сучасних притулках для вмираючих була і залишається відданість своїй справі».

У 1987 році у Великобританії паліативну допомогу визнали самостійним напрямком медицини, а його визначення було таким:

“Галузь медицини, що вивчає пацієнтів з пізніми стадіями прогресуючих захворювань, при яких прогноз несприятливий, й задачі лікування зводяться до підтримки якості життя, й допомагає таким пацієнтам”.

Відтоді ідея хоспісного руху почала поширюватися по всьому світу. У 1972 р. з'являється перший хоспіс в одній з соціалістичних країн Польщі, (Краків), в 1975 р. - в Канаді ( Монреаль).

Головним ідеологом цієї справи був Віктор Зорса (1926-1996), якого власне нещастя підштовхнуло до пропаганди хоспісів по всьому світу. Його 25-річна дочка Джейн Зорса, що хворіла на

меланому в неоперабельній формі, в 1975 році померла в англійському хоспісі. Віктор Зорса з дружиною Розмарі бачили, що дочка була втихомирена і не страждала, тому пообіцяли їй присвятити своє життя реалізації ідей хоспісів.

Свою роботу вони почали в США, де взяли допомогу авторитетних людей – Елізабет Тейлор, Едварда Кеннеді, Генрі Кіссінджера та інші. За деякий час була створена асоціація хоспісів, кількість яких виросла: у 1983 році їх було 516, а в 1989 році – 1700. Перший хоспіс в Росії був відкритий в 1990 р. з ініціативи та за активної особистої участі англійського журналіста Віктора Зорзи та лікаря-психіатра А.В.Гнездилова в Лахті (Санкт-Петербург) . У 1994р. при зусиллі Віктора Зорзи був відкритий і перший московський хоспіс. Перший хоспіс в Москві почав функціонувати тільки в 1997 році, хоча його виїзна служба (у хоспісах повинна бути і така) працювала з 1994 року.

В Україні перші хоспіси з'явилися у 1996 році у Львові, Івано-Франківську (за ініціативи управлінь охорони здоров'я відповідних обласних державних адміністрацій) та Коростені (Житомирська обл., за ініціативи Української православної церкви та обласного осередку Товариства Червоного Хреста України). Хоспіс повинен не тільки полегшувати людям смерть, а забезпечувати можливість гідно зустрічати її.

### **Контрольна питання**

1. Визначити поняття «термінальний стан», «клінічна і біологічна смерть».
2. Визначити поняття «вмирання з гідністю».
3. Визначити поняття «евтаназія».
4. Основні види евтаназії.
5. Дати характеристику дистаназії і орготаназії.
6. Характеристика «активної» і «пасивної» евтаназії.
7. Сучасний стан проблеми евтаназії.
8. Визначити поняття «хоспіс»: медичне і соціальне значення; основні функції хоспісів.

### **Тестові завдання для контролю початкового рівня знань**

**1. Яка стаття Кримінального Кодексу України регламентує відповідальність за навмисне вбивство?**

- A. № 115.
- B. № 119.
- C. № 134.

Д. № 141.

Е. № 145.

**2. Яке з правових законодавств забороняє проводити евтаназію?**

А. Закон України "Про охорону здоров'я".

В. "Основи законодавства України про охорону здоров'я".

С. Закон України "Про трансплантацію органів і інших аналогічних матеріалів людини".

Д. Конституція України.

Е. Кримінальний Кодекс України.

**3. Яка стаття Закону України "Основи законодавства України про охорону" здоров'я забороняє евтаназію?**

А. № 22.

В. № 32.

С. № 42.

Д. № 52.

Е. № 62.

**4. Що означає термін "евтаназія"?**

А. Легка смерть.

В. Терапія фетальними тканинами.

С. Дії лікаря, направлені на продовження життя хворого.

Д. Дії медперсоналу, направлені на припинення життя хворого.

Е. Прискорення смерті на прохання тяжкохворого з невиліковним захворюванням.

**5. Що означає термін "активна евтаназія"?**

А. Дії медперсоналу, направлені на припинення життя хворого.

В. Відмова лікаря від заходів, направлених на продовження життя хворого.

С. Навмисне переривання життя хворого на прохання його родичів.

Д. Навмисне прискорення смерті або умертвіння з метою припинення страждань.

Е. Прискорення смерті на прохання хворого.

**6. Дати визначення терміну "пасивна евтаназія":**

А. Дії медперсоналу, направлені на припинення життя хворого.

В. Відмова лікаря від заходів, направлених на продовження життя хворого.

С. Навмисне переривання життя хворого на прохання його родичів.

Д. Навмисне прискорення смерті або умертвіння з метою припинення страждань.

Е. Прискорення смерті на прохання хворого.

**7. Як Ви розумієте термін "ортотаназія"?**

А. Дії лікаря, направлені на продовження життя хворого.

В. Дії лікаря, направлені на припинення життя хворого.

- С. Відмова лікаря від заходів, направлених на продовження життя хворого.
- Д. Навмисне переривання життя хворого на прохання його родичів.
- Е. Навмисне переривання життя хворого на прохання самого хворого.
- 8. Що означає термін "дистаназія"?**
- А. Дії лікаря, направлені на продовження життя хворого.
- В. Дії лікаря, направлені на припинення життя хворого.
- С. Відмова лікаря від заходів, направлених на продовження життя хворого.
- Д. Навмисне переривання життя хворого на прохання його родичів.
- Е. Навмисне переривання життя хворого на прохання самого хворого.
- 9. Дати визначення поняття "примусова етаназія":**
- А. Навмисне переривання життя хворого без його згоди.
- В. Лікар сприяє смерті хворого після того, як хворий визнаний невиліковним.
- С. Дії лікаря, направлені на продовження життя хворого.
- Д. Дії лікаря, направлені на припинення життя хворого.
- Е. Відмова лікаря від заходів, направлених на продовження життя хворого.
- 10. Що таке ятротаназія?**
- А. Навмисне переривання життя хворого без його згоди.
- В. Лікар сприяє смерті хворого після того, як хворий визнаний невиліковним.
- С. Дії лікаря, направлені на продовження життя хворого.
- Д. Дії лікаря, направлені на припинення життя хворого.
- Е. Відмова лікаря від заходів, направлених на продовження життя хворого.
- 11. Як Ви розумієте термін "добровільна етаназія"?**
- А. Дії лікаря, направлені на продовження життя хворого.
- В. Дії лікаря, направлені на припинення життя хворого.
- С. Відмова лікаря від заходів, направлених на продовження життя хворого
- Д. Навмисне переривання життя хворого на прохання його родичів.
- Е. Переривання життя хворого на його ж прохання (вбивство на прохання).
- 12. Що таке Хоспіс?**
- А. Спеціалізована установа для надання меддопомоги хворим з невиліковними захворюваннями.
- В. Спеціалізована установа для надання меддопомоги хворим літнього і старечого віку.
- С. Спеціалізована установа для надання меддопомоги хворим, які мають інвалідність.
- Д. Лікувальна установа для надання невідкладної допомоги і догляду самотнім пацієнтам з невиліковними захворюваннями.
- Е. Медична установа для надання спеціалізованої допомоги хворим, які мають спадкову або природжену патологію.
- 13. Як називається наука про смерть?**
- А. Танатологія.
- В. Дистаназія.

- С. Евтаназія.
- Д. Ортогоназія.
- Е. Ятроганазія.

14. В якому році з'явилися перші хоспіси в Україні ?

- А. 1996
- В. 1896
- С. 1969
- Д. 1869
- Е. 1976

15. Хто відкрив перший хоспіс?

- А. Жане Гарнье .
- В. Гіппократ.
- С. Сесілія Сандерс.
- Д. Віктор Зорса.
- Е. Джейн Зорза.

16. Для констатації "смерті мозку" донора створюється спеціальна бригада з фахівців, окрім:

- А. Члена трансплантаційної групи.
- В. Невропатолога.
- С. Реаніматолога.
- Д. Судового медичного експерта.
- Е. Офіційного представника стаціонару, де перебуває пацієнт.

## **Тема 12. ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВЗАЄМИН В МЕДИЧНИХ КОЛЕКТИВАХ ПІД ЧАС ВИКОНАННЯ ЛІКАРСЬКОЇ І НАУКОВОЇ РОБОТИ**

Сьогодні організаційну структуру медичної науки становлять різні науково-дослідні організації й колективи вчених з їхньою певною атмосферою наукового й морального клімату. Моральні відносини усередині таких колективів представляють досить складну проблему й не в останню чергу з деонтологічних позицій. Моральний фактор став одним з ведучих у розв'язанні проблеми ефективності наукової праці, прискорення наукового прогресу. Зрозуміло, чим вище можливості медицини, тим більше вимог пред'являється й до самих медиків.

У епоху технічного прогресу медицина збагачується новими методами дослідження, але ми повинні пам'ятати, що техніка не повинна бути бар'єром між лікарем і хворим. У такий спосіб деонтологічні аспекти взаємин у медичних колективах під час виконання лікарської й наукової роботи досить актуальні в цей час. Особливе



значення придбали, зокрема, особисті професійні і етичні якості наукового керівника. Це визначається тим, що кожен науковий колектив, як правило, має загальну наукову мету (наукова стратегія колективу) і різні шляхи вирішень цієї загальної проблеми кожним науковим співробітником (наукова тактика фахівця). Виникає проблема загального і індивідуального в творчості колективу. Тут переплітаються вельми складні відносини: субординація, особисті симпатії і антипатії, розподіл наукової праці і необхідність її кооперації, а також відносини між старшими і молодшими колегами. Це далеко не прості питання, як іноді здається. І виникає воно не тільки, наприклад, при захисті дисертації або публікації відкриття або винаходу.

Історія науки показує: від того, наскільки і як ладнають між собою наукові покоління, в багато чому залежить і остаточний продукт наукової творчості. Не можна протиставляти техніку і технічний прогрес лікарському мисленню, його досвіду і психологічному підходу до хворого його якостям, особливостям особи.

### **1. Поняття про особисту і колективну відповідальність**

Кожен лікар в своїй повсякденній діяльності повинен виходити з *особистої і колективної відповідальності* перед пацієнтами і, нарешті, перед суспільством. **Особиста відповідальність** лікаря спирається на його власний досвід, людські якості, глибоке знання хворого і його захворювання, індивідуальний підхід до кожного. **Колективну відповідальність** можна трактувати як проведення в життя ідей, концепцій і традицій лікувальної (або наукової) установи, накопичених і узагальнених вчителями і старшими колегами, в світлі основних принципів охорони здоров'я. Особиста відповідальність повинна виходити з постійного прагнення лікаря до поглиблення теоретичних знань і вдосконалення практичних навиків, безперервного підвищення професійної класифікації на основі критичного аналізу своїх спостережень, вивчення помилок, навчання у старших колег і читання літератури, виховання етико-деонтологічних норм. Об'єктивна, науково обґрунтована, вдумлива оцінка фактів і подій, розуміння лікарем необхідності перш за все з'ясувати їх першопричину і мотиви, а потім вже сформулювати свої міркування і думку – такий логічний шлях, що допомагає ухвалити правильне і справедливе рішення.

### **2. Вимоги, що пред'являються до лікаря, який прагне присвятити себе науковій діяльності**

Якщо в найзагальнішому вигляді говорити про вимоги, що повинні пред'являтися до лікаря, який прагне присвятити себе нау-

ковій діяльності, то вони представляються такими: *належна загальна і спеціальна підготовка в тій області медичної науки, в якій він має намір працювати*. У науці не можна не сперечатися. Молодий науковий співробітник може навіть не відбутися як учений, якщо повністю втратить критичне чуття і почне завжди піддакувати всім і вся.

Не можна, проте, ототожнювати наукову суперечку і конфлікт осіб. Не можна також допустити, щоб відстоювання тієї або іншої наукової точки зору, позиції виходило за рамки морально-етичних, етичних, та і правових норм.

Історія науки зі всією очевидністю свідчить, що часто відносини усередині наукової школи складаються так, що просто не залишається місця для серйозних розбіжностей. Зберегти чесні, коректні, дружні відносини завжди буває непросто, адже взаємне розуміння руйнують часом самі різні обставини.

Звичайно, тут багато що залежить від **деонтологічної компетентності керівника**, але і неабиякою мірою від самих членів колективу, від «наукового мікроклімату» інституту, клініки, лікарні. Проблема наукової творчості в медицині, особливо його етико-деонтологічні аспекти, поки що висвітлені в літературі відносно мало і не мають достатньо строгої регламентації, що пов'язане з реальними складнощами. В умовах науково-технічного прогресу наукова діяльність набула масового і колективного характеру, істотно змінилася як сама її суть, так і, особливо, її етика і деонтологія наукової творчості.

Сучасна наука все більш впливає на сторони суспільних відносин, перетворюючись на могутню соціальну силу. У її орбіту включені культурні відносини і сама людина з його природно-біологічними і соціально-культурними характеристиками. Наука не тільки взаємодіє зі всіма сферами людського буття. Вона і сама істотно залежить від соціального і людського чинників.

Медичну науку «роблять» учені. Хто ці люди? Що ними рухає? Які їх характерні риси? Чи відповідає уявлення про зовнішність ученого його об'єктивній діяльності?

У художній літературі учений іноді зображується гротескове – людина незвичайна, зайнята тільки своїми дослідженнями, вона не помічає людей і навколишнього світу, в якому він живе і працює. Чи варто говорити, наскільки поверхневі подібні уявлення?

### **3. Найважливіші принципи вченого-медика**

Одним з найважливіших принципів ученого перш за все повинна бути **об'єктивність**. У цьому принципі фокусується загальна етична орієнтація пізнання. Характерні для медичної науки диференціація знань, накопичення великого експериментального і теоретичного матеріалу, вдосконалення методів досліджень різко підвищили значення етичної норми **доказовості**. Наука повинна ґрунтуватися тільки на доказах, ясних і логічно строгих аргументах, на перевірці фактів і їх аналізі.

Треба пам'ятати, що об'єктивність наукової позиції, відчужуючи суб'єктивне, забезпечує загальнолюдську значущість висновків науки. Недостатньо послідовне дотримання вимоги наукової діяльності або, тим більше, прямі відступи від нього абсолютно недопустимі, тим раче, якщо ці відступи допускають великі учені. Відмітимо, що готовність до критичного перегляду здобутого знання, тієї або іншої теорії, готовність сприймати найнесподіваніші явища, які можуть відкритися в тому, що відбувається, є цінною межею справжньої науки і додає їй якість революційності. Вимога критичності належить науці як внутрішня умова її розвитку.

Етична норма доказовості спонукає ученого бути вимогливим до себе, самокритичним. З цієї вимоги доказовості витікає інше – **пошана до опонента** (або *опонентів*). Якщо думка опонента доведена, учений зобов'язаний прислухатися до висловленої думки у всіх випадках без винятку (навіть якщо він не поважає опонента як особу). Якщо ж точка зору опонента представляється помилковою, то цю помилковість теж треба довести із строго наукових позицій, не удаючись до чужих природі науки засобів, скажемо просто, до посилення на наукові авторитети.

Учений, особливо початківець, повинен багато і вдумливо читати, глибоко вивчати, особливо праці класиків медицини і фундаментальні роботи наших сучасників. Лише так можна пізнати всю глибину їх змісту, збагатитися плідними, такими, що відкривають широкі перспективи думок і ідей, а не повторювати давно відомі істини.

Особливість роботи медика в тому, що він постійно стикається з необхідністю вирішувати (і деколи в лічені хвилини) складні проблеми, за якими стоять, перш за все, життя і здоров'я пацієнта. Це не тільки діагностика, але і визначення ступеня ризику операції, доцільності тих або інших додаткових діагностичних і лікувальних маніпуляцій, отримання згоди хворого і його родичів на термінове хірургічне втручання, і так далі. Ухвалення таких рішень вимагає від лікаря великої напруги моральних сил, мобілізації досвіду і знань, гли-

бокого розуміння ступеня відповідальності перед хворим, колективом установи, де він працює, нарешті, перед суспільством. Складність положення посилюється і тим, що він не може гарантувати абсолютного успіху і в той же час повинен знайти можливості зниження ступеня операційного ризику, а у разі, коли такий ризик перевищує ризик самої хвороби, мати мужність сказати про це.

Ряд великих і важких операцій в даний час вимагає дотримання особливих умов, можна сказати, специфічних для даного втручання, наприклад при операціях на відкритому серці із застосуванням штучного кровообігу.

Медицина як і всяка інша наука тісно пов'язана з іншими областями знань, зокрема, все більш широко застосовуються математичні методи. І мова йде не тільки про статистику: рівень розвитку сучасної математики дозволяє будувати математичні моделі захворювань з тим, щоб мати уявлення про подальше протікання хвороби і можливі наслідки при виборі того або іншого методу лікування. Звичайно, про абсолютну точність таких моделей говорити не можна, оскільки всяка модель вірна при певних обмеженнях, пов'язаних не тільки з погрішностями, які не беруться до уваги, а також з індивідуальністю кожного організму і неможливістю виключити повністю зовнішні дії. У зв'язку з вищевикладеним, виникає новий аспект деонтології, що розглядає міру відповідальності учених, що займаються розробками математичних моделей захворювань, і що визначають спільно з лікарем методи лікування.

З одного боку, всю відповідальність за лікування хворого несе лікар: лікар, зрештою призначає ліки, виносить ухвалу про необхідність операції, про застосовність того або іншого методу лікування. Але, з іншого боку, лікар може судити про правильність побудованої математичної моделі захворювання тільки як практик, маючи накопичений досвід з лікування захворювань і спостерігаючи протікання тієї або іншої хвороби безліч разів, в математичній же теорії він не може розбиратися професійно. Окрім знання свого предмету, учений повинен розбиратися і в медицині, оскільки не маючи ані найменшого уявлення про перебіг того або іншого захворювання не можна робити висновки про його протікання.

Не можна забувати про те, що за формулами і цифрами стоять життя людей і помилки допускати в даному випадку непробачно, хоча ніхто не дорікне математикові в побудові некоректної моделі, всі звинувачуватимуть лікаря в тому, що він не досить добре лікує хворих. Це не повинно знижувати вантажу відповідальності, який

лягає на плечі ученого, який займається такою серйозною справою, як застосування математичних методів в медицині, швидше напро-ти, пам'ятаючи про тих, кому він може допомогти, учений повинен з більшою завзятістю прагнути досягти поставленої мети.

#### **4. Вимоги, що пред'являються до претендента на вчений ступінь при залученні людини як об'єкту дослідження**

При плануванні науково-дослідних клінічних робіт із залученням людини як об'єкту дослідження претендент на вчений ступінь повинен строго керуватися нормативною і регламентуючою документацією МОЗ України, а також отримати письмову інформовану згоду осіб, які беруть участь в біомедичному дослідженні, або їх законних представників і схвалення на проведення дослідження незалежного локального етичного комітету.

Процедура етичної експертизи дисертаційних робіт виконується на наступних етапах: перед затвердженням теми на Вченій раді, перед захистом дисертації.

*Перелік необхідних документів.*

1. Анотація дисертації.
2. Протокол дослідження.
3. Коротка анотація на використовувані лікарські препарати.
4. Форма інформованої згоди і інформації для пацієнта
5. Професійні автобіографії дослідника і його наукового керівника

*Процедура роботи етичного комітету з розгляду дисертаційної роботи регламентує:*

- вибір експерта з членів комітетів з етики ;
- надання експертом висновку; при необхідності – напрям дисертаційної роботи незалежному експертові з подальшим обговоренням експертного висновку в комітеті з етики ;
- ухвалення рішення комітету з етики;
- видача виписки з протоколу засідання комітету з етики дисертантові.

Наука сама по собі не може забезпечити нас етикою. Вона лише може показати, як досягти певної мети, а яку мету на сьогодні досягти не можливо. Проте сам учений може визначити доцільність і користь своєї роботи, користуючись не тільки науковими аргументами і роздумами, але і моральними принципами, і пам'ятати, що не всяка мета виправдовує способи її досягнення.

#### **5. Правові документи, що регламентують науково-дослідну діяльність лікаря**

У сучасних умовах, як ніколи раніше, значно виросла необхідність «етизації» суспільства, а учений обов'язково повинен бути моральною особою. **Тому на 18-ій Генеральній асамблеї ЮНЕСКО в Парижі 20 жовтня 1974 року була прийнята «Рекомендація про статус науковців»**, що ратифікована урядами більшості країн світу.

Українське суспільство також не було байдужим до проблем етики і моралі у минулому, небайдужим воно є і сьогодні. Нам необхідно не тільки подолати ті негативні наслідки, які були властиві попередньому суспільному устрою, але і активно протистояти аморальності, ідеології насильства і споживчої ідеології, що на жаль, культивується в багатьох сучасних засобах масової інформації, і допомогти прогресивному розвитку країн в нових умовах життя. Вимоги до моральних обов'язків вченого сформульовані в статті 5 **Закону України, що діє, «Про наукову і науково-технічну діяльність»**.

Велика увага проблемам етики приділяється в спільній роботі медиків і біологів України. Крім того, Центр досліджень науково-технічного потенціалу та історії науки імені Г.М. Доброва НАН України і громадська організація «Українська федерація учених» винесли на обговорення проект кодексу наукової етики, в якому зроблена спроба узагальнити суспільний досвід і практику дозволу етичних проблем в науці. Наше наукове суспільство визначає гостроту цих проблем для України.

### **Контрольні питання**

1. Поняття про особисту і колективну відповідальність.
2. Вимоги до лікаря, який прагне присвятити себе науковій діяльності.
3. Найважливіші принципи вченого-медика.
4. Вимоги, що пред'являються до претендента вченого ступеня при залученні людини як об'єкту дослідження.
5. Правові документи, що регламентують роботу лікаря, як ученого.

### **Тестові завдання для контролю початкового рівня знань**

#### **1. Надання медичної допомоги є формою прояву:**

- A. Привілею для певних верств суспільства.
- B. Милосердя і соціальної справедливості.
- C. Економічної зацікавленості професіоналів.
- D. Розділення праці і джерела отримання прибутку.
- E. Все перераховане вище.

#### **2. Ідея справедливості в медицині реалізується у формі:**

- А. Милосердя лікарів.
- В. Безоплатної допомоги хворій людині.
- С. Високої оплати праці медичних працівників.
- Д. Однаково високого рівня медичної допомоги всім людям.
- Е. Всього перерахованого.

**3. Участь лікаря в тортурах і тілесних покараннях ув'язнених і використання для цієї мети своїх знань може бути виправдане:**

- А. Інтересами науки, що розвивається.
- В. Інтересами співтовариства в отриманні необхідної інформації.
- С. Покаранням за скоєні злочини.
- Д. Заборонено в будь-яких умовах.
- Е. Все перераховане вище

**4. Визначальним регулятором вирішення лікарем складних етичних проблем в професійній діяльності є все, окрім:**

- А. Міжнародного права.
- В. Принципів професійної етики.
- С. Національного законодавства.
- Д. Традиційної релігійної моралі.
- Е. Особової вигоди.

**5. Втручання в сферу здоров'я людини може здійснюватися:**

- А. На підставі вільної, усвідомленої і інформованої згоди хворого.
- В. На підставі медичних свідчень.
- С. На підставі рідкості картини захворювання і його пізнавальної цінності.
- Д. На підставі вимоги родичів.
- Е. На підставі отримання фінансової вигоди.

**6. При проведенні будь-якого втручання в сферу здоров'я, включаючи втручання з дослідницькою метою потрібно дотримуватися усього, окрім:**

- А. Міжнародного законодавства.
- В. Професійних біомедичних етичних стандартів.
- С. Загальнолюдських цінностей.
- Д. Корпоративних професійних інтересів.
- Е. Економічних інтересів дослідника.

**7. У якій статті Закону України, що діє, «Про наукову і науково-технічну діяльність» сформульовані вимоги до моральних обов'язків вченого?**

- А. № 5
- В. № 4
- С. № 15
- Д. № 3
- Е. № 6

**8. Поняття “Інформована згода” включає все, окрім:**

- А. Інформації про мету передбачуваного втручання.

- В. Інформації про характер передбачуваного втручання.
- С. Інформації про можливі негативні наслідки.
- Д. Інформації про пов'язаний з втручанням ризик.
- Е. Інформації про безперечний пріоритет користі втручання в порівнянні з можливим ризиком.

**9. У якому році на 18-ій Генеральній асамблеї ЮНЕСКО в Парижі була прийнята «Рекомендація про статус науковців»?**

- А. 1974.
- В. 1984.
- С. 1994.
- Д. 2004.
- Е. 1964.

**10. Основною відмінною ознакою професійної етики лікаря є:**

- А. Право на відхилення в поведінці.
- В. Свідомий вибір моральних принципів і правил поведінки.
- С. Кримінальна відповідальність за недотримання професійних етичних норм.
- Д. Безумовна необхідність підпорядковувати особисті інтереси корпоративним.
- Е. Пріоритет інтересів медичної науки над інтересами конкретного хворого.

## **Тема 13. ОСНОВНІ ДЕОНТОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ В ОНКОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ, ГЕРОНТОЛОГІЇ, ПЕДІАТРІЇ**

### **1. Етичні небезпеки, що містять втручання в психіку людини.**

Основні етичні небезпеки, що містять в собі втручання в психіку хворої людини є можливість суб'єктивного, довільного підходу до вибору об'єкту і методів лікування, а також небезпека розширення області застосування хірургічних і психотропних маніпуляцій. Показанням до них може стати не тільки хвороба, але і злочинна поведінка, «синдром гіперреагування» (навіженство, неслухняність, нестійка поведінка у дітей), масові виступи і спалахи непокори, що діагностується як «захворювання мозку».

Наприклад, в результаті нейрохірургічних операцій з «модифікації поведінки особливо небезпечних осіб» (як злочинців, так і борців за цивільні права) відбуваються радикальні зміни свідомості і поведінки людини, що перетворюється на керовану маріонетку. Сьогодні обговорюється можливість проведення подібних операцій не тільки з метою виправлення поведінки, але і з превентивною метою (наприклад, «електронна система попередження злочинів»



Мейера). Застосування подібного хірургічного (або іншого психотропного) втручання носить не лікувальний, а маніпулятивний характер. Тому багато фахівців в області психіатрії пропонують накласти мораторій на окремі напрями психохірургічних досліджень, зокрема, на операції з лоботомії, що змінюють структуру особи, і продукують в ній агресивність, печаль, страх; на метод імплантації в мозок людини електродів, що надають стимулююче, таке, що пригнічує, вимикаючу дію на емоційно-психічну діяльність людини.

Біотехнологія, пов'язана з успіхами в нейрофізіології і мікрохірургії мозку, як і в області психіатрії в цілому, містять в своєму застосуванні певні небезпеки, бо часто їх кінцевий результат – не просто корекція і модифікація поведінки, а радикальні зміни суті людської особи. До таких небезпек відносяться:

- використання психіатрії з політичною і соціальною метою для корекції поведінки «соціально небезпечних осіб»;

- можливість повного переродження особи в результаті часткового втручання (так, дія на центр задоволення з метою лікування наркоманії здатна викликати пригнічення творчої активності та ініціативності);

- експериментальні дослідження психоемоційного стану особи проти її волі як порушення прав людини – вторгнення в його інтимний світ;

- застосування психотропних методик не з медичною, а соціальною метою: «щастя через електроди», маніпулювання свідомістю людей з політичною та іншою метою тощо.

