

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА СУСПІЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН

І. Г. Утюж, М. О. Мегрелішвілі

ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ В МЕДИЦИНІ

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

для самостійної роботи студентів I-III курсів медичних та фармацевтичного
факультетів денної форми навчання
галузі знань 22 ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я
спеціальностей: 221 СТОМАТОЛОГІЯ,
222 МЕДИЦИНА,
226 ФАРМАЦІЯ, ПРОМИСЛОВА ФАРМАЦІЯ,
228 ПЕДІАТРІЯ

Запоріжжя
2021

УДК 614.253(075.8)

Е 88

*Затверджено на засіданні Центральної методичної ради ЗДМУ
та рекомендовано для використання в освітньому процесі
(протокол № 1 від 30.09.2021)*

Укладачі:

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

М. О. Мегрелішвілі – кандидат філософських наук, доцент кафедри суспільних дисциплін ЗДМУ.

Рецензенти:

В. А. Жадько – доктор філософських наук, професор, професор кафедри суспільних дисциплін ЗДМУ

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

Етичні проблеми в медицині: навчальний посібник для самостійної роботи студентів I-III курсів медичних та фармацевтичного факультетів денної форми навчання галузі знань 22 «Охорона здоров'я» спеціальностей 221 «Стоматологія», 222 «Медицина», 226 «Фармація, промислова фармація», 228 «Педіатрія» / І. Г. Утюж, М. О. Мегрелішвілі. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2021. – 140 с.

УДК 614.253(075.8)

©Утюж І. Г., Мегрелішвілі М. О. 2021.

©Запорізький державний медичний університет, 2021

ЗМІСТ

| | |
|--|-----|
| ПЕРЕДМОВА..... | 4 |
| Тема 1. ЕТИКА ЯК НАУКА..... | 6 |
| Тема 2. МЕДИЧНА ЕТИКА | 14 |
| Тема 3. ОСОБИСТІСТЬ ЛІКАРЯ..... | 31 |
| Тема 4. ДЕОНТОЛОГІЯ В МЕДИЧНІЙ НАУЦІ. БІОЕТИКА..... | 36 |
| Тема 5. ОСНОВОПОЛОЖНІ ДОКУМЕНТИ СУЧАСНОЇ МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ | 46 |
| Тема 6. ОСНОВИ БІОЕТИЧНИХ АСПЕКТІВ ТРАНСПЛАНТАЛОГІЇ ТА ПЕРЕЛИВАННЯ КРОВІ | 57 |
| Тема 7. ОСНОВИ БІОЕТИЧНИХ ПРОБЛЕМ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ТА ІНШИХ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ІНФЕКЦІЙ | 85 |
| Тема 8. ОСНОВИ БІОЕТИЧНИХ ПРОБЛЕМ БІОПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ, ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХІАТРІЇ..... | 93 |
| Тема 9. ОСНОВИ БІОЕТИЧНОЇ ОЦІНКИ ТА КОНТРОЛЮ ГЕНЕТИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ. ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ВПРОВАДЖЕННЯ НАНОТЕХНОЛОГІЙ У МЕДИЦИНУ. | 100 |
| Тема 10. СОЦІАЛЬНА СПРАВЕДЛИВІСТЬ, ПРОБЛЕМИ ТРАНСКУЛЬТУРАЛЬНОЇ ЕТИКИ І СОЦІОЕТИЧНІ ЗОБОВ'ЯЗАННЯ..... | 113 |
| ПІДСУМКОВИЙ КОНТРОЛЬ ЗАСВОЄННЯ МАТЕРІАЛУ | 125 |
| ТЕМИ РЕФЕРАТІВ, ДОПОВІДЕЙ, ІНДИВІДУАЛЬНИХ ЗАВДАНЬ | 136 |
| ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА..... | 137 |
| РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА..... | 139 |

ПЕРЕДМОВА

«Етичні проблеми в медицині» як навчальна дисципліна є складовою сучасної соціально-гуманітарної освіти, спрямованої на формування у студентів не тільки відповідного рівня професійних знань та навичок, а й культури етичного мислення на основі цінностей загальнолюдської та професійної моралі.

Метою викладання навчальної дисципліни є активне сприяння гуманізації медицини на основі формування світоглядних цінностей поваги та любові до людини, засвоєння аспектів етичної моделі біоетики, поглиблення знань тих, хто цікавиться питаннями моралі, а також реалізація гуманістичного потенціалу біоетики, як науки, виховання у студентів шанування цінності та гідності людського життя від зачаття до природної смерті.

Основними завданнями вивчення дисципліни є набуття студентами навичок інтерпретації етичних норм та застосування етичних принципів для різноманітних реальних або потенційних морально-навантажених, суперечливих ситуацій у галузі медицини та охорони здоров'я; сформувані у студентів почуття найвищої соціально-правової, моральної та професійної відповідальності в процесі майбутньої діяльності.

У результаті вивчення навчальної дисципліни «Етичні проблеми в медицині» студент розглядає різні аспекти біомедичних проблем. Серед них, зокрема, такі:

- основи етичних норм взаємовідносин медпрацівників в середині колективу та з пацієнтами;
- психологічні основи співпраці в середині колективу;
- особливості спілкування з дотриманням норм деонтології;
- важливість комунікативних навичок у роботі лікаря;
- роль спілкування у формуванні і задоволенні соціальних потреб людини;
- моральні норми і правила;
- поняття трансплантації: історія і сучасність;
- моральні проблеми трансплантології;
- поняття про донорство та трансфузіологію;
- біоетичні проблеми переливання крові;
- сучасний погляд соціуму на проблему ВІЛ / СНІД;
- конституційні права та захист хворих на ВІЛ / СНІД;
- основні морально-етичні принципи догляду за психіатричними, онкологічними хворими та наркоманами;
- сучасний погляд на проблему наркоманії;
- генно-інженерні організми на службі у медицини;
- етичні проблеми застосування нових генно-інженерних технологій;
- етичні проблеми клонування живих організмів;
- конвенція про права дитини; догляд і підтримка дітей з ВІЛ-інфекцією;
- етико-деонтологічні аспекти застосування нанотехнологій;
- проблеми впровадження нанотехнологій у медицину;

- етичні проблеми регулювання плідності та інші проблеми.

Навчальний посібник для самостійної роботи «Етичні проблеми в медицині» розроблений на основі та відповідає робочій програмі дисципліни.

Тема 1. ЕТИКА ЯК НАУКА

План

1. Етика як самостійна дисципліна.
2. Мораль. Концепції походження моралі.
3. Поняття добра і зла, совісті і честі, справедливості та сенсу життя.

Використана література:

1. Малахов В. А. Етика: курс лекцій: навч. посібник. – 4-те вид. – К.: Либідь, 2002. – 384 с.
2. Гофтул М. Г. Етика: навчальний посібник. – К.: Видавничий центр «Академія», 2005. – 416 с.

1. Етика як самостійна дисципліна.

Термін «*етика*» походить від давньогрецького «*ethos*», яке ще в Гомера означало місце перебування, спільне житло. Згодом, однак, у слові *етос* почало переважати інше значення: звичай, вдача, характер. Античні філософи використовували його для позначення усталеного характеру того або іншого явища. Зокрема, йдеться про етос першоелементів дійсності (Емпедокл), людини (Піфагор, Демокріт, Геракліт, Критій) тощо.

У творах давньогрецького філософа Арістотеля (384 – 322 до н. е.) знаходимо два терміни, похідні від слова *етос*: *ethikos* (етичний) і *ethika* (етика). Термін *етичний* потрібний був мислителю для позначення чеснот, що стосуються людської вдачі, характеру, на відміну від чеснот діаноетичних, тобто пов'язаних з мисленням, розумом людини. Що ж до науки – галузі пізнання, котра вивчає власне етичні чесноти, досліджує, яка людська вдача є найдосконалішою, – то таку науку Арістотель або його найближчі учні й назвали етикою. Філософ залишив праці, до назв яких уперше входить це слово: «Нікомахова етика» (найімовірніше, відредагована сином Арістотеля Нікомахом), «Євдемова етика» (пов'язана з його учнем Євдемом) і так звана «Велика етика», що являє собою стислий конспект двох перших.

Намагаючись точно перекласти термін "ethos", давньоримський філософ Марк Туллій Цицерон (106 – 43 до н. е.) запровадив термін "moralis" ("моральний") з огляду на латинське "mos", подібне до давньогрецького "ethos" ("етос"). Термін "moralis" означав характер, темперамент, звичай тощо. Йшлося про терміни тієї галузі філософських знань, яку Арістотель (чи його учні) назвав етикою. Згодом, у IV ст. н. е., виник термін "moralitas" – "мораль".

Обидва терміни ("етика" і "мораль") увійшли до новоєвропейських мов, хоча й набули в них різного значення: етикою стали називати одну з філософських наук, а мораллю – реальні процеси, які вивчає ця наука. У повсякденному слововжитку ці терміни часто ототожнюють. Зокрема, ведучи мову про етику вчителя, медичного працівника тощо, мають на увазі специфіку їх моралі.

Етика (лат. *ethika*, від грец. *ethos* – звичай) – філософська наука, яка досліджує природу, сутність, виникнення, розвиток, структуру, функції моралі, її прояви у різноманітних сферах діяльності.

Предметом етики є мораль.

2. Мораль. Концепції походження моралі.

Мораль постає як такий практично-оцінний спосіб відношення людини до дійсності, котрий регулює поведінку людей з точки зору принципового протиставлення добра і зла.

Функції моралі:

- Регулятивна функція моралі. Цю функцію моралі здебільшого вважають головною, доводячи, що основний зміст моралі становлять відповідні вимоги (норми, правила, приписи). Саме завдяки їм мораль виконує регулятивну роль.

- Оцінно-імперативна функція моралі. Суть її полягає в тому, що мораль осмислює дійсність такою, якою вона повинна бути, тобто як ідеальну модель належного. Це осмислення охоплює процедуру морального оцінювання дійсності, насамперед відповідності поведінки, вчинків людей найвищим цінностям, добру. Наслідком такого осмислення є відповідні повеління.

- Комунікативна функція моралі. Справжнього морального значення будь-який вчинок людини може набути тільки в міжособистісних стосунках, у контексті спілкування. Змістовність спілкування людей значною мірою залежить від рівня їх моральної культури, яка за належних умов виявляється у доброзичливості, взаємоповазі, приязні. Саме у такій площині реалізується комунікативна функція моралі.

- Пізнавальна функція моралі. Завдяки моралі індивід одержує перші уявлення про норми поведінки, які пред'являє йому суспільство (не тільки інформацію про норми, а й про те, як ними керуватися), про добро і зло, честь і гідність тощо.

- Виховна функція моралі. Мораль не лише збагачує індивіда інформацією про людське буття, а й допомагає йому орієнтуватися в житті як системі цінностей. Вона апелює не стільки до розуму, скільки до уяви і почуттів, виконуючи виховну функцію. Завдяки моралі здійснюється передавання досвіду попередніх поколінь, формуються уявлення індивіда про добро і зло, гідність і честь, справедливість, що сприяє його самовдосконаленню, виробленню практичних навичок жити і діяти згідно з вимогами суспільства, викорінювати пороки.

- Орієнтувальна функція моралі. Пізнавальна функція моралі не тотожна науковому пізнанню. Вона збагачує людину не просто знаннями об'єктів самих по собі, а орієнтує у світі культурних цінностей, допомагає ставитися до них диференційовано, віддаючи перевагу вищим цінностям, які відповідають її потребам, інтересам і смакам.

Концепції походження моралі.

Релігійні концепції походження моралі.

Більшість із релігійних концепцій виходить з того, що мораль виникла кілька тисяч років тому. Уявлення про добро і зло, моральні вимоги, здатність

ними керуватися дані людині Богом. Головний феномен моралі – добро – тлумачиться як втілення божественної волі. Так, згідно з християнським ученням мораль має божественну природу. Людина отримує її як природний моральний (внутрішній) закон і як богоодкровенний (зовнішній) закон.

Потреба в моралі зумовлена тим, що людина як тілесна істота, будучи схильною керуватися плотськими бажаннями і пристрастями, неспроможна без допомоги Бога виробити єдино істинне розуміння добра, а тим більше керуватися цим розумінням. Тому без Бога людське життя неможливе. Мораль є божим даром, вона, як удар блискавки, відсікла людину від світу тварин. До того ж люди з давніх-давен вірили, що боги заохочують високоморальну поведінку і карають за аморальну.

Релігійне тлумачення проблем моралі адресується людині як істоті смертній і водночас такій, що бажає безсмертя. Проте воно пов'язане з істотними труднощами. Адже ідея існування Бога ґрунтується на вірі, тому прийнятна переважно для віруючих. А оголосити всіх невіруючих аморальними, та ще й аргументувати це навряд чи хто зуміє.

Винятково складною для релігійних концепцій походження моралі є проблема узгодження ідеї благого і розумного божественного управління світом з наявністю світового зла, виправдання цього управління темними сторонами буття. Релігійно-філософські доктрини, які мали своїм завданням розв'язання цієї проблеми, одержали назву "теодицея" (грец. *theos* – Бог і *dike* – справедливість). Проблема узгодження ідеї благого і розумного божественного управління світом виявляється в системі запитань, перше з яких: чому злочинцям часто буває добре, а добродіям погано? Типова відповідь (у результаті кожен з них отримує своє, заслужене) викликає інше питання: коли ж наступить це? Наприклад, добрий помер у безнадії, а лихий – у безкарності: де ж обіцяна відплата? Виводячи перспективу відплати за межі життя індивіда, теодицея відносила відплату не до окремої людини, а до роду загалом, що здавалося справедливим з точки зору патріархальної моралі. Нові форми теодицеї стали апелювати вже не до вічності роду, а до вічності індивіда в перспективі есхатології (грец. *eschatos* – останній, крайній і *logos* – слово, вчення) – релігійному вченні про кінцеву долю світу і людини. Йдеться насамперед про релігії Індії, зокрема брахманізм, буддизм, які, сповідуючи ідею переселення душ, визнають причинно-наслідковий зв'язок між заслугами і провинами в попередньому житті та обставинами наступного народження (душа праведної людини переселяється після смерті в тіло людини вищої, благороднішої касті), а також про доктрини відплати після смерті ("на тому світі"), якими насажені віровчення давньоєгипетської релігії, пізнього іудаїзму, а особливо християнства та ісламу.

Релігійні концепції походження моралі мають багато переваг і недоліків. Їх аналіз є досить делікатною проблемою і пов'язаний з ризиком профанації (лат. *pro-fano* — оскверняю), який супроводжує намагання невіруючого аналізувати проблеми віри. Таке трапляється і тоді, коли віруючий прагне проникнути в духовний світ невіруючого чи іновірця.

Натуралістичні концепції походження моралі

Відомий англійський філософ Д.-Е. Мур вважав натуралістичними майже всі школи етики, які передували його концепції моралі. Більшість учених зараховує до натуралістичних усі нерелігійні концепції моралі, крім соціально-історичних.

Згідно з натуралістичними концепціями мораль виникла мільйони років тому як просте продовження і ускладнення групових інстинктів тварин. Вона необхідна для виживання виду в боротьбі за існування.

Ці концепції були сформульовані у працях Ч.-Р. Дарвіна, Г. Спенсера, П. Кропоткіна тощо. Наприклад, Ч.-Р. Дарвін зазначав, що багато почуттів і здібностей, якими пишаються люди, можна виявити і в тварин (іноді досить розвинутими), серед них є й естетичні та моральні почуття.

Г. Спенсер виходить з ідеї еволюції, яка, на його думку, охоплює як природу, так і суспільство. Він не відрізняв моральних стосунків людей від стосунків у тваринному світі, розглядав їх як один із видів поведінки, властивий усім живим організмам, як найвищий результат еволюційного розвитку. У процесі еволюції мораль, на його думку, є засобом пом'якшення боротьби між егоїзмом і альтруїзмом, якими наділена жива природа, зокрема й людина. Людська поведінка історично долає кілька етапів, упродовж яких виникають і вдосконалюються моральні почуття, зло поступово переходить до добра, від моральних вад до чеснот. Людина, пристосовуючись до умов життя, спрямовує поведінку на збереження себе як виду. З часом благо суспільства і благо особистості все більше збігаються. Тому людина повинна дбати про особисте щастя в межах, приписаних суспільними умовами.

Отже, натуралістичні концепції походження моралі мають істотні аргументи, проте загалом ґрунтуються на помилковому підході, який можна визначити як редуccionізм (лат. – повернення, відновлення) – зведення вищого (моральних стосунків між людьми) до нижчого (поведінки тварин). Однак немає сумніву в тому, що групові інстинкти і материнський інстинкт є природними передумовами виникнення моралі.

До натуралістичних систем походження моралі відносять також гедонізм, евдемонізм та інші антропологічні концепції моралі, в яких людині приписується певна незмінна природна схильність. Згідно з гедоністичною концепцією людина від природи має потяг до насолод.

Гедонізм – спосіб обґрунтування моралі, тлумачення її природи і призначення, який зводить зміст моральних вимог до однієї мети – одержання насолод.

Насолоду він розглядає як найвище благо і критерій людської поведінки, а прагнення до насолоди – як головне рушійне начало людини, закладене в ній природою, що визначає всі її дії. Тобто добром є те, що приносить насолоду, а злом – те, що спричиняє страждання. Евдемоністи наполягають на тому, що визначальним у людині є прагнення до щастя.

Евдемонізм – спосіб обґрунтування моралі, тлумачення її природи і призначення, за якого досягнення щастя вважається головною метою життя і основою моральних вчинків.

Прихильники евдемонізму вважали щасливою і доброчесною людиною, яка розвиває свої духовні й тілесні можливості, що приносить їй задоволення, позитивно позначається і на її оточенні. Все це є передумовою її авторитету і навіть слави.

Попри суттєві відмінності між гедонізмом та евдемонізмом, у процесі обґрунтування моралі їх часто недостатньо чітко розмежовують, іноді евдемонізм розглядають як різновид гедонізму.

Соціально-історичні концепції походження моралі

Прибічниками етичних систем, у яких визнається соціально-історична природа моралі, були Арістотель, Т. Гоббс, французькі філософи Ж.-Ж. Руссо (1712 – 1778), Е. Дюркгейм, німецький філософ, соціолог і політик М. Вебер (1864 – 1920), марксиста та ін.

Концепції соціально-історичної природи моралі ґрунтуються на тому, що виникнення моралі за часом збігається з формуванням родоплемінного ладу. Мораль була покликана до життя соціальною потребою в узгодженні, регулюванні й координації процесів виробництва, відтворення суспільного життя в нових умовах, оскільки таке регулювання доморальними засобами ставало неможливим (при цьому певною мірою визнаються біологічні передумови моралі).

Головною функцією моралі було забезпечення впорядкованості життя первісного колективу, узгодження колективної волі з волею окремих соціальних груп та індивідів, які поступово виокремлювалися з первісного людського стада, набуваючи певної соціальної визначеності й відносної самостійності.

Отже, моралі передують доморальні форми регулювання поведінки людини. Природними передумовами виникнення моралі були колективні інстинкти, а соціальними – ускладнення суспільного життя, виникнення нетрадиційних конфліктів і неможливість розв'язати їх звичними засобами. Істотну роль у виникненні моралі відіграло зародження самосвідомості індивідів.

3. Поняття добра і зла, совісті і честі, справедливості та сенсу життя.

"Добро" є одним із найзагальніших понять моралі й категорією етики. Розуміння, спосіб тлумачення, аргументації природи й сутності добра і зла істотно впливають на визначення інших категорій етики і на всю етичну концепцію, оскільки ці категорії основні, фундаментальні. У них найповніше виявляється специфіка моралі, бо саме за допомогою категорій "добро" і "зло" виділяється, окреслюється моральний феномен, тобто моральний аспект діяльності, людської свідомості, поведінки, взаємин людей, їх ставлення до природи.

Зміст категорії "добро" іноді ототожнюють із сутністю моралі взагалі, хоча більшість учених розглядає добро як морально-позитивне начало, зло – як морально-негативне, а саму етику – як учення про добро і зло.

Добро – найвища, абсолютна вселюдська цінність, причетність до якої наповнює життя людини сенсом, воно стає самоцінним, а не служить засобом

для досягнення Інших цілей; уявлення про добро перебуває в органічному взаємозв'язку з ідеалом суспільства і особистості.

На відміну від прекрасного (абсолютної вселюдської цінності) добро адресується людині не в художньому образі, а в натуральному вияві.

Абсолютистські концепції добра і зла

Їх представники онтологізують добро (надають статусу буття) і тлумачать зло як щось негативне, що протистоїть буттю, спотворює його. Добро і зло протиставляють, стверджують, ніби добро за будь-яких умов не може переходити у зло, і навпаки. Категорії "добро" і "зло" розглядають як незмінні, абсолютно істинні, вони не піддаються сумніву. При цьому не враховують, що їх авторами були окремі люди (філософи, апостоли, пророки), які мали специфічні, іноді гранично полярні, несумісні погляди, переконання, світогляди.

Основним недоліком абсолютистських концепцій є канонізація і догматизація існуючої моралі, що нерідко призводить до ригоризму (непохитного втілення якогось принципу в життя), а іноді й фанатизму, аскетизму, ханжества й фарисейства, тобто удаваної набожності, доброчесності, лицемірства. Проте відмова від визнання абсолютного моменту в моралі й добрі породжує ще гірші наслідки. Йдеться про етичний релятивізм (відносність).

Релятивістські концепції добра і зла

У цій системі поглядів поняттям моралі надається умовне, відносне значення, що призводить до суб'єктивізму в тлумаченні моральних понять і суджень, до заперечення в них об'єктивного змісту, нерідко – до нігілізму (лат. nihil – ніщо, нічого) та імморалізму (лат. im... – префікс, що означає заперечення і moralis – моральний) вселюдських моральних цінностей.

Релятивісти бачать лише те, що моральні поняття й уявлення різних народів, соціальних груп, людей, перебуваючи у зв'язку з їх потребами, інтересами, переконаннями й уподобаннями, мають суттєві відмінності, а також залежать від часу, місця, конкретних життєвих ситуацій. Звертаючись до фактів, що засвідчували протилежність моральних уявлень у різних народів, на відносності добра і зла наполягали софісти (Протагор, Горгій, Гіппій та ін.). Подібним було ставлення до моральних, і не тільки моральних, уявлень скептиків (Піррон, Енесідем, Секст Емпірик), що з особливою переконливістю виявилось в аргументах проти можливості точного знання. Скептики, наприклад, вважали, що існує стільки рівноцінних моральних суджень, скільки є народів і осіб. Вони рекомендували утримуватися від суджень, підкорятися звичаям і законам своєї країни. Оскільки зла, на їх думку, не існує, потрібно просто остерігатися того, що вважають злом, і зберігати завдяки цьому душевну незворушність.

Як категорія етики "совість" виражає нерозривний зв'язок моралі й людської особистості, характеризує здатність здійснювати моральний самоконтроль, самостійно формулювати для себе моральні обов'язки і вимагати від себе їх виконання, оцінювати свої вчинки. Будучи формою осягнення особистістю моральних вимог суспільства й людства, совість безпосередньо переживається як обов'язок і відповідальність людини перед собою. Керуючись

совістю, людина бере на себе відповідальність за свої уявлення про добро і зло, за ті критерії, послуговуючись якими, вона здійснює моральний вибір і відповідні вчинки. Тому совість часто називають моральним компасом особистості.

Людину, яка має розвинуте почуття совісті, називають совісною. Совісна людина відповідальна, наділена глибоким почуттям морального обов'язку. Вона ставить перед собою високі моральні вимоги, уважна і чуйна, здатна долати ниці пристрасті. Наявність совісті свідчить про укорінення моралі в духовно-емоційному світі особистості. Тому совісна людина поводить себе пристойно й за відсутності зовнішнього контролю, тобто діє не свавільно, а справді вільно. Для неї неприйнятна вседозволеність.

Безсовісній людині потрібний зовнішній контролер, оскільки моральні вимоги не стали її самовимогами, залишившись зовнішньою, чужою силою. Така людина заслуговує осуду, адже безсовісність нічим не відрізняється від аморальності.

Чесць – особливе моральне ставлення людини до себе, що виявляється в усвідомленні свого соціального статусу, роду діяльності й моральних заслуг, і відповідне ставлення до неї суспільства, яке рахується з її репутацією.

Чесць людини, на думку Г.-В.-Ф. Гегеля, полягає в тому, щоб стосовно задоволення своїх потреб вона залежала тільки від свого працелюбства, від своєї поведінки і від свого розуму.

Справедливість – загальне співвідношення цінностей, благ між собою і конкретний розподіл їх між індивідами, належний порядок людського співжиття, який відповідає уявленням про сутність людини і її невід'ємні права.

Справедливість потребує еквівалентного обміну діяльністю та її результатами. Вона одночасно визначає відносини між людьми з приводу їх взаємних обов'язків і розподілу створених спільними зусиллями матеріальних і духовних благ.

Проблема справедливості в її моральному сенсі виникає тоді, коли індивід замислюється, чи повинен він дотримуватися вимог моралі в умовах, коли інші люди часто нехтують ними, і наскільки це справедливо.

Поняття "смысл життя" належить до найважливіших понять етики. Смысл (сене) життя – морально-світоглядне уявлення людини, за яким вона зіставляє себе і свої вчинки з найвищими цінностями, ідеалом, виправдовується перед собою та іншими.

Проблема місця, ролі, призначення людини у світі, сенсу її життя є вічною. За словами Е. Фромма, людина – єдина тварина, для якої власне існування є проблемою; вона повинна її розв'язати, і їй від цього нікуди дітися. Поява цієї проблеми у свідомості людей пов'язана з нуждою, хворобою, муками совісті, зрадою, нерозділеним коханням тощо. Однак основна причина її виникнення полягає в усвідомленні людиною своєї смертності. І справді, якби життя людини було вічним, то вона могла б дозволити собі на якийсь час абстрагуватися від цієї проблеми. Безсмертній людині ніколи не пізно почати життя зі смыслом. А можливо, її взагалі не цікавив би смысл життя. Цього не може уникнути смертний, задумуючись, чи є в людському житті те, що не

зникне разом зі смертю. Для смертної людини існування становить нескінченну цінність.

Практичне завдання:

Напишіть творчу роботу (есе) на одну із тем:

1. Етика в системі гуманітарних знань.
2. Радикальна критика основних ідей традиційної етики А. Шопенгауера.
3. Етноетика.
4. Етика і медицина.
5. Проблема морального світу людини у творчості Г. Сковороди.
6. Чесноти і вади як характеристики морального світу людини.
7. Взаємозв'язок загальнолюдського та національного в моралі.
8. Моральні традиції українського народу.
9. "Золоте правило моральності" в історії світової етичної думки.
10. Загальнолюдська мораль та міжнаціональні відносини.

Контроль знань:

1. Що є предметом етики?
2. Чим відрізняються поняття “етика” та “мораль”?
3. Які існують концепції походження моралі? Назвіть їх переваги та недоліки.
4. В чому складність питання про сенс життя?

Глосарій:

Етика – наука про мораль, яка досліджує систему моральних цінностей, вивчає фундаментальні засади справедливих, розумних та осмислених дій в сумісному житті людей (1); філософська наука про добро і зло в людському бутті, а також в усіх пов'язаних з ними категоріях (2); наука про все гідне і негідне в людському ставленні до себе, іншої людини і світу.

Мораль – це 1) система поглядів і уявлень, норм і оцінок, що регулюють моральну поведінку людей; 2) усвідомлення добра і зла, гідного і негідного, прекрасного і потворного у вчинках і стосунках.

Совість – категорія етики, що означає стан страждання, незручності і дискомфорту при порушенні норм відповідальності перед собою, іншою людиною або суспільством. Пробудження совісті означає глибинне невдоволення собою. Таке невдоволення викликається не втраченою можливістю, а порушенням моральної заборони або зрадою собі.

Честь і гідність – найважливіші категорії моральної свідомості і морального буття особистості, що окреслюють повагу особистості до себе на основі усвідомлення реальних або потенційних заслуг перед іншими людьми.

Справедливість – етична категорія, що означає відношення до людини і світу на основі уявлень про права людини. Справедливість реалізується в діях, визначуваних розумінням належного. Фундаментальною особливістю справедливості є об'єктивна оцінка вчинків і прийняття відповідальності за них.

Сенс життя – філософська категорія, що окреслює проблему значення людської присутності у світі, враховуючи її скінченність.

Тема 2. МЕДИЧНА ЕТИКА

План

1. Традиції та основні принципи медичної етики.
2. Основні засади відносин між лікарем та пацієнтом.
3. Збереження лікарської таємниці.
4. Лікарська помилка.

Використана література:

1. Запорожан В.М., Аряєв М.Л. Біоетика та біобезпека: підручник / В.М. Запорожан, М.Л. Аряєв. – К.: Здоров'я, 2013. – 456 с.
2. Ковальова О.М., Сафаргаліна-Корнілова Н.А., Герасимчук Н.М. Деонтологія в медицині: підручник. – Харків, 2014. – 258 с.
3. Сучасні проблеми біоетики: навч. посіб. для позааудитор. підгот. студ. спец. «Фармація», «Клінічна фармація», «Технологія парфумерно-косметичних засобів» / В. А. Мороз, В. В. Пропіснова, Д. В. Леонтьєв та ін.; За ред. В. А. Мороза. – Х.: Вид-во НФаУ, 2009. – 128 с.

1. Традиції та основні принципи медичної етики.

Найбільшого визнання отримала система біоетичних принципів, яка була запропонована південноамериканськими дослідниками Т. Бочамп і Дж. Чілдресс, а також система принципів персоналістичної біоетики. Південноамериканська система складається з чотирьох взаємопов'язаних принципів: автономії (respect for autonomy), незаподіяння шкоди («не нашкодь» – nonmaleficence), благодіяння («роби добро» – beneficence), справедливості (justice). Крім того, була запропонована система похідних від основних принципів і правил: правдивості (veracity), приватності (privacy), вірності (fidelity), конфіденційності (confidentiality), інформованої згоди (informed consent).

Сукупність цих принципів і правил відіграє важливу роль у рішенні теоретичних і практичних завдань медицини і охорони здоров'я. Використання принципів і правил здійснюється на різних рівнях: світоглядному (проблеми всесвіту і людини, суть життя, роль духовності), суто філософському (етика здоров'я і хвороби, життя і смерті), загальнопрофесійному (деонтологія, евтаназія, генна інженерія та ін.), вузькопрофесійному (проблеми окремих дисциплін – трансплантології, психіатрії, інтенсивної терапії, перинатології, паліативної медицини тощо).

Принципи сучасної біоетики виникли задовго до періоду її становлення: деякі з них пов'язані зі школою Гіппократа (IV століття до н.е.) і містяться в знаменитій Клятві Гіппократа. Клятва Гіппократа складається з двох розділів: присвята і кодекс поведінки. У присвяті лікар клядеться усіма богами і богинями, беручи їх у свідки, виконувати чесно, відповідно до своїх сил і розуміння присягу і письмове зобов'язання. У цьому самому розділі містяться

зобов'язання шанування свого вчителя і поваги корпоративних інтересів. Друга частина Клятви Гіппократа містить власне етичний кодекс, що регулює професійну діяльність лікаря у сферах дієтики, фармакотерапії і хірургії. Клятва містить низку заборон, зокрема заборону абортів і евтаназії. У традиціях Гіппократа було зроблено акцент на спеціальні знання, навчання і досвід медичного працівника, які слід безпосередньо застосувати в процесі лікування. Відповідно до такого підходу лікар дає настанову і сумлінний пацієнт додержується її, оскільки знає, що фахівець із глибокими знаннями і досвідом працює щонайкраще в його інтересах. Відповідно до традицій Гіппократа лікар обіцяє: «Я спрямую режим хворих на їхню вигоду згідно з моїми силами і моїм розумінням, утримуючись від заподіяння всілякої шкоди і несправедливості». Мовою сучасної біоетики застосування методу «на вигоду» хворому становить принцип допомоги і сприяння. Утримання «від заподіяння всілякої шкоди і несправедливості» відповідає сучасному принципові «незаподіяння шкоди». Узяті разом принципи допомоги і сприяння та незаподіяння шкоди в сучасній біоетиці розглядають як принципи максимуму: не просто «роби добро» і «не нашкодь», але створюй найбільше добра і домагайся зробити найменше шкоди.

Протягом тривалого часу лікарі використовували текст Клятви Гіппократа як узагальнену моральну мудрість. Деякі сучасні професійні етичні кодекси дотримуються традицій Гіппократа принаймні у тому сенсі, що підкреслюють обов'язок лікаря надавати допомогу, сприяти хворому і не шкодити йому. Це повною мірою стосується «Міжнародної клятви лікарів» і «Міжнародного кодексу медичної етики», які були прийняті 2-ю і 3-ю Генеральною Асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації. Традиції Гіппократа, що виявляють принципи допомоги і сприяння, а також незаподіяння шкоди, у період становлення біоетики посідали домінуюче положення і зберігають свій вплив у сучасних умовах, у тому числі в Україні. Дух і буква етики Гіппократа і сучасних міжнародних кодексів медичної етики наявні в «Присязі лікаря України» і «Етичному кодексі лікаря України».

Принцип «не нашкодь» зберігає своє значення у сучасній біоетиці. У латинському формулюванні він виглядає так: *primum non nocere*, що перекладається як «насамперед не нашкодь», причому слова «насамперед» можуть бути витлумачені й у тому сенсі, що цей принцип є найбільш важливим у діяльності лікаря. Нерідко в принципі «не нашкодь» вбачають сутність лікарської етики Гіппократа. Будь-який лікар, напевно, погодиться з твердженням В. Ламберта, що «є хворі, яким не можна допомогти, але немає таких, яким не можна нашкодити». Адже відомо, що іноді лікування може бути більш тяжким, ніж хвороба. Ідеться про побічні дії лікарських засобів, негативні ефекти при одночасному застосуванні великої кількості препаратів, про невідповідність між прогнозованою користю і можливим ризиком від медичного втручання.

З етичної та юридичної точок зору неприпустимими є: 1) шкода, спричинена бездіяльністю, ненаданням допомоги тому, хто її потребує; 2) шкода, спричинена несумлінністю, злим або корисливим наміром; 3) шкода, спричинена неправильними, неадекватними або некваліфікованими діями.

Принцип «роби добро» є доповненням і продовженням попереднього. Принцип «роби добро» – це не заборона, на відміну від першого, а норма, що вимагає позитивних дій. Його зміст передається іноді за допомогою таких слів, як благодійність, милосердя, філантропія.

Принцип «роби добро» припускає не просто уникнення шкоди, але й активні дії з його запобігання і виправлення. При цьому мається на увазі не тільки та шкода, що вільно або мимоволі заподіяна лікарем, а будь-яка шкода, яку лікар може попередити або виправити, чи це біль, страждання, недієздатність, зрештою, смерть пацієнта. Існують складності в розумінні й обґрунтуванні принципу «роби добро». Так, у крайній формі цей принцип можна тлумачити як обов'язкову самопожертву. Дехто, наприклад, діючи відповідно до цього принципу, міг би вважати себе зобов'язаним запропонувати для пересадки будь-кому, навіть незнайомій людині, свою нирку, а то й обидві нирки, інакше кажучи, віддати власне життя. Але, мабуть, було б нерозумно і, більше того, аморально вимагати від людини такого ступеня самопожертви. Тому іноді принцип «роби добро» треба розуміти як моральний ідеал, а не моральне зобов'язання: хоча слідування йому і заслуговує на схвалення, але разом із тим не можна вважати аморальним і засуджувати того, хто відмовляється робити добро іншому.

Загалом, важко уявити окремого лікаря, а тим більше всю систему охорони здоров'я і медицини, яка б обмежувалася лише завданням незаподіяння шкоди пацієнтам. У такому випадку в суспільстві просто не було б підстав підтримувати цю систему. Тому метою всієї охорони здоров'я є не просто незаподіяння шкоди, а забезпечення блага пацієнтів, а значить, усіх людей і суспільства в цілому. Коли, наприклад, винайшли методи запобігання таким хворобам, як віспа або чума, цілком природним було здійснення позитивних дій, тобто прийняття спеціальних програм профілактики цих тяжких захворювань, здійснюваних у національних масштабах. Навпаки, не вживати цих заходів було б морально безвідповідальним. Добро, що повинні переслідувати лікарі й інші медичні професіонали, – це забезпечення здоров'я пацієнтів. Завдання охорони здоров'я – запобігти втраті здоров'я, якщо це можливо, відновити втрачене здоров'я пацієнта, якщо є розумна надія на його лікування. У деяких випадках доводиться вдовольнитися і меншим, наприклад, тим, щоб призупинити прогресивний розвиток хвороби або – у випадку паліативної медицини – полегшити біль і страждання помираючих.