Враховуючи вищевикладене, деонтологічні підходи та етичні проблеми мають свої особливості в залежності від спеціалізації (онкологія, психіатрія, психотерапія, наркологія, геронтологія, педіатрія).

## **2. Етичні проблеми в онкології**

Особливе значення має термін «злоякісна пухлина», оскільки призводить до дуже сильного психо-травмуючого впливу на стан хворої людини. У більшості таких пацієнтів з'являється пригніченість, відчуття страху, безвихідності, неввіра в успіх лікування.

Злоякісні захворювання турбують всіх. Так, декілька десятиків років назад населення сільських і віддалених районів не знало подробиць про них і слово "рак" не викликало важких переживань. Сьогодні, коли культурний рівень населення зростає, всі знають про це захворювання і, на жаль, перебільшують його небезпеку. Тепер побоюватися травмуючого впливу діагнозу треба у всіх. Рі-

зниця лише в силі і тривалості травмуючого впливу, в характері реакції у відповідь: в одних ця реакція виражена чітко і видима у стривожених і переляканих очах; у інших не помітно ніякої реакції в зовнішньому прояві за рахунок уміння володіти собою, за рахунок сильного урівноваженого типу вищої нервової діяльності.

*В.А. Ромасенко и К.А. Скворцов в своїй монографії приводять витяг з щоденника педагога М., хворої раком молочної залози: "...випадково знайшла на грудях досить велику пухлину і відразу з'явилася якась упевнена думка – це рак. Цю ніч я не спала. Це навіть не був страх, а якийсь тупий сильний біль в голові, пригноблення, розгубленість і питання невідомо до кого: чому на мене навалилося ще і це? За що? П'ять діб я пролежала як уві сні, оглушена".*

*Інженер В., 66 років, ветеран війни, керівник крупної установи з, поза сумнівом, сильним і урівноваженим темпераментом, здавалося, діагноз, що спокійно переніс, і важке радіохірургічне лікування з приводу раку язика, опісля трьох років після лікування розповів, як він переніс перші дні захворювання, які думки і відчуття володіли ним. Ось його розповідь: "Знімаючи зубний протез, випадково пальцем зачепив якесь ущільнення язика. Довго розглядав в дзеркало – нічого не виявив, а під пальцем абсолютно виразно відчуваю твердість краю язика. Вирішив звернутися до лікаря. Цієї ночі – важкий сон. Відчуваю, як наяву: язик у роті росте, росте, вже не поміщається у роті, душить мене. У голову хтось вселяє: рак, рак, рак. Прокинувся в поту. Обмацав язик. Нічого немає. Через тижень, виступаючи на нараді, відчув щось недобре з язиком. Незручно повернув і відчув – в нім пухлина. З цього дня почав часто оглядати і обмацувати язик, носити з собою люстерко. Переконався – пухлина є, вона навіть збільшується. Вирішував щодня піти до лікаря. Але кожного разу відкладав. Внутрішньо був чомусь упевнений – це рак. Порятунку немає, мені кінець і болісний".*

Медичні працівники і близькі повинні орієнтуватися в особливостях психіки онкологічного хворого. Під зовнішньою оболонкою спокійної урівноваженої людини може ховатися і його внутрішня заклопотаність, настороженість або розгубленість.

Вимагають уваги і розуміння не тільки ті, хто тільки захворів і проходять обстеження. У ньому мають потребу і ті хворі, хто закінчив радикальне лікування з III клінічної групи. Вони практично здорові фізично, але стан їх нервової системи і психіки має ряд особливостей:

- пережили тривогу захворювання, побоювання можливого діагнозу, госпіталізацію в онкологічному стаціонарі;
- перенесли важке оперативне втручання, променеве або комплексне лікування;
- їх турбує питання про ефективність лікування (чи надовго?), перспектива майбутньої інвалідності, зміни соціального і сімейного положення.

М.М. Симонов і О.В. Гнезділов вивчали 195 хворих, що закінчили радикальне лікування в онкологічному інституті. У всіх досліджуваних хворих були виявлені зміни психічної сфери у вигляді тривожно-депресивного, тривожно-іпохондричного, дисфоричного, астено-депресивного симптомів.

Особливо виражені зміни в психічному статусі хворих, які *пройшли операції* екстерпації гортані, прямої кишки, ампутації кінцівки, тотального видалення шлунку і у молодих жінок після ампутації молочної залози, інтенсивної гормональної терапії.

Перевірка стану цих вилікуваних кожні 3 міс. (у перші роки після лікування, рідше – в подальші роки) пов'язана завжди з важкими переживаннями і страхом можливого виявлення рецидиву або метастазу.

У перші роки після радикального лікування всіх хворих турбує небезпека рецидиву і метастазу. Вони – постійні слухачі лекцій про рак, читачі онкологічної популярної і часто – спеціальної літератури. Виявляють цікавість до всіляких народних "протиракових" засобів і дієт. Багато хто зберігає зв'язок з сусідами по палаті або з хворими подібним захворюванням, стежать за їх станом, важко переживають їх невдачі.

З часом, коли небезпека рецидиву і метастазу все більш віддаляється і потім зникає зовсім, у хворих з'являється думка, чи не стали вони жертвою профілактики, надмірної лікарської пильності і перестраховки. Вони часто конфліктують з працівниками онкоклінік, негативно діють на нових хворих.

"Враховуючи особливості спілкування з онкологічними хворими відносно інформації про хворобу, необхідна злагоджена робота колективу онкологічних установ, що виключає можливість неправильних розмов з хворими з боку середнього медичного персоналу або лікарів, що безпосередньо не лікують даного хворого", – вважає один з провідних онкологів академік М.М. Блохін. У зв'язку з цим слід нагадати, що медичні сестри і фельдшери дільничних поліклінік, станцій швидкої і невідкладної допомоги й інших "не-

онкологічних" установ повинні знати і виконувати тактику "психологічного шанування" пацієнта зі злоякісною пухлиною. Особливого такту і уміння вимагає від медичних сестер догляд за неоперабельними хворими з поширеними пухлинними процесами. Інтенсивне комплексне лікування повинне проводитися до останніх днів життя хворого, бо, одна і та ж хвороблива ситуація в різний час може з безнадійної перетворитися на контрольовану, в ту, що піддається якщо не лікуванню, то деякій стабілізації".

### ***Принципи взаємовідносин з онкологічними хворими.***

1. При роботі з таким хворим лікар зобов'язаний бути особливо тактовним, уважним, повинен підтримати його, підготувати до майбутнього лікування, вселити оптимізм і віру в позитивний результат. В той же час, не можна приховувати серйозність захворювання, складність і тривалість майбутнього лікування, необхідність швидкого початку спеціального лікування.

2. Існують різні підходи до доцільності повідомлення хворому діагнозу злоякісного новоутворення – від нерозголошення діагнозу до вичерпної інформації про хворобу і прогноз захворювання. У будь-якому випадку повинне вирішуватися питання про *раціональне інформування* пацієнта, при цьому необхідно враховувати індивідуальні психологічні особливості, рівень інтелектуального розвитку, відношення до хвороби, здібність адаптації до негативної інформації, а також стадію захворювання. Принцип роботи з такими хворими: ніколи не одурювати, в той же час, уникати бездумної відвертості. Правда повинна бути дозованою, такою, що поступово доводиться до пацієнта, щоб у нього був час на адаптацію до свого діагнозу. Лікар при цьому повинен відчувати, наскільки хворий хоче далеко зайти в усвідомленні істини. Не варто давати інформації більше, ніж вимагається пацієнтові.

3. Особливого відношення вимагають термінальні хворі. При поширених формах пухлин проводяться активні лікувальні заходи, що полегшують стан хворого, підтримують максимально можливий рівень якості життя. Це досягається за допомогою медикаментозних засобів і спеціальних методів лікування (променева терапія, паліативні операції). При цьому не можна малювати перебільшені перспективи, але не можна і позбавляти хворого надії на позитивні зрушення, визначивши при цьому найближчу мету. При депресивному стані у таких хворих необхідно широко використовувати психофармакологічні препарати.

### **3. Етичні проблеми в психіатрії**

Формування гуманного відношення суспільства до психічно хворих людей почалося в 1793 р., коли вперше з них зняли ланцюги, піднявши їх тим самим до гідності хворих. Проте застосування деяких заходів труднощі – «гамівної сорочки», тимчасової ізоляції – допускалося до середини XIX ст. Примусова госпіталізація психічно хворих вважалася нормою, що спирається на етичні традиції медичної професії і етичні відчуття милосердя, гуманності, відповідальності.

У 50 рр. XX ст. в західних країнах починається «криза психіатричних лікарень – рух, що пропонує розширення лікування психічно хворих без ізоляції від суспільства. Починаючи з 60-х рр. в західній психіатрії активно проводиться *деінституціалізація лікування* психічно хворих – відмова від необхідності їх госпіталізації, оскільки госпіталізація в лікарню обернулася для багатьох з них багаторічною ізоляцією. Наголошувалися й інші негативні сторони госпіталізації: втрата пацієнтами соціальної активності, розрив соціальних зв'язків, емоційна ізоляція і так далі. У США рух за «психіатрію без лікарняного ліжка» привів до масового закриття державних психіатричних клінік і розвитку «м'якших» форм психіатричної допомоги (часткова госпіталізація, психіатричне обслуговування в лікарнях загального типу і тому подібне). Виникає рух «антипсихіатрів», що стверджував, що психічних хвороб, як і психічно хворих немає, що психіатричний діагноз – це соціальний «ярлик», що психіатрія не наука, а психіатри – не лікарі. «Антигоспітальний» і «антипсихіатричний» рухи привели до революційних змін: виникає *ідея захисту цивільних прав психічно хворих*, що пред'являє особливі вимоги до *етико-правових аспектів психіатрії*. Моральній і правовій оцінці і регуляції почали підлягати соціальне відчуження, невиправдане обмеження прав, презирливе або зневажливе відношення, інші форми приниження людської гідності психічно хворих.

Однією з головних проблем при наданні психіатричної допомоги стає *проблема недобровільності лікування*. Ще один етичний аспект психіатрії пов'язаний з *методами*, вживаними в стаціонарах, – «хімічне утруднення», надмірне застосування сильнодіючих психотропних засобів, що нерідко приводить до серйозних ятрогенних ускладнень. Виникає проблема захисту хворих *від надмірного лікування*. Нарешті, предметом особливої турботи біомедичної етики є питання про дотримання принципу «інформованої згоди», який набуває в психіатрії специфічних аспектів. Вирішення всіх цих про-

блем і складає сенс захисту і гарантій цивільних прав осіб, стражданих психічними розладами.

### ***Основні деонтологічні підходи в психіатрії***

1. Психіатрія в порівнянні з іншими областями медицини є найбільш *соціально орієнтованою спеціальністю*. Вона часто має справу з хворими з соціально деформованою, асоціальною і антисоціальною поведінкою.

2. Багато етичних проблем психіатрії породжуються її традиційною пристрасною до так званого *лінійного принципу*, згідно якому кожна психіатрична хвороба має єдині причини, прояви, перебіг, результат. Така «жорсткість» в постановці клінічного діагнозу не враховує, що неповторювані не тільки фізичні і духовні властивості індивідів, але і прояви та перебіг хвороби у окремих хворих. Складність об'єкту ставить сучасну психіатрію перед необхідністю включення в її аргументаційну систему *гнучкості і варіативності* в постановці діагнозу. При такому підході поняття хвороби буде *імовірнісним*, а її перебіг у ряді випадків – принципово непередбачуваним. Актуальним стане поняття *свободи волі*, зміняться думки про *норму і патологію*, межі між ними.

Орієнтація на конкретну людину допоможе уникнути «*етичних перекосів*» («гіпердіагностика» або «презумпція хвороби»).

3. Питання про *модель відносин* в психіатрії ускладнюється відмінностями хворих за глибиною і ступенем вираження психічних порушень, інтелектуальному рівню, збереженню критики, можливості розуміти значення своїх дій і контролювати їх, здібності до волевиявлення, виразу і захисту своїх інтересів. На одному полюсі – хронічно хворі, некритичні до свого стану, залежні від інших, несамостійні у виборі рішень і дій, які можуть заподіяти шкоду собі або оточуючим. На іншому – автономні особи з нерідко вираженими ситуаційно обумовленими психічними порушеннями. Тому, залежно від місця пацієнта в психіатрії, може застосовуватися патерналістська або автономна моделі відносин. Професійна діяльність психіатра (встановлення діагнозу, постановка на облік, заборона на певні види діяльності, госпіталізація) накладає на лікаря серйозну соціальну і етичну відповідальність.

4. Істотна відмінність психіатрії і наркології – можливість/необхідність застосування до хворих прямого або непрямого *примушення (ослаблений патерналізм)*. Сьогодні госпіталізація хворого за рішенням лікаря-психіатра без згоди його або родичів проводиться тільки в тому випадку, якщо хворий представляє безпосеред-

ню небезпеку для себе або оточуючих. Разом з тим, в психіатрії добровільність лікування і право хворого на відмову від нього містить серйозні суперечності. З одного боку, це право і тут є загальновизнаною етико-гуманістичною цінністю і юридичною нормою, відповідною міжнародним стандартам. З іншого – застосування цієї норми при наданні психіатричної допомоги робить актуальною проблему *небезпеки*, яку можуть представляти деякі психічно хворі для себе і оточуючих. Пріоритетом тут повинно бути надання медичної допомоги пацієнтам (з дотриманням їх цивільних прав) і лише потім – ізоляція тих хворих, які представляють небезпеку.

5. Потребує етичного контролю *методи*, вживані в психіатричних стаціонарах. У психіатрії спочатку як терапевтичні засоби застосовувалось «лікування жорстоке, іноді смертоносне» – масивні кровопускання, сильні душі, холодні ванни і так далі. З 30-х років ХХ століття почали широко застосовуватися шоккові методи лікування, що викликали серйозні ускладнення. У сучасних умовах, відмовившись від подібних методів, стаціонари все ще застосовують для деяких хворих великі дози наркотичних засобів, сильнодіючих психотропних препаратів – «хімічне утруднення», що нерідко приводить до серйозних ятрогенних ускладнень. Виникає проблема захисту хворих *від надмірного лікування*. Цим обумовлено більш контрольоване етичне регулювання діяльності психіатрів, ніж лікарів інших спеціальностей.

Одним із способів такої регуляції є *етичний кодекс професійної поведінки психіатрів*, що регулює характер і межі відносин між психіатром і пацієнтом, його родичами, засобами масової інформації, суспільством.

*Психологія медична* – одна з складових елементів професіоналізму лікаря, який повсякденно має справу з конкретними і різними за своїми психічними реакціями людьми, до кожного з яких потрібен індивідуальний підхід з урахуванням їх психологічних особливостей, соціально і індивідуально обумовлених поведінкових і ідеологічних стереотипів, що вимагає від лікаря глибокого засвоєння *практичної і соціальної психології*. Психіатр ще повинен володіти вмінням проникнути в психологічну суть хворого, якому він надає допомогу.

Знання душі хворої людини – це вміння бачити його наче зсередини. Психіатри завжди прагнули до цього – свідомо і не свідомо. *Саме необхідність знання психології, «душі» хворого для того, щоб надати йому лікувальну допомогу, відрізняє взаємини психіа-*

**тра зі своїми пацієнтами.** Це знання повинне бути і глибоким, і тривалим. Мабуть, таких взаємин лікаря і хворого в інших медичних дисциплінах, навіть в клініці внутрішніх хвороб, зазвичай не встановлюється. Уміння досягнути іншу психологічну суть складає особливі труднощі. І далеко не всім психіатрам таке уміння дається в достатній, не кажучи вже повній мірі. Не випадково говорять, що «чужа душа – сутінки». А у психічно хворих ці сутінки акумулюються і в результаті змін особи, і в результаті продуктивних розладів, що утрудняють спілкування.

#### **4. Етичні проблеми в сучасній психотерапії**

Психотерапія – методика лікування нервово-психічних розладів, однією з теоретичних підстав якої виступають, зокрема, *психоаналітична концепція* З.Фрейда та його вчення про *несвідоме* і можливості його «переведення» в усвідомлене. Ним же запропоновані принципи проведення психотерапії і перші рекомендації з етики поведінки відносно пацієнтів. Важливі умови етики психотерапії – відповідальність, зваженість думок і чесність психотерапевта. На відміну від психіатрії і наркології, де використовується термін пацієнт, що має на увазі патерналізм фахівця, в психотерапії використовується термін *клієнт*, вказуючи на автономність особи. Психотерапевт укладає з клієнтом контракт, в якому психотерапевтичні відносини визначаються як обопільне прагнення, а професійні знання і навички психотерапевта – як засіб встановлення розуміння свідомих і несвідомих мотивів поведінки клієнта на користь вирішення його проблем.

##### ***Основні етичні принципи і правила психотерапії:***

1. *Пошана цінностей і переконань клієнта*; психотерапевтичні відносини між клієнтом і психотерапевтом ґрунтуються на *довірі* і *інформованій згоді*. Психотерапевт повинен добре усвідомлювати власні установки і з повагою відноситися до особистих переконань клієнтів; тому психотерапевти стверджують, що вони не дають порад клієнтам.

2. Принцип *конфіденційності* гарантує, що зміст бесід з психотерапевтом не може бути кому-небудь повідомлено без згоди клієнта. Неетично також використання психотерапевтом інформації і можливостей клієнта з особистою вигодою.

3. Відносини між психотерапевтом і клієнтом обмежені професійними рамками, що роблять неможливим вступ до особистих відносин, тобто які-небудь інші, в т.ч. інтимні, взаємини між ними.



З цієї ж причини психотерапія не проводиться з родичами, знайомими, друзями.

4. В процесі психотерапії клієнт часто виражає свої почуття до психотерапевта, він переносить на нього те, що є в ньому самому, або було в його минулому житті («перенесення» – за Фрейдом). Психотерапевт повинен продовжувати роботу і у разі «перенесення», підводячи клієнта до усвідомлення того, що з ним відбувається насправді.

5. Психотерапевт повинен надавати тільки професійно компетентну допомогу, усвідомлюючи межі власної компетентності. Слід утримуватися від лікування, коли стан психотерапевта може негативно вплинути на терапію. Лікарю слід звертатися за консультацією до інших колег у випадках, коли в процесі психотерапії виникають серйозні труднощі. Психотерапевтові слід чесно і відкрито повідомити клієнта про свою професійну підготовку і практичний досвід, а також вигоди, вимоги і умови психотерапії.

6. Якщо у психотерапевта є підстави вважати, що інший психотерапевт порушує професійну етику, він повинен обговорити ситуацію з цим психотерапевтом, проконсультуватися з колегами або повідомити про факт порушення в Комітет з етики.

### **5. Етичні проблеми в наркології**

Наркологія – розділ психіатрії, тому в цій області діють ті ж норми, що і в психіатричній етиці. Наркологія займається діагностикою, лікуванням і профілактикою хвороб, що виявляються в пристрасті до постійного прийому в зростаючих кількостях наркотичних лікарських засобів і речовин унаслідок стійкої психічної і фізичної залежності від них з розвитком абстиненції при припиненні їх прийому. Це породжує у наркологічних хворих безліч соціальних проблем, пов'язаних з деградацією особи: втрачається здатність нормального спілкування з колегами по роботі, порушуються взаємини в сім'ї, втрачається кваліфікація, здійснюються правопорушення, за чим йде судимість, втрата роботи, бездіяльність, невміння розпоряджатися своїм часом, фінансами тощо.

В наслідок цього громадською думкою і навіть частиною медиків хворі алкоголізмом і наркоманією розглядаються як аморальні, безвольні, гріховні і невиліковні. Проблемою стає «етичний нігілізм» по відношенню до наркологічних хворих, яким часто відмовляють в праві бути суб'єктами етичних відносин, а замість професійної етичної норми керуються поняттям доцільності в довільному, суб'єктивному трактуванні. Таке негативне відношення перешко-

джає продуктивній роботі з цими людьми, відзначається на них самих: такі пацієнти часто схильні «випадати» з лікувального процесу, їх хвороба може давати рецидиви. Це приводить до переконання, що всі люди, які зловживають алкоголем або наркотиками, мають несприятливий прогноз в плані одужання, що, у свою чергу, перешкоджає розвитку системи адекватної допомоги і терапії.

**Основними «бар'єрами», що перешкоджають роботі з наркологічними пацієнтами, є:**

– *песимізм* – переконання, що лікування людей, залежних від алкоголю та наркотиків, – справа безнадійна;

– *моралізаторство* – споживання психо-активних речовин розглядається як вада, їх прийом – як ганебний акт, а люди, що вживають їх, – як аморальні;

– *створення стереотипів* – вважається, що зловживання алкоголем або психо-активними речовинами властиве якимсь верствам населення більше, ніж іншим;

– *зневага*, заперечення того факту, що алкогольні і інші наркотичні залежності – це хвороба, що потребує лікування. При цьому зазвичай ігнорується і те, що більшість хвороб (за винятком суцього спадкових або вроджених) є значною мірою результатом патогенної поведінки людини, будь-то його необережність або ризикована, легковажність або свідома відмова слідувати рекомендаціям щодо здорового способу життя.

У сучасній **наркології як специфічній галузі психіатрії** вимога сприймати хворого як *особу*, яка володіє індивідуальністю і гідністю, особливо актуально. Пацієнти, які страждають на наркоманію або алкоголізм, переживають дезорганізацію соціального життя, що викликається хворобою, гостріше, ніж навіть порушення функцій організму. Тому сучасні принципи лікування хворих алкоголізмом і наркоманією в значній мірі орієнтовані на мобілізацію і активацію резервів хворого, в першу чергу, та на морально-психологічні можливості його особи. Зазвичай хворі даного профілю не усвідомлюють всієї тяжкості своєї хвороби, прагнуть виключити себе з лікувального процесу, цілком покладаючись на дії медичного персоналу. У зв'язку з цим зростають вимоги до персоналу наркологічних установ, який повинен послідовно проводити реабілітаційні заходи хворих, не зважаючи на деякий опір з їх боку, і який у свою чергу повинен навчитися подолати упередження по відношенню до цих хворих і самої хвороби. Основною моральною установкою в наркології повинна бути ідея, що людина, що зловживає психо-активними речо-

винами, така ж людина, як всі, тільки потрапила в біду. Він готовий відгукнутися навіть на невеликі психотерапевтичні дії, особливо на ранній стадії хворобливої пристрасті, що може привести до позитивних результатів. Тому тактовне втручання близьких і друзів, рання діагностика, доброзичливе консультування і з'ясування обставин, по яких у деяких людей розвивається залежність, підвищуватимуть ефективність допомоги наркологічно залежним людям. Відносини, які забезпечують такому хворому відчуття власної гідності і самоповаги, гарантують йому особисту захищеність і не розголошення інформації, сприяють його включенню в процес лікування, народжують оптимістичні очікування на майбутнє.

## **6. Етичні проблеми в геронтології**

Геронтологія – медична дисципліна, що займається особливостями діагностики, лікування і профілактики хвороб у осіб літнього віку. Актуальність проблем геронтології обумовлена тим, що в літньому віці найбільш поширені (в порівнянні з іншим віком) майже всі захворювання. Більшість з них не піддається радикальному лікуванню, і ефект лікування полягає тільки в продовженні життя і збереженні її якості. Основними групами захворювань літнього віку є

- психічні розлади
- хвороби серцево-судинної системи і
- пухлини.

Існує ряд етичних проблем в геронтології.

1. Важкі форми захворювань у разі несприятливого їх прогнозу ставлять перед лікарем проблему повідомлення пацієнта діагнозу і очікуваної тривалості життя. Більшість фахівців схиляються до повідомлення пацієнту правдивої інформації.

2. Лікування захворювань в літньому віці в деяких випадках приводить тільки до подовження тривалості життя, але не поліпшення її якості. Така ситуація ставить питання про активну або пасивну евтаназію, з приводу якої існує великий спектр різних думок, в тому числі і протилежних.

3. Серйозною проблемою в геронтології є раціонування – проблема справедливого розподілу ресурсів на лікування різних захворювань і груп хворих. В умовах дефіциту ресурсів немолоді пацієнти знаходяться в невігідній ситуації, оскільки з утилітарної точки зору «вигідно» лікувати працездатних молодих хворих. Прихованими формами дискримінації немолодих пацієнтів є відмова їм в госпіталізації і не призначення дорогих методів лікування.

## **7. Етичні проблеми в педіатрії**

Етичні проблеми педіатрії визначаються особливостями психіки дитини, які проявляються в його реакціях, подій, вразливості і довірливості. Тому робота педіатра пов'язана з глибоким знанням дитячої психології, основ педагогіки дитячого віку, умінням зрозуміти дитину, завоювати його довіру, вплинути на нього, зацікавити його. Мета біомедичної етики в педіатрії – рішення морально-етичних проблем, що виникають при лікуванні та спостереженні за дітьми з моменту народження до 18 років.

***Основні завдання біомедичної етики в педіатрії:***

1) встановлення довірчих взаємин між лікарем, батьками та їх дитиною;

2) надання допомоги сім'ї у питаннях планування народження дітей, проведення медико-генетичного консультування, спостереження за дітьми, народженими за допомогою екстракорпорального запліднення;

3) особливо уважне спостереження і догляд за безнадійно хворими дітьми, інвалідами, дітьми зі спадковими і вродженими захворюваннями;

4) прийняття важкого в етичному відношенні рішення про відключення дитини від апарату штучної вентиляції легенів при смерті мозку;

5) повідомлення батьків про встановлення факту смерті дитини, оголошення їм результатів патологоанатомічного чи судово-медичного розтину.

***До кола етичних проблем педіатрії входять також:***

а) захист прав дитини у випадках жорстокого поводження з нею з боку батьків чи медичного персоналу (в лікарнях, дошкільних дитячих закладах, дитячих будинках); при невикладкових отруєннях та травматизмі; медична емоційна занедбаність, відсутність елементарних умов для життя, догляду та харчування дітей у сім'ї;

б) допомога сім'ям та дітям, які страждають підвищеною агресивністю, жорстокістю, наркотичною, токсикологічною, ніотиною залежністю, мають суїцидальні нахили, різні види сексуальної адаптації, які перенесли насильство з боку дорослих;

в) допомога у вирішенні проблеми прийомних дітей, відмови від власної або усиновленої дитини, позбавлення батьківських прав;

г) допомога батькам при ухваленні рішення з трансплантації та донорства органів; з використання в лікуванні дітей методів генної інженерії; з приводу проведення хірургічного втручання або використання інвазивних методів у лікуванні та діагностиці, особливо якщо

вони загрожують несприятливим результатом для здоров'я або життя дитини; з приводу ранніх абортів у підлітків;

д) виявлення випадків лікарських помилок, ятрогенних захворювань, що виникли в результаті лікування або обстеження дитини;

е) забезпечення соціальної адаптації дитини з обмеженими фізичними і психічними можливостями (інвалідів з дитинства), надання їм та їхнім батькам психологічної підтримки;

ж) збереження лікарської таємниці, конфіденційності при огляді і спілкуванні з хворою дитиною та підлітком;

з) захист прав дитини на отримання повноцінного лікування та обстеження при відмові батьків від його проведення (через приналежність до секти чи неосудність батьків), особливо якщо це тягне за собою загрозу здоров'ю або життю дитини;

і) виявлення і засудження випадків неналежної поведінки лікаря або середнього медичного персоналу (вимагання, грубість, байдужість, ненадання медичної допомоги дитині);

к) неприпустимість проведення медичних досліджень й експериментів на дитині без згоди батьків.