У традиціях Гіппократа принципи «роби добро» і «не нашкодь» реалізуються в руслі лікарського патерналізму. Протягом історично тривалого часу він був виправданий, однак починаючи з 60-х років ХХ століття опинився під вогнем різнобічної критики через зміни характеру стосунків між лікарем і пацієнтом. По-перше, порушилася особистісна взаємодія через ускладнення медицини, поглиблення медичних знань і вдосконалення медичних технологій. По-друге, збільшення числа ятрогенних захворювань під час здійснення медичних втручань викликало сумнів у непогрішності знань і дій лікаря. По-третє, у суспільстві виникла підозра, що багато лікарів залучаються в практику,

яка порушує інтереси пацієнтів в ім'я інтересів медичних працівників, фармацевтичних фірм, страхових компаній і медичних програм держави.

Зміна ставлення до лікарів у пост/індустріальному суспільстві призвела до дискусій, які були спрямовані проти надмірного патерналізму традиційних кодексів медичної етики. Багато авторів стали на бік моральної опозиції професійним кодексам, які підтримують патерналістські судження в медичній практиці. Наприклад, викликала сумнів етичність неправди в ім'я блага пацієнта як практики, що порушує право хворого на автономію. Не тільки хворі, а й медичні працівники, органи влади, філософи, медичні соціологи ставлять під сумнів право лікарів приймати медичні рішення від імені пацієнтів. Антипатерналістські настрої в суспільстві поставили під питання пріоритет лікарів у визначенні того, що становить шкоду або користь для хворого. Критики етики Гіппократа відзначили, що в «Клятві Гіппократа» відсутні положення про надання пацієнтом інформованої згоди на лікування. Вони звертали увагу на те, що можливе виникнення конфлікту між принципом «роби добро» та іншими моральними зобов'язаннями, у тому числі повагою автономії пацієнта. І, нарешті, виклик традиціям Гіппократа виникає тоді, коли є конфлікт між інтересами пацієнта й інтересами оточуючих.

Клятва Гіппократа, принаймні у своїй оригінальній формі, зосереджена винятково на конкретному пацієнту і не враховує інтереси інших громадян суспільства в галузях дослідницької медицини, організації охорони здоров'я та соціальної справедливості. У результаті наведених викликів виникли клятви, медичні етичні кодекси, що не засновані на традиціях Гіппократа, а іноді базуються на непрофесійних етичних системах. Найважливішим з таких документів є «Конвенція про захист прав та гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини (Конвенція про права людини і біомедицину)».

Розроблення і впровадження нових етичних підходів відбувалися в умовах, коли наприкінці 60-х років ХХ століття новітні досягнення медико-біологічної науки і практики створили принципово нові клінічні ситуації. Не завжди штучна вентиляція легень та інші технології з підтримання життя мали благополучне завершення їхнього застосування. Навіть коли використання таких втручань, як нирковий діаліз або серцево-легенева реанімація, давали блискучі безпосередні результати, віддалені наслідки залишалися невизначеними. Виникла атмосфера деякого інформаційного протистояння, випадів і обвинувачень стосовно медицини, медико-біологічної науки, лікарів і дослідників. У результаті як пацієнти, так і медичні працівники, стали почувати себе менш комфортно, ніж раніше, коли лікарям дозволяли самим вирішувати, чи використовувати те чи інше медичне втручання. У громадськості виникли певні «сигнали тривоги», відчуття ризику новітніх медико-біологічних технологій і негативних наслідків їхнього застосування, про які лікарі і вчені не знали (або не хотіли знати) та яких не могли уникнути. Підвищився рівень медичної свідомості й інформованості людей про стан їхнього здоров'я і характер проведеної терапії. У результаті вони припинили автоматично сприймати поради фахівців і частіше стали прагнути до одержання

альтернативної точки зору, а також вимагати детальнішої інформації про можливості й особливості запропонованого їм лікування.

У 60-70-х роках ХХ століття об'єктом судових розглядів стала практика отримання інформованої згоди на проведення медичних втручань, а також на участь людини у медичних дослідженнях. Незважаючи на думку деяких лікарів про те, що повне розкриття всієї медичної інформації й одержання інформованої згоди несумісні з кваліфікованою клінічною практикою, юридично переважила вимога про необхідність надання пацієнтові інформації про будь-який факт, що може бути матеріалом для прийняття свідомого рішення.

Ствердження і поширення концепції інформованої згоди було частково пов'язане з усе більш помітною роллю в біоетичному аналізі принципу автономії пацієнта. Цей принцип передбачив повагу до вибору, який робить компетентний пацієнт. Іншими словами, люди повинні бути самокерованими і самовизначатися, коли це для них можливо. У цьому зв'язку медичні професіонали не повинні протидіяти тому, що хоче компетентний пацієнт, навіть якщо це становить для пацієнта небезпеку і навіть якщо повага автономії пацієнта призводить до недотримання етичних принципів сприяння і допомоги або ненанесення шкоди. Тобто, в конфлікті з іншими принципами біоетики автономія одержала перевагу.

Дію можна вважати автономною лише в тому випадку, якщо той, хто її здійснює, діє: а) навмисно, тобто відповідно до деякого власного плану; б) з розумінням того, що саме він робить; в) без таких зовнішніх впливів, що визначали б хід і результат дії. Відповідно до першої умови дія, що носить чисто автоматичний характер, яку ми здійснюємо не замислюючись, хоча і розуміємо її зміст, не вважається автономною. Друга та третя умови в кожному конкретному випадку можуть реалізовуватися по-різному. Якщо лікар пропонує пацієнтові будь-яку серйозну хірургічну операцію, то пацієнтові зовсім не обов'язково мати всі ті спеціальні знання, якими володіє лікар. Для того щоб зробити автономний вибір, йому загалом достатньо розуміти лише суть справи, а ніяк не всі ті деталі, що включає дана ситуація. Пацієнт надалі може звернутися за порадою до когось зі своїх близьких, і їхня думка, безумовно, буде впливати на його вибір. Але якщо він сприймає ці думки не як наказ, а як додаткову інформацію для ухвалення рішення, то його остаточний вибір буде автономним. Насамкінець, він може погодитися або не погодитися з пропозицією, прийняти або не прийняти задум лікаря. У тому випадку, коли він погоджується, він, по суті, авторизує намір лікаря, тобто робить його своїм власним рішенням. Тим самим задовольняється і перша умова автономного вибору. Цілком можливо, що, роблячи свій вибір, пацієнт буде керуватися насамперед авторитетом лікаря. Але й у цій ситуації вибір, який зробить пацієнт, буде його власним, тобто автономним рішенням.

Принцип поваги автономії спирається на уявлення про те, що людська особистість самоцінна незалежно від будь-яких привхідних обставин. Принцип автономії стверджує право особистості на невтручання в її плани і вчинки і відповідно обов'язок інших не обмежувати автономні дії. З цього, звичайно, не

впливає, що оточуючі ніколи не правомірні перешкоджати автономним діям. За таких умов істотним є те, що в кожному випадку обмеження автономії має бути спеціально обґрунтовано іншими принципами. Річ не в тім, що цей принцип ніколи і ні за жодних умов не повинен порушуватися. Важливо, щоб лікар усвідомлював, чому він змушений обмежувати автономію пацієнта. І якщо в певній конкретній ситуації вимоги принципу поваги автономії пацієнта входять у протиріччя з вимогами будь-якого іншого принципу, наприклад, «не нашкодь», то виникає необхідність порушити один з них. Типовий приклад такої ситуації – це інформування безнадійно хворого пацієнта про його діагноз. Саме повідомлення правдивої інформації в цьому випадку може нанести йому непоправної шкоди, підірвати його психічні та моральні сили. Тому, якщо пацієнт сам не запитує про те, на що він хворий, лікар може й не повідомляти йому діагноз, хоча така дія суперечить принципу поваги автономії пацієнта. Необхідно зазначити, що законодавство багатьох країн забезпечує пацієнтові право знати про свій діагноз, хоча при цьому зазвичай додається, що інформацію слід надавати «у делікатній формі». Слід зазначити, що дія принципу поваги автономії природним чином обмежується відносно тих, хто не може діяти автономно, – дітей і підлітків, пацієнтів із психічними захворюваннями, тих, хто знаходиться в стані алкогольного або наркотичного сп'яніння, та ін. При цьому обмеження автономії виправдується іншим принципом – «роби добро», тобто дій з метою захисту такої людини від шкоди, яку вона може сама собі заподіяти.

У результаті зміцнення і розширення принципу автономії пацієнта в 60 – 70-х роках ХХ століття роль лікаря істотно змінилася. Стосунки між пацієнтами і медичними працівниками стали немовби аналогом контрактної моделі, що існує в інших галузях, наприклад в юриспруденції або бізнесі. Подібно до юриста або бухгалтера лікарі надають своїм клієнтам інформацію, яка необхідна їм для того, щоб зробити інформований вибір лікування. У своїх граничних проявах таку модель іноді називають «науковою», або «інформаційною», за якої відповідальність медичного працівника полягає, швидше, в простій гарантії, що пацієнт одержав повну інформацію про те, що, з точки зору лікаря, є найкращим для хворого. За цих умов інформована згода на лікування стає вирішальним тестом в оцінці етичності ведення хворого.

На сьогодні стала очевидною необхідність проведення коригування центрального положення принципу автономії пацієнта в біоетиці, що зумовлено цілою низкою обставин. По-перше, автономія пацієнта і його здатність приймати рішення можуть бути обмежені самим захворюванням. Хвора людина пригнічена, стурбована і її судження іноді суттєво відрізняються від характерних для неї в стані здоров'я. Діти, у тому числі новонароджені, психічно хворі, є особами з обмеженою моральною компетентністю. По-друге, іноді обов'язок поважати автономію пацієнта може призвести до порушення власної автономії медичного працівника, коли йому пропонують діяти всупереч своїм людським або професійним цінностям. По-третє, забезпечення автономії пацієнта в окремих випадках може суперечити відповідальності лікаря щодо охорони здоров'я суспільства в цілому. Наприклад, відома ефективність

сучасної вакцинації щодо зниження ризику інфекційної захворюваності. Однак пацієнт може заявити, що його не цікавить небезпека захворювання інших людей, або думати, що ризик захворювання вже досяг мінімального рівня, оскільки достатня кількість осіб пройшли вакцинацію. У такій ситуації етично правомочне подолання принципу автономії пацієнта шляхом проведення програм обов'язкової імунізації. Ще однією слабкою стороною моделі автономії пацієнта є неправильність вихідного положення, що індивід є незалежним і самодостатнім у прийнятті рішень. У реальності кожна людина існує в мережі персональних і соціальних стосунків, що (особливо внутрішньородинні) впливають на характер прийнятих остаточних рішень. І, зрештою, на жаль, принцип автономії пацієнта не пропонує стимулів для економії або справедливого розподілу обмежених ресурсів охорони здоров'я. З цієї причини принцип автономії не завжди працює на макрорівні, коли засобів не вистачає на виконання всього того, що побажає автономний пацієнт, особливо коли він бажає, щоб було зроблено «усе можливе».

У світлі наведених обмежень етики, орієнтованої на принцип автономії пацієнта, в охороні здоров'я одержав розуміння і підтримку альтернативний принцип – принцип справедливості. У його основі закладено вимогу соціальної справедливості в розподілі обмежених ресурсів охорони здоров'я таким чином, щоб як переваги, так і економічні навантаження, були справедливо розподілені між різними шарами суспільства. Цікаво, що проблема соціальної справедливості зіграла важливу роль у зародженні і розвитку біоетики. Так, у 70-х роках ХХ століття виникли дискусії у зв'язку із запровадженням у клінічну практику новітньої за тих часів технології штучного діалізу. Широкий розголос одержали етичні протиріччя в одній з лікарень Сієтла (США), де гостро встало практичне питання: кого з пацієнтів підключити до апарату і таким чином продовжити йому життя, а кому призначено вмерти, так і не дочекавшись своєї черги.

Принцип справедливості не завжди спрямований на негайне благодіяння для пацієнтів (як це передбачає принцип допомоги і сприяння) і не завжди передбачає збіг характеру медичної допомоги з автономним вибором пацієнта (на відміну від принципу автономії). Скоріше, принцип справедливості підкреслює, що в медичних професіоналів є відповідальність як перед суспільством у цілому, так і перед кожним індивідуумом – пацієнтом. Наведені принципи допомоги і сприяння, ненанесення шкоди, автономії пацієнта і справедливості в сучасній біомедичній етиці визнані центральними і складають *парадигму принципалізму*.

Інші принципи орієнтовані на життя суб'єкта і складають *парадигму персоналістичної біоетики*. До них відносяться принцип захисту фізичного життя, терапевтичний принцип, принцип свободи і відповідальності, принцип соціальної відповідальності та взаємодопомоги.

Принцип захисту фізичного життя виходить з фундаментальної цінності життя як такого. Похідними фундаментальної цінності життя є всі права людини, включаючи права на фізичну і генетичну цілісність та охорону здоров'я. Кожна особа є сукупністю цінностей, а не лише частиною суспільства.

Не можна уявити собі ситуацію, коли було б етично прийнятне забрати життя однієї людини для того, щоб врятувати життя іншим людям.

Терапевтичний принцип полягає в тому, що медико-біологічні втручання у фізичну і генетичну сфери організму людини етично припустимі лише за умови, що дії в одній частині тіла переслідують мету зберегти усе тіло або життя в цілому. Умовами дотримання терапевтичного принципу є впевненість у тому, що не існує інших більш щадних методів лікування, в тому, що є висока вірогідність успіху, в тому, що пацієнтові відомі мета втручання, його суть і можливі наслідки.

Принцип свободи і відповідальності підкреслює етичний взаємозв'язок свободи людини і відповідальності в її реалізації. Будь-який вільний вибір не є необмеженим: його обмежують свободи інших людей. Етично свідома особа повинна розуміти свободу не як свободу від обов'язків (свобода від), а як свободу для реалізації проекту життя (свобода для).

Принцип соціальної відповідальності та взаємодопомоги. Соціальна відповідальність вимагає від кожного громадянина розглядати своє життя і здоров'я, а також життя і здоров'я інших людей не лише як індивідуальне, але й як громадське благо. Слід реалізовувати себе, беручи участь у творенні добра для інших людей. З точки зору соціальної відповідальності життя і здоров'я кожного залежать від допомоги інших. Цей принцип підтримує добровільну допомогу хворим, донорство крові і надання біологічного матеріалу для технологій трансплантології. Принцип соціальної відповідальності поєднується з принципом взаємодопомоги: суспільство має допомагати передусім тим, хто цього найбільше потребує і насамперед уразливим контингентам населення. З точки зору принципу соціальної взаємодопомоги етично правильною дією є допомога хворому навіть у тому разі, якщо іншим доведеться піти на певні жертви.

Урахування змісту основних принципів і правил біоетики вкрай необхідне для вирішення актуальних етичних проблем, які виникають у медико-біологічній сфері.

2. Основні засади відносин між лікарем та пацієнтом.

Взаємини між лікарем, фармацевтом і пацієнтом, як унікальними індивідуумами, створюють різноманітність можливих ситуацій і конкретних вчинків. Проте, при всій індивідуальності і унікальності цих стосунків більшість з них можуть бути зведені до декількох основних моделей.

Американський біоетик Роберт Вітч виділив чотири моделі взаємовідношень лікаря і пацієнта, вичерпно характерних для сучасної культури. Кожна з них має свої особливості та схему застосування. Також вони мають конкретні ситуації для застосування на практиці.

Патерналістська модель будується на стосунках, подібних до стосунків батька і нерозумної дитини, наставника і підопічного, священика і прихожанина. Лікар виступає як мудрий заступник, якому пацієнт ввіряє свою долю. У обговоренні діагнозу і терапевтичних підходів пацієнт при цьому не має права голосу, оскільки просто не знається на медицині. Йому залишається

лише довіритися своєму лікареві й у всьому його слухатися. Такий підхід ховає в собі серйозну небезпеку. Позбавляючи пацієнта прав брати участь у виборі умов і способів лікування, лікар порушує його особисту незалежність, робить замах на його людську гідність. Лікар немов би забуває, що він – така ж людина, як і пацієнт, і його права жодним чином не превалюють над правами хворого. У сучасній біоетиці патерналістський підхід в цілому вважається за неприйнятний. Разом з тим в педіатрії, психіатрії, геріатрії він може виявитися ефективним. А у багатьох практичних випадках виявляється і єдино можливим способом спілкування лікаря з пацієнтом (переважно у психіатрії).

Колегіальна (партнерська) модель заснована на принципі рівності сторін діалогу. Хворий і лікар – це два рівноправні члени суспільства, які спільно вирішують виниклу проблему. Лікар повідомляє хворому інформацію про діагноз, ефективні та припустимі методи лікування, можливі ускладнення та прогноз захворювання. Пацієнт бере участь в обговоренні цієї інформації, реалізуючи на практиці своє право вибору. Спілкування з лікарем нагадує діалог з другом, який може підказати, яку пігулку краще прийняти, наприклад, від головного болю. Подібні стосунки, при всій їх зовнішній привабливості, мають дуже обмежене практичне застосування. Як би не прагнули до рівноправ'я лікар і пацієнт або фармацевт і пацієнт, все ж таки їх положення дуже різні за сутністю. Будь-які рекомендації медичного працівника пацієнт пропускає через призму своїх побоювань, переваг, індивідуального досвіду. А лікар у свою чергу оцінює побажання пацієнта, виходячи зі своєї професійної кваліфікації та рівня відповідальності за конкретного хворого. До того ж пацієнти у тяжкому стані, люди з психічними відхиленнями навряд чи можуть бути повноправними учасниками такого діалогу. Тому колегіальна модель багатьма дослідниками і практиками вважається недосяжною метою. Але така модель – хай частково – може мати місце при хронічних захворюваннях, коли спілкування лікаря / фармацевта і пацієнта триває багато років. Або якщо відбувається спілкування літнього пацієнта з давно існуючим хронічним захворюванням з молодим і відносно малодосвідченим лікарем. Хоча реальним такий діалог стає тільки за умови «непротилежності сторін» та обов'язково при чемному та довірчому тоні спілкування.