### **Контрольні питання**

1. Етичні проблеми в онкології.
2. У чому етичний сенс ідеї захисту цивільних прав психічно хворих?
3. Які етичні небезпеки містить в собі втручання в психіку людини?
4. У чому полягає сенс сучасних етичних проблем в наркології?
5. Основні деонтологічні підходи в психіатрії.
6. Етичні проблеми в сучасній психотерапії.
7. Етичні проблеми в наркології.
8. Геронтології етичні проблеми.
9. Етичні проблеми в педіатрії.

### **Тестові завдання для контролю початкового рівня знань**

**1. До етичних принципів при проведенні клінічних досліджень не відносяться:**

- А. Відсутність права випробуваного припинити участь в експерименті.
- В. Усвідомлена добровільна згода об'єкту дослідження.
- С. Дотримання принципу справедливості.
- Д. Оцінка співвідношення ризик/користь.
- Е. Висока кваліфікація дослідника.

**2. Чим обумовлена актуальність проблем геронтології?**

- А. В літньому віці найбільш поширені (в порівнянні з іншим віком) майже всі захворювання.

В. В літньому віці найбільш поширені (в порівнянні з іншим віком) психічні розлади.

С. В літньому віці найбільш поширені (в порівнянні з іншим віком) пухлини.

Д. В літньому віці найбільш поширені (в порівнянні з іншим віком) хвороби серцево-судинної системи.

Е. В літньому віці найбільш поширені (в порівнянні з іншим віком) захворювання легень.

**3. Наркологія – це розділ.:**

А. Психіатрії.

В. Внутрішньої медицини.

С. Хірургії.

Д. Педіатрії.

Е. Все перераховане вище.

**4. Які симптомні зміни в психічній сфері були виявлені у онкологічних хворих після радикального лікування?**

А. Тривожно-депресивні

В. Тривожно-іпохондричні.

С. Астено-депресивні.

Д. Дисфоричні.

Е. Всі перераховані вище.

**5. Психологія – це:**

А. Наука, що вивчає поведінку людини.

В. Наука про закономірності виникнення, розвитку і прояву психіки.

С. Галузь науки, що вивчає рівень інтелектуального розвитку людини.

Д. Наука, направлена на вироблення адекватних методів лікування психічно хворих.

Е. Все перераховане вище.

**6. Медична психологія пов'язана із спеціальностями:**

А. Педіатрія.

В. Акушерство і гінекологія.

С. Хірургія.

Д. Психіатрія.

Е. Все перераховане вище.

**7. Метод спостереження за хворими:**

А. Активне втручання психолога в спостереження за хворими.

В. Спостереження за змінами, що відбуваються.

С. Взаємодія з обстежуваним.

Д. Відносно повний контроль за подіями.

Е. Ні одне не підходить.

**8. Яка властивість особи обумовлена біологічно?**

А. Темперамент.

В. Спрямованість.

- С. Навики.
- Д. Знання.
- Е. Духовні потреби.

**9. Чим займається геронтологія як медична дисципліна?**

- А. Геронтологія – медична дисципліна, що займається особливостями діагностики, лікування і профілактики хвороб у осіб літнього віку.
- В. Геронтологія – медична дисципліна, що займається особливостями діагностики, лікування і профілактики хвороб у осіб молодого віку.
- С. Геронтологія – медична дисципліна, що займається особливостями діагностики хвороб у осіб молодого віку.
- Д. Геронтологія – медична дисципліна, що займається особливостями профілактики хвороб у осіб літнього віку.
- Е. Нічого з перерахованого вище.

**10. Основними «бар'єрами», що перешкоджають роботі лікаря з наркологічними пацієнтами, є:**

- А. Песимізм.
- В. Моралізаторство.
- С. Створювання стереотипів.
- Д. Зневага.
- Е. Все вище перераховане.

## **Тема 14. ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВЗАЄМИН ЛІКАРЯ З ПАЦІЄНТОМ ВІЛ-ІНФІКОВАНИМ І ПАЦІЄНТОМ ХВОРИМ НА СНІД**

Специфіка розповсюдження вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) поставила пацієнтів (носіїв або вже хворих) в умови дискримінації в різних соціальних відносинах – медико-соціальних, соціально-побутових, працевлаштування тощо.

У зв'язку з можливою загрозою розповсюдження цього захворювання за допомогою діяльності медичного персоналу зростає значущість як професійних, так і етичних вимог до медичного персоналу.

**Синдром надбаного імунодефіциту (СНІД)** – вірусне захворювання людини з ураженням імунної системи, переважно Т-хелперів, що призводить до різкого зниження загальної резистентності організму до умовно-патогенних мікроорганізмів і схильності до онкологічних захворювань.

**Основна термінологія і поняття**, що використовують при роботі з хворими на СНІД:

– *ВІЛ-інфекція* – захворювання, що викликане вірусом імунодефіциту людини;

– *ВІЛ-інфіковані* – особи, в організмі яких виявлений вірус імунодефіциту людини (до категорії ВІЛ-інфікованих відносяться як особи без клінічних проявів захворювань – носії ВІЛ, так і хворі СНІД);

– СНІД – кінцева стадія ВІЛ-інфекції;

– *хворі на СНІД* – особи з різними патологічними проявами, обумовленими значним ураженням імунної системи вірусом імунодефіциту людини;

– *медичний огляд* – це лабораторне обстеження крові або інших біологічних рідин з метою виявлення зараження ВІЛ;

– *медичне обстеження* – поглиблене клінічно-лабораторне обстеження осіб з метою встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції;

– *профілактичне спостереження* – динамічне спостереження за станом здоров'я ВІЛ-інфікованих;

– *медичні контакти* – реципієнти крові, її препаратів і інших біологічних рідин, органів і тканин від ВІЛ-інфікованих, а також особи, які об'єднані однією медичною установою з ВІЛ-інфікованими і отримували одночасно з ними медичні маніпуляції, пов'язані з порушенням цілісності шкірних покривів і слизових оболонок.



## **1. Епідеміологія СНІД.**

Вірус імунодефіциту людини (ВІЛ) – це патогенний ретровірус, що викликає у людини синдром надбаного імунодефіциту і пов'язані з ним захворювання. ВІЛ-інфекція, подібно до пожежі, охопила зараз майже всі континенти. За практично короткий час вона стала проблемою номер один для Всесвітньої організації охорони здоров'я і ООН, відтісняючи на друге місце злоякісні пухлини і серцево-судинні захворювання. Через високий рівень летальності СНІД опинився в центрі уваги дослідників всього світу.

Перші випадки СНІДу зареєстровані влітку 1981 року в США, коли Центром за контролем захворювання в Атланті (штат Джорджія) були отримані дані про захворюваність молодих чоловіків-гомосексуалістів незвичайною пневмонією, викликану умовно-патогенними простими, – пневмоцистами і саркомою Капоші, що мали більш агресивний перебіг і швидко приводили до смерті. Хоча клінічна картина указувала на вже відомий у той час синдром імунодефіциту, але причина і шляхи передачі захворювання залишалися невідомими. Вірус, відомий зараз як збудник СНІДу, був відкритий тільки в 1983 році.

Більшість хворих СНІДом, як показали перші дослідження, складали пасивні гомосексуалісти, які мали багато статевих партнерів. На другому місці – наркомани, які використовували для внутрішньовенного введення наркотичних препаратів шприци багатократного використання. В основному це були жителі Нью-Йорка, Каліфорнії, Лос-Анджелеса. Далі виявилось, що СНІД виникає після переливання крові, її компонентів. Врешті-решт, з'явилися новини про передачу захворювання дітям через хворих матерів, зокрема, і через трансплацентарний шлях. Всі ці факти давали можливість припустити, що СНІД має інфекційну теорію, а його збудник має властивості тропності цитопатогенності згідно Т-лімфоцитів, що відповідають за клітинний імунітет.

ВІЛ не передається при випадкових побутових контактах між людьми. При цьому, медичний персонал може заразитися при пошкодженні голками для ін'єкцій, а також попаданні на шкіру і слизові оболонки зараженої крові і інших рідин організму.

## **2. Проведення медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфікованих**

*Обов'язковому медичному огляду підлягають:*

– громадяни інших держав і особи без громадянства, які прибули до України на навчання або роботу за винятком осіб, які мають сертифікат, передбачений відповідним договором між Україною і іншою державою, – після прибуття;

– особи, які займаються проституцією, і наркомани, які вводять наркотичні речовини ін'єкційно (тільки у випадку, якщо вони визнані такими у встановленому законом порядку), – один раз на шість місяців.

***Медичному огляду підлягають:***

– громадяни України, інших держав, особи без громадянства, які мали статеві контакти з ВІЛ-інфікованими, – при їх виявленні, через 6 і 12 місяців, якщо попередні обстеження дали негативні результати;

– особи, у яких виявлені захворювання, що передаються статевим шляхом;

– діти, що народилися від ВІЛ-інфікованих матерів, – при народженні, а також через 6 і 12 місяців;

– донори крові, біологічних рідин, органів і тканин – при кожній здачі;

– особи, що були в медичному контакті з хворими СНІДом або носіями ВІЛ – при виявленні і надалі з урахуванням епідемічної ситуації;

– вагітні жінки – при постановці на облік з вагітності і в 30-тижневий термін вагітності, а також за відсутності даних на СНІД – під час надходження до пологового будинку (відділення);

– вагітні жінки, які звертаються до медичної установи для штучного переривання вагітності;

– медичні працівники, зайняті наданням медичної допомоги ВІЛ-інфікованим, лабораторною діагностикою ВІЛ-інфекції, проведенням досліджень з використанням інфікованого матеріалу, виробництвом біологічних препаратів для діагностики, профілактики СНІДУ – один раз на рік;

– громадяни України при виїзді в країни, які вимагають сертифікати про проходження медичного огляду на ВІЛ-інфекцію;

– громадяни України, інших держав і особи без громадянства, що виявили бажання пройти обстеження, зокрема анонімно;

– громадяни України, які повертаються із зарубіжних, службових або приватних поїздок тривалістю більше 6 місяців – при поверненні.

– співробітники іноземних дипломатичних представництв, консульських установ, інші особи, які користуються на території України дипломатичними привілеями і імунітетом, можуть бути оглянуті на предмет зараження ВІЛ тільки за їх згодою; пропозиції таким

особам про проходження медичного огляду Міністерство охорони здоров'я заздалегідь погоджує з Міністерством закордонних справ.

Біологічний матеріал померлих від сепсису, інфекційних, паразитарних, онкологічних захворювань, а також інших хвороб, патологічні прояви яких можуть свідчити про наявність ВІЛ-інфекції, підлягає відповідному дослідженню у випадку, якщо перед смертю ці особи не пройшли медичний огляд.

**3. Медичний огляд на ВІЛ-інфекцію** проводиться шляхом забору крові або інших біологічних рідин, які направляють в лабораторію діагностики ВІЛ-інфекції. При отриманні позитивних результатів дослідження сироватки в реакції імуноферментного аналізу її відсилають в Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом або його філії для підтвердження результату реакції імуноного блотингу. У разі позитивного результату реакції імуноного блотингу Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом (філія) інформує про це обласну (Київську, Севастопольську міські) санепідемстанцію і обласний (міський) центр профілактики і боротьби зі СНІДом. Останні доводять до зведення лікувально-профілактичної установи за місцем проживання обстежуваного про необхідність напряму його в Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом (філію) для встановлення остаточного діагнозу. Про осіб, у яких після медичного обстеження встановлений діагноз ВІЛ-інфекції, Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом (філія) повідомляє в обласну (Київську, Севастопольську міські) санепідемстанцію і обласний (міський) центр профілактики і боротьби зі СНІДом, які у свою чергу, інформують про них лікувально-профілактичну установу, що здійснюватиме медичне спостереження. Одночасно обласна (Київська, Севастопольська міська) санепідемстанція, обласний (міський) центр профілактики і боротьби зі СНІДом направляють оперативну інформацію про ВІЛ-інфікованого в Міністерство охорони здоров'я.

#### **4. Проведення медичного обстеження ВІЛ-інфікованих.**

Особи з позитивними результатами дослідження на ВІЛ підлягають обов'язковому медичному обстеженню, яке здійснюється в Українському центрі профілактики і боротьби зі СНІДом з метою остаточного встановлення (або виключення) діагнозу ВІЛ-інфекції шляхом поглибленого клініко-лабораторного дослідження пацієнта. Госпіталізацію осіб в Український (обласний, міський) центр профілактики і боротьби зі СНІДом проводить лікувальна установа за місцем проживання або перебування обстежуваного.

На підставі результатів медичного обстеження комісія, до складу якої входять фахівці відповідного профілю, робить висновок про наявність (або відсутність) у обстежуваного ВІЛ-інфекції і у письмовій формі спрямовують в обласні (Київську, Севастопольську міські) санепідемстанції і обласний (міський) центр профілактики і боротьби зі СНІДом.

Фахівці Українського (обласного, міського) центру профілактики і боротьби зі СНІДом повинні повідомити осіб з підтвердженим діагнозом ВІЛ-інфекції про наявність у них цього захворювання і попередити про необхідність заходів з метою попередження розповсюдження ВІЛ-інфекції і кримінальної відповідальності за свідоме створення небезпеки зараження або зараження іншої особи. Факт попередження інфіковані зобов'язані засвідчити письмово, у разі відмови від такого засвідчення складається відповідний документ.

Після встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції проводиться епідеміологічне розслідування з метою виявлення джерел і шляхів інфікування, а також осіб, які мали вірогідність зараження від інфікованого під час статевих або медичних контактів.

Результати епідеміологічного розслідування вносяться до карт епідеміологічного розслідування, які перебувають в обласних (Київській і Севастопольській міських) санепідемстанціях і обласних (міських) центрах боротьби зі СНІДом і використовуються для проведення заходів щодо попередження розповсюдження ВІЛ-інфекції.

### **5. Облік ВІЛ-інфікованих**

Всі ВІЛ-інфіковані перебувають на обліку. З метою збереження лікарської таємниці облік таких осіб ведеться тільки в територіальних або відомчих лікувально-профілактичних установах, що здійснюють їх медичне обстеження, а також обласних (Київська і Севастопольська міська) санепідемстанціях і обласних (міських) центрах профілактики і боротьби зі СНІДом.

Реєстрації підлягають особи з позитивними результатами медичного обстеження. При неможливості провести медичне обстеження, особа може бути зареєстрована як ВІЛ-інфікована на підставі позитивного результату медичного огляду.

Дитина, яка народилася у ВІЛ-інфікованих батьків, вважається ВІЛ-інфікованою, якщо протягом року у неї зберігаються антитіла до вірусу імунодефіциту людини. У разі смерті такої дитини у віці до одного року, причина смерті встановлюється на підставі результатів лабораторних досліджень, клінічних і патологоанатоміч-

них даних комісією, до складу якої входять лікарі відповідного профілю. При встановленні діагнозу ВІЛ-інфекції такі випадки підлягають реєстрації.

## **6. Етичні аспекти ВІЛ/СНІДу**

Серед перших ВІЛ-інфікованих на початку 80-х рр. в США і Західній Європі опинилися гомосексуалісти і споживачі ін'єкційних наркотиків. Тому діагноз ВІЛ-інфекція асоціювався з ізгоями суспільства, ВІЛ-позитивні люди – з асоціальними групами, а природною реакцією суспільства було відгородитися від цієї проблеми. Відношення суспільства до людей, які живуть з ВІЛ, досі залишається негативним, заснованим на стереотипах, страхах і забобонах, сформованих протягом десятиліть («СНІД – чума ХХ століття»). Проте для ВІЛ-інфекції не існує традиційних меж і перешкод, таких як національність, вік, стать тощо. ВІЛ-позитивними, можуть стати родичі, друзі, сусіди й інші близькі люди. Проблема ВІЛ/СНІДу давно перестала бути тільки медичною. Вона активно впливає на соціальну і економічну сферу, що змусило не тільки медиків, але і політиків включитися в боротьбу з епідемією.

Як правило, це молоді люди репродуктивного віку, які живуть в суспільстві, взаємодіють з ним і активно впливають на нього.

### ***Основні етичні проблеми ВІЛ/СНІДу:***

1. Соціальна інтеграція і допомога людям, які живуть з ВІЛ/СНІД: нарівні з іншими членами суспільства вони повинні жити повноцінним життям.

2. Зі свого боку вони повинні полегшувати тягар епідемії і не допускати нових випадків зараження.

3. Людям, в чий життя ВІЛ не увійшов як власна хвороба або хвороба близьких, треба навчитися співіснувати в умовах розповсюдження ВІЛ-інфекції.

4. Особлива роль відводиться медичному персоналу: з одного боку, медики покликані надавати медичну допомогу ВІЛ-інфікованим людям, а з іншої – знижувати психологічну напругу, пов'язану з ВІЛ-статусом, допомогти інтегрувати ВІЛ-позитивних людей в суспільство.

5. Враховуючи, що у багатьох випадках ВІЛ-інфекція – це «хвороба поведінки», необхідно за допомогою кваліфікованих фахівців формувати в суспільстві стереотипи безпечної поведінки.

6. Фахівці, які працюють з ВІЛ-позитивними людьми, повинні звертати увагу на надання психосоціальної допомоги цій групі пацієнтів. Багато хто з них вимушений жити в умовах стигматиза-

ції і дискримінації. Тому особи, здійснюючі лікування і догляд, повинні дотримуватись конфіденційності, берегти лікарську таємницю, щоб не розкрити оточуючим ВІЛ-інфікований статус пацієнта, інакше лікарська помилка може дорого обійтися пацієнтові: не тільки зламати його кар'єру, зруйнувати сім'ю, але іноді і сприяти суїцидальним спробам.

Неоднозначно вирішується питання про збереження лікарської таємниці, що стосується пацієнтів, які страждають психічними або так званими «соціальними» недугами – наркоманією, алкоголізмом, венеричними захворюваннями, людей ВІЛ-інфікованих. Передача стороннім особам інформації про таких пацієнтів не тільки породжує відчуття збитковості у них, але і може викликати безліч соціальних проблем: послужити причиною їх дискримінації на службі, в сім'ї. Разом з тим, постає питання безпеки оточуючих і самого пацієнта. Для вирішення цих проблем необхідні: 1) контроль над дотриманням лікарської таємниці лікарями і медиками-дослідниками; 2) практичне забезпечення збереження лікарської таємниці, наприклад, шляхом створення анонімних кабінетів для лікування і обстеження пацієнтів.

#### **7. Правові основи боротьби із СНІДом в Україні**

1. Закон України «Про запобігання захворюванню синдромом надбаного імунodefіциту (СНІД) і соціальний захист населення» №1972, 1992 р.;
2. Закон України «Про внесення до Закону України «Про запобігання захворюванню синдромом надбаного імунodefіциту (СНІД) і соціальний захист населення» № 277 від 15.11.2001 р.;
3. Указ Президента України № 1182 від 1.11.2000 р. «Про невідкладні заходи щодо запобігання розповсюдженню ВІЛ-інфекції/СНІДУ»;
4. Указ Президента України № 461 від 22.06.2001 р. «Про оголошення в Україні 2002 року роком боротьби зі СНІДом»;
5. Указ Президента України № 741 від 28.08.2001 р. «Про додаткові заходи щодо посилення боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом»;
6. Постанова Кабінету Міністрів України № 1051 від 10.07.1998 р. «Про розмір щомісячної державної допомоги дітям у віці до 16 років, інфікованих вірусом імунodefіциту людини або СНІД»;
7. Постанова Кабінету Міністрів України № 1642 від 16.10.1998 р. «Про затвердження порядку й умов обов'язкового страхування медичних працівників і інших осіб на випадок інфікування ВІЛ під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання в зв'язку з цим інвалідності або смерті від за-

хворювань, обумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, і списку категорій осіб, які підлягають обов'язковому страхуванню на випадок інфікування ВІЛ під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання в зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, обумовлених розвитком ВІЛ-інфекцій»;

8. Постанова Кабінету Міністрів України № 2026 від 18.12.1998 р. «Питання запобігання і захисту населення від ВІЛ-інфекції і СНІДу»;
9. Постанова Кабінету Міністрів України № 790 від 11.07.2001 р. «Про Програму профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2001-2003 рр.»;
10. Постанова Кабінету Міністрів України № 1403 від 26.10.2001 р. «Про затвердження програм розвитку донорства крові і її компонентів на 2002-2007 рр.»;
11. Постанова Кабінету Міністрів України № 1620 від 29.11.2001 р. «Про створення Українського фонду боротьби з ВІЛ-інфекцією і СНІДом»;
12. Наказ МОЗ України від 25.05.2000 р. № 120 «Про удосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію /СНІД».
13. Закон України № 1026-VI «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду і підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих СНІДом на 2009-2013 роки».

### **Контрольні питання**

1. Дані епідеміології СНІД.
2. Юридичні аспекти СНІДу на Україні.
3. Основні використовувані терміни і поняття.
4. Умови проведення медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфікованих.
5. Проведення медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфікованих.
6. Проведення медичного обстеження ВІЛ-інфікованих.
7. Облік ВІЛ-інфікованих.
8. ВІЛ/СНІДу етичні аспекти.

### **Тестові завдання для контролю початкового рівня знань**

**1. Який наказ МОЗ України регламентує заходи профілактики зараження ВІЛ-інфекцією?**

- A. 120
- B. 408
- C. 138
- D. 155

Е. 38

**2. Через який період часу після контакту з ВІЛ-інфікованим матеріалом початок хіміопротекції вважається недоцільним?**

- А. 72 год.
- В. 48 год.
- С. 24 год.
- Д. 12 год.
- Е. 6 год.

**3. Перерахуйте заходи профілактики ВІЛ-інфікування при порушенні цілісності шкіри:**

- А. Видавити кров з рани.
- В. Рану обробити дезрозчином, а потім йодом.
- С. Промити рану з милом під проточною водою.
- Д. Повторно протерти руки 70° спиртом, заклеїти рану.
- Е. Все перелічене вище вірно.

**4. Ваші дії з профілактики ВІЛ-інфікування при контакті з кров'ю без пошкодження шкіри:**

- А. Протерти заражене місце дезрозчином, промити водою з милом, повторно обробити 70° спиртом
- В. Промити місце контакту проточною водою з милом, обробити дезрозчином.
- С. Обробити місце контакту 70° спиртом, промити проточною водою, повторно обробити спиртом.
- Д. Обробити заражене місце 3% розчином перекису водню, промити під проточною водою з милом, обробити 5% розчином йоду.
- Е. Промити заражене місце водою з милом і протерти 70° спиртом.

**5. Які категорії населення відносяться до групи ризику ВІЛ-інфікування?**

- А. Наркомани.
- В. Ув'язнені.
- С. Особи, що займаються проституцією.
- Д. Особи без певного місця проживання.
- Е. Всі перелічені вище.

**6. Який Закон України регламентує Загальнодержавну програму забезпечення профілактики ВІЛ-інфікування, лікування, догляду і підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих СНІДом на 2009-2013 рр.**

- А. 1026-VI.
- В. 120.
- С. 155/98.
- Д. 1972-XII.
- Е. 1974-XII.

**7. Який Закон України вніс зміни і доповнення до Кримінального Кодексу України, що передбачає кримінальну відповідальність за розповсюдження ВІЛ/СНІД?**



- A. 1974-ХІІ.
- В. 1972-ХІІ.
- С. 1026-VІ.
- Д. 155/98.
- Е. 186.

**8. Який Закон України регламентує соціальний захист населення від захворювання СНІДом?**

- A. 1974-ХІІ.
- В. 1972-ХІІ.
- С. 1026-VІ.
- Д. 155/98.
- Е. 186.

**9. У якому році були внесені зміни в Закон України №1972 «Про попередження захворюваності СНІДом і соціальний захист населення»?**

- A. 1998.
- В. 1995.
- С. 1994.
- Д. 1991.
- Е. 2009.

**10. Яким наказом МОЗ України затверджена стратегія інформаційно-профілактичної діяльності з протидії розповсюдження ВІЛ-інфекції/СНІДу серед населення?**

- A. 1974-ХІІ, 1994.
- В. 67, 2010.
- С. 1026-VІ, 2009.
- Д. 155/98, 1998.
- Е. 186, 1995.

**11. Який контингент населення підлягає обов'язковому медичному огляду з метою виявлення ВІЛ-інфікування?**

- A. Особи, які займаються проституцією, наркомани.
- В. Донори крові, біологічних рідин і тканин.
- С. Медробітники, які лікують ВІЛ-інфікованих.
- Д. Особи, які повернулися з тривалої закордонвід'їдки.
- Е. Співробітники іноземних дипломатичних установ.

**12. Основний шлях передачі ВІЛ-інфекції:**

- A. Парентеральний.
- В. Статевий.
- С. Ентеральний.
- Д. Повітряно-краплинний.
- Е. Контактний.

**13. Основний принцип професійної профілактики медичних працівників:**

- A. Кожен, хто звертається за медичною допомогою – потенційний носій ВІЛ
- В. Кожен, хто звертається за медичною допомогою хірургічного профілю є носієм ВІЛ

- С. Будь-яка інвазивна процедура (діагностична або лікувальна) має потенційну загрозу інфікування ВІЛ.
- Д. Принцип конфіденційності.
- Е. Кров і інші рідини будь-якого хворого вважаються потенційно ВІЛ-інфікованими.

**14. Хто і коли має право повідомити хворого про його ВІЛ-інфікування?**

- А. Лікуючий лікар після отримання позитивних результатів з лабораторії діагностики ВІЛ.
- В. Робітники лабораторії діагностики ВІЛ.
- С. Після медичного обстеження в центрі профілактики і боротьби зі СНІДом.
- Д. Спеціальна комісія лікувально-профілактичної установи за місцем проживання.
- Е. Спеціаліст Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом після висновку спецкомісії.

**15. Універсальні запобіжні заходи, що не використовуються до біологічних рідин, за винятком:**

- А. Блювотні маси.
- В. Калові маси.
- С. Виділення з носа.
- Д. Вагінальні виділення.
- Е. Мокрота.

**16. Універсальні запобіжні заходи необхідно застосовувати при контакті з біологічними рідинами, за винятком:**

- А. Синовіальна.
- В. Плевральна.
- С. Амніотична.
- Д. Виділення з носа.
- Е. Вагінальні виділення.

# СИТУАЦІЙНІ ЗАВДАННЯ ДЛЯ КОНТРОЛЮ КІНЦЕВОГО РІВНЯ ЗНАЬ

## ТЕМА 1

### Завдання № 1

*У приймальне відділення стаціонару звернувся хворий з вулиці у важкому стані, неохайно одягнений, брудний, без документів. Лікар відмовив в огляді і наданні допомоги, посилаючись на асоціальний стан хворого і відсутність документів. Оцінити дії лікаря:*

- A. Лікар має рацію.
- B. Лікар повинен був викликати міліцію для переведення пацієнта в спецприймочник.
- C. Кожна людина має право на меддопомогу.
- D. Лікар повинен надати допомогу після встановлення особи пацієнта.
- E. Лікар повинен надавати допомогу тільки мешканцям за місцем реєстрації.

### Завдання № 2

*Під час відпустки лікар приховав своє відношення до медицини і не надав допомогу хворому з серцевим нападом, аргументуючи тим, що він перебуває у відпустці. Оцінити дію лікаря.*

- A. Кожна людина має право на відпочинок.
- B. Кожна людина має право на меддопомогу.
- C. Лікар зобов'язаний надати допомогу в будь-якій обстановці і у будь-який час.
- D. Лікар зробив правильно.
- E. Лікар несе кримінальну відповідальність за непередставлення меддопомоги.

### Завдання № 3

*Хворий відмовляється від проведення необхідного обстеження і лікування, пояснюючи це своїм віросповіданням. Лікар докладає всі зусиль, щоб роз'яснити хворому необхідність в обстеженні і виконати свій професійний обов'язок. Оцінити дії лікаря:*

- A. Лікар повинен виконати свої професійні обов'язки.
- B. Хворий має право відмовитися від меддопомоги.
- C. Лікар повинен переконати родичів хворого в необхідності його лікування.
- D. Лікар може призначити лікування хворому без обстеження.
- E. Хворий не має права відмовлятися від обстеження і лікування.

### Завдання № 4

*Лікар-інтерн хірургічного відділення постійно конкурує з колегами, намагається за будь-яку ціну довести, що він кращий, прагне бути присутнім на всіх операціях, обов'язково отримати дозвіл асистувати, чергувати разом з куратором, ставить багато питань на засіданнях. Який тип поведінки він вибрав?*

- А. Пристосування.
- В. Змагання.
- С. Компроміс.
- Д. Уникнення.
- Е. Співпраця.

#### **Завдання № 5**

*На прийомі в поліклініці хворому не сподобався зовнішній вигляд лікаря: брудний пом'ятий халат, відсутність шапочки, неакуратно підстрижені нігті. Хворий відмовився від консультації лікаря. Ваша думка:*

- А. Хворий правий, велике значення має зовнішній вигляд лікаря.
- В. Якщо лікар гарний фахівець, зовнішній вигляд немає значення.
- С. Якщо хворий потребує допомоги лікаря, то його зовнішній вигляд не має значення.
- Д. Тактовний хворий зробить вигляд, що не звернув уваги на зовнішній вигляд лікаря.
- Е. Всі відповіді можливі.

#### **Завдання № 6**

*Лікар терапевт втомившись від конкурентних відносин в колективі запропонував рівний розподіл навантажень з урахуванням інтересів і можливостей всіх співробітників, чіткий і рівнозначний для всіх графік відгулів і нічних чергувань. Який тип регулювання конфлікту він вибрав?*

- А. Пристосування.
- В. Змагання.
- С. Компроміс.
- Д. Уникнення.
- Е. Співпраця.

#### **Завдання №7**

*Хворий з сильним стискаючим болем за грудиною звернувся за допомогою в стаціонар. Черговий лікар відмовив в госпіталізації і наданні допомоги, аргументуючи відмову непрофільністю лікувальної установи. Ваші дії на місці чергового лікаря:*

- А. Госпіталізувати до лікувальної установи, незалежно від його профілю.
- В. Надати невідкладну допомогу і відпустити додому.
- С. Надати невідкладну допомогу і організувати транспортування хворого в профільний стаціонар.
- Д. Організувати транспортування хворого в профільний стаціонар.

- Е. Викликати бригаду швидкої допомоги для надання невідкладній допомоги хворому і транспортування його в спеціалізований стаціонар.

### **Завдання № 8**

*До офтальмолога звернулися за допомогою сусіди: їх дитина впала з велосипеда, ударила або вивихнула, або зламала руку. Дії лікаря:*

- А. Надати першу допомогу і викликати швидку допомогу.
- В. Послатися на свою некомпетентність в даній ситуації.
- С. Порадити звернутися в травматологічний пункт.
- Д. Іммобілізувати кінцівку і викликати сімейного лікаря.
- Е. Подзвонити в поліклініку черговому лікареві.

## **ТЕМА 2**

### **Завдання № 1**

*До травматологічного пункту звернувся робочий, який отримав травму на роботі в стані алкогольного сп'яніння. Лікар, будучи родичем потерпілого, оформив довідку про неприцездатність хворого, не вказав факт отримання травми в стані алкогольного сп'яніння. Оцініть дії лікаря:*

- А. Скоїв посадове порушення.
- В. Скоїв благородний вчинок.
- С. Порушив правила поведінки.
- Д. Допоміг родичеві.
- Е. Проявив гуманізм і милосердя.

### **Завдання № 2**

*Після огляду пацієнта завідувач відділенням починає обговорювати діагноз і план лікування з лікарем у присутності пацієнта. Оцінити дії медперсоналу.*

- А. Хворий має право знати все про свою хворобу.
- В. У хворого можливий розвиток ятрогенного захворювання.
- С. Хворий не має права бути присутнім під час обговорення його діагнозу.
- Д. Хворий не має права бути присутнім під час обговорення його лікування.
- Е. Можливий розвиток недовіри до медперсоналу.

### **Завдання № 3**

*Хворий направлений в стаціонар для планового обстеження і лікування. При зверненні до стаціонару хворому відмовили в госпіталізації через відсутність вільних місць. Ваша дія на місці медперсоналу лікувальної установи:*

- А. Всі дії були правильними.
- В. Назначити дату госпіталізації з урахуванням вільних місць.

- С. Організувати госпіталізацію хворого до іншої аналогічної лікувальної установи.
- Д. Запропонувати хворому провести обстеження і лікування амбулаторно.
- Е. Всі варіанти можливі.

#### **Завдання № 4**

*Лікар терапевтичного відділення систематично спізнюється на роботу, двічі за місяць не вийшов на чергування, пославшись на те, що переплутав числа. Класифікувати вчинок лікаря:*

- А. Дисциплінарне порушення.
- В. Суспільне порушення.
- С. Адміністративне порушення.
- Д. Лікарська помилка.
- Е. Халатність.

#### **Завдання № 5**

*Під час обходу лікар сказав, що молодша медсестра несвоєчасно переслала ліжку хворому і зробив їй зауваження у присутності хворого. Що порушив лікар?*

- А. Субординацію.
- В. Правила деонтології.
- С. Лікувально-охоронний режим.
- Д. Санітарно-гігієнічний режим.
- Е. Правила внутрішнього розпорядку.

#### **Завдання № 6**

*Хворий звернувся в консультативну поліклініку. Лікар без опиту і огляду хворого призначає високооплачуване обстеження (лабораторне і інструментальне) і призначає консультацію після отримання його результатів. Оцінити дію лікаря консультативної поліклініки:*

- А. Лікар зобов'язаний проконсультувати пацієнта за наявності направлення і виписки з історії хвороби.
- В. Лікар зобов'язаний прийняти пацієнта тільки за направленням з попереднім діагнозом.
- С. Лікар зобов'язаний оглянути хворого, поставити попередній діагноз, після чого призначити тільки необхідні дослідження.
- Д. Сучасний лікар повинен мати повну інформацію про хворого, що допоможе йому поставити правильний діагноз.
- Е. Лікар повинен порадитися з хворим перед призначенням високооплачуваного обстеження.

### **ТЕМА 3**

#### **Завдання № 1**

***Під час профілактичного огляду лікар повідомляє хворому попередній діагноз "пухлина кишечника" і пропонує терміново провести обстеження в умовах спеціалізованого стаціонару. Які дії лікаря були помилкові?***

- A. Розкрита лікарська таємниця.
- B. Повідомлення хворому про можливий і необґрунтований діагноз
- C. Пропонування термінової госпіталізації для обстеження.
- D. Лікар прав, оскільки хворий має право знати всю інформацію про свою хворобу.
- E. Всі дії лікаря були помилкові.

### **Завдання № 2**

***Лікар пропонує хворому на вибір лікарські препарати, які необхідно приймати в процесі тривалого лікування. Хворий, орієнтуючись тільки в ціні, вибирає найбільш дешевий препарат. Через деякий час хворий вимушений не тільки перейти на прийом інших препаратів, але і отримати додаткове лікування для зменшення проявів побічних дій "дешевих" препаратів. Назвати причину даної ситуації:***

- A. Відсутність чіткого рішення з боку лікаря.
- B. Недостатня медична освіченість пацієнта.
- C. Низька якість і побічні дії дешевих препаратів.
- D. Неправильно призначене лікування.
- E. Спочатку було призначене недостатнє лікування.

### **Завдання №3**

***Серед хворих в палаті виникла конфліктна ситуація. Як повинен діяти лікар?***

- A. Перевести конфліктуючих пацієнтів в різні палати.
- B. Переконати пацієнтів помиритися.
- C. Заборонити з'ясовувати відносини.
- D. Виписати конфліктуючих пацієнтів для подальшого амбулаторного лікування.
- E. Притягати адміністрацію лікувальної установи для вирішення проблеми.

### **Завдання № 4**

***Хворому показаний дорогий препарат, якого немає в арсеналі лікарняної аптеки. Хворий – людина малозабезпечена. Як повинен поступити лікар?***

- A. Пояснити хворому, що препарат йому показаний, і разом вирішити проблему оплати препарату.
- B. Повідомити родичам хворого про необхідність даного препарату.
- C. Знайти спонсора в особі добродійного фонду або іншої організації, або приватної особи.

- Д. Продовжувати лікувати доступними за ціною або наявними в лікарні препаратами.
- Е. Назначить замість дорогого препарату інші препарати, які замінюють його дію.

#### Завдання № 5

*Пацієнт 52 років, поступив на судово-психіатричну експертизу після скоєння злочину. Лікарям говорив, що втратив пам'ять, не пам'ятає, що трапилося, де він був, що робив, зараз не може писати, читати. Дані психологічного і неврологічного обстеження патології не виявили. Яке відношення до своєї хвороби у даного хворого?*

- А. Симуляція.
- В. Агравация.
- С. Дисимуляція.
- Д. Утилітарне.
- Е. Нозофільне.

#### Завдання № 6

*Хворому 45 років, встановлений діагноз хронічний ентероколіт. Відчуває необґрунтований, нав'язливий страх перед злякисним новоутворенням, що він нібито у себе виявив. Хворий нав'язливо звертається до лікаря з питаннями із цього приводу. Яка правильна тактика поведінки лікаря, з урахуванням того, що діагноз злякисного новоутворення виключений за наслідками повного соматичного обстеження.*

- А. Ігнорувати питання хворого як необґрунтовані.
- В. Рекомендувати звернутися до психіатра.
- С. Терпляче довести хворому необґрунтованість його підозр.
- Д. Рекомендувати повторне соматичне обстеження.
- Е. Рекомендувати обстеження в спеціалізованому онкологічному центрі.

### ТЕМА 4

#### Завдання №1

*Після проведення оперативного втручання з приводу апендициту у хворого наприкінці другої доби підвищилася температура до 38,5 °С, з'явився біль в області післяопераційної рани. При повторній ревізії в черевній порожнині була виявлена забута серветка, яка послужила причиною розвитку ускладнення післяопераційного періоду. Оцінити дії хірурга:*

- А. Лікувальна помилка.
- В. Нещасний випадок.
- С. Професійний злочин.
- Д. Хірург не винен, серветку міг забути його асистент.
- Е. Дії хірурга може оцінити тільки лікарсько-експертна комісія.

#### Завдання №2

*Небезпечному рецидивістові, який перебуває у в'язниці за здійснення статевого злочину, пропонується повна кастрація в обмін на*



**скорочення терміну ув'язнення. Чи правомірна стерилізація злочинця (1) і за яких умов можливий виняток (2)?**

1. А. Так В. Ні
2. А. Усна угода ув'язненого.
- В. Оформлення інформаційної угоди.
- С. Дотримуватися конфіденційності.
- Д. Дозвіл комітету з етики.
- Е. Виняток неможливий.

### **Завдання № 3**

**Новонароджена дитина страждає атрезією заднього проходу і хворобою Дауна. Незайне хірургічне втручання, можливо, вирішило б продовження життя немовляти, але його інтелект в майбутньому залишився б на рівні 4-річної дитини, а тривалість життя склала близько 20 років. Батьки відмовляються від операції, вважаючи кращим, якщо дитина помре природною смертю. Кому, на вашу думку, належить право вирішувати долю немовляти?**

- А. Батькам.
- В. Лікувальному педіатрові.
- С. Дитячим хірургам.
- Д. Комісії з біоетики.
- Е. Лікувальному консилиуму.

### **Завдання № 4**

**На санпропускник міської лікарні привезли небезпечно злочинця у важкому стані з ножовим пораненням грудної клітини. Черговий лікар, не повідомивши в міліцію, негайно почав надавати невідкладну допомогу, викликав бригаду хірургів. Оцініть дії лікаря. Як повинен був діяти черговий лікар?**

- А. Надати невідкладну допомогу і повідомити в міліцію, інформувати адміністрацію лікарні.
- В. Відказати в наданні медичної допомоги злочинцеві.
- С. Передати злочинця органам влади.
- Д. Інформувати міліцію і викликати «швидку допомогу» для переводу хворого в спеціалізоване відділення.
- Е. Інформувати адміністрацію і викликати «швидку допомогу» для переводу хворого в спеціалізоване відділення.

### **Завдання №5**

**Поступила пацієнтка з клінічною картиною часткової спастичної кишкової непрохідності. У анамнезі резекція шлунку з приводу виразкової хвороби шлунку. Основний метод діагностики цього захворювання**

– рентгенологічний. На оглядовому знімку черевної порожнини виявлено, що в черевній порожнині знаходиться хірургічна голка (яка не викликає ніякої симптоматики). Кишкова непрохідність вирішується. Який принцип біомедичної етики порушений? Чи потрібно повідомляти пацієнтку про знахідку (голку)?

- А. Правдивість.
- В. Інформована угода.
- С. Милосердя.
- Д. Справедливості.
- Е. Конфіденційності.

## **ТЕМА 5**

### **Завдання № 1**

*При спілкуванні з хворим лікар пропонує йому вибрати з лікувальних засобів ті, що влаштовують його за ціною і способом застосування. Визначити модель взаємин лікаря хворим:*

- А. Технологічна;
- В. Ліберальна;
- С. Патерналістська;
- Д. Інтерпретаційна;
- Е. Декілька моделей одночасно

### **Завдання № 2**

*Лікар призначає обмеження і лікування хворому, не враховуючи його індивідуальних особливостей, можливостей і побажань. Визначити модель взаємин лікаря і хворого:*

- А. Технологічна;
- В. Ліберальна;
- С. Патерналістська;
- Д. Інтерпретаційна;
- Е. Декілька моделей одночасно

### **Завдання № 3**

*Під час відвідин хворого лікар, окрім отримання чисто медичної інформації, спілкуючись з хворим, з'ясовує його настрій, відчуття, особливості сім'ї і побуту, умови роботи і взаємин на виробництві; детально відповідає на всі питання хворого, які торкаються його обмеження і лікування. Про яку модель взаємин лікаря і хворого йде мова?*

- А. Технологічна;
- В. Ліберальна;
- С. Патерналістська;
- Д. Інтерпретаційна;
- Е. Дорадча.

#### Завдання № 4

*Хворий звертається до лікаря за меддопомогою. Після нетривалої бесіди лікар направляє хворого на додаткове обстеження. Чергова зустріч лікаря з хворим полягає тільки в призначенні нових методів лабораторного і інструментального обстеження, за наслідками яких лікар призначає і коректує подальше лікування. Така поведінка лікаря є прикладом моделі взаємин лікаря і хворого:*

- A. Технологічна;
- B. Ліберальна;
- C. Патерналістська;
- D. Інтерпретаційна;
- E. Дорадча.

#### Завдання № 5

*Лікар пропонує хворому на вибір лікарські препарати, для використання в процесі тривалого лікування. Хворий, орієнтуючись тільки в ціні, вибирає найбільш дешевий препарат. Через деякий час хворий вимушений не тільки перейти на прийом інших препаратів, але і отримати додаткове лікування для зменшення проявів побічних дій "дешевих" препаратів. Яка модель поведінки лікаря була причиною ситуації, яка створилася?*

- A. Технологічна;
- B. Ліберальна;
- C. Патерналістська;
- D. Інтерпретаційна;
- E. Дорадча.

Для відповіді на завдання №№ 6-10 використовуйте додаток 6.

#### Завдання № 6

*Хворий поступив зі скаргами на погане самопочуття; вимагає призначення нового обстеження і консультацій. При обстеженні хворого стан задовільний; страхи не мають підстави. Назвати тип відношення хворого до хвороби:*

- A. Іпохондричний;
- B. Неврастенічний;
- C. Езопівський;
- D. Анозогностичний;
- E. Апатичний.

#### Завдання № 7

*Хворий ігнорує своє захворювання, вплив шкідливих звичок на здоров'я, відмовляється від рекомендацій лікаря і лікування. Назвати тип відношення хворого до хвороби:*

- A. Іпохондричний;
- B. Неврастенічний;

- С. Езопівський;
- Д. Анозогностичний;
- Е. Апатичний.

#### **Завдання № 8**

*Хворий 43 років, госпіталізований в терапевтичне відділення з приводу загострення виразкової хвороби. Під час перебування в стаціонарі пацієнт ігнорує факт загострення захворювання, вважає, що в такому стані може продовжувати працювати і проводити лікування без відриву від виробництва (амбулаторно або на денному стаціонарі). Назвіть тип відношення хворого до хвороби:*

- А. Іпохондричний;
- В. Ейфоричний;
- С. Ергопатичний;
- Д. Анозогностичний;
- Е. Гармонійний.

#### **Завдання № 9**

*Під час прийому пацієнта лікар відзначив, що хворий надмірно приділяє увагу своєму здоров'ю, необгрунтовано допускає наявність у себе різних захворювань, цікавиться результатами і аналізом всіх методів обстеження. Назвати тип відношення хворого до хвороби:*

- А. Іпохондричний;
- В. Ейфорійний;
- С. Ергопатичний;
- Д. Анозогностичний;
- Е. Гармонійний.

#### **Завдання № 10**

*Лікар товариський, життєрадісний, любить компанії друзів, чуйний, працездатний. Під час перерви на роботі організував чаювання, жартує, розповідає анекдоти, коли чергова медсестра повідомляє про погіршення стану одного з хворих лікар відразу став серйозним, перервав бесіду з колегами, віддаючи чіткі розпорядження медперсоналу, пішов в палату, де лежить цей хворий. Визначите тип темпераменту:*

- А. Сангвінік.
- В. Меланхолік.
- С. Флегматик.
- Д. Холерик.
- Е. Ні одне не підходить

### **ТЕМА 6**

#### **Завдання 1**

*Хворому бронхіальною астмою призначили терапію глюкокортикоїдами. Через деякий час після початку терапії хворий відмітив зміни в зовнішньому вигляді (місяцеподібне обличчя, збільшення маси тіла). Що могло стати причиною ятрогенії?*

- А. Неправильно призначене лікування.

- В. Тривалий прийом препарату.
- С. Побічні дії препарату.
- Д. Пізно почате лікування.
- Е. Неправильний прийом препарату.

### Завдання 2

*Жінка 35 років, після рентгенологічного дослідження впала в стан смутку. Вона пояснила, що її життя кінчене, оскільки у неї на рентгені виявили злоякісну пухлину. Виявилось, що за діагноз злоякісної пухлини вона прийняла вираз рентгенолога, який показував студентам частину товстої кишки із словами: «Ось сигма». Визначте форму реагування хворого на слова лікаря.*

- А. Дидактогенія
- В. Ятрогенія.
- С. Соррогенія.
- Д. Психогенія.
- Е. Педагогенія.

### Завдання 3

*Лікар-хірург, прийшов в новий колектив і не знайшов взаєморозуміння з колегами, не прагне до curaції складних хворих, навіть в збиток власним інтересам, не бере участь в колективних заходах. Який тип регулювання конфлікту він вибрав?*

- А. Змагання.
- В. Компроміс.
- С. Пристосування.
- Д. Уникнення.
- Е. Співпраця.

### Завдання 4

*У чоловіка 45 років, після рентгенологічного дослідження розвилась депресивна симптоматика. Вважає, що його життя кінчене, оскільки у нього при рентгенологічному обстеженні виявили злоякісну пухлину. Виявилось, що за діагноз злоякісної пухлини він прийняв вираз рентгенолога, який показував студентам частину товстої кишки із словами: «Ось сигма». Визначте форму реагування хворого на слова лікаря (1) і вид (2).*

1. А. Дидактогенія
  - В. Ятрогенія.
  - С. Соррогенія.
  - Д. Психогенія.
  - Е. Педагогенія.
2. А. Соматична ятрогенія.
  - В. Психічна ятрогенія.
  - С. Етіологічна ятрогенія.
  - Д. Органо-локалістична ятрогенія.

Е. Діагностична ятрогенія.

#### Завдання 5

*Хірург у момент проведення відкритої холецистектомії завдав хворому травми жовчних протоків. Патологія, що розвилась відносився до:*

- А. Соматична ятрогенія.
- В. Психічна ятрогенія.
- С. Етіологічна ятрогенія.
- Д. Органо-локалістична ятрогенія.
- Е. Діагностична ятрогенія.

#### Завдання 6

*На прийомі у ендокринолога 57-річній жінці поставлений діагноз цукровий діабет, визначає причину розвитку захворювання лікар вимовив фразу «це може бути і спадкове». У хворой розвинулося відчуття тривоги, неспокою, побоювання, що її дітей спіткає те ж саме. Який механізм розвитку психічних порушень у хворий.*

- А. Соматична ятрогенія.
- В. Психічна ятрогенія.
- С. Етіологічна ятрогенія.
- Д. Органо-локалістична ятрогенія.
- Е. Діагностична ятрогенія.

#### Завдання 7

*Хворий 27 років, пред'являє скарги на підвищену дратівливість, слабкість, швидку стомлюваність, що виникає при хвилюванні і напрузі, головні болі «неначе в голову забивають цвях», відчуття «грудки у горлі», ларингоспазми, вегетативну лабільність. Молодий фахівець при зборі анамнезу не акцентував увагу на перенесені пацієнтом психотравмуючі переживання, поставив діагноз органічної поразки ЦНС, призначив ноотропи і судинні препарати, ефекту від даної терапії не було, хворий відчув себе гірше. Розвинуте погіршення відноситься до:*

- А. Соматична ятрогенія.
- В. Психічна ятрогенія.
- С. Етіологічна ятрогенія.
- Д. Органо-локалістична ятрогенія.
- Е. Діагностична ятрогенія.

#### Завдання 8

*Жінка 47 років, яка страждає гіпертонічною хворобою, при покупці призначеного лікарем гіпотензивного засобу, почула від провізора фразу «Це для вас дуже сильне, візьміть краще інший препарат» і купила те,*

*що він порекомендував. Куплений препарат ефекту не дав, тиск піднявся до критичних цифр, патологія, що виникла відноситься до:*

- A. Соррогенія.
- B. Ятрогенія.
- C. Фармацевтогенія.
- D. Дідактогенія.
- E. Педагогенія.

#### *Завдання № 9*

*Лікар-хірург детально докладає на засіданні про стан хворого і про хід планового оперативного втручання. Який вид мови він використовує?*

- A. Діалогічна.
- B. Монологічна.
- C. Письмова.
- D. Внутрішня.
- E. Зовнішня.

#### *Завдання №10*

*У присутності хворого лікар з палатною медсестрою обговорюють його стан; лікар робить призначення, використовуючи незрозумілі йому терміни. Такі дії лікаря можуть привести до розвитку:*

- A. Ятрогенії.
- B. Канцерофобії.
- C. Недовіри до лікаря.
- D. Неадекватної поведінки.
- E. Егротогенії.

## **ТЕМА 7**

### **Завдання 1**

*До лікаря звернувся хворий, якого лікує його колега по відділенню, з проханням пояснити правильність призначеного лікування. Дії лікаря:*

- A. Відповісти на питання пацієнта.
- B. Відмовити хворому у відповіді.
- C. Розповісти про це колезі, який займається хворим
- D. Відповісти хворому після ради з лікарем, що лікує.
- E. Всі відповіді вірні.

### **Завдання 2**

*При опиті хворий повідомляє лікарю подробиці свого особистого життя. Після прийому лікар з колегами обговорюють отриману інформацію. Оцініть дії лікаря:*

- A. Лікар зобов'язаний зберігати лікарську таємницю.
- B. Лікар може обговорювати з колегами інформацію про хворого.
- C. Лікар може обговорювати інформацію про хворого, що є лікарською таємницею, тільки з колегами.
- D. Лікар не має права обговорювати з колегами інформацію про хворого

- Е. Лікар має право обговорювати інформацію про хворого тільки з його дозволу

### **Завдання 3**

*У пацієнта виявлено невиліковне захворювання. Він просить лікаря не повідомляти про це членів сім'ї. Як повинен поступити лікар?*

- А. Постаратися переконати пацієнта в тому, що його позиція не конструктивна.
- В. Виконати прохання пацієнта.
- С. Розповісти родичам і попередити їх, що хворий не повинен дізнатися, що їм відомий діагноз.
- Д. Зробити так, щоб родичі дізналися діагноз від третіх осіб.
- Е. Відмовитись виконати прохання хворого.

### **Завдання 4**

*17-річна дівчина звертається до сімейного лікаря і повідомляє, що вагітна, просить не говорити про це батькам і зробити аборт. Як повинен поступити сімейний лікар?*

- А. Переконати дівчину поінформувати батьків і разом вирішити проблему.
- В. Доповісти батькам.
- С. Доповісти батькам, але не говорити про це пацієнтці.
- Д. Виконати прохання пацієнтки.
- Е. Послатися на неповноліття пацієнтки і відмовитися обговорювати проблему без батьків.

### **Завдання 5**

*Чоловікові 42 років, за життєвими показаннями проведена операція – поперечна симпатикоектомія з приводу артеріїту нижніх кінцівок без попередження про можливі ускладнення. В результаті операції наступила повна імпотенція. Оцініть дії лікаря:*

- А. Лікар не зобов'язаний присвячувати хворого в подробиці лікування.
- В. Лікар зобов'язаний попередити хворого про можливі наслідки лікування, що проводиться.
- С. Хворий має право знати всі подробиці майбутньої операції.
- Д. Лікар повинен був погоджувати лікування з пацієнтом.
- Е. Лікар зобов'язаний попередити родичів пацієнта про можливі наслідки операції.

### **Завдання 6**

*При влаштуванні на роботу в рекламне агентство додатково до стандартного медичного обстеження адміністрація вимагає провести тест на ВІЛ/СНІД і надати результати за місцем роботи. Дії працівника:*

- А. Робітник зобов'язаний виконати вимогу.