Інженерна модель заснована на сприйнятті пацієнта як механізму, а захворювання – як поломки, котра потребує усунення. Подібно до того, як Ви звертаєтесь до автомеханіка з поломкою автомобіля, Ви можете звернутися до лікаря з «поломкою» свого тіла. Лікар, як і автомеханік, в міру своїх можливостей та знань усуне виявлені неполадки. Відповідальність медичного працівника при цьому не вище, ніж у будь-якого іншого фахівця. Ця модель відрізняється раціональністю, але не враховує, що в процесі одужання емоційні чинники відіграють не меншу роль, ніж терапевтичні процедури. Здатність лікаря заспокоїти, вислухати, співчувати для багатьох пацієнтів не менш важлива, ніж його кваліфікація, тому успішність роботи лікаря великою мірою залежить саме від такого уміння. Слід зазначити, що якою б штучною не здавалася ця модель на перший погляд, але саме вона використовується

(частково або повністю) на практиці у більшості випадків тяжкої травми, коли пацієнт непритомний, знаходиться в стані коми і т. п.).

Контрактна модель заснована на принципах договору. Пацієнт і лікар, домовляючись про певне лікування, укладають контракт, в умови якого входить надання кваліфікованої медичної допомоги і відповідна її оплата. Такий контракт може бути укладений офіційно (безпосередньо або через страхову компанію) або неофіційно, на рівні усної домовленості. Проте, у будь-якому випадку обидві договірні сторони беруть на себе певні чіткі зобов'язання, кожна чекає досягнення власної вигоди, а у разі невдачі – щось втрачає (наприклад, лікар і фармацевт – свою репутацію, а пацієнт – здоров'я). Контрактна модель найбільш відповідає духу сучасної комерціалізованої медицини і найбільш бездоганна з позицій біоетики. Вона найповніше враховує обов'язки, інтереси і права обох сторін. Проте слід враховувати, що в країнах з низьким рівнем добробуту практична реалізація цієї моделі досить утруднена, а у значній кількості випадків навіть неможлива.

3. Збереження лікарської таємниці.

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.

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».

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».

У сучасному суспільстві 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 її приватних інтересів. 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.

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, обстеження або лікування. Іншими словами, це свого роду окремий випадок пріоритету інтересів особистості над інтересами суспільства.

Однак чи завжди можна орієнтуватися на лікарську таємницю як на абсолютне поняття? Законодавство дає чітку відповідь: ні, не завжди. У тих випадках, коли інтереси держави, суспільна необхідність обумовлюють розголошення лікарської таємниці для запобігання ще більш значних наслідків,

норми права надають правомірну можливість відступу від принципів і правил збереження лікарської таємниці. У цьому випадку доречно звернути увагу на змістовне навантаження норми ст. 40 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» та на питання досконалості її викладу. Надання відомостей, що складають лікарську таємницю, без згоди громадянина або його законного представника допускається в наступних випадках:

- з метою обстеження і лікування громадянина, не здатного із-за свого стану виразити свою волю;

- при загрозі розповсюдження інфекційних захворювань, масових отруєнь і поразок;

- за запитом органів дізнання і слідства, прокурора і суду у зв'язку з проведенням розслідування або судовим розглядом;

- у разі надання допомоги неповнолітньому у віці до 15 років для інформування його батьків або законних представників;

- за наявності підстав, що дозволяють вважати, що шкода здоров'ю громадянина спричинена в результаті протиправних дій.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

– у разі звернення або доставки потерпілих внаслідок нещасних випадків як із смертельним наслідком, пов'язаним із заподіянням тілесних ушкоджень іншою особою, так і нещасних випадків, що стались внаслідок контакту із зброєю, боєприпасами та вибуховими матеріалами або під час дорожньо-транспортної пригоди, з метою повідомлення органів внутрішніх справ, а у випадках з летальним наслідком – органів прокуратури ("Порядок

розслідування та обліку нещасних випадків невинного характеру", затверджений Постановою Кабінету Міністрів України №270, 2001).

Таким чином, лікарська таємниця є одним з основних предметів вивчення медичного права. Зароджена в надрах медичної етики, закріплена потім у нормативно-правових актах, вона органічно вписалась у законодавство про охорону здоров'я. Знання медиками і юристами особливостей збереження лікарської таємниці є вкрай важливими. Причинами порушення лікарської таємниці в першу чергу є незнання законодавства й нерозуміння тієї шкоди, якої можна завдати, порушуючи конфіденційність. Лікар зобов'язаний дотримуватись лікарської таємниці за винятком тих випадків, коли він повинен виконувати обов'язки страхового лікаря, визначати стан страхового лікаря, визначати стан здоров'я за запитом властей, виконувати обов'язки судово-медичного експерта і коли він виявляє заразне захворювання. Вважається, що таємниця розголошена, якщо інформація про хворобу хворого стане відомою хоча б одній людині.

4. Лікарська помилка

Лікарська помилка – це витікаюча з об'єктивних умов добросовісна помилка лікаря, заснована або на недосконалому сучасному 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 humanum 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 завжди. Не можна уявити собі лікаря, який вже має за плечима великий практичний стаж, який в своїй діяльності міг би безпомилково лікувати.

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

Під «нещасним 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 упущення (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.

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 настають 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.

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.

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

помилки – відхилення клінічного перебігу хвороби від класичних описів, атипичний перебіг.

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.

Профілактика лікарських помилок. Лікарської помилки при нагоді необхідно запобігати. Однією з форм попередження лікарських помилок є консиліуми.

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.

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.

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 вузах, поліпшенні постановки післядипломної підготовки лікаря і, особливо, при цілеспрямованій самостійній роботі кожного лікаря над підвищенням своїх професійних теоретичних знань і практичних умінь.

Практичне завдання:

Напишіть творчу роботу (есе) на одну із тем:

1. Що таке професіоналізм і соціальна відповідальність лікаря?
2. Совість і здоров'я в роботі лікаря.
3. Значення етичних комітетів у справі запобігання лікарських помилок.

Контроль знань:

1. Назвіть основні принципи медичної етики.
2. На чому ґрунтується співпраця лікаря і пацієнта?
3. Які є різновиди лікарських помилок?
4. Назвіть основні причини виникнення лікарської помилки.
5. В чому полягає лікарська таємниця?
6. Назвіть випадки, за яких медична таємниця може бути розголошена без згоди особи чи її законних представників.

Глосарій:

Біоетика – сфера міждисциплінарних досліджень різних моральних проблем, викликаних розвитком новітніх біомедичних технологій.

Благо – цінності, що становлять позитивний зміст добра.

Деонтологія – розділ етики, що містить вчення про обов'язок.

Доброчесність – найкращі внутрішні якості людини, а також її рішучість їм слідувати.

Конфіденційність (англ. confidentiality, privacy) – властивість не підлягати розголосові; довірливість, секретність, приватність.

Корпоративна етика – система моральних норм та практика розв'язання етичних проблем, що виникають в надрах сучасних організацій.

Професійна етика – система моральних норм та практика розв'язання етичних проблем, що існують в конкретних професійних сферах діяльності.

Відповідальність – здатність узгоджувати власні інтереси з інтересами оточуючих людей, передбачати наслідки своїх вчинків, а також готовність брати на себе провину за скоєне.

Медична деонтологія – сукупність етичних норм і принципів поведінки медичного працівника при виконанні своїх професійних обов'язків.

Лікарська таємниця – 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. А 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.

Лікарська помилка – дефект надання медичної допомоги, що пов'язаний з неправильними діями медичного персоналу, який характеризується добросовісною помилкою за відсутності ознак умисного або необережного злочину. З цього визначення випливає, що лікарська помилка виникає при добросовісному відношенні медика до своїх обов'язків.

Мотив – внутрішня причина для здійснення вчинку.

Намір – критично осмислений мотив вчинку.

Ятрогенія – (дав.-гр. *ιάτρος* – «медик» + дав.-гр. *γενεά* – «походження»; англ. iatrogenesis) – помилкові або неадекватні дії медичного працівника, як несвідомі, так і свідомі, що призвели до виникнення захворювання,

ускладнення або смерті пацієнта. Ятрогенії з'являються внаслідок будь-якої дії, в тому числі, словесної, будь-якого медичного працівника під час здійснення ним лікувальних, діагностичних або профілактичних заходів. Якщо медичний працівник не здійснює необхідних медичних заходів, що призводить до виникнення захворювання, ускладнення або смерті пацієнта, то це розглядають не як ятрогенію, а як ненадання необхідної медичної допомоги або халатне відношення медика.

Тема 3. ОСОБИСТІСТЬ ЛІКАРЯ

План

1. Основні якості особистості медика. Лікар як громадянин та інтелігент.
2. Взаємодія в терапевтичному полі “лікар-пацієнт”.

Використана література:

1. Ковальова О. М., Сафаргаліна-Корнілова Н. А., Герасимчук Н. М. Деонтологія в медицині: підручник. – Харків, 2014. – 258 с.
2. Соціально-філософські та етичні проблеми медицини: навч. посібник / За заг. ред. А. П. Алексеєнко, В. М. Лісового. – Харків: Колегіум, 2010. – 340 с.

1. Основні якості особистості медика.

Лікар як громадянин та інтелігент.

Інститут домашніх лікарів виник давно, поширення набув наприкінці XVIII століття, а його розквіт припадає на середину й кінець XIX сторіччя. Але відтоді функції домашніх лікарів помітно змінилися у зв'язку з розвитком спеціалізації: навіть із приводу дріб'язкової причини пацієнт звертався до фахівця.

Переваги і позитивні якості домашнього лікаря відзначав А. Моль у своїй роботі «Лікарська етика»: він краще за будь-кого може стати порадиником у ситуаціях, коли існує певний зв'язок між здоров'ям і соціальним станом пацієнта, особливо при конфліктах, що виникають між вимогами здоров'я та іншими інтересами. Він повинен бути корисним у профілактичному відношенні пацієнтам, що перебувають під його опікою. Цілком слушна й така його думка: чим тісніший встановлюється зв'язок між домашнім лікарем і пацієнтом, тим вищі вимоги потрібно висувати до моральних якостей лікаря.

Визнаючи досягнення сімейної медицини, всевітньо відомий лікар Г. Сельє писав: «Незважаючи на зростання медичних знань і захоплення спеціалізацією, виникає потреба у лікарях, спеціально навчених питанням загальної практики. Лікар загальної практики – проникливий діагност, він уміє розпізнавати і контролювати початкові прояви захворювань. Лікування хронічних захворювань і реабілітація хворих становлять значну частину його роботи. В обов'язки такого лікаря входять запобігання захворюванню і підтримання нормального здоров'я. Одне з важливих завдань цього лікаря – допомагати пацієнтам, незважаючи на наявні складності в медичному обслуговуванні, знаходити адекватну медичну допомогу. По суті, це нова

спеціальність». Досвід розвинених країн показує, що сімейний лікар – центральна постать у системі охорони здоров'я. У 93 % випадків усі медичні проблеми родини вирішує саме цей фахівець. На думку експертів ВООЗ, прогрес у справі поліпшення здоров'я пов'язаний із профілактикою, а не з лікуванням.

Сімейний лікар повинен не тільки володіти достатнім обсягом знань, але й уміти переконувати своїх співрозмовників, враховувати їхні психологічні особливості, вік, стать, професію, рівень культури. У боротьбі з хворобою та її соціальними й психологічними наслідками сімейний лікар сподівається на родину як на свого головного помічника, тому що вона допомагає контролювати прийом медикаментів, стежити за їх побічними діями та проявами захворювання, щоб не допустити і не пропустити можливого рецидиву чи різкого погіршення стану. Родина змушена доглядати хворого в побутовому відношенні, якщо він не може обслужити себе. Тому саме лікар має підготувати її до радикальної зміни ролей і до нових складностей.

Сімейний лікар зобов'язаний допомогти родині в здійсненні соціальних зв'язків, заохочувати контакти хворого з друзями, його прагнення здобути професію чи освіту.

Діяльність сімейного лікаря якісно відрізняється від сформованої практики дільничних терапевтів. Ця відмінність полягає в тому, що основне завдання сімейного лікаря передбачає необхідність пропаганди здорового способу життя і збереження здоров'я людини. Не можна не погодитися з точкою зору відомого хірурга і пристрасного пропагандиста здорового способу життя М. Амосова: «Не сподівайтесь на медицину. Вона непогано лікує багато хвороб, але не може зробити людину здоровою. Досі вона навіть не може навчити людину, як стати здоровою». І далі продовжує: «Щоб стати здоровим, потрібні власні зусилля, постійні і значні. Замінити їх не можна нічим. Людина, на щастя, настільки досконала, що повернути здоров'я можна майже завжди. Тільки необхідні зусилля зростають у міру старіння і поглиблення хвороб».

Отже у практиці сімейної медицини першорядною має бути турбота про здоров'я на відповідному рівні. Пацієнтів необхідно привчити звертатися до сімейного лікаря не тільки в період хвороби, а насамперед за розумною порадою лікаря, як стати здоровим. Виконуючи таку роль, сімейний лікар виступає в значній мірі гарантом здоров'я. Ця місія потребує формування відповідного іміджу сімейного лікаря. Він включає такі елементи: відповідний зовнішній вигляд, уміння спілкуватися з людьми, прагнення націлити їх на необхідність збереження, зміцнення і реабілітації свого здоров'я. Кожний з цих елементів варто пояснити.

Зовнішній вигляд лікаря передбачає не тільки охайність, акуратність в одязі (що є безумовним), але насамперед він повинен випромінювати здоров'я. Навряд чи можна розраховувати на успіх і змусити людину боротися за своє здоров'я, якщо перед нею стоятиме немічна особа із задишкою, нездоровим кольором обличчя, яка до того ж палить і випиває.

Відправним пунктом для цілеспрямованого діагностичного пошуку є бесіда, що дозволяє окреслити коло можливих причин захворювання. Манера і

техніка бесіди мають допомогти лікарю отримати конструктивну інформацію від пацієнта. У випадку невизначених або неясних симптомів необхідне конкретне опитування до одержання повної картини. Подібна бесіда, можливо, і не дасть лікареві змоги поставити точний діагноз, але дозволить наблизитися до нього. Відверта співчутлива розмова справляє на пацієнта приємне враження, а отже й лікувальний вплив, переконуючи, що до його проблем ставляться з розумінням. У більшості випадків ретельно продумане і проведене опитування допомагає поставити діагноз. Обстеження з вивченням невротичного статусу зводиться до «ритуалу твердження», мета якого полягає у виробленні в пацієнта відчуття впевненості у щирій турботі лікаря. Саме тому майбутнього лікаря треба навчити дотриманню етичних норм у взаємовідносинах з хворим, показати важливість впливу на людину на різних стадіях захворювання і одужання.

Погіршення самопочуття, неясні й начебто банальні скарги, з одного боку, і вимушене обмеження діагностичних зусиль – з іншого, добре відомі лікарю. Думати про «глибинні шари банальності», не упускати жодної дрібниці в поводженні хворого і його родичів, жодного слова, сказаного ними, жодної інтонації, «дивитися в корінь», долати емоційні бар'єри, домагатися повної відвертості, здійснювати необхідну психологічну підтримку, обирати найбільш доступний та ефективний шлях надання медичної і соціальної допомоги – ось непорушні етичні правила спілкування сімейного лікаря з пацієнтом і його оточенням. Коли організм перебуває у стані хвороби, потрібна відповідна психотерапія: жаліти і заспокоювати хворого, щоб зменшити страх і вселити надію. Але коли хвороба мине, коли функції організму якісно відновляться, необхідно націлити людину на відновлення детренованих «резервних потужностей» організму.

Ні найефективніші лікарські препарати, ні дорога медична апаратура, ні високопрофесійні лікарі не здатні будуть покращати здоров'я людини, якщо відсутня її власна воля до цього. Найкращий приклад, який можна запропонувати хворому, – це сам лікар. Він повинен бути здоровий не лише тілом, але й душею, бути духовною людиною. На жаль, цього не можна сказати про багатьох сучасних лікарів. У стародавні часи існувало таке правило: до спілкування з хворим лікар мусив зцілитися сам. Йшлося не так про фізичне лікування (хоча воно теж необхідне), а насамперед про духовне: належало позбавитися від цілого ряду негативних якостей, таких як злість, заздрість, схильність до осуду інших людей, агресивність тощо. Тільки після цього він міг приступати до лікування. Таким має бути і сімейний лікар. Інакше навряд чи можна сподіватися на успіх. Здоров'я людини потребує важкої роботи свідомості й пізнання дійсності за допомогою своєї активної участі в ній. Результатом буде рух людини до фізичної і духовної досконалості, тому що дуже важко провести ту межу, де починається матерія і закінчується дух, і навпаки. Турбота про хвору людину має шанс на успіх тільки у відповідній гармонії всіх елементів, поєднуючи аспекти і фізичного, і духовного здоров'я. Тільки в такий спосіб можна досягти бажаних результатів. У свій час Геракліт зазначав, що прихована гармонія є найбільш впливовою. Саме тому сімейному

лікареві (та й усім лікарям) потрібно завжди пам'ятати, що справжня гармонія приховує в собі видимі і невидимі елементи.

Східна мудрість говорить: «Хороший лікар лікує хворого, не торкаючись його. Гірший лікує, ледь торкаючись шкірних покривів. Поганий лікар лікує, проминаючи тканини до кісток. А нікудишній лікар труїть хворого ліками». Сімейна медицина в ідеалі повинна стати тією сферою діяльності, що об'єднуватиме тільки кращих лікарів. І тут потрібен індивідуальний підхід у підготовці сімейного лікаря (на відміну від теперішнього конвеєрного підходу) а також принципи корпоративної моралі, на яких слід базувати сімейну медицину. В арсеналі сімейного лікаря головне місце має зайняти таке поняття, як «кількість здоров'я». Мова йде про психологічну переорієнтацію лікаря, адже він сам повинен повірити в силу захисних механізмів організму, щоб навчати інших людей здоровому способу життя. Далеко не всі можуть витримати напружений графік роботи сімейного лікаря. Подібно відомому харківському офтальмологу Л. Гіршману, сімейні лікарі повинні працювати за правилом: «У мене немає останньої години роботи, а є останній хворий, що очікує прийому».

2. Взаємодія в терапевтичному полі "лікар-пацієнт"

Можна по-різному, за різними принципами класифікувати взаємини між лікарем і хворим. Ми розглянули вище такі моделі взаємин: сакральна (патерналістська), технічна, колегіальна, контрактна. Ці 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.

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: «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.