- В. Робітник повинен погодитися, але з умовою не розголошувати результати тесту.
- С. Категорично відмовитися, оскільки дослідження на ВІЛ/СНІД тільки добровільне і його результати строго конфіденційні.
- Д. Робітник звернеться до слідчих органів, до суду.
- Е. Всі відповіді вірні

#### **Завдання 7**

*Молодий чоловік 23 років, добровільно обстежувався на ВІЛ/СНІД, про що згадав в розмові з батьками. За місцем обстеження прийшов батько з вимогою надати йому результати тесту на підставі споріднених зв'язків з обстеженим. Які будуть дії медперсоналу:*

- А. Доповісти про результати тесту на ВІЛ/СНІД
- В. Повідомити після встановлення за документами спорідненого зв'язку.
- С. Не повідомляти батькові, а повідомити за місцем роботи/навчання.
- Д. Відмовити в наданні інформації, оскільки результати повідомляються строго індивідуально і конфіденційно обстеженому.
- Е. Видати результат тесту після дозволу завідувача лабораторією.

#### **Завдання 8**

*Хворий СНІДом просить не розповідати про його діагноз родичам. Який з правових документів регламентує відповідальність лікаря перед пацієнтом?*

- А. Закон України «Основні законодавства України про охорону здоров'я».
- В. Міжнародний кодекс медичної етики.
- С. Кримінальний кодекс України (ст. 145).
- Д. «Міжнародна декларація про права людини».
- Е. «Гельсінська декларація прав людини».

#### **Завдання № 9**

*Молода людина, яка хворіє на венеричне захворювання, збирається одружитися і просить лікаря не повідомляти про його захворювання дівчині. Як повинен поступити лікар?*

- А. Виконати прохання пацієнта.
- В. Провести бесіду з пацієнтом про необхідність лікування до вступу до шлюбу.
- С. Самостійно призначити лікування.
- Д. Розповісти дівчині «по секрету» або через третю особу.
- Е. Повідомити в кожно-венеричний диспансер, щоб хворий пройшов курс лікування

### Завдання № 10

*Чоловік 36 років, дивиться по телевізору репортаж з НДІ судинної хірургії, в якому йде мова про проведення пластики аорти з протезуванням аортального клапана. Розповідають, що однією з причин розвитку недостатності аортального клапана може бути перенесене венеричне захворювання (сифіліс). У одному з епізодів чоловік впізнав себе, коли він дійсно перебував на лікуванні, але не пам'ятає, щоб у нього брали дозвіл на зйомку. Хто несе відповідальність за розголошення інформації про операцію, а, тим більше, про можливу причину захворювання?*

- A. Лікуючий лікар.
- B. Завідувач відділенням.
- C. Тележурналіст.
- D. У пацієнтів, які беруть участь в епізодах, не обов'язково брати дозвіл на зйомку.
- E. Без зазначення прізвища конкретного хворого дана інформація не є конфіденційною.

### ТЕМА 8

#### Завдання № 1

*Хворому 54 років, з нирковою кількою не зробили інфузійну урографію, що привело до розвитку гідронефрозу лівої нирки, обумовленого обтурацією конкрементом. Назвати вид лікарської помилки.*

- A. Тактична.
- B. Технічна.
- C. Діагностична.
- D. Кримінальна.
- E. Випадкова.

#### Завдання № 2

*У хворого на УЗД виявлені зміни правої нирки, що визнані лікарем як пухлина нирки й інші дослідження більше не проводили. Хворий був прооперований, але ні пухлини, ні інших змін нирки не виявлені. Яке порушення припустив лікар в своїй діяльності відносно хворого?*

- A. Лікарська помилку.
- B. Недбалість.
- C. Нещасний випадок.
- D. Халатність.
- E. Лікувальний злочин.

#### Завдання № 3

*У хворого на УЗД виявлені зміни правої нирки, що визнані лікарем як пухлина нирки й інші дослідження більше не проводили. Хворий був прооперований, але ні пухлини, ні інших змін нирки не виявлені. Яку лікарську помилку зробив лікар?*

- A. Діагностичну.
- B. Тактичну.

- С. Технічну.
- Д. Кримінальну.
- Е. Злоякісну.

#### Завдання № 4

*Хворий пред'являє скарги на біль в епігастральній ділянці, нудоту, печію. При УЗД органів черевної порожнини патології не виявлено. Через добу хворий поступає в стаціонар з діагнозом "Проривна виразка шлунку". Яка лікарська помилка була допущена лікарем?*

- А. Діагностична.
- В. Тактична.
- С. Технічна.
- Д. Суб'єктивна.
- Е. Доброякісна.

#### Завдання №5

*У хворого епізодично виникає біль в поперековій ділянці праворуч. При обстеженні аналіз сечі і УЗД нирок без патології. Через місяць хворий вмирає. При розрізі діагностовано рак правої нирки з метастазами в зачеревний простір. Назвати вид лікарської помилки.*

- А. Тактична.
- В. Суб'єктивна.
- С. Об'єктивна.
- Д. Логічна.
- Е. Випадкова.

#### Завдання № 6

*У хворого епізодично виникає біль в поперековій ділянці ліворуч. При обстеженні аналіз сечі і УЗД нирок без патології. Через місяць хворий вмирає. При розтині діагностовано рак лівої нирки з метастазами в за черевинний простір. Назвати вид лікарської помилки.*

- А. Технічна.
- В. Діагностична.
- С. Об'єктивна.
- Д. Злоякісна.
- Е. Все перелічене вище.

#### Завдання № 7

*Лікар не діагностував своєчасно захворювання із-за його атипового перебігу, хворий помер. Оцініть дію лікаря:*

- А. Злочин.
- В. Нещасний випадок.
- С. Лікарська помилка.
- Д. Помилкова думка.
- Е. Недбалість.

#### Завдання № 8

**Медсестра, виконуючи призначення лікаря, переплутала зовні схожі флакони і ввела хворому замість гепарину - 1,5 мл інсуліну, унаслідок чого у хворого розвилася гіпоглікемічна кома. Оцініть дію медсестри:**

- A. Службовий злочин, халатність.
- B. Лікарська помилка.
- C. Нещасний випадок.
- D. Дії медсестри не вважаються помилкою.
- E. Погіршення стану хворого не є наслідком помилки медсестри.

#### **Завдання № 9**

**Хворий з гнійним апендицитом пізно прооперований, унаслідок чого розвився перитоніт. Визначити вид лікарської помилки.**

- A. Тактична.
- B. Діагностична.
- C. Технічна.
- D. Деонтологічна.
- E. Це не помилка, а професійна халатність.

#### **Завдання № 10**

**У хворого під час нападу серцевої астми після введення в\в строфантину відбулася зупинка серця. Причини того, що трапилось: у коробці з етикеткою «Строфантин К» потрапила одна ампула стрихніну, який був введений хворому. Оцінити: а) вид лікарської діяльності:**

- A. Лікарська помилка.
- B. Нещасний випадок.
- C. Професійне порушення.

**б) якщо це помилка, то визначити вид лікарської помилки.**

- A. Діагностична .
- B. Тактична.
- C. Технічна.
- D. Деонтологічна.

#### **Завдання №11**

**Хворий на цукровий діабет поступив в стаціонар з гіпертонічним кризом. Черговий лікар приймального відділення забув вказати в діагнозі супутнє захворювання і призначити цукрознижуючі препарати. Вночі у хворого розвилася діабетична кома. Оцінити:**

**а) дії чергового лікаря:**

- A. Лікарська помилка.
- B. Професійне порушення.
- C. Нещасний випадок.

**б) міру відповідальності:**

- A. Адміністративне стягнення.
- B. Кримінальна відповідальність, ст. 140.
- C. Кримінальна відповідальність, ст. 367.

## **ТЕМА 9**

### **Завдання № 1**

*Молода жінка з першою вагітністю відмовляється від аборту за медичними показниками. Взаємини в сім'ї міцні і доброзичливі, довгождана вагітність. Аналіз навколоплідної рідини з точністю до 60 % показав природжене розщеплювання хребта. Вагітна відмовляється від аборту. Який принцип біоетики дозволяє лікарям відмовитися від аборту?*

- A. Принцип "не нашкодь".
- B. Принцип конфіденційності.
- C. Принцип дотримання обов'язку
- D. Принцип автономності пацієнта.
- E. Принцип правдивості.

### **Завдання № 2**

*Молода жінка поступила у відділення для добровільного переривання вагітності. Їй пропонують за 48 годин до проведення аборту ввести випробувані речовини з метою вивчення їх тератогенної дії на 12-тижневий зародок. За якої умови можливе проведення цього дослідження?*

- A. Інформування матері.
- B. Згода матері.
- C. Дозвіл комітету з етики.
- D. Оформлення інформаційної угоди.
- E. Випробування на вагітних заборонено.

### **Завдання № 3**

*На розгляд комісії з питань біоетики вноситься пропозиція про проведення медичних експериментів на ув'язнених, засуджених на тривалий термін позбавлення волі. Які правові документи регламентують вирішення комісії?*

- A. "Нюрнберзький кодекс" (1947).
- B. "Токійська декларація прав людини" (1975)
- C. "Попередні міжнародні етичні вимоги з біомедичних досліджень за участю людини" (1982).
- D. "Конвенція з захисту прав і достоїнства людини у зв'язку з впровадженням досягнень біології і медицини" (1997).
- E. "Інспекція і оцінка проведення етичної експертизи" (2002) .

### **Завдання 4**

*На розгляд комісії з питань біоетики вноситься пропозиція про проведення медичних експериментів на ув'язнених, засуджених на тривалий термін позбавлення волі. Який принцип біоетики порушений?*

- A. Принцип автономності пацієнта.
- B. Принцип конфіденційності.
- C. Принцип правдивості.
- D. Принцип пошани і достоїнства людини.
- E. Принцип «не нашкодь».

#### **Завдання 5**

*Хірург регулярно проводить тестування на ВІЛ, не інформуючи про це самих хворих. У разі отримання позитивного результату, хірург відмовляється їх оперувати. Які права пацієнта порушує хірург?*

- A. Право пацієнта знати всю інформацію про своє захворювання.
- B. Право дотримання лікарської таємниці.
- C. Право пацієнта на конфіденційність інформації.
- D. Принцип інформованої угоди.
- E. Права пацієнта не були порушені

#### **Завдання № 6**

*У районній лікарні лікар не діагностував своєчасно інфаркт міокарду тому, що не знав, як розшифрувати ЕКГ. Оцінити дію лікаря:*

- A. Нещасний випадок.
- B. Недбалість.
- C. Лікарська помилка.
- D. Лікарський злочин.
- E. Технічна помилка.

### **ТЕМА 10**

#### **Завдання № 1**

*Чоловік загинув в результаті нещасного випадку. Чи треба, на вашу думку, просити дозвіл у сім'ї загиблого на забір нирки для пересадки хворому?*

- A. Провести забір нирки без дозволу родичів.
- B. Провести забір нирки тільки після дозволу родичів.
- C. Забір органів у загиблих в результаті нещасного випадку не можливо ні за яких умов.
- D. Забір органів і тканин в загиблих в результаті нещасного випадку можливо тільки з дозволу слідчих органів.
- E. Забір органів для пересадки проводиться тільки з урахуванням біологічної сумісності.

#### **Завдання № 2**

*Після автокатастрофи у хворого з'явилися ознаки порушення діяльності вищих відділів мозку. З боку внутрішніх органів змін виявлено не було, хоча і жив він за допомогою штучної вентиляції легенів. Батьки зажадали відключити апаратуру ШВЛ. Які дії лікаря?*

- A. Продовжувати реанімаційні заходи.
- B. Погодитись з рішенням родичів і припинити реанімаційні заходи.
- C. Порадитись з головним лікарем.
- D. Вирішити питання за допомогою консилиуму фахівців.
- E. Всі варіанти вірні.

### **Завдання № 3**

*У опікове відділення поступив актор, у якого уражена значна поверхня шкіра обличчя і верхніх кінцівок. Хворий в свідомості, просить лікаря «допомогти» йому померти», оскільки розуміє, що не зможе продовжити професійну діяльність. Які дії лікаря?*

- A. Продовжувати реанімаційні заходи.
- B. Лікар виконує побажання пацієнта.
- C. Порадитись з головним лікарем.
- D. Вирішити питання за допомогою консилиуму фахівців.
- E. Дати хворому заспокійливе і запросити психотерапевта.

### **Завдання № 4**

*У хворого діагностували черепно-мозкову травму, несумісну з життям. Лікар вирішує, ввести ліки для зупинки серця. Визначити дії лікаря.*

- A. Дії лікаря вірні.
- B. Лікар не прав.
- C. Лікар повинен був порадитися з родичами хворого.
- D. Лікар повинен погоджувати дії із завідуючим відділенням.
- E. Рішення лікаря потрібно погоджувати з консилиумом.

### **Завдання № 5**

*Після смерті хворого його родичам було запропоновано провести забір органів померлого. Родичі категорично відмовляються дати дозвіл на забір органів. Які повинні бути дії лікаря?*

- A. Погодитись з родичами.
- B. Не зважаючи на заборону, провести операцію по забору органів.
- C. Відправити труп в патолого-анатомічне відділення.
- D. Віддати труп родичам для поховання.
- E. Всі відповіді можливі.

## **ТЕМА 11**

### **Завдання № 1**

*Хворому 66 років, переніс декілька операцій з приводу непрохідності магістральних артеріальних судин (пересаджування артерій і ампутація нижніх кінцівок). У анамнезі хронічна легенево-серцева недо-*

**статність. Враховуючи супутню патологію і повторні операції, подальше лікування можливе тільки в умовах реанімації. Чи можна розцінювати симптоматичне лікування даного хворого рівноцінним:**

- А. "Пасивній" евтаназії.
- В. Асистованній евтаназії.
- С. Орготаназії.
- Д. Ятротаназії.
- Е. Ні одне з вказаного.

#### **Завдання № 2**

**Дружина алкоголіка 42 років, вірить багатократним обіцянкам чоловіка кинути пити, прагне захистити його перед родичами і сусідами коли ті засуджують його за пияцтво. Змирилася з тим, що чоловік залишив роботу, не піклується про сім'ю і про дітей. Дружина суміщає два місяці роботи, не звертає уваги на свій зовнішній вигляд. Іноді п'є спиртне разом з чоловіком «щоб йому менше дісталося». Визначте стан жінки?**

- А. Залежність.
- В. Співзалежність.
- С. Алкоголізм.
- Д. Незалежність.
- Е. Ні одне з перерахованих.

#### **Завдання № 3**

**Дівчина 18 років, на 1 курсі інституту. Зацікавлена тяжким роком, разом з друзями їздить в різні міста, в яких гастролює улюблена музична група. У одязі дотримується рок-стилю. Не цікавиться заняттями в інституті, часто пропускає, не реагує на зауваження батьків і викладачів, вживає спиртні напої, палить, пробувала наркотики, не боїться виключення з інституту. Як називається форма залежності?**

- А. Гемблінг.
- В. Наркоманія.
- С. Алкоголізм.
- Д. Фанатизм.
- Е. Токсикоманія.

#### **Завдання № 4**

**Підприємець 38 років, захоплений грою в рулетку. Кожен вечір відвідує казино, де програв значну частину свого статку. Не реагує на прохання дружини припинити грати, не піклується про дітей. Упевнений, що йому обов'язково поведе і він не тільки поверне свої матеріальні втрати, але і виграє значні суми грошей. Наступного дня після програшу ходить в церкву і просить Бога допомогти йому. Як називається така форма залежності.**

- А. Релігійний фанатизм.



- В. Спортивний фанатизм.
- С. Гемблінг.
- Д. Алкоголізм.
- Е. Інтернет-залежність.

#### Завдання № 5

*Студентка технічного вузу 19 р., після психотравмуючих переживань (розлучилася з женихом) за порадою сусідки почала відвідувати молебний будинок сектантів-шестидесятників. Спочатку ходила туди не частіше 2-3 раз на місяць, після бесіди з «проповідником» відвідини почастишали і 2 місяці назад пішла з дому, забравши всі золоті прикраси. Залишила інститут. На прохання матері повернутися додому говорить, що відчуває себе спокійно тільки серед нових братів і сестер. Продала багато особистих речей, золото, всі гроші віддала проповіднику, вважаючи його найдобрішою і розумнішою людиною на землі. Який вид залежності у дівчини?*

- А. Спортивний фанатизм.
- В. Музикальний фанатизм.
- С. Наркоманія.
- Д. Гемблінг.
- Е. Релігійний фанатизм.

#### Завдання № 6

*Чоловік 42 років, зловживає алкоголем, п'є майже щодня. Звільнений з роботи за пияцтво. Дружина розвелася з ним, долею дітей не цікавиться. Живе із старою матір'ю, продає з будинку речі, перебивається випадковими заробітками. Палить до 10 сигарет в день, іноді в компанії товаришів по чарці приймає пігулки трамадолу. Визначите форму залежності?*

- А. Алкоголізм.
- В. Наркоманія.
- С. Никотиноманія.
- Д. Гемблінг.
- Е. Фанатизм.

### ТЕМА 12

#### Завдання 1

*В ході операції у пацієнта був узятий шматок тканини, з якого згодом витягли клітини і вирошена культура, на якій проводилася експериментальна робота. Який принцип біомедичної етики був порушений, коли без згоди пацієнта використовувалися клітини, що містять його генетичний код?*

- А. Інформованої згоди.
- В. Конфіденційності.
- С. Милосердя.

- Д. Правдивості.
- Е. Справедливості.

### Завдання 2

*Ординаторові було доручено обробити достатньо великий матеріал з дослідницької роботи, після чого висновки припускали опублікувати в статті. Коли справа дійшла до складу авторів цієї статті, то ординатора туди не включили. Яким принципом повинні керуватися наукові співробітники у взаєминах начальник-підлеглий при проведеному біомедичних досліджень?*

- А. Інформованої згоди.
- В. Конфіденційності.
- С. Милосердя.
- Д. Правдивості.
- Е. Справедливості.

### Завдання 3

*Хворий з важким невиліковним захворюванням отримує пропозицію брати участь в сліпому плацебо-контрольованому дослідженні. Принципово новий лікарський засіб, ймовірно, може радикально поліпшити його самопочуття, але всі властивості і ефекти дії цих ліків невідомі. Хто і що визначає рішення питання про участь в дослідженні?*

- А. Інформована згода.
- В. Конфіденційність + правдивість.
- С. Справедливість+ милосердя.
- Д. Милосердя + справедливості
- Е. Інформована згода + правдивість.

### Завдання 4

*На базі дитячого інфекційного відділення фармацевтична фірма, співпрацює із завідуючим відділенням, проводить клінічне дослідження нового протівірусного препарату. У дане дослідження входить призначення препарату за схемою, двократний забір крові з периферичних вен на визначення Ig M і G, імунного статусу дитини до і після прийому препарату. Лікарі відділення пояснюють матерям факт узяття крові у дітей, як необхідність контролю динаміки перебігу захворювання, а не проведенням клінічного дослідження препарату. Яке правило біомедичної етики було порушене?*

- А. Конфіденційності.
- В. Милосердя.
- С. Правдивості.
- Д. Інформованої згоди + правдивості.
- Е. Інформованої згоди.

### Завдання 5

*Доцент хірургічної кафедри на обході в реанімаційному відділенні на питання пацієнта, який тільки що опам'ятався після обшир-*

*ної операції про терміни перебування в реанімації лаконічно відповів: "До кінця!" Виходячи з якого принципу лікар не повинен був відповісти так, а був зобов'язаний детально роз'яснити хворому, що терміни перебування в реанімації визначаються тільки самопочуттям хворого, і що приводів турбуватися немає?*

- A. Інформованої згоди.
- B. Конфіденційності.
- C. Милосердя.
- D. Справедливості + милосердя.
- E. Милосердя + справедливості.

#### **Завдання 6**

*Лікар акушер-гінеколог, працюючи у фармацевтичній фірмі і отримуючи 20% від вартості препарату у разі його продажу, призначає дорогий полівітамінний комплекс всім вагітним на своїй ділянці. При цьому «забуває» розповісти про можливі побічні ефекти, такі, як часті алергічні реакції різного ступеня тяжкості і раннє закриття великого джерельця у дитини, і можливих дешевших, але не менш ефективних аналогах. Які морально-етичні принципи порушує лікар?*

- A. Інформованої згоди.
- B. Конфіденційності + правдивості.
- C. Справедливості + милосердя.
- D. Милосердя + справедливості.
- E. Інформованої згоди + правдивості.

#### **Завдання 7**

*Іноді лікарі відмовляють пацієнтам в проханні роз'яснити суть тієї або іншої діагностичної процедури або лікарської терапії, посилаючись на те, що пацієнт нічого не зрозуміє, не маючи медичної освіти. Який принцип біомедичної етики порушують лікарі?*

- A. Інформованої згоди.
- B. Конфіденційності.
- C. Милосердя.
- D. Правдивості.
- E. Справедливості.

### **ТЕМА 13**

#### **Завдання 1**

*Один з пацієнтів терапевтичного відділення постійно конфліктує з іншими хворими і персоналом. Який метод обстеження найбільш вивраданій для оцінки психологічного стану даного пацієнта?*

- A. Спостереження.
- B. Природний експеримент.
- C. Лабораторний експеримент.
- D. Клінічна бесіда.

Е. Психодіагностичне обстеження.

### Завдання 2

*Пацієнт психіатричного стаціонару прагне приховати порушення сприйняття, що є у нього, говорить, що він здоровий, його нічого не турбує. Який метод обстеження найбільш виправданий для оцінки психічного стану пацієнта?*

- А. Спостереження.
- В. Природний експеримент.
- С. Лабораторний експеримент.
- Д. Психодіагностичне тестування.

## ТЕМА 14

### Задача 1

*Співробітник іноземної дипломатичної установи повернувся із службового відрядження з Анголи. Йому запропонували пройти медичне обстеження на предмет зараження ВІЛ. Його дії?*

- А. Обов'язково пройти медобстеження.
- В. Відмовитися від медобстеження.
- С. Обстеження можливо тільки з його згоди.
- Д. Медичний огляд МОЗ повинен погоджувати з МІС
- Е. Всі варіанти можливі.

### Задача 2

*У хворого К., який перебуває на стацілюванні з приводу виразкової хвороби шлунку, отриманий позитивний результат при дослідженні сироватки на ВІЛ-носійство. Дії лікаря, що лікує?*

- А. Продовжувати лікування хворого, не повідомляючи йому результати.
- В. Направити хворого на медобстеження на ВІЛ-інфікування.
- С. Повідомити в санепідемстанцію.
- Д. Повідомити хворому результати дослідження і виписати його із стаціонару.
- Е. Повідомити родичам результати обстеження.

### Задача 3

*У поліклініку звернувся чоловік з проханням оформити його родичку в Хоспіс, яка за станом здоров'я потребує цілодобового кваліфікованого уходу. Жінка перебуває на диспансерному обліку як ВІЛ-інфікована. Лікар відмовив в госпіталізації, пояснивши відмову тим, що у хворого специфічне інфекційне захворювання, яке є протипоказанням для оформлення в Хоспіс загального профілю. Який з нормативних документів регламентує надання допомоги хворим СНІДом і ВІЛ-інфікованим, які потребують кваліфікованого уходу?*

- А. № 120, 2000.

- В. № 866, 2007.
- С. № 241, 2007.
- Д. № 716, 2007.
- Е. № 1026-УІ 2010.

#### Задача 4

*Маніпуляційна медсестра, відкриваючи ампулу з новокаїном, порізала палець. Згідно інструкції з профілактики ВІЛ-інфікування, вона видавила кров з рани, обробила її 70° спиртом, 5% розчином йоду, вимила руки з милом, заклеїла рану лейкопластиром і продовжила маніпуляцію. Яку помилку допустила медсестра?*

- А. Працювала без рукавичок і повторно не обробила рану 70° спиртом.
- В. Працювала без рукавичок.
- С. Повторно не обробила руки 70° спиртом.
- Д. Видавила кров з рани.
- Е. Повторно не обробила рану 5% розчином йоду.

#### Задача 5

*У лабораторії діагностики ВІЛ-інфекції отриманий позитивний результат дослідження сироватки хворого Т. Дія лікаря-лаборанта?*

- А. Повідомити хворому результат.
- В. Направити сироватку в Український центр профілактики боротьби зі СНІДом для підтвердження результатів.
- С. Повідомити до лікувально-профілактичної установи за місцем проживання.
- Д. Повідомити в Український центр профілактики боротьби зі СНІДом.
- Е. Направити хворого на медобстеження в Український центр профілактики боротьби зі СНІДом.

## ЕТАЛОНИ ВІДПОВІДЕЙ ПОЧАТКОВОГО РІВНЯ ЗНАНЬ

- Тема 1** 1С, 2С, 3Д, 4В, 5Д, 6Д, 7А, 8А, 9А, 10А.  
**Тема 2** 1С, 2Д, 3В, 4А, 5С, 6С, 7Д, 8С, 9С, 10Д.  
**Тема 3** 1С, 2В, 3Д, 4С, 5Е, 6Е, 7С, 8Е, 9В, 10 А.  
**Тема 4** 1А, 2В,3А,4А, 5А, 6А, 7А, 8С, 9А, 10А.  
**Тема 5** 1С, 2В, 3А, 4А, 5В, 6В, 7С, 8Д, 9С, 10А.  
**Тема 6** 1А, 2А, 3Е, 4Е, 5А, 6А, 7А, 8 С, 9А.  
**Тема 7** 1Д, 2Д, 3В, 4А, 5Е, 6Д, 7А, 8Д, 9Д, 10Д.  
**Тема 8** 1А, 2А, 3С, 4С, 5А, 6Е, 7Е, 8Д, 9А, 10Д, 11Е.  
**Тема 9** 1А, 2С, 3В, 4С, 5А, 6Е, 7Е, 8Д, 9В, 10А.  
**Тема 10** 1С, 2А, 3В, 4С, 5Д, 6Д, 7А, 8С, 9А, 10В, 11А, 12А, 13А, 14А.  
**Тема 11** 1А, 2В, 3Д, 4А, 5А, 6В, 7В, 8А, 9А, 10В, 11Е, 12А, 13А, 14А, 15А, 16А.  
**Тема 12** 1В, 2Е, 3Д, 4Е, 5А, 6Е, 7А, 8Е, 9А, 10В.  
**Тема 13** 1А, 2А, 3А, 4Е, 5В, 6Д, 7В, 8А, 9А, 10Е.  
**Тема 14** 1А, 2А, 3Е, 4А, 5Е, 6А, 7А, 8В, 9А, 10В, 11А, 12А, 13А, 14Е, 15Д, 16Д.

## ЕТАЛОНИ ВІДПОВІДЕЙ СИТУАЦІЙНИХ ЗАВДАНЬ

- Тема 1** 1С, 2С, 3В, 4В, 5А, 6С, 7С, 8А.  
**Тема 2** 1А, 2В, 3В, 4А, 5В, 6С.  
**Тема 3** 1В; 2В;3А; 4А; 5А; 6С.;  
**Тема 4** 1А; 2 1В, 2В; 3А; 4А; 5А.  
**Тема 5** 1В, 2С, 3Д, 4А, 5В, 6А, 7Д, 8С, 9А, 10А.  
**Тема 6** 1С, 2В, 3С, 4-1В; 2Е, 5А, 6С, 7Д, 8С, 9В, 10А.  
**Тема 7** 1В, 2А, 3А, 4А, 5В, 6С, 7Д, 8С, 9Е, 10А.  
**Тема 8** 1А, 2А, 3В, 4С, 5С, 6Е, 7С, 8В, 9А, 10А,С, 11А,А.  
**Тема 9** 1Д, 2Д, 3С, 4А, 5А, 6С.  
**Тема 10** 1В, 2А, 3Д, 4В, 5С.  
**Тема 11** 1Е, 2В, 3Д, 4С, 5Е, 6А.  
**Тема 12** 1А, 2Е, 3А, 4Е, 5С, 6Е, 7Д.  
**Тема 13** 1Е, 2А.  
**Тема 14** 1Д, 2В, 3В, 4А, 5В.

## ДОДАТКИ

### Додаток 1

#### МІЖНАРОДНІ ОФІЦІЙНІ ДОКУМЕНТИ:

1. «Клятва Гіппократа» (V IV вв. до н.е.);
2. «Нюрнберзький кодекс» (1947);
3. «Женевська декларація» (1948, 1994);
4. «Міжнародний кодекс медичної етики» (1949);
5. «Гельсінська декларація прав людини» (1964) ВМА (Етичні принципи медичних досліджень за участю людей), 1975 (Токію), 1983 (Італія), 1989 (Гонконг), 1996 (ЮАР), 2000 (Шотландія), 2002 (США);
6. «Лісабонська декларація (права пацієнта)» ВООЗ і ВМА;
7. «Декларація прав людини і питань свободи медичних працівників»;
8. «Декларація щодо евтаназії»;
9. «Міжнародна декларація про права людини» (1981) ВМА;
10. «Декларація про трансплантологію людських органів» (1987) Мадрид;
11. «Декларація про трансплантологію ембріональної тканини» (1989) Гонконг;
12. «Резолюція з питань поведінки лікарів при здійсненні трансплантації людських органів» (1994) Стокгольм, ВМА;
13. «Декларація про політику в області забезпечення прав пацієнтів в Європі» (розділ «Інформація», 1994);
14. «Декларація про розвиток прав пацієнтів в Європі» (1994, Амстердам);
15. Програми генетики людини ВООЗ;
16. «Конвенція про права людини і біомедицину» (1996);
17. «Декларація про геном людини» (1997, ЮНЕСКО);
18. «Декларація про генетичне консультування і генну інженерію» (1987, доповнення 1992);
19. «Конвенція з захисту прав і достоїнства людини у зв'язку з впровадженням досягнень біології і медицини» (1997);
20. Міжнародна Конвенція Генеральної Асамблеї ООН з цивільних і політичних прав (1966);
21. Токійська декларація (1975) – доповнений етичний кодекс медико-біологічних досліджень;
22. Керівництво Міжнародної ради медичних суспільств і ВООЗ «Попередні міжнародні етичні вимоги до біомедичних досліджень за участю людини (1982);
23. «Керівництво з діяльності Комітетів з етики, що здійснюють експертизу біомедичних досліджень» (2000)
24. «Інспекція і оцінка проведення етичної експертизи» (2002) (№№23 і 24 – перші міжнародні документи програми SIDCER – «Стратегічна ініціатива розвитку можливостей етичної експертизи»)
25. Європейська Конвенція з захисту хребетних тварин, що використовуються в експериментальних і інших наукових цілях (Декларація ВМА, 1985).

26. Закон Російської федерації «Права і соціальний захист медичних працівників».

## **ВІТЧИЗНЯНІ ОФІЦІЙНІ ДОКУМЕНТИ:**

### **1. Конституція України (1996):**

- Ст. 3. Життя і здоров'я людини – найвища соціальна цінність;
- Ст. 27. Право на життя;
- Ст. 28. Пошана гідності людини;
- Ст. 43. Безпека і здорові умови праці;
- Ст. 45. Право на відпочинок;
- Ст. 49. Право на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування;
- Ст. 50. Безпека навколишнього середовища;
- Ст. 59. Правовий захист.

### **2. Закон України «Про охорону здоров'я» (1992)**

- 3. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (1992) ст.6 – право на охорону здоров'я; ст. 40 – лікарська таємниця; ст. 47 – трансплантація органів та інших анатомічних матеріалів; ст. 48 – штучне запліднення та імплантація ембріона;
- 30. Закон України «Про інформацію» ст. 46 – неприпустимість зловживання правом на інформацію; 47 – відповідальність за порушення законодавства про інформацію;
- 31. Закон України «Про трансплантацію органів і інші аналогічні матеріали людини»;
- 32. Закон України «Про попередження захворюваності СНІДом і соціальний захист населення»;
- 33. Закон України «Про донорську кров і її компоненти»;
- 34. Закон України «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи»;
- 35. Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб»;
- 36. «Умови і порядок застосування штучного запліднення і імплантації ембріонів» ( наказ МОЗ України № 24 від 4.02.1997);
- 37. Типове положення про комісії з питань етики (наказ МОЗ України № 281 від 01.11.2000). Доповнення до п.2.3. Інформація пацієнтам (добрровольцям) про клінічне випробування і отримання від них письмової інформаційної угоди;
- 38. «Етичний кодекс українського лікаря» 1 Національний конгрес з біоетики (Київ, 2001) ст. 17.;

### **39. Кримінальний Кодекс України (2002):**

- Ст. 115 – умисне вбивство;
- Ст. 119 – вбивство з необережності;



- Ст. 131 – неналежне виконання професійних обов'язків, що призвело до зараження ВІЛ і др. невиліковними захворюванням;
- Ст. 132 – розголошення відомостей про проведення мед. обстеження з виявлення зараження ВІЛ і ін. невиліковними захворюваннями;
- Ст. 133 – зараження венеричною хворобою;
- Ст. 134 – незаконний твір аборту;
- Ст. 136 – ненадання допомоги особам, що знаходяться в небезпечному для життя положенні;
- Ст. 137 – неналежне використання обов'язків з охорони життя і здоров'я дітей;
- Ст. 138 – незаконна лікувальна діяльність;
- Ст. 139 – ненадання допомоги хворому медичним працівником;
- Ст. 140 – неналежне виконання професійних обов'язків медичними або фармацевтичними працівниками;
- Ст. 141 – порушення прав пацієнта;
- Ст. 142 – незаконне проведення дослідів над людиною;
- Ст. 143 – порушення порядку трансплантації органів і тканин людини;
- Ст. 144 – насильницьке донорство;
- Ст. 145 – незаконне розголошення лікарської таємниці;
- Ст. 184 – порушення прав на безкоштовну медичну допомогу;
- Ст. 189 – здирство;
- Ст. 314 – незаконне введення в організм наркотичних засобів і психотропних речовин;
- Ст. 319 – незаконна видача рецепту на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин;
- Ст. 325 – порушення правил по боротьбі з епідемією;
- Ст. 326 – порушення правил поведження з мікробіологічними агентами або токсинами;
- Ст. 364 – зловживання владою, службовим положенням;
- Ст. 365 – перевищення влади або службових повноважень;
- Ст. 366 – службова фальсифікація;
- Ст. 367 – службова халатність;
- Ст. 368 – отримання хабара;
- Ст. 369 – дача хабара;
- Ст. 370 – провокація хабара;
- Ст. 387 – розголошення даних досудового слідства.

## ЕТИЧНИЙ КОДЕКС УКРАЇНСЬКОГО ЛІКАРЯ

Даний Кодекс професійної етики українського лікаря (далі – Кодекс) покликаний систематизувати моральні орієнтири невідкладної, планової, превентивної та інших видів професійної діяльності лікаря, а також закріпити єдину систему критеріїв оцінки етичних засад його фахової поведінки і діяльності.

### РОЗДІЛ 1. Загальні положення

#### Стаття 1. Основні терміни Кодексу

Вживані у Кодексі терміни слід вважати такими, що мають наступний зміст:

*Лікар (медичний працівник)* – фахівець-професіонал, який на підставі здобутих знань і опанованих умінь наділений необхідними повноваженнями (тобто сертифікований відповідно до чинного законодавства України) для здійснення діяльності у сфері охорони здоров'я. *Суб'єкт медичної діяльності* – людина (група людей), яка добровільно й свідомо звернулася за допомогою чи потребує її згідно з діючим законодавством України.

*Пацієнт* – особа, здоров'я і життя якої лікар захищає, або якій він надає допомогу, або чий інтереси він представляє у формах, передбачених чинним законодавством.

*Автономія* – визнання сталості системи цінностей, життєвих позицій та планів пацієнта, його спроможність до прийняття усвідомленого і вільного від зовнішнього впливу рішення; авторизація пацієнтом певних моральних цінностей.

*Компетентність пацієнта* – здатність розуміти надану йому інформацію і приймати самостійні рішення відносно до поставленої мети і притаманної йому системи цінностей.

*Конфіденційність* – нерозголошення лікарем професійної та приватної інформації без дозволу пацієнта.

*Евтаназія* – акт навмисного безболісного позбавлення життя невиліковного пацієнта з метою припинення його страждань.

*Угода про надання медичної допомоги* – письмова чи усна угода (контракт), згідно з якою одна сторона – лікар (медичний працівник), що практикує індивідуально, або медичне об'єднання – бере на себе доручення іншої сторони – пацієнта (суб'єкта діяльності у сфері охорони здоров'я) або його представника про надання медичної допомоги на умовах, передбачених угодою, а інша сторона – пацієнт (або його представник) зобов'язується дотримуватися і виконувати норми та правила, відповідні розпорядження й рекомендації лікаря чи лікувально-профілактичного закладу.

#### Стаття 2. Дія Кодексу в просторі, часі та за колом осіб

1. Дія цього Кодексу поширюється на всі види професійної діяльності лікаря і в частині, визначеній Кодексом, – на іншу його діяльність (дії), яка може суперечити його професійним обов'язкам як медичного працівника або підірвати престиж професії медика.

2. Дія цього Кодексу поширюється також на всіх, хто працює у системі охорони здоров'я – незалежно від джерела фінансування та форми власності.

3. Дія цього Кодексу поширюється на стосунки та обставини, що виникли після його прийняття.

### **Стаття 3. Співвідношення Кодексу і чинного законодавства про медицину та охорону здоров'я**

Норми Кодексу не відмінюють і не замінюють положень чинного законодавства, доповнюють і конкретизують його.

### **Стаття 4. Тлумачення Кодексу**

Право офіційного тлумачення цього Кодексу та зміни його положень надається Всеукраїнському з'їзду лікарів, який вводить його в дію.

### **Стаття 5. Відповідальність за порушення Кодексу**

1. Відповідальність за порушення Кодексу визначається Статутом лікарських асоціацій (товариств, спілок), що прийняли цей Кодекс.

2. Етичний Кодекс українського лікаря діє на всій території України, є чинним для всіх лікарів, які є членами професійних лікарських об'єднань і працюють у лікувальних установах – незалежно від джерела фінансування та форми власності.

3. За порушення норм Кодексу можуть застосовуватись засоби громадського впливу.

## **РОЗДІЛ 2. Основні принципи медичної етики та деонтології**

### **Стаття 6. Твори благо**

1. Діяльність лікаря спрямована на захист інтересів пацієнтів (суб'єкта діяльності у сфері охорони здоров'я) та життя суспільства у цілому, визначає можливість задоволення головних потреб і прагнень у збереженні життя та здоров'я.

2. Лікар, який захищає здоров'я та інтереси пацієнта (суб'єкта діяльності у сфері охорони здоров'я) та життя суспільства у цілому, виконує свою місію з повагою до життя людини, її особистості та гідності.

3. Лікар у всіх випадках повинен запобігати заподіянню шкоди пацієнтові, дотримуватися принципів моралі, чесності й беззастережної відданості обов'язковій медика.

### **Стаття 7. Професійна незалежність лікаря.**

1. Необхідною умовою незалежного здійснення лікарем своєї діяльності є максимальна незалежність у дотриманні його професійних прав і обов'язків, що передбачає свободу медичного працівника від будь-якого зовнішнього тиску чи втручання в його діяльність, а також від впливу своїх особистих інтересів.

2. Лікар зобов'язаний не допускати у своїй професійній діяльності компромісів, що применшували б його професійну незалежність. З метою догодити установам та організаціям, третім особам або пацієнтові, якщо такі компроміси розходяться з інтересами пацієнта (суб'єкта діяльності у сфері охорони здоров'я) і перешкоджають належному наданню йому медичної допомоги.

3. Лікар не повинен займатися іншою діяльністю, яка б ставила його в юридичну, матеріальну або моральну залежність від інших осіб, підпорядковувала його вказівкам або правилам, які можуть суперечити нормам чинного законодавства і цьому Кодексові, або можуть іншим чином перешкоджати вільному і незалежному виконанню його професійних обов'язків.

4. Медична допомога не може переслідувати виключно комерційні цілі. Лікареві не дозволяється, за винятком особливих випадків, передбачених чинним законодавством, поширювати з метою прибутку ліки, пристрої, продукти тощо. Лікареві забороняється вести прийом пацієнтів, давати медичні поради чи призначення у комерційних приміщеннях чи у будь-яких інших місцях, де передаються ліки, пристрої чи продукти, які він виписує або використовує.

5. Лікар повинен контролювати використання його імені, кваліфікації, порад і висловлювань. Він не повинен допускати, щоб будь-яка організація або установа (державна, громадська чи приватна), в якій він працює або сприяє, використовували його ім'я чи професійну діяльність з рекламною метою без його згоди.

### **Стаття 8. Домінантність інтересів пацієнтів**

1. У межах вимог законодавства лікар зобов'язаний у своїй професійній діяльності дотримуватися переваги інтересів пацієнтів (суб'єктів діяльності у сфері охорони здоров'я) перед своїми власними інтересами, інтересами колег, партнера. Співробітників, інтересів законних представників пацієнтів або їх опікунів, піклувальників, інших осіб.

2. Лікар повинен поважати право кожної людини вільно обирати лікаря. Він зобов'язаний допомогти пацієнтові (суб'єктові діяльності у сфері охорони здоров'я) здійснити це право.

3. Лікар повинен вислуховувати, оглядати, консультувати чи лікувати однаково сумлінно всіх людей – незалежно від їх походження, способу життя, сімейного стану та статі, віку, стану здоров'я, належності до етнічної групи, національності або релігії.

4. Лікар повинен допомагати пацієнтові за всіх обставин. Йому ніколи не повинні зраджувати коректність і дбайливість по відношенню до пацієнтів.

5. Кожний лікар повинен безоплатно надавати першу невідкладну медичну допомогу потерпілим у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях.

### **Стаття 9. Компетентність та сумлінність.**

1. Суспільна значущість і складність професійних обов'язків лікаря вимагають від нього високого рівня професійної підготовки, фундаментальних знань теорії та практики медицини, опанування навичками, тактикою, відповідними методами та прийомами лікарської діяльності.

2. Лікар повинен підтримувати й удосконалювати свої знання та навички, докладати необхідних зусиль до професійного самовдосконалення на рівні сучасного стану медицини. У своїй роботі лікар має керуватися сучасними стандартами обстеження та лікування.

3. Лікар зобов'язаний незалежно від сфери своєї переважної спеціалізації, якщо така має місце, бути компетентним у загально-медичних питаннях, питаннях невідкладної допомоги та термінальних станів.

4. Лікар, який бере участь у санітарно-просвітницькій діяльності, повинен користуватися науково підтвердженими даними, проявляти обачливість і брати до уваги можливі наслідки своїх висловлювань перед громадськістю. При цьому необхідно уникати вчинків рекламного характеру як на свою особисту користь, так і на користь установ і організацій, які лікар представляє, на користь справи з негативними наслідками.

5. Якщо лікар пропагує у медичному середовищі недостатньо перевірений діагностичний або лікувальний метод, він зобов'язаний супроводжувати своє повідомлення необхідними застереженнями. Подібні повідомлення неприпустимі поза медичним середовищем.

#### **Стаття 10. Чесність та порядність**

1. Лікар повинен як у своїй професійній діяльності, так і у приватному житті бути чесним і порядним, не вдаватися до омани, погроз, шантажування, підкупу, використання для досягнення своїх професійних чи особистих цілей тяжких матеріальних чи особистих обставин пацієнтів (суб'єктів діяльності у сфері охорони здоров'я).

2. Лікар зобов'язаний поважати права, законні інтереси, честь, гідність, репутацію та почуття осіб, з якими він працює та перебуває в інших відносинах.

3. Будь-яка угода між лікарями, між лікарями та фармацевтичними, медичними працівниками та іншими фізичними або юридичними особами на шкоду хворого заборонена

4. Лікареві заборонені:

- будь-яка дія, що сприяє здобуттю пацієнтом несправедливих або протизаконних переваг;

- будь-які пільги грошима чи натурою, а також комісійні від будь-якої особи;

- прохання винагороди натурою чи грошми, у будь-якій іншій формі, прямо чи опосередковано за будь-яке розпорядження чи медичну дію, чи згода на їх отримання, за винятком випадків, які встановлені чинним законодавством України.

Лікареві, який займає виборну або адміністративну посаду, забороняється використовувати своє службове становище з метою примноження своєї клієнтури.

### **РОЗДІЛ 3. Зобов'язання лікаря щодо пацієнта**

#### **Стаття 11. Вищий обов'язок лікаря – збереження життя пацієнта**

1. Життя пацієнта – це найвища цінність, на збереження якої повинна бути спрямована професійна діяльність лікаря (медичного працівника). Збереження життя пацієнта повинно розглядатися лікарем у поєднанні зі збереженням якості життя, найбільш високої за існуючих умов.

2. З моменту своєї згоди на звертання хворого лікар бере на себе особисту моральну відповідальність щодо забезпечення останнього необхідною медичною допомогою.

3. Лікар повинен стежити за виконанням пацієнтом (суб'єктом діяльності у сфері охорони здоров'я) призначених медичних приписів.

4. Лікар зобов'язаний сприяти реалізації права пацієнта на одержання ним адекватної медичної допомоги.

#### **Стаття 12. Лікар зобов'язаний діяти на благо пацієнта**

1. Принцип «роби добро» вимагає позитивних дій з боку лікаря щодо запобігання або виправлення шкоди. Заклик „робити добро” припускає не тільки практичну діяльність, але й почуття та емоції лікаря, що реалізуються співчуттям до хворого.

2. Лікар зобов'язаний (у межах можливого) використовувати всі необхідні для досягнення блага засоби, сучасні методи діагностики і терапії, у разі потреби – звертатися до інших спеціалістів.

3. Лікар дотримується взятих на себе моральних зобов'язань стосовно пацієнта навіть у тому випадку, якщо він у силу певних причин не в змозі надати адекватну медичну допомогу.

4. У всіх випадках, коли погляди пацієнта на процес лікування в чомусь відрізняються від думки лікаря, останній, незважаючи на це, повинен пригнути полегшити страждання свого хворого, морально його підтримати.

#### **Стаття 13. У ставленні до пацієнта лікар повинен виходити з принципу „не нашкодь”**

1. Лікар не має права піддавати пацієнта невиправданому ризику.

2. Лікар зобов'язаний зіставляти потенційну користь з можливими ускладненнями передбачуваного втручання, особливо в тих випадках, коли обстеження чи лікування приносить фізичні чи психічні страждання пацієнтові.

3. Лікар не може пропонувати хворому лікувальних засобів чи процедур, що не набули широкого розповсюдження або підтвердження своєї лікувальної ефективності в медичній практиці. Дискредитовані наукові підходи не повинні застосовуватися в лікуванні.

#### **Стаття 14. Лікар повинен поважати автономію пацієнта**

1. Лікар (медичний працівник) повинен поважати психофізичну і духовну цілісність, моральні ідеали, гідність і достоїнство особистості пацієнта і сприяти їхньому утвердженню при наданні медичних послуг.

2. Лікар зобов'язаний поважати автономію пацієнта навіть у тому випадку, якщо він не схвалює його рішення про відмову від запропонованих окремих процедур чи лікування в цілому.

3. Пацієнт має право на свободу вибору і використання нетрадиційних з точки зору медичної науки і практики методів діагностики і лікування.

4. Негуманне ставлення до пацієнта, приниження його людської гідності, використання в особистих цілях праці пацієнта неприпустимо для лікаря.

### **Стаття 15. Єдиним критерієм справедливого розподілу медичних ресурсів є ступінь важкості стану пацієнта**

1. При розподілі обмежених медичних ресурсів серед пацієнтів (суб'єктів діяльності у сфері охорони здоров'я) лікар повинен насамперед керуватися ступенем важкості стану їхнього здоров'я.

2. Віддання переваги будь-кому з пацієнтів при наданні медичної допомоги є неприпустимим, якщо це не викликано терапевтичними показаннями.

3. Лікар визнає сучасні ринкові механізми здійснення принципу справедливості при наданні медичної допомоги в суспільстві, але вважає їх зовнішніми відносно виконання свого лікарського обов'язку.

### **Стаття 16. Лікар завжди повинен говорити пацієнтові правду**

1. Лікар повинен бути правдивим перед своїм пацієнтом, бути вірним слову, даному пацієнтові.

2. Лікар не повинен обіцяти нездійсненне і зобов'язаний виконувати обіцяне.

3. Лікар може не говорити правду пацієнтові, якщо це є бажанням самого пацієнта або в тому випадку, якщо її повідомлення матиме серйозні наслідки для здоров'я останнього.

### **Стаття 17. При здійсненні своєї діяльності лікар повинен забезпечувати конфіденційність і зберігати лікарську таємницю**

1. Лікар не має права розголошувати без дозволу пацієнта чи його законного представника відомості, отримані в ході обстеження та лікування, а також сам факт звертання за медичною допомогою.

2. Усі відомості, передані лікареві пацієнтом в особистій бесіді, а також дані його обстеження заносяться в спеціальні медичні карти і є конфіденційними.

3. Лікар зобов'язаний вжити всіх необхідних заходів щодо збереження і нерозголошення медичної таємниці, а також конфіденційності інформації про пацієнта на електронних носіях.

4. Лікар (медичний працівник) не має права розголошувати медичну інформацію навіть після смерті пацієнта, за винятком випадків професійних консультацій чи обставин, передбачених законом.

5. При використанні інформації, що становить лікарську таємницю, в навчальному процесі, науково-дослідній роботі, в публікаціях повинна бути забезпечена анонімність пацієнта.

6. Представлення пацієнта (колишнього пацієнта) на наукових конференціях, у наукових публікаціях, у засобах масової інформації є етичним лише за умови, що пацієнт поінформований про можливу втрату конфіденційності, усвідомлює це та у письмовій формі дає добровільну згоду на таке представлення.

**Стаття 18. Лікар не повинен втручатися без професійно зумовлених причин у справи родини та приватне життя своїх пацієнтів**

1. Ступінь втручання лікаря в приватне життя пацієнтів повинен визначатися винятково професійною необхідністю.

**Стаття 19. Лікар зобов'язаний усіма своїми діями сприяти встановленню з пацієнтом відносин взаємного співробітництва на благо пацієнта**

1. Встановлення довірчих взаємовідносин і співробітництво лікаря і пацієнта визначають успіх лікування і є одним із головних обов'язків лікаря.

2. Лікар повинен сприяти усвідомленню та реалізації відповідального ставлення пацієнта до процесу обстеження та лікування.

3. Авторитарне ставлення лікаря (медичного працівника) до пацієнта без урахування ставлення останнього до процесу лікування неприпустимо, крім тих ситуацій. Що вимагають невідкладного медичного втручання.

4. Якщо можливість довірчих взаємовідносин з лікарем виключає стан пацієнта, їх встановлюють з його законними представниками. Родиною чи близькими йому людьми.

**Стаття 20. Лікар зобов'язаний надати пацієнтові вичерпну інформацію, яка необхідна для своєчасної та якісної медичної допомоги**

1. Лікар повинен інформувати пацієнта щодо необхідності, ступеня ризику, найближчих і можливих віддалених наслідків для його здоров'я передбачуваного медичного втручання, про альтернативні методи лікування, їхню порівняльну ефективність, про права пацієнта та можливості їх захисту.

2. Інформація, що надається лікарем, має бути доступною, повинна викладатися зрозумілою для пацієнта мовою, з урахуванням стану, особливостей особистості й культурного рівня пацієнта.

3. Лікар повинен сприяти здійсненню права пацієнта ознайомитися з історією своєї хвороби, офіційними документами, будь-якою інформацією, отриманою при його обстеженні та лікуванні.

4. У разі неспроможності пацієнта (суб'єкта діяльності у сфері охорони здоров'я) сприйняти необхідні інформацію остання повинна бути доведена до відома його законних представників чи родини.

**Стаття 21. Кожне медичне втручання повинно включати спеціальну процедуру одержання добровільної згоди пацієнта**



1. Лікар зобов'язаний сприяти реалізації прав пацієнта скористуватися запропонованими медичними послугами чи відмовитися від них.

2. Лікар повинен уникати невинуватої наполегливості та нав'язування пацієнтові своєї особистої думки, а також будь-яких релігійних чи атеїстичних поглядів щодо згоди пацієнта на медичне втручання.

3. За неможливості дізнатися про думку пацієнта щодо медичного втручання через некомпетентність останнього необхідно звернутися до його родини або законного представника.

4. Тільки вкрай важкий стан пацієнта (загроза життю чи непридатність), що вимагає невідкладного медичного втручання, та неможливість зв'язатися з його законними представниками або родиною звільняють лікаря від зобов'язання отримання згоди.

#### **Стаття 22. Оголошення про несприятливий чи смертельний прогноз**

1. Рішення про оголошення несприятливого чи смертельного прогнозу повинно прийматися лікарем, виходячи з його досвіду, з урахуванням думки самого пацієнта та його близьких.

2. Надання інформації про несприятливий чи смертельний прогноз, що може травмувати пацієнта, повинно бути обачним і проводитися з необхідним почуттям такту та розумінням психологічного стану хворого.

3. Родина хворого може бути попереджена про несприятливий діагноз, якщо сам пацієнт не заперечує цього.

4. У певних випадках на прохання самого пацієнта або якщо пацієнт перебуває в тяжкому психофізичному стані, він може бути залишений у невіданні щодо небезпечного діагнозу і прогнозу.

#### **Стаття 23. Надання медичної допомоги вмираючому**

1. Лікар (медичний працівник) повинен надавати медичну допомогу і моральну підтримку вмираючому до останньої миті його життя, прикладаючи всіх зусиль для полегшення страждань і збереження вмираючому його гідності як особистості.

2. Лікар виступає гарантом надання хворому духовної і моральної підтримки з боку служителя будь-якої релігійної конфесії.

3. Активні заходи щодо підтримки життя пацієнта припиняються тільки тоді, коли стан людини визначається як незворотна смерть.

4. Лікар не має права навіть у випадках, що здаються йому безнадійними, навмисно прискорювати смерть хворого або переривати необхідне лікування. Участь медичного працівника в евтаназії є неприпустимою.

5. Лікар, що лікував пацієнта під час передсмертного захворювання та у термінальний період життя, не може скористатися заповітними розпорядженнями, зробленими на його користь, за винятком випадків, передбачених законом.