Практичне завдання:

Напишіть творчу роботу (есе) на одну із тем:

1. Лікарі – видатні особистості.
2. Лікар-громадянин в історії України.
3. Постать лікаря в світовій літературі та кіномистецтві.
4. Репутація лікаря.
5. Співчуття і милосердя в умовах сучасної цивілізації.

Контроль знань:

1. В чому полягають особливості формування особистості лікаря?
2. Які якості мають бути притаманні лікарю з високим рівнем професіоналізму?
3. Якою має бути позиція лікаря щодо соціально-політичних процесів в суспільстві?

Глосарій:

Карітас – благодійність, християнське розуміння милосердя, що набуло специфічного розуміння сенсу милосердної любові.

Особистість – відображення соціальної природи людини, розгляду її як індивідуальності та суб'єкта соціокультурного життя, що розкривається в контекстах соціальних відносин, спілкування і предметної діяльності, соціально зумовлена система психічних якостей індивіда, що визначається залученістю людини до конкретних суспільних, культурних, історичних відносин. Під «особистістю» розуміють стійку систему соціально значущих рис, що характеризують особу як члена того чи іншого суспільства або спільноти. Поняття «особистість» характеризує суспільну сутність людини, пов'язану із засвоєнням різноманітного виробничого і духовного досвіду суспільства.

Інтелігентність – якість особистості, що означає домінанту моральних принципів над прагматичними інтересами, а також здатність з'єднати етичне і естетичне у відношенні до себе і світу.

Тема 4. ДЕОНТОЛОГІЯ В МЕДИЧНІЙ НАУЦІ. БІОЕТИКА

План

1. Особливості етики наукових досліджень.
2. Біоетика як наука.
3. Етичні аспекти застосування медичних технологій, які пов'язані із втручанням у геном людини, її фізіологію, фізичну та психологічну цілісність.

Використана література:

1. Ковальова О.М., Сафаргаліна-Корнілова Н.А., Герасимчук Н.М. Деонтологія в медицині: підручник. – Харків, 2014. – 258 с.
2. Кундієв Ю. Біоетика – веління часу / Ю. Кундієв // Вісник Національної академії наук України. – 2001. – № 11. – С. 11-16. – Режим доступу: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=vnanu_2001_11_4
3. Семидоцька Ж. Д. Здоров'я людини і сучасні біомедичні технології : навч. посібник для студентів вищ. мед. навч. закладів / Ж. Д. Семидоцька, І. О. Чернякова, А. Б. Борзенко ; за ред. Ж. Д. Семидоцької. – Харків : ХНМУ, 2020. – 96 с.
4. Сучасні проблеми біоетики: навч. посіб. для позааудитор. підгот. студ. спец. «Фармація», «Клінічна фармація», «Технологія парфумерно-косметичних засобів» / В. А. Мороз, В. В. Пропіснова, Д. В. Леонтьєв та ін.; За ред. В. А. Мороза. – Х.: Вид-во НФаУ, 2009. – 128 с.

1. Особливості етики наукових досліджень.

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. 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.

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.

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 науковій 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. Молодший 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 та 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 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 її 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 її 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 живе і працює. Чи варто говорити, наскільки поверхневі подібні уявлення?

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.

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 посилання 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, глибокого 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 можливість 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 навпроти, пам'ятаючи про тих, кому він може допомогти, учений повинен з більшою завзятістю прагнути досягти поставленої мети.

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.

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 корисність своєї роботи, користуючись не тільки науковими аргументами і роздумами, але і моральними принципами, і пам'ятати, що не всяка мета виправдовує способи її досягнення.

Правові документи, що регламентують науководослідну 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. Вимоги до моральних обов'язків вченого сформульовані в статті 5 Закону України, що діє, «Про наукову і науково-технічну діяльність».

2. Біоетика як наука.

Наприкінці ХХ ст. людство усвідомило, що досягти істинного прогресу без високої моралі, моральних норм та правил неможливо. Вони конче потрібні не тільки для того, щоб захистити кожного окремого індивідуума – хворого чи здорового, дитину чи людину похилого віку, а й саме життя на Землі. Так народилася біоетика. А першу книжку, присвячену їй, написав В. Р. Поттер у 1969 році під багатообіцяючою назвою «Біоетика – міст у майбутнє».

Проблеми біоетики мають виражений міждисциплінарний характер, до них причетні біологи, медики, екологи, філософи та правознавці, представники релігійних конфесій. Узагальнюючи наукові, суспільні та релігійні погляди, національні особливості, традиції, вони розробляють сукупність моральних принципів, норм і правил, яких необхідно дотримуватись у професійній діяльності. Найважливіші з них закріплюються відповідними законодавчими актами, знаходять відображення в міжнародних документах і конвенціях, деклараціях, хартіях. Ці принципи, норми та правила з часом змінюються відповідно до змін соціально-економічних умов суспільства, державної політики та громадської думки.

Біоетика – наука про закони, принципи і правила регулювання професійної поведінки медичних працівників і дослідників, яка забезпечує безпеку використання нових медичних технологій і попереджає лікарів і вчених про неприпустимість нанесення шкоди людині, її потомству, всьому людству та біосфері в цілому.

Основними причинами, що зумовили появу біоетики, стали: перехід медицини від пристосованих установок до конструктивних (генна інженерія, клонування, генодіагностика, еugenічні програми і т. п.). Останнім часом не тільки тіло людини, але і генотип, ембріональний розвиток і репродуктивні здібності стали об'єктом медичного втручання та активної експериментальної роботи. У зв'язку з цим з'являється цілий клас нових етичних проблем, які заслуговують на пильну увагу з боку суспільства; комерціалізація медицини і біомедичної науки. У ХХ ст. медична допомога змінилася медичними послугами, а боротьба за здоров'я пацієнта – боротьбою за його гаманець. У медицині закріпилися поняття конкуренції, прибутку, ділової репутації. Фармацевтичні препарати і медичні установи стали об'єктом реклами. Захист прав пацієнта в цих умовах надзвичайно ускладнився, що також зажадало розробки нових етичних правил і норм. Біоетика за своїм значенням включає значний круг соціально-економічних, морально-етичних і юридичних проблем, зміст і глибина яких постійно розширюються у міру прогресу біології, медичної науки і практики. У зв'язку з цим особливого значення набуває визначення біоетики як сукупності застережливих принципів щодо негативних наслідків біомедичних технологій для людини і суспільства.

Часто разом з терміном «біоетика» використовують термін «біомедична етика». Хоча обидва ці терміни міцно увійшли до сучасного словарного запасу і можуть використовуватися як взаємозамінні, можна знайти між ними деякі відмінності. Термін «біомедична етика» визначає більший акцент на обговорення проблем, які пов'язані з практичною медициною. У такому ж

контексті термін «біоетика» припускає глобальніше охоплення всіх спірних питань, включаючи соціальну медицину, право, етику біомедичних випробувань і експериментів. Біомедична етика вивчає стосунки між людьми в системі охорони здоров'я взагалі, взаємини між лікарем і пацієнтом, фармацевтом і пацієнтом, між медиками. Ці стосунки вивчаються, по-перше, нормативно, тобто на підставі традиційних моральних цінностей, норм, права, законів, інструкцій і т. п., і по-друге, дескриптивно, тобто на підставі опису реальних стосунків, опитів, анкетування, думок, позицій.

Предметом вивчення біоетики є сукупність етичних питань, пов'язаних з медициною і біомедичними науками. Серед цих питань на сучасному етапі можна виділити такі:

1. Етичні проблеми наукових досліджень в медицині.
2. Етичні проблеми генетичних технологій і втручання в репродукцію людини.
3. Етичні проблеми ставлення до смерті і сучасних технологій подовження життя; проблеми трансплантації органів і тканин.
4. Етичні проблеми епідеміології, психічних захворювань.
5. Етичні проблеми соціальної справедливості в медицині.

Розгляд перерахованих проблем і складає основний зміст біоетики як прикладної наукової дисципліни.

3. Етичні аспекти застосування медичних технологій, які пов'язані із втручанням у геном людини, її фізіологію, фізичну та психологічну цілісність.

Біомедична технологія – комплекс процедур, спрямованих на створення нових біологічних об'єктів та їх продуктів, яким притаманні певні діагностичні, лікувальні або профілактичні ефекти при застосуванні в медичній практиці.

До біомедичних технологій належать:

- клітинна терапія, яка ґрунтується на використанні стовбурових клітин або їх продуктів;
- трансплантація органів і тканин;
- генна інженерія і генна терапія – використовує методи генної інженерії в медичній практиці;
- генетична діагностика – виявляє спадкові хвороби, визначає схильність до хвороб, здійснює генетично обґрунтований вибір засобів лікарської терапії;
- біоінформатика – створення і застосування обчислювальних методів для пошуку ділянки ДНК, що кодує гени, секвенування генома, конструювання ліків, вивчення структури білка, відтворення біологічних процесів *in silico*;
- біоінженерія – напрямок науки і техніки, який розвиває застосування інженерних принципів у біології та медицині, створення штучних органів, вирощування органів і тканин методами регенеративної медицини для компенсації знижених або втрачених функцій.

Генетичні технології спрямовані перш за все на те, щоб попередити або вилікувати людину при генетичних захворюваннях. Метою генної терапії є корекція функціонування генів, що спричиняють або сприяють розвитку

хвороби. Генна терапія може здійснюватися у вигляді соматичної і зародкової. Соматична генна терапія є втручанням до генетичного апарату, внаслідок чого набуті властивості проявляються на клітинному рівні і не передаються спадково. Зародкова генна терапія є втручанням до генетичного апарату ембріона на різних стадіях розвитку.

Таке втручання несе потенціальну небезпеку не тільки для розвитку людини, але й для майбутніх поколінь. Використання генної терапії може призвести до змін самої природи людини. Сьогодні вже є діти, які народилися з використанням методів генної терапії на прохання батьків з гуманними цілями – спасіння життя раніше народжених у своїх родинах тяжко хворих дітей на анемію, лейкоз. Секвеновано гени, «відповідальні» за ожиріння, епілепсію, сліпоту, артеріальну гіпертензію, бронхіальну астму, остеопороз, артрит, рак молочної залози та яєчників, серцево-судинні хвороби, паркінсонізм. Це відкриває перспективи генної терапії цих захворювань. Але з'явилася проблема можливості створення за допомогою генної інженерії людей з відредагованим геномом з метою отримання змін фізичних, інтелектуальних властивостей, здібностей у певних галузях, можливість модифікації людини, що повертає до ідей позитивної еugenіки, створення людей з важливими для самої людини або суспільства властивостями.

Методи пренатальної генетичної діагностики, медико-генетичне консультування дозволяють отримати інформацію про наявність генетичних аномалій і попередити народження дітей з такими аномаліями. Застосовується передімплантаційна і пренатальна діагностика, ДНК-діагностика протягом усього життя людини. Можливості генетичного модифікування людини порушують питання про відповідальність за такі маніпуляції, вони мають використовуватися тільки з метою лікування або попередження розвитку генетичних захворювань. Унікальність і цінність життя кожної людини виключає еugenічне використання здобутків генної інженерії.

Виникають також інші етичні проблеми: соціальна справедливість при забезпеченні рівного доступу для всіх до використання генних технологій, проблема використання, комерціалізації, конфіденційності генетичної інформації. Проблема використання генетичної інформації є наразі дуже актуальною у зв'язку з секвенуванням генома: хто має право отримувати відомості про результати генетичного обстеження, чи має право роботодавець, страхова компанія, інші представники суспільства і держави володіти цією інформацією, чи правомірне створення «банків» генетичної інформації, введення «генетичної паспортизації». Конфіденційною є не тільки генетична інформація, але й факт звертання до медичного закладу, яке надає послуги з генетичних досліджень, генетичної діагностики, консультування. Необхідно отримання інформованої згоди пацієнта перед будь-яким втручанням у геном людини.

Сурогатне материнство застосовується у випадках, коли пацієнтка не здатна до вагітності і пологів (відсутність матки, тяжка хронічна хвороба). Жінка, яка погодилася стати сурогатною матір'ю, не має генетичної спорідненості з майбутньою дитиною. Ембріон, отриманий у результаті ЕКЗ

(екстракорпоральне запліднення), імплантується до матки «гестаційного кур'єра» (сурогатної матері). Сурогатна матір здає в оренду свою матку і тіло, але вагітність для жінки є завжди важливою соматопсихічною подією, між нею і плодом іде епігенетичний та мікрохімерний обмін генами, ембріональні клітини у матері та материнські клітини у дитини знаходять навіть через десятиліття після пологів. Сурогатна матір намагається психологічно триматися від плода на певній відстані, але після народження дитини нерідко відмовляється віддати її генетичним батькам, що веде до судових розглядів.

Висока оплата спонсорами послуг сурогатної матері дозволяє їм претендувати на право отримання «якісного продукту» і відмовитися від нього, якщо він не відповідає їх вимогам: виникають конфлікти при народженні сурогатною матір'ю дитини «неналежної якості» – хворої, небажаної статі тощо. Існує «Міжнародна спілка за відміну сурогатного материнства». Вважається, що сурогатне материнство руйнує традиційні уявлення про соціальні ролі батька, матері, сина, доньки, порушує юридичні відносини біологічної сурогатної і генетичної матері (донора яйцеклітини), принцип відповідальності за своїх дітей.

Комерціалізація біотехнологій, пов'язаних з репродукцією людини, швидко поглиблюється: яйцеклітини, сперма, ембріони, біоматеріали, отримані після абортів або народження дитини (плацента, пуповинна кров). Небажані діти є товаром, який продається, купується, є джерелом зловживань і злочинів. При продажу яйцеклітин, сперми у відповідних банках є можливість обрати генетичних батьків майбутньої дитини з певними фізичними, психічними властивостями (зовнішній вигляд, характер, здібності, освіта, професія тощо). Усі ці процеси ведуть до знецінення людської гідності, порушення прав людини. Дитина розглядається не як дар долі, вищих сил, Бога, але як річ, товар, який продається і купується.

Медичні практики, пов'язані з народженням людини, є важливими етико-правовими проблемами, що не мають однозначних рішень. ЕКЗ сьогодні є рутинною технологією, однак моральні, соціальні, юридичні проблеми залишаються дискусійними. У процесі ЕКЗ і переносі ембріона здійснюються маніпуляції зі статевими клітинами до моменту їх злиття. Це маніпулювання з гаметами людини визнано таким, що не суперечить етично-правовим засадам. Через добу після запліднення (утворення зиготи) переходять до маніпуляцій з ембріонами, і тут виникає питання про онтологічний і моральний статус ембріона. У ситуації, коли ембріони створюються штучно, їх піддають різним впливам, штучний шлях походження ембріона є органічним моментом його буття і до моменту прикріплення до стінки матки з ним дозволені будь-які маніпуляції. Вилучення в нього одного-двох бластомерів, наприклад, для визначення статі або наявності хромосомної або генної мутації, не впливає на подальший розвиток. У процесі запліднення у пробірці створюється до кількох десятків ембріонів, з них обираються 2–3 найкращих, імплантуються до матки жінки, всі інші («зайві») знищуються або кріоконсервуються. При цьому постає питання щодо морального статусу ембріонів, прав людини на життя: ембріон ще не є людиною, це поки що скупчення живих клітин яке потенційно може

нею стати і може володіти хоча б частиною її прав. Відповідно до поглядів Церкви знищення зайвих ембріонів після 14 днів вирощування є неетичним, так само, як аборт. Критерій «п'ятнадцятого дня» був прийнятий багатьма державними і міжнародними організаціями, таким чином було морально легалізовано медичну біотехнологію, яка була потрібна суспільству не тільки з точки зору релігії, але й прав людини, бо відмічено день, коли ці права з'являються.

ВМА сформулювала своє ставлення до цих проблем у «Положенні про допоміжні репродуктивні технології» та «Положенні про дослідження ембріональних стовбурових клітин», які обмежують маніпуляції з ембріонами і містять рекомендації лікарям. У цих документах забороняється ЕКЗ з метою вибору статі майбутньої дитини, репродуктивне клонування (створення генетичної копії іншої людини), наголошується на необхідності детального інформування донорів гамет про мету, спосіб використання гамет, обґрунтоване ставлення лікаря до вибору ембріона, забору крові з пуповини або плаценти дитини для лікування тяжкохворого родича. Заборона, яку накладає ВМА на вибір статі майбутньої дитини, відображає протилежну правам людини цінність – загальне (суспільне) благо. Свідомий вибір статі може призвести до диспропорції гендерного складу людства. Це розглядається як певне обмеження прав людини на ЕКЗ і свідчить про пошуки суспільством рівноваги щодо цього питання: як урегулювати інтереси сторін, майбутніх батьків, їх родичів, медичного персоналу, аби права одних не шкодили іншим. З'являються нові сімейні практики, зокрема, "со-parenting", кооперація двох і більше людей з метою створення дитини за допомогою ДРТ (допоміжні репродуктивні технології), при цьому шлюбні, сексуальні, романтичні відносини не є обов'язковими, наприклад, гомосексуальні пари, самотні жінки, які домовляються про виховання дитини, її матеріальне забезпечення, освіту.

Практичне завдання:

Напишіть творчу роботу (есе) на одну із тем:

1. Етичні проблеми нових «технологій зачаття» (штучного запліднення).
2. Етичні проблеми генних технологій.
3. Етичні принципи лікаря-науковця.
4. Етична складова процесу вмирання та смерті.

Контроль знань:

1. Якими були передумови виникнення сучасної біоетики?
2. Як пов'язані глобальні проблеми людства та спроби встановлення контролю над народжуваністю?
3. Чим біоетика відрізняється від інших медичних наук?
4. В чому полягають переваги та недоліки генної інженерії?

Глосарій:

Біоетика – напрям сучасної етики, що досліджує моральні колізії стосунків людини і природи, а також умови їх гармонізації. Фундаментальним

принципом біоетики є неприпустимість відношення до живої істоти як до об'єкту експериментування і використання, які руйнують її внутрішню природу.

Евтаназія (грец. εὖ – добро + грец. θάνατος – смерть) – умисне припинення життя невиліковно хворого з метою позбавлення його від нестерпних страждань, що не піддаються лікуванню наявними медичними методами та засобами.

Євгеніка (від грец. εὐγενής – хорошого роду, знатний) – практика покращення духовного і фізичного здоров'я людини. Термін «євгеніка» запропонував у 1883 році видатний англійський вчений Френсіс Гальтон.

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.

Трансплантологія – наука, що вивчає проблеми пересадки органів і тканин.