#### **Стаття 24. Надання медичної допомоги дітям, людям похилого віку та жінкам**

1. Діти, люди похилого віку і жінки – соціальні групи, яким лікар (медичний працівник) надає допомогу у першу чергу.

2. При надання допомоги дітям і жінкам, людям похилого і старечого віку лікар повинен сприяти забезпеченню соціально справедливого ставлення до них.

3. Лікар (медичний працівник) повинен шанобливо ставитися до особистості пацієнтів літнього та старечого віку, виявляти особливий такт і високу культуру в спілкуванні та роботі з ними.

4. У випадку виявлення лікарем (медичним працівником) факту неналежного ставлення будь-яких осіб до пацієнтів дитячого і старечого віку, жіночої статі він звільняється від дотримання принципу конфіденційності.

#### **Стаття 25. Надання допомоги некомпетентним та недієздатним пацієнтам**

1. На надання допомоги некомпетентним та недієздатним пацієнтам лікар повинен отримати згоду батьків, опікунів чи їх законних представників.

2. Якщо вік і стан неповнолітнього чи дорослого, що перебуває під опікою, допускають можливість адекватного розуміння ними того, що відбувається. Лікар зобов'язаний роз'яснити їм необхідність, мету і методи передбачуваного медичного втручання.

3. Якщо неповнолітній вимагає конфіденційності в наданні медичних послуг, лікар повинен з'ясувати причини, з яких пацієнт не бажає інформувати батьків або інших законних представників, і пояснити необхідність залучення останніх до його лікування.

4. Медична допомога особам, визнаним судом обмежено дієздатними, надається за їх згодою та згодою їх батьків або інших законних представників.

5. У разі потреби невідкладного медичного втручання, якщо неможливо зв'язатися з батьками або законними представниками неповнолітнього чи дорослого, що перебуває під опікою, лікар (медичний працівник) зобов'язаний надати необхідну допомогу.

#### **Стаття 27. Пасивне чи активне, неповажне ставлення лікаря, що принижує гідність пацієнта з огляду на стать, є порушенням рівних прав чоловіків і жінок і є неприпустимим**

1. Лікар повинен сприяти реалізації принципу рівності чоловіків та жінок на основі паритетності при наданні їм медичної допомоги.

2. Лікар зобов'язаний забезпечувати рівність можливостей чоловіків і жінок стосовно згоди чи відмови від медичної допомоги.

3. Лікар повинен дотримуватися принципу справедливості та рівної участі жінок і чоловіків у розподілі та використанні медичних ресурсів.

4. Лікар зобов'язаний при встановленні взаємного співробітництва з пацієнтом виходити з визнання рівноправних відносин між чоловіками і жінками. Вступ у сексуальні відносини з пацієнтом є неетичним.

#### **Стаття 28. Лікар повинен поважати та підтримувати право пацієнта вільно обирати лікаря та медичний заклад**

1. Лікар повинен сприяти реалізації права пацієнта на вільний вибір лікаря та медичної установи.

2. Лікар не повинен чинити перешкоди пацієнтові у реалізації права довіри свого подальшого лікування іншому лікареві.

### **Стаття 29. Відмова лікаря від надання медичної допомоги**

1. Лікар вільний у виборі пацієнта та умов, за яких здійснюється медична допомога, за винятком невідкладних та екстрених випадків.

2. Етично виправданою може бути відмова лікаря від лікування людини, у якої, на його думку, відсутнє захворювання або у випадках, коли лікування з різних причин протипоказане.

3. Лікар не несе відповідальності за здоров'я пацієнта в разі відмови останнього від медичних приписів або порушення ним встановленого для нього режиму. Лікар має право відмовитися від подальшого ведення пацієнта, якщо останній неодноразово порушував правила внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я або не виконував медичних приписів, за умови, що ця відмова не загрожуватиме життю та здоров'ю хворого та інших людей.

4. Якщо пацієнт має можливість вибору лікаря, останній може скористатися своїм правом відмовитися від надання медичної допомоги пацієнтові з особистих причин.

### **Стаття 30. Оплата праці лікаря визначається нормами діючого законодавства**

1. У випадках, якщо не визначені норми, лікар не може оцінювати свою діяльність невинувато високо.

2. Оцінка діяльності лікаря повинна враховувати:

- складність та унікальність запропонованої медичної допомоги;
- необхідні вміння й досвід лікаря;
- якість виконаної роботи;
- репутацію лікаря, медичного закладу тощо.

3. Лікар не може вимагати оплату праці до закінчення обстеження чи лікування. Підвищення платні за якість та ефективність лікування неприпустимі.

4. Лікар, якщо це можливо, повинен попередньо інформувати пацієнта про вартість лікування.

5. Ніякий особливий спосіб розрахунку не повинний нав'язуватися хворому.

## **РОЗДІЛ 4. Взаємовідносини і взаємодія медичних працівників та представників інших професій**

### **Стаття 31. Взаємини між лікарями**

1. Взаємини між лікарями (медичними працівниками) будуються на підставі колегіальності. Рівноправності, чесності, справедливості, порядності, а також готовності передати свої професійні знання та досвід.

2. Лікарі повинні допомагати один одному у долатті труднощів та у випадках невдач. У разі виникнення розбіжностей між колегами слід шукати шлях їх усунення, у разі потреби – за посередництвом етичного комітету відповідної професійної асоціації.

3. Обов'язок кожного лікаря – неупереджено аналізувати як власні помилки, так і помилки своїх колег. Виявлення незгоди з їхніми думками чи діями, критика на їх адресу повинні бути об'єктивними, аргументованими і необразливими. Слід уникати некоректних висловлювань про роботу колег у присутності пацієнтів чи їхніх близьких, за винятком випадків, пов'язаних з оскарженням дій лікаря. Спроби завоювати собі авторитет шляхом дискредитації колег неетичні.

4. Моральний обов'язок лікаря – активно протидіяти практиці безчесних і некомпетентних колег, а також різного роду непрофесіоналів, щоносять шкоду здоров'ю та життю пацієнтів.

### **Стаття 32. Надання невідкладної допомоги**

1. Лікар, запрошений до пацієнта для надання невідкладної допомоги, якщо останній підлягає подальшому огляду особистим чи іншим лікарем, повинен проінформувати колегу про свої дії і рекомендації пацієнтові. Він доводить це до відома пацієнта, а у себе зберігає копію цієї інформації.

2. При наданні невідкладної допомоги потрібно:

- поважати рішення і вибір пацієнта, щонайпильніше враховуючи та реагуючи на невідкладний (терміновий) випадок і його наслідки;
- сприяти забезпеченню взаєморозуміння у відносинах між усіма лікарями, до яких зверталися за допомогою та консультацією;
- попереджати конфлікти, що можуть виникнути на ґрунті відносин між лікарями різних спеціальностей;
- не допускати, щоб угода про сумісну діяльність медичних працівників заподіяла шкоди пацієнтові.

### **Стаття 33. Лікар-консультант**

1. Лікар (за необхідності) повинен запропонувати консультацію свого колеги залежно від обставин або погодитися на консультацію, бажану пацієнтом чи його близькими.

2. Лікар, що консультує пацієнта, в першу чергу повинен дотримуватися інтересів пацієнта, підтримувати його вільний вибір щодо одержання консультації у іншого фахівця, не принижувати гідність особистого лікаря, проводити лікування головним чином у випадках необхідності надання невідкладної допомоги.

3. Лікар, до якого звернулися за консультацією, повинен, за згодою пацієнта, поінформувати про це його особистого лікаря і повідомити йому свої висновки та рішення. У випадку відсутності дозволу пацієнта на таку інформацію лікар зобов'язаний поінформувати останнього про наслідки його відмови.

4. Якщо лікар не вважає доцільним вибір пацієнтом консультанта, то він може ухилитися від видачі направлення до нього. У цьому випадку він повинен порадити звернутися до іншого консультанта і довести пацієнтові доцільність такого вибору.

5. Якщо після консультації виявляється, що висновки консультанта і особистого лікаря не збігаються, пацієнт повинен бути поінформований про це. Особистий лікар може припинити надання своїх послуг, якщо пацієнт чи його близькі віддадуть перевагу висновкові консультанта.

6. Консультант не повинен під час хвороби, з приводу якої він надавав консультацію, за власної ініціативою викликати чи обстежувати пацієнта, не поінформувавши про це його особистого лікаря (за винятком невідкладних випадків).

#### **Стаття 34. Надання допомоги декількома лікарями та госпіталізація пацієнта**

1. Пацієнт не повинен страждати через розбіжності між лікарями, що надають йому допомогу. Якщо кілька лікарів спільно обстежують чи лікують одного пацієнта, вони повинні постійно обмінюватися інформацією; кожний з цих лікарів бере на себе персональну відповідальність і стежить за інформуванням пацієнта.

2. Кожний з лікарів має право відмовитися надавати медичну допомогу чи припинити її надавати за умови, що це не заподіє шкоди хворому і що про це будуть попереджені його колеги.

3. Особистий лікар повинен узагальнювати результати різних досліджень, інформувати пацієнта про отримані дані та спостереження, пояснювати йому у зрозумілих для нього виразах висновки, до яких прийшла група фахівців.

4. Лікар, що взяв на себе відповідальність за пацієнта у зв'язку з його госпіталізацією, повинен сповістити про це особистого лікаря або лікаря, визначеного пацієнтом чи його близькими. Він повинен інформувати цього лікаря про основні рішення щодо пацієнта.

#### **Стаття 35. Ділові стосунки з представниками інших спеціальностей**

1. В інтересах пацієнтів лікарі зобов'язані підтримувати колегальні відносини з представниками інших спеціальностей як із сфери охорони здоров'я, так і інших галузей (соціальні працівники, психологи тощо). Медичні працівники повинні поважати їхню професійну незалежність і вільний вибір пацієнта.

2. Лікар повинен підтримувати діяльність мультидисциплінарних бригад, які сприяють поліпшенню обслуговування хворих, профілактичним заходам, доглядові за особами похилого віку та пацієнтів у передтермінальному стані та особами з обмеженою працездатністю, а також проведенню гуманітарних акцій.

3. У випадку виникнення розбіжностей у запропонованих рекомендаціях лікар може:

- звернутися в етичний комітет відповідного професійного товариства;
- апелювати безпосередньо до відповідного керівного органу професійного товариства.

### **РОЗДІЛ 5. Виконання професійних обов'язків**

### **Стаття 36. Повага до професії лікаря**

1. Принцип поваги до своєї професії повинен бути витриманим у всіх сферах діяльності лікаря: професійній, громадській, публіцистичній та ін. Кожен лікар повинен утримуватися від будь-якої дії, навіть поза межами своїх професійних обов'язків, яка знецінює повагу до медичного фаху. Своєю діяльністю він повинен утверджувати повагу до професії медика, її сутності та громадської значущості, сприяти збереженню й підвищенню її престижності.

2. Лікар не повинен вчиняти дій, спрямованих на обмеження прав іншого лікаря як фахівця та людини.

3. Лікареві (медичному працівнику) забороняється сприяти усім, хто займається протизаконною медичною діяльністю.

### **Стаття 37. Межі компетенції лікаря**

1. Кожний лікар, як правило, має повноваження виконувати всі дії у сфері діагностики, профілактики і лікування. При цьому він не може, крім виняткових обставин, починати чи продовжувати лікування, давати рекомендації в галузях, що виходять за межі його знань, досвіду і наявних у нього можливостей. Неетичною є постійна практика лікаря поза межами своєї професійної компетенції.

2. Знання, досвід і наявні можливості лікар зобов'язаний застосовувати в кожному окремому випадку таким чином, щоб забезпечити найкраще надання медичної допомоги.

3. Обов'язок лікаря – свідомо оцінити роль, яку він може взяти на себе в конкретному випадку залежно від своєї компетентності, інтелекту, обставин та середовища.

### **Стаття 38. Відповідність умов надання медичної допомоги**

1. Місце виконання професійних обов'язків лікаря повинно бути належно устатковане, в тому числі технічними засобами, що відповідають характеру його діяльності, а також дозволяють зберегти професійну таємницю. Лікар повинен стежити за належним станом свого робочого місця і засобів лікування відповідно до встановлених норм і правил сучасних чинних санітарно-гігієнічних вимог.

2. Лікар може не виконувати своїх професійних обов'язків в умовах, які істотно знижують якість медичної допомоги чи безпеку людей. Він повинен дбати про компетентність осіб, з якими співпрацює в наданні допомоги пацієнтам.

3. Знання з гігієни є обов'язковими кваліфікаційними вимогами для лікарів при їхній роботі з апаратурою, устаткуванням і потенційно забрудненими препаратами, з якими їм доводиться маніпулювати в процесі професійної діяльності. Обов'язок медичних працівників – проводити обробку таким чином, щоб ані для самих співробітників, ані для будь-якої людини, що вступила з ними в контакт, не існувало ризику випадкового зараження.

### **Стаття 39. Підтримання професійної компетентності**

1. Лікар відповідальний за безперервне підвищення власної кваліфікації.
2. Лікар повинен здобувати, застосовувати і поглиблювати наукові знання, поширювати відповідну інформацію серед пацієнтів, колег, громадськості, одержувати консультації і використовувати допомогу лікарів інших спеціальностей, якщо це необхідно.
3. Якщо лікар звертається за консультацією або співпрацює з іншими професіоналами, він повинен бути впевненим в їх кваліфікації та компетентності. Якщо в нього є сумніви щодо підготовки, кваліфікації й етичних якостей представника суміжної професії, він не повинен користуватися його допомогою.
4. Якщо лікар бере на себе роль співробітника чи керівника іншого спеціаліста, він повинен усвідомлювати власну відповідальність і бути впевненим, що пацієнт отримає необхідну та якісну допомогу.

### **Стаття 40. Складання професійних висновків**

1. У процесі виконання своїх професійних обов'язків лікар повинен оформлювати медичні висновки, довідки, свідчення та інші документи відповідно до норм законодавства і регламентів.
2. Будь-яка довідка, розпорядження, свідчення чи документ, які видаються лікарем, повинні бути датовані, складені розбірливо, державною мовою, підписані ним, з уможливленням ідентифікації його як лікаря і автора документа.
3. Лікар не повинен складати довідки, якщо вони можуть бути використані з метою зловживання, всупереч загальноприйнятим правилам та законодавству.

### **Стаття 41. Діяльність приватного лікаря**

Лікар, який здійснює приватну діяльність, може використовувати допомогу колег та фахівців згідно з діючим законодавством України. Його діяльність підпорядковується дії основних статей та положень даного Кодексу.

### **Стаття 42. Виконання професійних обов'язків у галузі експертної медицини**

1. Лікар не може бути одночасно лікарем-експертом і особистим лікарем одного й того самого хворого.
2. Лікар не повинен проводити експертизу, у висновках якої зацікавлені: він сам, один з його пацієнтів, один із його близьких, друзів або група осіб, яка звернулася до нього за послугами.
3. При одержанні завдання на експертизу лікар зобов'язаний відмовитися від нього, якщо вважає, що поставлені перед ним питання не мають безпосереднього відношення до медицини, його знань та його можливостей або якщо це завдання суперечить положенням чинного законодавства чи цього Кодексу.
4. Лікар-експерт до початку експертних дій повинен проінформувати особу, яку він обстежує, щодо поставленого перед ним завдання.

5. Текст акту експертизи повинен містити тільки такі дані, які необхідні лікареві-експерту для формулювання відповіді на поставлені питання.

#### **Стаття 43. Проведення досліджень і випробувань на замовлення фірм**

1. Проведення досліджень і випробувань здійснюється відповідно до етичних правил, що встановлені етичним комітетом відповідної медичної асоціації (товариства, спілки) та чинним законодавством України.

2. При написанні наукових і науково-популярних праць, поданні матеріалів до засобів масової інформації посилення на замовника чи спонсора є етично обов'язковим.

#### **Стаття 44. Лікар і чинне законодавство**

1. Лікар зобов'язаний дотримуватися закону і повинен визнавати свою відповідальність перед пацієнтом.

#### **Стаття 45. Участь у громадському житті**

1. У суспільно-громадській роботі лікар повинен дотримуватися етичних норм поведінки. У разі відсутності відповідних повноважень він не може обґрунтовувати власні заяви громадського характеру авторитетом своєї професії чи професіонального співтовариства.

Додаток 3

## **ЗАКОН УКРАЇНИ**

### **ОСНОВИ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ ПРО ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я**

#### **Стаття 6. Право на охорону здоров'я**

Кожний громадянин України має право на охорону здоров'я, що передбачає:

- а) життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування і забезпечення, яке є необхідним для підтримання здоров'я людини;
- б) безпечне для життя і здоров'я навколишнє природне середовище;
- в) санітарно-епідемічне благополуччя території і населеного пункту, де він проживає;
- г) безпечні і здорові умови праці, навчання, побуту та відпочинку;
- д) кваліфіковану медико-санітарну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря, вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій і закладу охорони здоров'я; {Пункт "д" частини першої статті 6 із змінами, внесеними згідно із Законом N 997-V (997-16 ) від 27.04.2007}
- е) достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я і здоров'я населення, включаючи існуючі і можливі фактори ризику та їх ступінь;
- є) участь в обговоренні проектів законодавчих актів і внесення пропозицій щодо формування державної політики в галузі охорони здоров'я;



- ж) участь в управлінні охороною здоров'я та проведенні громадської експертизи з цих питань у порядку, передбаченому законодавством;
- з) можливість об'єднання в громадські організації з метою сприяння охороні здоров'я;
- и) правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних із станом здоров'я;
- і) відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди;
- ї) оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я;
- й) можливість проведення незалежної медичної експертизи у разі незгоди громадянина з висновками державної медичної експертизи, застосування до нього заходів примусового лікування та в інших випадках, коли діями працівників охорони здоров'я можуть бути ущемлені загальноновизнані права людини і громадянина;
- к) право пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні в закладі охорони здоров'я, на допуск до нього інших медичних працівників, членів сім'ї, опікуна, піклувальника, нотаріуса та адвоката, а також священнослужителя для відправлення богослужіння та релігійного обряду. {Частина першу статті 6 доповнено пунктом "к" згідно із Законом N 997-V (997-16) від 27.04.2007}

Законодавством України може бути визначено й інші права громадян у галузі охорони здоров'я.

Громадянам України, які перебувають за кордоном, гарантується право на охорону здоров'я у формах і обсязі, передбачених міжнародними договорами, в яких бере участь Україна.

#### **Стаття 40. Лікарська таємниця**

Медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторону життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків.

При використанні інформації, що становить лікарську таємницю, в навчальному процесі, науково-дослідній роботі, в тому числі у випадках її публікації у спеціальній літературі, повинна бути забезпечена анонімність пацієнта.

#### **Стаття 47. Трансплантація органів та інших анатомічних матеріалів**

Застосування методу пересадки від донора до реципієнта органів та інших анатомічних матеріалів здійснюється у визначеному законом порядку при наявності їх згоди або згоди їх законних представників за умови, якщо використання інших засобів і методів для підтримання життя, відновлення або поліпшення здоров'я не дає бажаних результатів, а завдана при цьому шкода донору є меншою, ніж та, що загрожувала реципієнту. {Частина перша статті 47 із змінами, внесеними згідно із Законом N 997-V (997-16) від 27.04.2007 }

Донором органів та інших анатомічних матеріалів може бути повнолітня дієздатна фізична особа. Фізична особа може дати письмову згоду на донорство її органів та інших анатомічних матеріалів на випадок своєї смерті або заборонити його. {Статтю доповнено частиною другою згідно із Законом N 997-V (997-16) від 27.04.2007}

Взяття органів та інших анатомічних матеріалів з тіла фізичної особи, яка померла, не допускається, крім випадків і в порядку, встановлених законом. {Статтю 47 доповнено частиною третьою згідно із Законом N 997-V (997-16) від 27.04.2007}

#### **Стаття 48. Штучне запліднення та імплантація ембріона**

Застосування штучного запліднення та імплантації ембріона здійснюється згідно з умовами та порядком, встановленими Міністерством охорони здоров'я України, за медичними показаннями повнолітньої жінки, з якою проводиться така дія, за умов наявності письмової згоди подружжя, забезпечення анонімності донора та збереження лікарської таємниці. {Частина перша статті 27.04.2007} Розкриття анонімності донора може бути здійснено в порядку, передбаченому законодавством.

Додаток 4

## **ЗАКОН УКРАЇНИ „ПРО ІНФОРМАЦІЮ”**

### **Стаття 46. Неприпустимість зловживання правом на інформацію**

Інформація не може бути використана для закликів до повалення конституційного ладу, порушення територіальної цілісності України, пропаганди війни, насильства, жорстокості, розпалювання расової, національної, релігійної ворожнечі, вчинення терористичних актів, посягання на права і свободи людини.

Не підлягають розголошенню відомості, що становлять державну або іншу передбачену законодавством таємницю.

Не підлягають розголошенню відомості, що стосуються лікарської таємниці, грошових вкладів, прибутків від підприємницької діяльності, усиновлення (удочеріння), листування, телефонних розмов і телеграфних повідомлень, крім випадків, передбачених законом.

### **Стаття 47. Відповідальність за порушення законодавства про інформацію**

Порушення законодавства України про інформацію тягне за собою дисциплінарну, цивільно-правову, адміністративну або кримінальну відповідальність згідно з законодавством України.

Відповідальність за порушення законодавства про інформацію несуть особи, винні у вчиненні таких порушень, як: необґрунтована відмова від надання відповідної інформації; надання інформації, що не відповідає дійсності; несвоєчасне надання інформації; навмисне приховування інформації; примушення до поширення або перешкоджання поширенню пев-

ної інформації, а також цензура; поширення відомостей, що не відповідають дійсності, ганьблять честь і гідність особи; безпідставна відмова від поширення певної інформації; використання і поширення інформації стосовно особистого життя громадянина без його згоди особою, яка є власником відповідної інформації внаслідок виконання своїх службових обов'язків; розголошення державної або іншої таємниці, що охороняється законом, особою, яка повинна охороняти цю таємницю; порушення порядку зберігання інформації; навмисне знищення інформації; необґрунтоване віднесення окремих видів інформації до категорії відомостей з обмеженим доступом; порушення порядку обліку, зберігання і використання документів та інших носіїв інформації, які містять конфіденційну інформацію, що є власністю держави. *(Офіційне тлумачення до статті 47 див. в Рішенні Конституційного Суду України N 5-зп від 30.10.97)*

**КРИМІНАЛЬНИЙ КОДЕКС УКРАЇНИ****Стаття 138. Незаконна лікувальна діяльність**

Заняття лікувальною діяльністю без спеціального дозволу, здійснюване особою, яка не має належної медичної освіти, якщо це спричинило тяжкі наслідки для хворого, - карається виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до трьох років, або позбавленням волі на строк до трьох років.

**Стаття 139. Ненадання допомоги хворому медичним працівником**

1. Ненадання без поважних причин допомоги хворому медичним працівником, який зобов'язаний, згідно з установленими правилами, надати таку допомогу, якщо йому завідомо відомо, що це може мати тяжкі наслідки для хворого, - карається штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або громадськими роботами на строк до двохсот годин, або виправними роботами на строк до двох років.

2. Те саме діяння, якщо воно спричинило смерть хворого або інші тяжкі наслідки, - карається обмеженням волі на строк до чотирьох років або позбавленням волі на строк до трьох років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого. {Стаття 139 із змінами, внесеними згідно із Законом N 270-VI ( 270-17 ) від 15.04.2008 }

**Стаття 319. Незаконна видача рецепта на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин**

1. Незаконна видача рецепта на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин з корисливих мотивів чи в інших особистих інтересах - карається штрафом до сімдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк від сто шістдесяти до двохсот сорока годин, або арештом на строк від трьох до шести місяців, або обмеженням волі на строк до трьох років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років.

2. Та сама дія, вчинена повторно, - карається позбавленням волі на строк від двох до п'яти років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років. {Стаття 319 із змінами, внесеними згідно із Законами N 270-VI ( 270-17 ) від 15.04.2008, N 3826-VI ( 3826-17 ) від 06.10.2011 }

**Стаття 368. Одержання хабара**

1. Одержання службовою особою в будь-якому вигляді хабара за виконання чи невиконання в інтересах того, хто дає хабара, чи в інтересах третьої особи будь-якої дії з використанням наданої їй влади чи службового стано-

вища - карається штрафом від семисот п'ятдесяти до однієї тисячі п'ятисот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або позбавленням волі на строк від двох до п'яти років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років.

2. Одержання хабара у великому розмірі або службовою особою, яка займає відповідальне становище, або за попередньою змовою групою осіб, або повторно, або поєднане з вимаганням хабара, - карається позбавленням волі на строк від п'яти до десяти років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років та з конфіскацією майна.

3. Одержання хабара в особливо великому розмірі або службовою особою, яка займає особливо відповідальне становище, - карається позбавленням волі на строк від восьми до дванадцяти років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років та з конфіскацією майна.

#### Примітка

1. Хабаром у великому розмірі вважається такий, що у двісті і більше разів перевищує неоподатковуваний мінімум доходів громадян, в особливо великому - такий, що у п'ятсот і більше разів перевищує неоподатковуваний мінімум доходів громадян.

### Додаток 6

#### СКЛАДОВІ ЕЛЕМЕНТИ ВІДНОШЕННЯ ПАЦІЄНТА ДО ХВОРОБИ

1) когнітивний – знання про хворобу, її усвідомлення, розуміння її ролі на життєдіяльність організму і її прогноз;

2) емоційний – відчуття і переживання хвороби і всіх ситуацій з нею пов'язаних;

3) поведінковий – вироблення певної стратегії поведінки в життєвих ситуаціях, пов'язаних з хворобою (ухвалення ролі хворого, активна боротьба з хворобою, ігнорування хвороби, песимізм по відношенню до хвороби).

#### КЛАСИФІКАЦІЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТИПІВ ПАЦІЄНТА

**I група** – відношення до хвороби, при якому соціальна адаптація пацієнта збережена (не порушена):

**Гармонійний** – характеризується реалізмом, активністю, небажанням обтяжувати близьких: а саме пацієнт: тверезо оцінює свій стан (без перебільшення і недооцінки тяжкості); прагне активно сприяти успіху лікування; не бажає обтяжувати інших доглядом за собою; при несприятливому прогнозі, інвалідності – перемикає інтереси життя, доступні для хворо-

го; при сприятливому прогнозі – зосереджує увагу, турботу і інтереси до долі близьких, своєї справи.

**Ергопатичний** – характеризується «відходом від хвороби в роботу» незалежно від тяжкості стану, причому з більшим завзяттям, ніж до хвороби; вибірково відноситься до обстеження і лікування, частіше проводить їх без відриву від роботи.

**Анозогнозичний** – характеризується «запереченням хвороби»; а саме заперечує хворобу і її наслідки; не визнає себе хворим; відмовляється від обстеження і лікування; (бажання «обійтися своїми силами» – алкоголізм).