Тема 5. ОСНОВОПОЛОЖНІ ДОКУМЕНТИ СУЧАСНОЇ МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ

План

1. Нюрнбергський кодекс.
2. Женевська Декларація лікарів Всесвітньої Медичної Асоціації.
3. Міжнародний кодекс медичної етики ВМА.
4. Гельсінська декларація Етичні принципи медичних досліджень за участю людини як їх об'єкта.
5. Всесвітня декларація про геном людини та права людини (1997).

Використана література:

1. Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека (11 ноября 1997 года). – Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_575#Text
2. Женевська декларація всесвітньої медичної асоціації. – Режим доступу: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2019/02/DoG-Ukrainian.pdf>
3. Міжнародний кодекс медичної етики – Режим доступу: <https://med.sumdu.edu.ua/images/content/doctors/Deontology/InternKodexEthics.pdf>
4. Сучасні проблеми біоетики: навч. посіб. для позааудитор. підгот. студ. спец. «Фармація», «Клінічна фармація», «Технологія парфумерно-косметичних засобів» / В. А. Мороз, В. В. Пропіснова, Д. В. Леонтьєв та ін.; За ред. В. А. Мороза. – Х.: Вид-во НФаУ, 2009. – 128 с.

1. Нюрнбергський кодекс.

НЮРНБЕРЗЬКИЙ КОДЕКС (1947 р.). Дозволені медичні експерименти. Мається велика кількість свідчень, щоб зробити висновки, що певні види медичних експериментів на людях, коли вони витримуються в чітких межах розумності, загалом узгоджуються з етикою медичної професії. Дійові особи практики експериментування на людині виправдовують свої погляди на основі

того, що такі експерименти дають результати на благо суспільства. І що це недоступно для вивчення іншими методами або засобами. Всі, проте, згодні, що при цьому повинні додержуватися певні основні принципи для того, щоб задовольнити моральні, етичні та законні концепції:

1. Добровільна згода людини абсолютно суттєва. Це означає, що залучена персона повинна мати правоздатність, щоб дати таку згоду; має бути так налаштована, щоб бути здатною здійснювати вільний вибір, поза втручання будь-якого елемента сили, фальсифікації, обману, фізичного примусу, хитрощів або іншої форми обмеження чи примушення; повинна мати достатнє знання і розуміння предмету експериментування та залучена у такій формі, щоб мала можливість зробити необхідне розуміння і повноту інформування для визначення. Цей останній елемент вимагає, щоб перед тим, як отримано ствердне рішення експериментальною людиною, їй потрібно знати характер, тривалість та ціль експерименту; методи, якими це все має проводитися; всі незручності та розумні очікувані ризики; ефекти на здоров'я або психіку які, можливо, будуть від її участі в експерименті. Обов'язком і відповідальністю експериментатора є встановлення якості узгодженого рішення у кожного індивідуума, який бере участь в експерименті. Він має особистий обов'язок і відповідальність, яка не делегується іншому безкарно.

2. Експеримент має бути прикладом наведення плідних результатів на благо суспільства, які недоступні застосуванням інших методів або засобів вивчення і не випадкові та непотрібні за своєю природою.

3. Експеримент потрібно проектувати так і він повинен бути таким, що ґрунтується на результатах експериментування на тваринах і знанні природи хвороби або іншої проблеми, яка вивчається, щоб передбачувані результати виправдовували виконання експерименту.

4. Експеримент потрібно проводити так, щоб уникати всякого непотрібного фактичного і уявного страждання і пошкодження.

5. Жодного експерименту не потрібно проводити у тому випадку, якщо є апіорні міркування вважати, що скоїться смерть або калічне пошкодження; крім того, це важливо в тих експериментах, до яких залучається сам лікар-експериментатор.

6. Ступінь ризику, яка береться або визначається, не повинна ніколи перевищувати гуманітарну важливість проблеми, яку вирішує експеримент.

7. Належні приготування мають бути зроблені та за допомогою відповідних засобів забезпечені, щоб захистити експериментальну особу навіть від незначних можливостей пошкодження, недієздатності або смерті.

8. Експеримент повинні проводити тільки науково компетентні персони. Потрібно вимагати використання найвищого ступеня майстерності та обережності на всіх стадіях експерименту від тих, хто проводить або бере участь в експерименті.

9. Впродовж експерименту людина повинна мати можливість закінчити експеримент, якщо вона досягла фізичного або розумового стану, де продовження експерименту здається їй неможливим.

10. Протягом експерименту учений має бути готовий закінчити експеримент на будь-якій стадії, якщо він має вірогідну причину повірити на підставі перебігу його здійснення, свого добросовісного ставлення, майстерності та заснованої на досвіді думки, що продовження експерименту, ймовірно, призведе до пошкодження, недієздатності або смерті людини – предмета експерименту.

Цит. за: The Nuremberg Code (1947) In: Mitscherlich A, Mielke F. Doctors of infamy: the story of the Nazi medical crimes. New York: Schuman, 1949: xxiii-xxv.

2. Женевська Декларація лікарів Всесвітньої Медичної Асоціації.

Прийнята на 2-й Генеральній Асамблеї Всесвітньої Медичної Асоціації, Женева, Швейцарія, вересень 1948 і Доповнена на двадцять другій Всесвітній Медичній Асамблеї, Сідней, Австралія, серпень 1968 і Тридцять п'ятій Всесвітній Медичній Асамблеї, Венеція, Італія, жовтень 1983 і Сорок другій Всесвітній Медичній Асамблеї, Стокгольм, Швеція, вересень 1994 і редакційно переглянута на 170-й сесії Ради ВМА, Дівон-лес Бейн, Франція, травень 2005 і 173-й сесії Ради ВМА, Дівон-ле-Бейн, Франція, травень 2006 р

Вступаючи в члени МЕДИЧНОЇ СПІЛЬНОТИ:

Я УРОЧИСТО ЗОБОВ'ЯЗУЮСЬ присвятити своє життя служінню ідеалам гуманності; Я БУДУ ВІДДАВАТИ моїм вчителям данину поваги і подяки, на яку вони заслуговують;

Я БУДУ ВИКОНУВАТИ мій професійний обов'язок сумлінно і з гідністю;

ЗДОРОВ'Я МОГО ПАЦІЄНТА буде моєю найпершою винагородою;

Я БУДУ ПОВАЖАТИ довірені мені таємниці, навіть після смерті мого пацієнта;

Я БУДУ ПІДТРИМУВАТИ всіма моїми силами честь і шляхетні традиції медичного співтовариства;

МОЇ КОЛЕГИ стануть моїми братами і сестрами;

Я НЕ ДОЗВОЛЮ міркуванням віку, хвороби або недієздатності, віросповідання, етнічного походження, політичної належності, раси, сексуальної орієнтації, соціального становища чи іншим факторам встати між виконанням мого обов'язку і моїм пацієнтом;

Я БУДУ виявляти найвищу повагу до людського життя;

Я НІКОЛИ НЕ БУДУ використовувати мої медичні знання для порушення прав людини і громадянських свобод, навіть під загрозою;

Я ПОКЛАДАЮ НА СЕБЕ ЦІ ЗОБОВ'ЯЗАННЯ урочисто, вільно і згідно моєї честі.

3. Міжнародний кодекс медичної етики ВМА

Прийнятий 3-ю Генеральною Асамблеєю Всесвітньої Медичної Асоціації, Женева, Швейцарія, в жовтні 1949 року, доповнений 22-ю Всесвітньою Медичною Асамблеєю, Сідней, Австралія, в серпні 1968 року і тридцять п'ятою Всесвітньою Медичною Асамблеєю, Венеція, Італія, в 1983 році.

Загальні обов'язки лікаря

- Лікар зобов'язаний завжди підтримувати найвищі професійні стандарти.
 - Беручи професійні рішення, лікар повинен виходити з міркувань блага для пацієнта, а не з власних матеріальних інтересів.
 - Незалежно від професійної спеціалізації, лікар повинен ставити в основу співчуття і повагу до людської гідності пацієнта і повністю відповідати за всі аспекти медичної допомоги.
 - Лікар повинен бути чесний з пацієнтом і колегами. Він не має права покривати колег, які обманюють своїх пацієнтів.
 - З нормами медичної етики не сумісні: а) Самореклама, якщо вона спеціально не передбачена законами країни і етичним кодексом Національної Медичної Асоціації. б) Виплата лікарем комісійних за направлення до нього пацієнта, або отриманням плати чи іншої винагороди з будь-якого джерела за направлення пацієнта в певний лікувальний заклад, до певного фахівця або призначення певного виду лікування без достатніх медичних підстав.
 - Лікар повинен поважати права пацієнта, колег, інших медичних працівників, а також зберігати лікарську таємницю.
 - Лікар може здійснити втручання, здатне погіршити фізичний або психічний стан пацієнта лише в інтересах останнього.
 - Лікар повинен бути вкрай обережний, даючи інформацію про відкриття, нових технологій і методи лікування через непрофесійні канали.
 - Лікар повинен стверджувати лише те, що перевірено їм особисто. •
- Обов'язки лікаря по відношенню до хворого*
- З метою збереження здоров'я і життя пацієнта лікар повинен використовувати весь свій професійний потенціал. Якщо необхідне обстеження або лікування виходить за рівень можливостей лікаря, він повинен звернутися до більш компетентних колег.
 - Смерть хворого не звільнює лікаря від обов'язку зберігати лікарську таємницю.
 - Надання ургентної допомоги – людський обов'язок лікаря.
- Обов'язки лікаря по відношенню один до одного*
- По відношенню до своїх колег лікар повинен вести себе так, як він хотів би, щоб вони вели себе по відношенню до нього.
 - Лікар не повинен переманювати пацієнтів у своїх колег.
 - Лікар зобов'язаний дотримуватися принципів Женевської Декларації, схваленої Всесвітньою Медичною Асоціацією.

4. Гельсінська декларація Етичні принципи медичних досліджень за участю людини як їх об'єкта.

Прийнята на 18-ій Генеральній Асамблеї ВМА (м. Гельсінкі, Фінляндія, червень 1964 р.) і змінена на 29-ій Генеральній Асамблеї ВМА (м. Токіо, Японія, жовтень 1975 р.); 35-ій Генеральній Асамблеї ВМА (м. Венеція, Італія, жовтень 1983 р.); 41-ій Генеральній Асамблеї ВМА (м. Гонконг, вересень 1989 р.); 48-ій Генеральній Асамблеї ВМА (м. Сомерсет Вест, ЮАР, жовтень 1996 р.) і 52-ій Генеральній Асамблеї ВМА (м. Единбург, Шотландія, жовтень 2000 р.).

А. ВСТУП

1. Всесвітня медична асоціація розробила Гельсінську декларацію як сукупність етичних принципів, покликаних служити керівництвом для лікарів та інших учасників медичних досліджень за участю людини як їх об'єкта. Медичні дослідження за участю людини як їх об'єкта включають дослідження на біологічному матеріалі людського походження, що піддається ідентифікації або піддаються ідентифікації отримані дані.

2. Обов'язок лікаря полягає в тому, щоб оберігати здоров'я людей. Знання і досвід лікаря повинні служити досягненню виконання цього обов'язку.

3. Женевська декларація Всесвітньої Медичної Асоціації зв'язує лікаря такими словами: «Здоров'я мого пацієнта буде першочерговою турботою». Міжнародний кодекс медичної етики свідчить: «Лікар повинен діяти тільки на користь хворого, якщо є вірогідність того, що терапія, яка проводиться, може несприятливо позначитися на його фізичному або психічному стані».

4. Медичний прогрес неможливий без досліджень, які на кінцевому етапі включають експерименти за участю людей як їх об'єкта.

5. У медичних дослідженнях за участю людини як їх об'єкта, благополуччя об'єктів дослідження повинно мати пріоритет перед інтересами науки і суспільства.

6. Основна мета медичних досліджень за участю людини як їх об'єкта полягає в поліпшенні профілактичних, діагностичних і терапевтичних процедур, а також розумінні етіології і патогенезу захворювання. Навіть загальноприйняті профілактичні, діагностичні і терапевтичні методи повинні постійно досліджуватися щодо їх ефективності, доступності та якості.

7. В існуючій медичній практиці більшість профілактичних, діагностичних і терапевтичних процедур пов'язана з певним ризиком і дискомфортом.

8. Медичні дослідження повинні відповідати етичним стандартам, що базуються на повазі до людини і спрямовані на захист її здоров'я і прав. Деякі категорії осіб-об'єктів дослідження потребують особливого захисту. Слід брати до уваги інтереси осіб, що знаходяться в невігідному з економічної або медичної точки зору положенні. Особливу увагу слід приділяти тим особам, які не можуть дати свою згоду, чия згода може бути отримана під тиском, хто не отримає безпосередньої користі від участі в дослідженні, а також тим, для кого дослідження поєднується з лікуванням.

9. Дослідники повинні знати етичні норми, закони і підзаконні акти, що діють в їх країні відносно досліджень за участю людини як їх об'єкта, а також стосовні міжнародні вимоги. Ніякі національні етичні норми, закони або підзаконні акти не можуть зменшувати або відмінити гарантії, викладені в цій Декларації.

В. ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ БУДЬ-ЯКИХ МЕДИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

10. Обов'язок лікаря в ході медичних досліджень полягає в тому, щоб захищати життя, здоров'я, недоторканність приватного життя і гідність осіб, які виступають у ролі об'єктів дослідження.

11. Медичні дослідження за участю людини як їх об'єкта повинні відповідати загальноприйнятим науковим принципам, базуватися на глибокому знанні наукової літератури, інших джерел інформації, а також адекватно проведених лабораторних дослідженнях і, якщо доцільно, експериментах на тваринах.

12. Особливої обережності вимагає проведення досліджень, здатних вплинути на стан навколишнього середовища; крім того, ніколи не слід забувати, що піддослідні тварини є живими істотами.

13. Підготовка і проведення кожної експериментальної процедури за участю людей як її об'єкта мають бути чітко описані в протоколі експерименту. Протокол має бути представлений для розгляду, зауважень, вказівок і, якщо потрібно, схвалення до спеціально створеного етичного комітету, незалежного від дослідника і спонсора або від будь-якого іншого стороннього впливу. Цей етичний комітет повинен діяти відповідно до законів і підзаконних актів тієї країни, де проводиться дослідження. Комітет має право контролювати дослідження, що проводяться. Дослідник зобов'язаний надавати комітету інформацію про хід дослідження, насамперед, інформацію про будь-які серйозні небажані явища. Дослідник повинен також представити на розгляд комітету інформацію про спосіб фінансування дослідження, компанію, що виступає як спонсор, підпорядкування установи, на базі якої проводиться дослідження, та про інші потенційні конфлікти інтересів і стимули для осіб, які виступають у ролі об'єктів дослідження.

14. Протокол дослідження обов'язково повинен містити виклад етичного обґрунтування дослідження і вказівку на те, що дослідження проводиться відповідно до принципів, проголошених у цій декларації.

15. Медичні дослідження за участю людей як їх об'єкта повинні проводитися тільки кваліфікованими фахівцями під спостереженням лікаря, що володіє достатнім клінічним досвідом. Відповідальність за осіб, які виступають у ролі об'єкта дослідження, завжди несе лікар і ніколи – сам об'єкт дослідження, незважаючи на отриману від останнього згоду на участь в дослідженні.

16. Будь-якому проекту медичних досліджень за участю людей як їх об'єкта повинна передувати ретельна оцінка можливих ризиків і дискомфорту в зіставленні з вірогідною користю як для самої особи, що виступає як об'єкт дослідження, так і для інших людей. Це не унеможлиблює проведення досліджень за участю здорових добровольців як їх об'єкта. Дизайн всіх досліджень має бути доступний для громадськості.

17. Лікар повинен утриматися від проведення дослідження за участю людей як його об'єкта, якщо він не упевнений в тому, що вірогідний ризик був адекватно оцінений і може бути мінімізований. Лікар повинен припинити будь-які дослідження, якщо з'ясується, що ризик непропорційно великий у порівнянні з очікуваною користю або якщо вже отримані дані достатні для однозначного висновку про позитивні результати дослідження.

18. Медичні дослідження за участю людей як їх об'єкта повинні проводитися тільки тоді, коли важливість поставленої мети виправдовує той

ризик і дискомфорт, яким буде піддаватися об'єкт дослідження. Це особливо важливо в тому випадку, якщо дослідження проводиться за участю здорових добровольців.

19. Медичні дослідження виправдані тільки в тому випадку, якщо є досить висока вірогідність того, що їх результати принесуть користь тій категорії осіб, за участю якої проводиться дослідження.

20. Особи, що виступають як об'єкти дослідження, повинні приймати своє рішення добровільно на основі наданої їм інформації.

21. Право осіб, які виступають у ролі об'єкта дослідження, на недоторканність повинно безумовно поважатися. Слід вжити всіх заходів з дотримання права осіб, які виступають у ролі об'єкта дослідження, на недоторканність особистого життя, конфіденційність медичної інформації і звести до мінімуму несприятливий вплив дослідження на їх фізичне і психічне здоров'я і особистість.

22. При будь-яких дослідженнях за участю людей як їх об'єкта кожен потенційний учасник має бути відповідним чином інформований про цілі, методи, джерело фінансування, можливі конфлікти інтересів, підпорядкованість установи, на базі якої проходить дослідження, очікуваній користі та про пов'язані з участю в дослідженні ризики і дискомфорт. Учасники повинні бути інформовані про те, що вони мають повне право утриматися від участі в дослідженні і в будь-який час після його початку анулювати свою згоду без будь-яких санкцій за таке рішення. Переконавшись у тому, що особа, яка виступає як об'єкт дослідження, зрозуміла надану їй інформацію, лікар повинен отримати від неї вільно надану інформовану згоду, бажано, письмово. Якщо згода не може бути отримана письмово, то повинна бути отримана і належним чином документально оформлена за участю незалежного свідка усна згода.

23. При отриманні інформованої згоди на участь у дослідженні потрібна особлива обережність у тих випадках, коли особа, яка виступає як об'єкт дослідження, знаходиться в залежному від лікаря положенні або коли є вірогідність отримання згоди під примусом. У цьому випадку інформована згода має бути отримана лікарем, який не бере участі в даному дослідженні і який повністю незалежний від пов'язаних з цим стосунків.

24. Якщо особа, що виступає як об'єкт дослідження, позбавлена дієздатності, через свій фізичний або психічний стан не здатна дати інформовану згоду або є неповнолітньою, дослідник повинен звернутися за отриманням інформованої згоди до його законних представників відповідно до національного законодавства. Ці групи осіб повинні включатися в дослідження тільки тоді, коли дослідження направлене на благо саме цієї категорії осіб або не може бути проведено на дієздатних особах.