**Ейфоричний** – характеризується зневажливим відношенням до хвороби і лікування, «само собою все обійдеться»; необгрунтовано підвищений настрій; не звертаючи увагу на хворобу, прагне отримати від життя все; порушує режим, веселий, балакучий, метушливий, що часто носить захисний характер

## **II група – хворі з психічною дезадаптацією:**

**Тривожний** – характеризується тривогою за своє майбутнє і недовірою до медперсоналу; неспокій і недовірливість по відношенню до несприятливої течії, ускладнень і лікування; пошук нових способів лікування, додаткової інформації про хворобу, «авторитетів»; вважає за краще більше слухати, ніж пред'являти свої скарги; підвищений інтерес до медичної літератури, прискіпливий до медперсоналу, перевіряє ще раз дані про свою хворобу.

**Іпохондричний** – характеризується егоцентризмом, деталізацією скарг, прагненням викликати співчуття оточуючих; зосереджений на суб'єктивних хворобливих відчуттях; перебільшення дійсних і вислів неіснуючих хвороб і страждань; перебільшення побічних дій ліків боязнь обстеження і лікування (бажає лікуватися, але не вірить в його успіх); негативна реакція до недовір'я його скаргам, докору в симуляції з метою вигоди.

**Неврастенічний або астеничний** – характеризується дратівливістю унаслідок слабкості («дратівлива слабкість») у вигляді спалахів роздратування на того, хто перший попався, особливо при болях, невдалому обстеженні або лікуванні, і завершується розкаянням і сльозами: не переносить больові відчуття, капризний, нетерплячий і вимогливий до оточуючих. У подальшому розкаюється за неспокій і нестриманість.

**Меланхолійний** – характеризується песимістичним поглядом на оточуючих, недовір'ям в обстеження, лікування, невірою в своє одужання, навіть при явному поліпшенні об'єктивних показників: активні депресивні вислови про майбутнє, аж до суїциду.

**Апатичний** – характеризується байдужістю до всього: до лікування, результату захворювання, до своєї долі; пасивним підпорядкуванням обстеженню і лікуванню, втратою інтересу до життя, що часто обумовлене депресією

**Сенситивний** – характеризується надмірною заклопотаністю можливим неприємним враженням оточуючих (зневага, уникнення); боїться стати тягарем для близьких, небажаним відношенням з їх боку у зв'язку з хворобою, соромиться звернутися до лікаря; звертає увагу підвищена скромність, боязкість, соромливість («стиль поведінки, що вибачається»); для цих хворих реакція оточуючих має більше значення, ніж сама хвороба («а що скажуть і подумають оточуючі?»).

**Егоцентричний** – характеризується «відходом в хворобу» або «втечу в хворобу» або хворобу напоказ; виставляє напоказ свої страждання і переживання з метою привернути увагу оточуючих, всі повинні піклуватися тільки про хворого – решта всі «конкурентів», оточуючі його, і відношення до них неприязне. Ці хворі хочуть показати своє особливе положення, винятковість, вони володіють гротескним характером емоцій.

**Паранояльний тип** – характеризується маревними ідеями і упевненістю, що хвороба – результат чийогось злого наміру, «пристріту» і «псування»; з підозрою відносяться до процедур, ліків, звинувачуючи у всьому медперсонал і вимагаючи їх покарання.

**Дисфобічний тип** – характеризується тривожною недовірливістю, уявна небезпека їх хвилює більше, ніж реальна; настрої похмурий, озлоблений; ненависть до здорових, спалахи злості із звинуваченням оточуючих в своїй хворобі; ті, хто оточує повинні у всьому догоджати іноді «уявному» хворому. Захист від тривоги в прикметах, ритуалах.

Оцінка психологічного статусу пацієнта допомагає лікареві знайти модель спілкування з ним, вибрати адекватно-особову програму лікування і профілактики.

Найпростіше будувати відношення з пацієнтом, який сприймає свою хворобу гармонійно. *Лікар рекомендує пацієнтові з гармонійним типом відношення до хвороби повну програму лікування і реабілітації, маючи всі підстави сподіватися на виконання рекомендацій і плідну співпрацю.*

**Ергопатичний і анозогностичний** типи об'єднує «заперечення хвороби». *Лікар дає раціональну інформацію про хворобу пацієнтам того і іншого типів і членам їх сімей.* Пацієнти співробітничать з лікарем неохоче. Відчувши поліпшення, самостійно припиняють лікування до наступного загострення. Тому *при роботі з пацієнтами вказаних типів і їх сім'ями слід приділити особливу увагу програмам надання екстреної і невідкладної допомоги, методам лікування при загостренні.*

**Тривожний пацієнт** вимагає «материнського підходу». *Лікар повинен бути терплячим, дати інформацію пацієнтові і його сім'ї про хворобу, запропонувати повноцінну програму лікування і реабілітації. Їх треба періодично підбадьорювати і заохочувати.*

**Інохондричний тип** доставляє багато неприємностей лікареві – у гаммі відчуттів таких хворих слід відокремити відчуття, пов'язані з поразкою органів, від сенестоалгій і сенестопатій. *Пацієнт і його сім'я по-*

винні отримати раціональну інформацію про захворювання і адекватні рекомендації. Пацієнт іпохондричного типу і лікар «приречені» на взаємну багаторічну співпрацю.

Пацієнт з **неврастенічним типом** відношення до хвороби страждає «дратівливою слабкістю». Він схильний скрізь бачити недоліки, все його дратує: і сам факт хвороби, і необхідність обстежуватися, підвергатися якимсь процедурам. При візиті до лікаря і медичної сестри роздратування легко випліскується в їх адресу. *Професіонал-медик не повинен вступати з таким пацієнтом в тривалі «виправдувальні дискусії». Вину слід узяти на себе, погодитися, що «не все бездоганно в нашому медичному цеху». Це відразу ж заспокоює пацієнта. А потім відносини з ним будуються на рівні раціональної інформації, за типом «дорослий–дорослий».*

Для **меланхолійного (депресивного) типу** підходить «материнська» методика спілкування, в ході обстеження і лікування пацієнта треба підбадьорювати, хвалити за окремі досягнення, успіхи. Ці хворі схильні до комплексних програм лікування і профілактики.

Пацієнт **апатичного типу** сповідає принцип: моя справа – хворіти, Ваша справа – лікувати, якщо таке бажання у Вас є. Працюючи з ним, лікар і медсестра всю ініціативу повинні узяти на себе, Бажана підтримка сім'ї. В ході лікування і реабілітації *необхідний постійний контроль лікаря, медсестри, активна участь сім'ї.*

**Сенситивний пацієнт** потребує участі лікаря і медичної сестри, в «материнській» методиці психотерапії Його слід *весь час переконувати в існуванні явних і уявних небезпек, вселяти впевненість в позитивні результати лікування.*

Пацієнт **егоцентричного типу** в преморбіді зазвичай має істеричні риси вдачі, які при хворобі загострюються. *Головне в роботі з таким хворим – уникнути «поневолення», не виконувати всіх його примх, не допускати командування собою. Слід чітко визначити, «хто кого лікує – я Вас, або Ви мене». Відносини слід будувати офіційно, за типом «дорослий – дорослий». Сім'я повинна бути обізнана про особові особливості пацієнта. Хвороба одного з членів сім'ї – не привід для припинення повноцінного життя інших її членів, як би це не хотіло пацієнтові.*

**Паранояльний тип** відношення до хвороби – не такий вже рідкісний феномен серед сучасних пацієнтів. Якщо пацієнт переконаний в «пристріті», «псуванні», «наведеній хворобі» і хоче удалися до послуг екстрасенсів і чаклунів, що спеціалізуються на «очищенні житла, *не завжди треба його відговорювати. Навпаки, після успішних ритуалів «зняття псування» пацієнт даного типу заспокоюється, робиться доступнішим для втручання офіційної медицини.*

**Дисфоричний тип** відношення до хвороби характерний для пацієнтів, що мали в преморбіді патохарактерологічні межі епілептоїдного круга або збудливого типу. *Працювати з такими хворими важко, до підтримки сім'ї багато хто з них відноситься амбівалентно. Відносини слід*



*будувати за принципом «дорослий – дорослий», малюнок відносин – офіційний.*

## ПРЕДМЕТНИЙ ПОКАЖЧИК

- Аборт 119  
Антропогенетика 124  
Аюр-Веда 14
- Біоетика 88, 90  
Біомедична етика 88, 90, 92, 93,
- Біотехнологія 126  
«Будинок відпочинку» 149  
«Будинок Святого Луки» 149
- ВІЛ-інфекція 178  
ВІЛ-інфіковані 171  
Вмирання з гідністю 138, 148  
Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) 10, 48  
Всесвітня Медична Асоціація (ВМА) 24
- Генеральна Асамблея  
ВМА 24, 25  
Генеральна Асамблея  
ЮНЕСКО 159  
Генетика 124  
– людини 124  
– медична 124  
Генетична інженерія 124, 125  
– паспортизація 12  
– тестування 126  
Генетично модифіковані організми 129  
Генна технологія 125, 1263  
Геронтологія  
Гідність особи 99  
"Готель божа" 149,  
Гуманізм 8
- Деонтологія 6  
– керівництва 156  
– медична 6  
«Джорджтаунські мантри» 98  
«Доктор Смерті» 138, 139
- Дистаназія 141  
Донор 105
- Евтаназія 6, 139  
– активна 140  
– асистована 140  
– добровільна 140  
– ненавмисна 140  
– пасивна 140  
– примусова 141  
Експерименти на тваринах 100  
Екстракорпоральне (штучне) запліднення (ЕКЗ) 116  
Ембріон 117  
– права ембріона 117  
– статус ембріона 117  
Ембріональні ствольні клітини (ЕСК) –112  
Ембріо-фетоплацентарний комплекс 112  
Етика 6  
Етика біомедична 126  
Етика медична 6, 13  
– Вавілона 13  
– Гіппократа  
– догіпократівська 13  
– китайських лікарів 15  
– лікарська 13  
– Персії 15  
– Стародавньої Греції 16  
– Стародавнього Тибету 14  
– Стародавньої Індії 13,60  
– Стародавньої Русі 18  
– Західної Європи 17  
Етична експертиза 76  
Етичний комітет 85, 100, 159  
Етичні проблеми  
– в психіатрії 167  
– в геронтології 173  
– в наркології 171, 172  
– в онкології 162, 163  
– в сучасній психотерапії 170

– педіатрії 174

Європейська Асоціація  
тканинних банків 112

Захист прав пацієнта 37,38  
– прав людини 67

Інформація медична 31  
– конфіденційна 62, 63, 71  
Інформована згода 49, 70, 91,

«Казус Клівлен» 135  
Клінічні дослідження 99  
Клітина терапія 110  
Клонування людини 126, 127,  
128  
– терапевтичне 127  
Клятва Гіппократа  
лікаря ХХ ст. 67  
Комісія з питань етики 77  
Конфіденційність  
«Канон лікарської науки», 16, 17  
Клятва Гіппократа 7,10,  
23, 34, 36, 37, 85, 119

Лікар 54  
– обов'язки 25, 26, 72  
– права 29, 80

Медик-вчений 117  
Медична (лікарська)  
таємниця 31, 60  
Медичні дослідження 25  
Медично-біологічні  
випробування 25  
– дослідження 24  
Модель взаємин «лікар-хворий»  
41, 57  
– Гіппократа 8  
– дорадча 44  
– інженерна 42

– інформаційна 44  
– колегіальна 43  
– контрактна 43  
– ліберальна 44  
– інтерпретаційна 44, 45  
– патерналістська, 41, 169  
– сакральна 43  
– технічна 42

«Не нашкодь» 8, 38.107, 108,

Нешасний випадок 81  
Нюрнберзький кодекс 10, 22, 49,

– положення «Десяти  
Нюрнберзьких правил» 23

Ортотаназія 141  
Обов'язки лікаря 25, 26  
Орден Матері Марії Айкенхед  
149

Помилка 6, 78, 60, 61, 62  
– деонтологічні 82  
– діагностичні 81  
– доброякісні 82  
– злаякісні 82  
– класифікація 81  
– об'єктивні 82  
– причини 83  
– профілактика 84  
– суб'єктивні 82  
– тактичні 81  
– технічні 82

Песимізм 172

Права  
– пацієнта 46, 47, 48, 62, 63.  
– людини на гідне життя 72  
– медичного працівника 29  
– на гідну смерть 136,  
– на життя 119  
– на смерть 136, 139

Правові основи боротьби  
зі СНІДом в Україні 140

Премія

– Ласкерівська 117

– Нобелівська 117

Пренатальна діагностика 115,  
116

Принцип 97

– «3R» 100

– «не нашкод!» 8, 38, 107, 108,  
122

– «принципи Кемпа» 98

– автономії 8, 97, 98

– виконання обіцянок 36

– дистрибутивної

– справедливості 37

– добровільність 98

– інформована згода 97

– інформованість 98

– конфіденційності 8, 97, 171

– особистої гідності 36

– правдивість 8

– рівноправ'я 99

– свободи 36

– справедливості 8, 98, 99

– чесності 36

Психологія медична 169

Реанімація 136

Реципієнт 105

«Роби добро» 107, 108

Самогубство 137

Смерть 133

– клінічна 133, 134, 136

– критерії смерті 134

– мозку 109, 135

– статус смерті 133

«Свята брехня» 61

Синдром надбаного  
імунодефіциту (СНІД) 178

– правила обстеження 184

Статус ембріона 87, 89

Стволові клітини 86

Суїцид 137, 147

Сурогатне материнство 122

Сурогатна мати 122

Таємниця лікарська 31, 60, 63, 75

Танатологія 139

Терапевтичне клонування 94

Тканина терапія 111

Трансплантація 104

– аутотрансплантація 105

– гетеротрансплантація 105

– гомотрансплантація 105

– ксенотрансплантація 105

– проблеми 106, 109

Трансплантологія 104

Фетальна тканина 115

Фетоплацентарний комплекс 112

Халатність (недбалість) 83

Хоспіс 148

Хоспіс Святого Кристофера  
149, 150

Хоспісний рух 148

Ятрогенія 6, 52

– аліментарна 54, 55

– бездіяльності 54, 55

– вербальна 53

– віддалена 56

– маніпуляційна 54

– медикаментозна 54

– наркотично-реанімаційна 54

– післяреанімаційна 54

– променева 54, 55

– хірургічна 54, 55

– причини 52, 53, 57

– профілактика 56

Ятропсихогенія 54

Ятроганазія 141

Ятрофармакогенія 54

Ятрофізіогенія 54

## ІМЕННИЙ ПОКАЖЧИК

- Абу-ль-Фарадж 17  
Авіценна 16, 17  
Антокольська М.В. 123  
Аристотель 104  
Асклепій 15, 16, 17, 35  
Бадмаєв П. 14  
Бекон Ф. 134, 139  
Белл Джозеф 19  
Бентам І. 6, 17  
Бернард К. 105  
Бехтерев В.М. 8  
Більрот Т. 84  
Блохін М.М. 62, 67, 166  
Боткін С.П. 18, 61  
Бошам Т. 98  
Бумке О. 52  
Вересаєв В.В. 9, 20, 62, 79  
Вітч Роберт 42  
Гааз Ф.П. 20  
Гален 16  
Гарньє Ж. 149  
Гіппократ 7, 16, 34, 38, 57, 60, 84  
Гнезділов О.В. 151, 165  
Давидовський І.В. 83, 84  
Дженнінгс Б. 98  
Долецький С.Я. 54  
Дядьківський І.Е. 18  
Ельштейн А.О. 52  
Епікур 134  
Зибелін Ц.Р. 18  
Зорса В. 150  
Ібн-Сіна (Авіценна) 16  
Іванюшкин А.Я. 134  
Кант 141  
Кассирський І.А. 53, 61  
Кеворкян Джек 138, 139  
Коллінз Джозеф 68  
Леопольд К. 111  
Ліхтенштейн Е.І. 9  
Лурія Р.А. 52  
Мальтус Т. 17  
Манассеїн В.А. 18  
Ману 14  
Мудров М.Я. 18, 38  
Неговський В.А. 134  
Панакея 15  
Пенфілд У. 16  
Петров М.М. 18, 61  
Пирогов М.І. 9, 18, 19, 55, 78, 79  
Платон 134  
Поттер В.Р. 88  
Прихотько В.А. 143  
Ромасенко В. А. 164  
Самойлович Д.С. 18  
Саундерс Сесілія 149, 150  
Семашко Н.А. 61  
Симонов М.М. 165  
Скворцов К.А. 164  
Сократ 134  
Сушруте 14  
Толстой Л.М. 9  
Тулчинський Г.Л. 91, 92  
Фабіолі 149  
Філатов В.П. 111  
Форсман В. 105  
Фрейд З. 147, 170  
Цельс 16  
Чернишевський М.Г. 19  
Чехов А.П. 19, 20  
Чайлдрес Дж. 98  
Швейцер А. 113  
Шкаровська В. 82  
Шперович А. 111  
Яновський Ф.Г. 19

## **ПРЕДМЕТНИЙ ПОКАЖЧИК ОСНОВНИХ ПРАВОВИХ ДОКУМЕНТІВ**

### **КОДЕКСИ**

- Етичний кодекс лікарів Стародавнього Тибету (трактат "Жуд-ши") 14
- Етичний Кодекс лікаря України 72
- Етичний кодекс професійної поведінки психіатрів 169
- Кримінальний кодекс України. 31, 32, 75, 146
- Міжнародний кодекс медичної етики (Міжнародний кодекс з деонтології) (1949) 9, 10, 25, 38, 72
- Нюрнберзький кодекс (1947) 10, 22, 23, 26, 49, 97, 99, 104
- Середньовічний кодекс китайських лікарів (книга "Тисяча золотих ліків") 15
- Сімейний кодекс України 31, 64, 123
- Цивільний кодекс України 31, 62, 65

### **ДЕКЛАРАЦІЇ**

- Гельсінсько-Токійська декларація (1964, 1975) 9, 26, 28, 29, 104
- Гельсінська декларація (1964) 9, 26, 97, 99 (2000) 110
- «Декларація про права пацієнта» 68
- «Декларація про розвиток прав пацієнтів в Європі» 70
- «Декларація про права пацієнтів в Європі» (1994) 71
- «Декларація про трансплантацію ембріональних тканин» ВМА (1989) 111
- «Декларація про трансплантацію людських органів» ВМА (1987) 109
- «Декларація про політику в галузі забезпечення прав пацієнтів в Європі» (1994) 46, 47,
- Декларація Міжнародного альянсу організацій пацієнтів з надання медичної допомоги, орієнтованої на пацієнта (2006) 48,
- Декларація ООН про клонування людини (2005) 128
- Женевська декларація ВМА (1948, 1994), 9, 10, 23, 24, 38, 67
- «Загальна Декларація про біоетику і права людини» (2005) 97, 99
- «Загальна Декларація про геном людини і права людини», (1997) 99
- Лісабонська декларація ВМА про права пацієнтів (1981, 1995) 26, 46
- Лондонська декларація пацієнтів з безпеки пацієнтів (2006) 48
- Люксембурзька декларація з безпеки пацієнтів (2005) 48
- «Міжнародна декларація про права людини» 68

### **КОНГРЕСИ**

- II Міжнародний деонтологічний конгрес (Париж, 1967) 16
- III Міжнародний конгрес «Лікарі миру за запобігання ядерній війні» (1983) 16

- X Міжнародний конгрес терапевтів (1970) 10
- XV Міжнародний філософський конгрес (1973) 10
- XVIII Міжнародний конгрес з прикладної психології (1974) 10
- Деонтологічний конгрес (Парижі, 1967) 85

## **КОНВЕНЦІЇ**

- «Про захист осіб у зв'язку з автоматизованою обробкою персональних даних» 67
- «Про захист прав людини та людської гідності у зв'язку із застосуванням біології та медицини» (1998) 128
- «Конвенція про захист прав і достоїнства людини у зв'язку з використанням досягнень біології і медицини» (1996, 2002) 110
- «Про захист прав і достоїнства людини у зв'язку з впровадженням досягнень біології і медицини» (1997) 47
- «Про права людини в біомедицині» (1996, 1997) 47, 97, 99
- Міжнародна Конвенція Генеральної Асамблеї ООН з цивільних і політичних прав (1966) 27

## **ЗАКони**

- «Про помирання з гідністю» (1994 р.) США 144
- «Про право людини на смерть», США 144
- «Про припинення життя за бажанням чи допомогою в самогубстві», Голландія 145

### **Закони України**

- Конституція України 31, 64, 101, 146
- «Закон про трансплантацію» 115
- «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (1992) 29,30, 31, 62, 64, 65, 73, 101, 102, 146
- "Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз" (2001) 31, 66
- «Про державну систему біобезпеки при створенні, випробуванні, транспортуванні та використанні генетично модифікованих організмів» (2007) 129
- "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення" (1994) 31, 65;
- "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення" (1991) 31, (1992) 65, 66, (2001) 184
- «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду і підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих СНІДом на 2009-2013 роки» 185
- "Про захист населення від інфекційних хвороб" (2000) 31, 65
- «Про захист персональних даних» 67
- «Про захист прав споживачів» (1991) 129

- «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживання ними» (1995) 31, 65.
- «Про лікарські засоби» (1996) 101
- «Про наукову і науково-технічну діяльність» 160
- «Про попередження насильства в сім'ї» (2001) 31,
- "Про психіатричну допомогу" (2000) 31, 65
- «Про трансплантацію органів й інших анатомічних матеріалів людини» (1999) 110

### **НАКАЗИ ПРЕЗИДЕНТА УКРАЇНИ**

- «Про невідкладні заходи щодо запобігання розповсюдженню ВІЛ-інфекції/СНІДУ» (2000) 184
- «Про оголошення в Україні 2002 року роком боротьби зі СНІДом» (2001) 184
- «Про додаткові заходи щодо посилення боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом» (2001) 185

### **НАКАЗ МОЗ УКРАЇНИ**

- «Про удосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію /СНІД» (2000) 185
- «Про проведення клінічних випробувань ствольових клітин» (2007) 115
- "Про затвердження нормативно-правових актів з питань трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людині" (2000) 110
- "Про затвердження нормативно-правових актів з питань трансплантації" (2000) 110
- «Про затвердження інструкції про проведення клінічних випробувань лікарських засобів і експертизи матеріалів клінічних випробувань і Типове положення про комісію з питань етики», (2000) 101
- «Про подальший розвиток медичної генетики і біоетики в Україні». (2000) 101

### **ПОСТАНОВА КАБІНЕТУ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ**

- "Деякі питання розслідування та ведення обліку нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на виробництві" (2004) 66
- «Питання запобігання і захисту населення від ВІЛ-інфекції і СНІДу» (1998) 185
- "Порядок розслідування та обліку нещасних випадків не виробничого характеру» (2001) 66
- «Про затвердження порядку й умов обов'язкового страхування медичних працівників і інших осіб на випадок інфікування ВІЛ під час виконання ними професійних обов'язків» (1998) 185



- «Про затвердження програм розвитку донорства крові і її компонентів на 2002-2007 рр.» (2001) 185
- «Про порядок державної реєстрації генетично модифікованих організмів джерел харчових продуктів, а також харчових продуктів, косметичних і лікарських засобів, які містять такі організми або отримані з їхнім використанням» (2009) 129
- «Про Програму профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2001-2003 рр.» (2001) 185
- «Про розмір щомісячної державної допомоги дітям у віці до 16 років, інфікованих вірусом імунодефіциту людини або СНІД» (1998) 185
- «Про створення Українського фонду боротьби з ВІЛ-інфекцією і СНІДом»; (2001) 185

## **МІЖНАРОДНІ ДОКУМЕНТИ**

### **ВООЗ**

- Резолюція Асамблеї ВООЗ з безпеки пацієнтів (2002) 47
- Програма ВООЗ з безпеки пацієнтів (2004) 48

### **ЮНЕСКО**

- Керівництво №1-2 «Про створення і діяльність комітетів з біоетики» ЮНЕСКО, 2005 100
- «Рекомендація про статус науковців» (1974) 160

### **ВМА**

- Резолюція з питань поведінки лікарів при здійсненні трансплантації людських органів» (1994) 110
- «Заява про торгівлю живими органами» (1985) 109

### **ЄВРОПЕЙСЬКИЙ СОЮЗ**

- Хартія основних прав ЄС 2000 47
- Європейська хартія з прав пацієнтів (2002) 47

## ЛІТЕРАТУРА

1. Авіценна. Книга знання. / Авіценна // М.: Ексмо-експресс. - 1999. – 749 с.
2. Алексєнко А.П., Лісовий В.М. Соціально-філософські та етичні проблеми медицини. Харків, Колегіум. - 2010. – 340 с.
3. Бильченко О.С. Врачебная этика и медицинская деонтология. Харків, 2005. – 197 с.
4. Гіппократ. Етика і загальна медицина / Під ред. С.Ю. Трохачева; Пер. з древнегреч. - Спб, 2001.
5. Грандо А.А. Лікарська етика і медична деонтологія -К.: Вища школа, 1988. - 192 с.
6. Декларація щодо трансплантації органів людини - с. 34
7. Деонтологія в медицині: У 2 т. Під ред. Б.В. Петровського. - АМН СРСР. - М.: Медицина, 1988. Т. 1. Загальна деонтологія. - 352 с.; Т. 2. Приватна деонтологія. - 416 с.
8. Журнал «Лікар» №2, 2003.- С. 44-46.
9. Законодательные основы профессиональной деятельности медицинских работников (Збірка офіційних документів). - М., 1995.
10. Зільбер А.П. Етика і закон в медицині критичних станів. "Етюди критичної медицини", т. 4. - Петрозаводськ: Вид-во ПетрГУ. - 1998. - С. 288.
11. Ковальова О.М., Вітенко І.С., Лісовий В.М. Біоетика, 2006. – 203с.
12. Ковальова О.М., Лісовий В.М. Біоетичні аспекти клінічної практики і наукових досліджень. Харків - 2006. – 95с.
13. Кримінальний Кодекс України. - Харків. - 2002
14. Кривонос М.В., Алексєнко А.П. Філософські соціально-екологічні проблеми медицини, Харків, - 2002. – 215 с.
15. Лікарі, пацієнти, суспільство. Права людини і професійна відповідальність лікаря в документах міжнародних організацій. - К., 1999.
16. Лизогуб Я. Проблеми кримінальної відповідальності за неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником (ст. 140 КК України) // Право України, № 4, 2005, С. 85-88.
17. Лихтенштейн Е.И. Помни о больном. - К.: Вища школа, 1978.–176 с.
18. Поттер В.Р. Біоетика – міст в майбутнє. -К.: Вид. В. Карпенко, 2002 - 216 с.
19. Права людини і професійна відповідальність лікаря в документах міжнародних організацій. Вид-во «Сфера», Київ, 1998. – 121с.
20. Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині. Закон України від 16 липня 1999 р. // Відомості Верховної Ради України, 1999, № 41, Ст. 377.
21. Резолюція про відношення лікарів до проблеми трансплантації органів людини - с. 75.
22. Турак Й.А. Етичні і правові основи медичного втручання з поглядом лікаря-практика. - Ужгород: Закарпаття, 2002.– 192 с.
23. Харді І. Лікар, сестра, хворий: психологія роботи з хворими.

Вид-во академії наук Угорщини. Будапешт. - 1988.— 338 с.