25. Якщо особа вважається недієздатною, наприклад неповнолітній, але фактично може дати згоду на участь в дослідженні, воно має бути отримане на додаток до згоди його законного представника.

26. Дослідження з участю людей як їх об'єкта, в яких отримання інформованої згоди неможливе, включаючи отримання згоди через повноважного представника або заздальгідь, повинні проводитися тільки тоді,

коли фізичний / психічний стан, що перешкоджає отриманню такої згоди, є невід'ємною характеристикою даної категорії осіб. Причини проведення дослідження за участю осіб, не здатних через свій стан дати інформовану згоду, мають бути викладені в протоколі для розгляду і схвалення етичним комітетом. Протокол повинен містити вказівку на те, що згода на продовження участі в дослідженні має бути отримана від самого учасника дослідження або від його уповноваженого представника як тільки це стане можливим.

27. Як автори публікації, так і їх видавці повинні керуватися етичними принципами. При публікації результатів дослідження дослідники зобов'язані уникати перекручення отриманих даних. Публікації підлягають як позитивні, так і негативні результати дослідження. У публікації мають бути вказані джерела фінансування, підпорядкованість установи, на базі якої проводилося дослідження, і будь-які можливі конфлікти інтересів. Звіти про дослідження, проведені з порушенням викладених в даній декларації принципів, не повинні прийматися для публікації.

С. ДОДАТКОВІ ПРИНЦИПИ МЕДИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У ПОЄДНАННІ З ЛІКУВАННЯМ

28. Лікар має право поєднувати медичні дослідження з лікуванням тільки в тій мірі, в якій дослідження мають потенційну профілактичну, діагностичну або терапевтичну цінність. Якщо медичні дослідження поєднуються з лікуванням, то пацієнти у ролі об'єктів такого дослідження, захищаються додатковими етичними стандартами.

29. Користь, ризик, дискомфорт і ефективність нового методу повинні оцінюватися порівняно з кращими з уже існуючих профілактичних, діагностичних і терапевтичних методів. Це не виключає застосування плацебо або відсутності терапії в дослідженнях, де не існує ефективного профілактичного, діагностичного або терапевтичного методу.

30. Після закінчення дослідження всім пацієнтам, що брали участь в дослідженні, має бути забезпечений доступ до кращих профілактичних, діагностичних або терапевтичних методів.

31. Лікар повинен повністю інформувати пацієнта, які аспекти лікування належать до медичних досліджень. Відмова пацієнта від участі в дослідженні не повинна чинити негативного впливу на стосунки пацієнта з дослідником.

32. При лікуванні пацієнта, якщо не існує ефективних профілактичних, діагностичних або терапевтичних методів, лікар, за умови інформованої згоди пацієнта, може застосувати нові профілактичні, діагностичні або терапевтичні методи або методи, ефективність яких не була доведена, якщо, на думку лікаря, це дає надію на врятування життя, відновлення здоров'я або полегшення страждання пацієнта. Де тільки можливо ці методи повинні піддатися дослідженню, спрямованому на з'ясування їх ефективності і безпеки. У будь-якому випадку отримана нова інформація має бути записана і по можливості опублікована. При цьому слід дотримуватися і інших відповідних вимог даної декларації.

ПРИМІТКА ДО ПАРАГРАФУ 29 ГЕЛЬСІНСЬКОЇ ДЕКЛАРАЦІЇ ВМА. ВМА стурбована тим, що параграф 29 останньої версії Гельсінської декларації

(жовтень 2000 р.) викликав суперечливі інтерпретації і можливу плутанину. ВМА хотіла б ще раз підкреслити свою позицію, яка полягає в тому, що використання плацебо-контрольованих досліджень вимагає надзвичайного ступеня обережності і що, за загальним правилом, ця методологія повинна застосовуватися тільки у разі відсутності терапії з доведеною ефективністю. Проте плацебо-контрольоване дослідження може бути прийнятне з погляду етики навіть за наявності терапії з доведеною ефективністю за таких обставин:

– якщо через вагомі та науково обґрунтовані методологічні причини його використання необхідне для визначення ефективності або безпеки профілактичного, діагностичного або терапевтичного методу;

– якщо профілактичний, діагностичний або терапевтичний метод досліджується стосовно незначного захворювання, а пацієнти, що одержують плацебо, не піддадуться додатковому ризику серйозної або необоротної шкоди здоров'ю.

Усі інші положення Гельсінської декларації підлягають дотриманню і, насамперед, необхідності відповідної етичної та наукової експертизи.

5. Всесвітня декларація про геном людини та права людини (1997).

А. Человеческое достоинство и геном человека

Статья 4

Геном человека в его естественном состоянии не должен служить источником извлечения доходов.

В. Права соответствующих лиц

Статья 5

а) Исследования, лечение или диагностика, связанные с геномом какого-либо человека, могут проводиться лишь после тщательной предварительной оценки связанных с ними потенциальных опасностей и преимуществ и с учетом всех других предписаний, установленных национальным законодательством.

б) Во всех случаях следует заручаться предварительным, свободным и ясно выраженным согласием заинтересованного лица. Если оно не в состоянии его выразить, то согласие или разрешение должны быть получены в соответствии с законом, исходя из высших интересов этого лица.

с) Должно соблюдаться право каждого человека решать быть или не быть информированным о результатах генетического анализа и его последствиях.

д) В случае исследований их документальные результаты следует представлять на предварительную оценку согласно соответствующим национальным и международным нормам или руководящим принципам.

е) Если какое-либо лицо не в состоянии выразить в соответствии с законом своего согласия, исследования, касающиеся его генома, могут быть проведены лишь при условии, что они непосредственным образом скажутся на улучшении его здоровья и что будут получены разрешения и соблюдены меры защиты, предусматриваемые законом. Исследования, не позволяющие ожидать какого-либо непосредственного улучшения здоровья, могут проводиться лишь в порядке исключения, с максимальной осторожностью, таким образом, чтобы

заинтересованное лицо подвергалось лишь минимальному риску и испытывало минимальную нагрузку, при условии, что эти исследования проводятся в интересах здоровья других лиц, принадлежащих к той же возрастной группе или обладающих такими же генетическими признаками, с соблюдением требований, предусматриваемых законом, а также с обеспечением совместимости этих исследований с защитой прав данного лица.

Статья 6

По признаку генетических характеристик никто не может подвергаться дискриминации, цели или результаты которой представляют собой посягательство на права человека, основные свободы и человеческое достоинство.

Статья 7

Конфиденциальность генетических данных, которые касаются человека, чья личность может быть установлена, и которые хранятся или подвергаются обработке в научных или любых других целях, должна охраняться в соответствии с законом.

Статья 8

Каждый человек в соответствии с международным правом и национальным законодательством имеет право на справедливую компенсацию того или иного ущерба, причиненного в результате непосредственного и детерминирующего воздействия на его геном.

С. Исследования, касающиеся генома человека

Статья 10

Никакие исследования, касающиеся генома человека, равно как и никакие прикладные исследования в этой области, особенно в сферах биологии, генетики и медицины, не должны превалировать над уважением прав человека, основных свобод и человеческого достоинства отдельных людей или, в соответствующих случаях, групп людей.

Статья 11

Не допускается практика, противоречащая человеческому достоинству, такая, как практика клонирования в целях воспроизводства человеческой особи. Государствам и компетентным международным организациям предлагается сотрудничать с целью выявления такой практики и принятия на национальном и международном уровнях необходимых мер в соответствии с принципами, изложенными в настоящей Декларации.

D. Условия осуществления научной деятельности

Статья 13

Ответственность, являющаяся неотъемлемой частью деятельности научных работников – в том числе требовательность, осторожность, интеллектуальная честность и непредвзятость – как при проведении научных исследований, так и при представлении и использовании их результатов, должна быть предметом особого внимания, когда речь идет об исследованиях, касающихся генома человека, с учетом их этических и социальных

последствий. Лица, принимающие в государственном и частном секторах политические решения в области науки, также несут особую ответственность в этом отношении.

Принята 11.11.97 на 29-ой сессии Генеральной конференции ЮНЕСКО.

Практичне завдання:

Напишіть есе на одну з тем:

1. «Інформаційна згода»: від процедури до доктрини.
2. Злочинні медичні експерименти у гітлерівській Німеччині та інших країнах.
3. Міжнародні організації медичних працівників.

Контроль знань:

1. Якими були причини прийняття перших міжнародних документів з регулювання медичної діяльності?
2. Яку роль відіграють у сучасному суспільстві міжнародні організації медиків?
3. Лісабонська Декларація про права пацієнта (1981) (https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_016#Text).
4. Конвенція про захист прав та гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини (https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_334#Text)
5. Етичний кодекс лікаря України (<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/n0001748-09#Text>).

Глосарій:

Примушення – від ситуацій недобровільного огляду психіатром (наприклад, у випадках експертизи працездатності) до примусового введення ліків або примусового годування.

Соціальні обмеження і заборони – стосуються виконання психічно хворими окремих видів професійної діяльності та діяльності, пов'язаної з джерелом підвищеної небезпеки.

Відчуження – властиве ставленню суспільства взагалі до психічно хворих. Факти звернення до психіатра або перебування «на обліку» в диспансері; діагнози, що стали відомими стороннім тощо – все це стає «ярликами», які стигматизують психічно хворих, принижують їх гідність, створюють емоційну ізоляцію.

Моральна шкода – заподіюється медичним персоналом при порушенні професійних етичних норм – конфіденційності, правдивості, невтручання в особисте життя і т. ін.

Фізична шкода – при використанні інвазивних методів дослідження (спинномозкова пункція, пневмоенцефалографія, контрастна ангіографія і т. ін.) і методів лікування з побічними ефектами.

Тема 6. ОСНОВИ БІОЕТИЧНИХ АСПЕКТІВ ТРАНСПЛАНТАЛОГІЇ ТА ПЕРЕЛИВАННЯ КРОВІ

План

1. Поняття трансплантації: історія і сучасність.
2. Моральні проблеми трансплантології. Етико-правові принципи трансплантації людських органів.
3. Ксенотрансплантація.
4. Закон України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині»
5. Поняття про донорство та трансфузіологію. Біоетичні проблеми переливання крові.
6. Закон України «Про безпеку та якість донорської крові та компонентів крові».

Використана література:

1. Закон України «Про безпеку та якість донорської крові та компонентів крові». – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/931-20#n249>
2. Закон України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині». – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2427-19#Text>
3. Запорожан В.М., Аряєв М.Л. Біоетика та біобезпека: підручник / В.М. Запорожан, М.Л. Аряєв. — К.: Здоров'я, 2013. — 456 с.
4. Ковальова О.М., Сафаргаліна-Корнілова Н.А., Герасимчук Н.М. Деонтологія в медицині: підручник. – Харків, 2014.– 258 с.
5. Місце ксенотрансплантації серед існуючих інших видів трансплантації / Супрун О.М, Свергунова А.О., Свергунов А.О. // Актуальні проблеми сучасної медицини. Випуск І, 2018 – Режим доступу: <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/734637.pdf>
6. Сучасні проблеми біоетики: навч. посіб. для позааудитор. підгот. студ. спец. «Фармація», «Клінічна фармація», «Технологія парфумерно-косметичних засобів» / В. А. Мороз, В. В. Прописнова, Д. В. Леонтьєв та ін.; За ред. В. А. Мороза. – Х.: Вид-во НФаУ, 2009. – 128 с.

1. Поняття трансплантації: історія і сучасність.

Трансплантація – спеціальний метод лікування, що полягає в пересадженні реципієнту органа або іншого анатомічного матеріалу, взятих у людини чи тварини. На відміну від трансплантації, про імплантацію говорять, коли йдеться про біоімпланти або законсервовані тканини. Автотрансплантація – пересадження людині взятого в неї анатомічного матеріалу. При гомотрансплантації реципієнт і донор належать до одного біологічного виду. Якщо вони належать до різних видів, говорять про гетеротрансплантацію.

Становлення і розвиток трансплантології почалися з 50-х років минулого сторіччя. Піонерами трансплантології стали Д. Маррі (перше пересадження нирки), Т. Старлз (пересадження печінки), Д. Харді (пересадження легенів), К. Барнард (пересадження серця). Зусиллями цих учених та їхніх послідовників були створені центри трансплантології, які дозволили врятувати або продовжити життя тисячам пацієнтів, до цього приречених на смерть.

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 перемішує 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.

Розробки фармацевтичної індустрії забезпечили використання в клінічній трансплантології специфічних препаратів – імуносупресантів (циклоспорин А), які зменшували або нівелювали прояви реакції відторгнення трансплантата. Трансплантація нирки стала рутинною операцією. У світі на сьогодні щорічно виконується близько 25 000 трансплантацій нирки.

2. Моральні проблеми трансплантології. Етико-правові принципи трансплантації людських органів.

Проте трансплантація органів ставить перед медициною низку складних моральних проблем, вирішення яких до теперішнього часу не можна вважати завершеним.

Найбільш гострі проблеми виникають при організації отримання органів, що трансплантуються, від живих донорів. Цей метод широко використовується при трансплантації нирки, частин печінки, кісткового мозку. У багатьох випадках це не тільки рятує життя тисячам пацієнтів, але й забезпечує їм далі високу якість життя. Разом з тим пересадження будь-якого органу від живого донора пов'язано з серйозним ризиком для його здоров'я. По-перше, це ризик, пов'язаний з проведенням хірургічної операції, яка для будь-якого пацієнта завжди є значною психофізіологічною травмою. У літературі описані випадки серйозних ускладнень у процесі і після вилучення нирки у донора, аж до летального результату. По-друге, позбувшись одного з парних органів або частини непарного органу, донор стає більшою мірою уразливий по відношенню до несприятливих зовнішніх дій, що може передувати розвитку різних форм патології. Таким чином, вилучення органів у здорової людини є очевидним порушенням медичного принципу «не нашкодь». З етичної точки зору виправданням для порушення цього принципу є право потенційного донора із співчуття, любові до ближнього, альтруїзму пожертвувати для порятунку життя одним з органів або частиною органа. Разом з тим не всяка жертва припустима з погляду біоетики. Сьогодні на законодавчому рівні забороняється пересадження органа, якщо апріорі відомо, що воно завдасть необоротного розладу здоров'ю донора.

Умовами допустимості донорства органів є добровільність, усвідомленість та альтруїзм.

Добровільність – це відсутність примушення до донорства, що спирається на сімейну, адміністративну, фінансову або іншу залежність. Оскільки донорами органів, як правило, виступають близькі родичі реципієнта, можливе чинення прямого тиску на потенційного донора членами його сім'ї. Ця небезпечна практика вимагає суворого контролю з боку медичних і суспільних організацій. Крім того, добровільність може бути порушена за умов, коли донорами виступають люди з принципово обмеженими можливостями вибору, наприклад, ув'язнені та особи, засуджені до страти. «Спокуса» скористатися їх донорськими послугами повинна жорстко припинятися.

Усвідомленість потенційної жертви повинна ґрунтуватися на достатній за обсягом інформації, що надається лікарем щодо можливих ризиків трансплантації. У зв'язку з цим донорами не можуть виступати недієздатні громадяни, які через вік або свої знижені інтелектуальні здібності не можуть прийняти рішення свідомо.

Альтруїзм припускає виключення комерційності з операції трансплантації, тобто купівлі-продажу у відносинах між донором і реципієнтом. Комерціалізація трансплантології, торгівля органами перетворює тіло людини на товар, звичайну річ. Будь-які маніпуляції з тілом є ні чим іншим, як формами дії на особу. Перетворення тіла на товар деперсоналізує людину, завдає їй непоправної моральної шкоди. У той же час необхідно враховувати, що проста заборона продажу органів за наявності об'єктивних інтересів і слабкості правового контролю створює умови для формування тіньового ринку цих послуг і врешті-решт – криміналізації медицини. Тому суспільство зобов'язане або легалізувати цю торгівлю, або розробити комплекс заходів, здатних ефективно контролювати її заборону. Пропонується також замінити механізм купівлі-продажу органа механізмом соціальної компенсації за донорство органа – наданням страховок, державних дотацій і т. п.

Деякі інші моральні проблеми виникають при пересадженні пацієнтові трупних органів. Всі світові релігії забороняють завдання пошкоджень тілу померлої людини, наказують дбайливе і шанобливе ставлення до нього. Зі світської точки зору, смерть людини не обриває дієвості його волі відносно того, що йому належить. Проте практика пересадження трупних органів має одну, але дуже важливу підставу – вона здатна допомогти живим.

Моральні проблеми, що існують у цій сфері та потребують свого вирішення, можна об'єднати в три групи:

- критерії смерті, що забезпечують допустимість трансплантації;
- умови згоди на використання трупних органів;
- проблеми справедливості у розподілі трупних органів між донорами.

Питання про критерії смерті отримало широке суспільне висвітлення у зв'язку з тим, що інтереси реципієнтів, які прагнуть отримати найбільш життєздатні органи, можуть увійти у суперечність з інтересами донора, органи якого на момент констатації смерті ще живі. У цій сфері створюються підстави для зловживань, коли зацікавлений (у тому числі і фінансово) в отриманні

донорських органів лікар може констатувати смерть пацієнта-донора, коли його ще можна врятувати. Для обмеження таких зловживань розроблена етична вимога, згідно з якою лікар, констатуючий смерть, має бути фінансово незалежний від осіб, що фінансують трансплантацію.

Проблема згоди на використання донорських органів базується на тому, що людина зберігає певні права на своє тіло навіть після смерті. У зв'язку з цим виникає питання, наскільки правомочне використання органів померлого з метою трансплантації.

З цієї точки зору існує три моделі вилучення органів для трансплантації: рутинне забирання органів, презумпція згоди і презумпція незгоди.

Рутинне забирання органів засноване на передачі прав розпоряджатися тілом померлої людини системі охорони здоров'я. Держава дає медичним працівникам повноваження проводити розтин, забирати органи для наукових досліджень та інших маніпуляцій, використовувати фізіологічні рідини і тканини трупа. Тіло померлої людини у даному випадку трактується як державна власність, яку медики можуть використовувати в суспільних інтересах. Практика рутинного забирання широко застосовувалася в СРСР. Але зараз вона засуджується в законодавстві більшості країн світу.

Принцип презумпції згоди заснований на визнанні потенційної згоди людини на використання її органів, якщо тільки ця людина за життя офіційно не заборонила таке їх використання. Право заборони на вилучення трупних органів належить також родичам померлого. У тому ж випадку, якщо такої заборони не було, медична організація вважає себе в праві застосувати їх для трансплантації. Цей принцип зараз використовується в законодавстві більшості країн СНД, виключаючи Україну.

Принцип презумпції незгоди свідчить, що відсутність явно вираженої згоди людини на використання її органів після смерті рівнозначна її відмові від такого використання. Згода потенційного донора дається у формі прижиттєвого розпорядження або згоди членів сім'ї після його смерті. Такий принцип використовується в США, Голландії, Португалії і деяких інших країнах. Презумпція незгоди збільшує природний дефіцит донорських органів. Проте в світовій медичній практиці накопичений великий досвід спілкування на цю тему з сім'ями померлих, що певною мірою дозволяє його вирішити.

Проблема справедливості розподілу дефіцитних ресурсів для трансплантації заснована на принциповій обмеженості ресурсу трупних органів, придатних для трансплантації. Обмеженість ресурсу сама по собі виключає повне рівноправ'я в його розподілі. Практично в будь-якому суспільстві такі ресурси розподіляються з урахуванням соціальних можливостей індивіда, включаючи фінансові, ієрархічні та інші критерії. Донорські органи тут не становлять винятку. Американський філософ Н. Решер виправдовує цю ситуацію таким чином: «Суспільство «інвестує» обмежений ресурс в певного індивіда тому, що чекає при цьому на повернення своїх інвестицій». Проте значна кількість фахівців вважає, що права на здоров'я і життя є громадянськими правами, які належать кожному рівною мірою

незалежно від його заслуг. Крім того, критерії «корисності» людини завжди глибоко суб'єктивні.

Для реалізації рівноправ'я громадян при розподілі дефіцитних ресурсів охорони здоров'я, включаючи такий надзвичайно дефіцитний ресурс, як органи і тканини для пересадження, зазвичай використовується такі основні критерії:

- критерій «лотереї» – заснований на випадковому відборі реципієнтів. Цей критерій виключає несправедливість, але уявляється громадськості дуже «бездушним» і мало обґрунтованим. До того ж він не запобігає зловживанням;
- критерій сумісності пари «донор-реципієнт» – забезпечує отримання органа тим з реципієнтів, для кого тканини потенційного донора найбільш імунологічно близькі, що дає мінімізацію шансів відторгнення трансплантата;
- критерій екстреності – припускає, що черговість в розподілі донорських органів повинна відповідати ступеню екстреності стану реципієнта. При цьому особи, що знаходяться в найбільш тяжкому стані, мають переважні права на отримання донорських органів для трансплантації;
- критерій черговості – заснований на тому, що переважними правами на трансплантацію мають особи, які найдовше її чекали.

Крім перерахованих критеріїв, на розподіл донорських органів впливають ще деякі чинники. Так, в багатьох країнах світу існують вікові обмеження для потенційних реципієнтів. Згідно з ними особи старше певного віку виключаються із списку реципієнтів. Іноді вважається за морально виправданий спосіб обмежувати доступність програм з пересадження органів для тих, хто втратив здоров'я через нездоровий спосіб життя: для наркоманів, алкоголіків і т. ін. Природним обмеженням для потенційних реципієнтів також є стан їх здоров'я – наявність інших захворювань, що ускладнюють перспективи пересадження.

3. Ксенотрансплантація.

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.

Ксенотрансплантація може стати ключем до вирішення проблеми нестачі органів. Тварини це потенційне джерело для їх отримання, але якщо вдасться подолати існуючі на даний момент основні перешкоди: генетична несумісність між людиною та твариною, наявність у геномі тварин низки ендемічних ретровірусів, морфологічна та функціональна несумісність. Останню проблему можна вирішити обравши донором свиню, адже її органи найбільш близькі за розміром, структурою та функцією до людських. Вибір на користь даного виду тварин дасть низку інших переваг. Наприклад, термін досягнення органом функціональної зрілості становить близько одного року, кількість поголів'я даного виду займає значну частину від загальної чисельності сільськогосподарських тварин в Україні та собівартість вирощування їх є порівняно низькою, багатоплідність дає можливість від однієї свиноматки за один приплід отримати до 10-ти генетично-модифікованих поросят, що в свою

чергу дасть змогу відібрати найбільш придатного потенційного донора. Досягнення успіху в цьому напрямку відкриває перспективу вивчення ксенотрансплантації нирки та інших анатомічних органів [4,5,8,9]. Використання тварин дозволяє уникнути цілого ряду труднощів, властивих забору людської фетальної тканини: етичні проблеми, недостатній контроль над донорами, визначення оптимального терміну для виділення клітин, оцінка якості донорської тканини [4,5,8]. Отримання свинячих ембріональних клітин можна здійснювати у залежності від необхідного триместру вагітності, що дозволяє стандартизувати якість і життєздатність одержуваних клітин. Надзвичайно важливим аспектом ксеногенної клітинної терапії є здатність свинячих донорських клітин інтегруватися в чужорідні тканини і відтворювати фізіологічні функції нормальних клітин [2,9]. Можливість регульованого функціонування пересаджених клітин вигідно відрізняє клітинну терапію від інших методів лікування – генної терапії або застосування невеликих синтезованих молекул. У багатьох країнах світу все ширше використовують в медико-біотехнологічних дослідженнях спеціально виведених міні-свиней. Більше 10 породних популяцій спеціально виведених лабораторних свиней розводять і використовують у США, Німеччині, Японії і Китаї. Свині з цих популяцій значно різняться за розмірами. У звичайних міні-свиней США живою масою близько 50-70 кг розміри серця, селезінки, печінки, наднирників і простати аналогічні розмірам відповідних органів дорослої людини [21,22].

4. Закон України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині»

Розділ I ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Стаття 1. Визначення термінів

{Зміни до абзаців сьомого та п'ятнадцятого частини першої статті 1 див. в Законі № 418-ІХ від 20.12.2019}

1. У цьому Законі наведені нижче терміни вживаються в такому значенні: анатомічні матеріали - органи (їх частини), тканини, анатомічні утворення, клітини людини або тварини, фетальні матеріали людини;

ауто трансплантація - пересадка людині власного анатомічного матеріалу;

біоімпланти - медичні вироби, продукти медичного призначення, виготовлені з анатомічних матеріалів людини;

близькі родичі та члени сім'ї - чоловік, дружина, батько, мати, вітчим, мачуха, син, дочка, пасинок, падчерка, рідний брат, рідна сестра, двоюрідний брат, двоюрідна сестра, рідна тітка, рідний дядько, рідний племінник, рідна племінниця, дід, баба, прадід, прабаба, внук, внучка, правнук, правнучка, усиновлювач чи усиновлений, опікун чи піклувальник, особа, яка перебуває під опікою або піклуванням, а також особи, які спільно проживають, пов'язані спільним побутом і мають взаємні права та обов'язки, у тому числі особи, які спільно проживають, але не перебувають у шлюбі;

{Абзац п'ятий частини першої статті 1 в редакції Закону № 2694-VIII від 28.02.2019}

бригада вилучення анатомічних матеріалів людини - група медичних та інших працівників закладу охорони здоров'я, бюро судово-медичної експертизи або інших суб'єктів господарювання, що згідно із законодавством мають право здійснювати таку діяльність, яка створюється відповідно до наказу керівника для вилучення, зберігання, підготовки до перевезення та/або перевезення анатомічних матеріалів людини для їх подальшої трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів;

{Абзац шостий частини першої статті 1 в редакції Закону № 418-IX від 20.12.2019}

вилучення анатомічних матеріалів - хірургічна операція, інше медичне втручання, в результаті якого отримуються анатомічні матеріали людини для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів;

гемопоетичні стовбурові клітини - анатомічні матеріали людини у вигляді клітин, що містяться у крові та кістковому мозку людини і використовуються для трансплантації;

Державна інформаційна система трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин - електронна автоматизована інформаційно-телекомунікаційна система, призначена для збирання, реєстрації, накопичення, зберігання, обробки, адаптування, зміни, поновлення, використання, поширення (розповсюдження, передачі), знеособлення та знищення визначеної законом інформації про фізичну особу та іншої інформації, передбаченої законодавством, а також для інформаційного забезпечення прийняття рішень з питань трансплантації анатомічних матеріалів людини у вигляді гемопоетичних стовбурових клітин, що зберігається на інформаційних ресурсах, зареєстрованих та розташованих в Україні;

{Частину першу статті 1 доповнено терміном згідно із Законом № 418-IX від 20.12.2019}

діяльність, пов'язана з трансплантацією, - медичні послуги з вилучення анатомічних матеріалів у живих донорів, вилучення анатомічних матеріалів у донора-трупа, що здійснюються закладами охорони здоров'я, бюро судово-медичної експертизи або іншими суб'єктами господарювання, що згідно із законодавством мають право здійснювати таку діяльність, та/або послуги із зберігання і перевезення анатомічних матеріалів людини, призначених для трансплантації, вилучення анатомічних матеріалів у донора-трупа для виготовлення біоімплантатів, зберігання і перевезення таких матеріалів, трансплант-координації, а також діяльність із забезпечення функціонування інформаційних систем і реєстрів у сфері трансплантації;

{Абзац частини першої статті 1 в редакції Законів № 2694-VIII від 28.02.2019, № 418-IX від 20.12.2019}

донор анатомічних матеріалів людини - живий донор чи донор-труп, у якого в установленому цим Законом порядку вилучаються анатомічні матеріали для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів;

донорство анатомічних матеріалів - надання донором анатомічних матеріалів іншій людині за життя (прижиттєве донорство) або вилучення анатомічних матеріалів людини у донора-трупа (посмертне донорство) для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів;

донор-труп - померла особа, щодо якої в установленому цим Законом порядку отримано згоду на вилучення з її тіла анатомічних матеріалів для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів;

Єдина державна інформаційна система трансплантації органів та тканин - електронна автоматизована інформаційно-телекомунікаційна система, призначена для збирання, реєстрації, накопичення, зберігання, обробки, адаптування, зміни, поновлення, використання, поширення (розповсюдження, реалізації, передачі), знеособлення та знищення визначеної законом інформації про фізичну особу та іншої інформації, передбаченої законодавством, а також для здійснення автоматизованого об'єктивного і неупередженого розподілу анатомічних матеріалів людини, визначення пар донор-реципієнт, що зберігається на інформаційних ресурсах, зареєстрованих та розташованих в Україні;

{Абзац частини першої статті 1 в редакції Закону № 418-ІХ від 20.12.2019}

живий донор - повнолітня дієздатна фізична особа, яка добровільно надала згоду на вилучення у неї анатомічних матеріалів для трансплантації, та у визначеному цим Законом випадку особа віком до 18 років, згоду на вилучення у якої гемопоетичних стовбурових клітин надано відповідно нею особисто та (або) її батьками або іншими законними представниками;

{Абзац частини першої статті 1 в редакції Закону № 2694-VIII від 28.02.2019}

імплантація - спеціальний метод лікування, що полягає у пересадці людині біоімплантатів, ксеноімплантатів і штучно виготовлених замінників органів;

{Абзац частини першої статті 1 в редакції Закону № 418-ІХ від 20.12.2019}

імунологічна сумісність - генетично обумовлена сумісність анатомічних матеріалів різних осіб, що визначається шляхом проведення лабораторних досліджень відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я;

консиліум лікарів - нарада лікарів однієї або декількох спеціальностей, що скликається для визначення потреби пацієнта у лікуванні методом трансплантації, наявності або відсутності до цього медичних показань та можливості застосування такого методу лікування, а також для визначення стану здоров'я живого донора, можливості вилучення у живого донора анатомічного матеріалу для його подальшої трансплантації;

{Частину першу статті 1 доповнено терміном згідно із Законом № 418-ІХ від 20.12.2019}

ксеноімплантати - медичні вироби, що виготовлені з анатомічних матеріалів тварин та використовуються для імплантації;

лист (список) очікування - список реципієнтів, які перебувають на обліку в закладі охорони здоров'я з метою застосування їм трансплантації, форма та порядок ведення якого затверджуються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я;

орган - окрема, життєздатна частина тіла людини, утворена різними тканинами, яка зберігає свою будову, васкуляризована та має здатність виконувати фізіологічні функції із значним рівнем автономії;

{Частина першу статті 1 доповнено терміном згідно із Законом № 1967-IX від 16.12.2021 }

перехресне донорство - обмін живими імунологічно сумісними донорами між реципієнтами;

померла особа (померлий) - особа, стан якої визначено як незворотна смерть відповідно до закону;

потенційний донор - померла особа, щодо якої існують медичні передумови (відсутність хвороб або станів, що унеможливають вилучення анатомічних матеріалів людини) для вилучення анатомічних матеріалів, але не отримано трансплант-координатором в установленому цим Законом порядку відомості щодо можливості (згода) вилучення анатомічних матеріалів з її тіла для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів;

потенційний донор гемопоетичних стовбурових клітин - фізична особа, щодо якої проведене імунологічне типування, і яка надала згоду на внесення персональної інформації щодо себе до інформаційних систем трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин, але ще не надала згоду на вилучення гемопоетичних стовбурових клітин у встановленому цим Законом порядку;

{Частина першу статті 1 доповнено терміном згідно із Законом № 418-IX від 20.12.2019 }

реципієнт - особа, яка потребує медичної допомоги із застосуванням трансплантації;

тканина - анатомічний матеріал, сформований з груп подібних за будовою і функціями клітин та міжклітинної речовини;

{Частина першу статті 1 доповнено терміном згідно із Законом № 1967-IX від 16.12.2021 }

трансплантація - спеціальний метод лікування, що полягає в пересадці анатомічного матеріалу людини від донора реципієнту і спрямований на відновлення здоров'я людини;

трансплант-координатор - працівник закладу охорони здоров'я, бюро судово-медичної експертизи, спеціалізованої державної установи у сфері трансплантації органів, тканин та клітин, іншого суб'єкта господарювання, що здійснює діяльність, пов'язану з трансплантацією, до посадових обов'язків якого належить здійснення трансплант-координації;

{Абзац частини першої статті 1 в редакції Закону № 418-IX від 20.12.2019 }

трансплант-координація - діяльність, спрямована на забезпечення отримання анатомічних матеріалів людини та надання їх для подальшої трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів у встановленому цим Законом порядку;

фетальні матеріали людини - анатомічні матеріали мертвого ембріона (плода) людини.

{Абзац частини першої статті 1 в редакції Закону № 2694-VIII від 28.02.2019 }

Стаття 2. Законодавство України про трансплантацію

1. Законодавство України про трансплантацію базується на Конституції України та складається з Основ законодавства України про охорону здоров'я, інших законодавчих актів, що регулюють відносини з питань, пов'язаних з

охороною здоров'я, цього Закону та інших прийнятих відповідно до них нормативно-правових актів.

2. Якщо міжнародним договором України, згода на обов'язковість якого надана Верховною Радою України, встановлені інші норми, ніж ті, що передбачені цим Законом, застосовуються норми міжнародного договору.

Стаття 3. Сфера дії Закону

1. Дія цього Закону поширюється на трансплантацію анатомічних матеріалів людині, здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією, отримання анатомічних матеріалів людини для виготовлення біоімплантатів, визначення умов застосування ксеноімплантатів.

2. Дія цього Закону не поширюється на:

донорство крові та її компонентів і діяльність, пов'язану з їх використанням;

трансплантацію статевих залоз, репродуктивних клітин та живих ембріонів;

аутотрансплантацію;

імплантацію;

вилучення анатомічних матеріалів для діагностичних та наукових досліджень;

діяльність банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я;

виготовлення біоімплантатів та ксеноімплантатів.

Стаття 4. Основні принципи застосування трансплантації

1. Трансплантація здійснюється на таких принципах:

добровільності;

гуманності;

анонімності;

надання донорських органів потенційним реципієнтам за медичними показаннями;

безоплатності трансплантації за кошти державного бюджету для донора та реципієнта;

{Абзац шостий частини першої статті 4 із змінами, внесеними згідно із Законом № 418-ІХ від 20.12.2019; в редакції Закону № 1967-ІХ від 16.12.2021 }

врахування черговості (крім родинного та перехресного донорства);

{Абзац сьомий частини першої статті 4 в редакції Закону № 1967-ІХ від 16.12.2021 }

достойного ставлення до тіла людини у разі посмертного донорства;

безперервності отримання медичної допомоги особами, яким трансплантовано анатомічні матеріали.

{Частину першу статті 4 доповнено абзацом дев'ятим згідно із Законом № 418-ІХ від 20.12.2019 }

Повністю текст Закону див. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2427-19#Text>

5. Поняття про донорство та трансфузіологію. Біоетичні проблеми переливання крові.

Від трансплантації слід відрізнити трансфузію крові або її компонентів від одного індивіда до іншого. Відмінність полягає в тому, що при трансфузії крові організм донора не втрачає нічого істотного завдяки своїй здатності швидко відновлювати об'єм узятої крові. Донорство крові має бути добровільним актом, тобто донор ні в якому разі не може бути примусово залучений до цього. З етичних принципів з донорством не повинна також бути пов'язана комерціалізація. Донор має бути повнолітньою особою, що усвідомлює відповідальність щодо себе самого (стану свого здоров'я) і щодо реципієнта. Донор несе, таким чином, і відповідальність перед суспільством, оскільки його кров надається «в розпорядження» інших осіб. Етичні питання щодо реципієнта крові стосуються необхідності отримання інформованої згоди на процедуру гемотрансфузії, особливо враховуючи те, що дана процедура несе певні ризики. Є приклади, коли деякі суб'єкти (члени релігійних груп, насамперед свідки Єгови) відмовляються від гемотрансфузії через свої конфесійні ставлення до цієї процедури. У таких випадках, якщо поважання волі пацієнта вступає в протиріччя з реальною небезпекою для його життя у разі відмови від процедури, лікар повинен наголосити на це та продовжувати лікування. Якщо пацієнт категорично відмовляється від гемотрансфузії, остаточне рішення приймається з урахуванням його віку. Якщо пацієнт є неповнолітньою особою, треба звернутися до представника судової влади з проханням тимчасового скасування влади батьків, а потім зробити трансфузію. Якщо йдеться про повнолітню особу, здатну усвідомлювати наслідки своїх дій, лікар може користуватися нормативними документами, що зобов'язують його надавати медичну допомогу та необхідне лікування, коли виникають умови нагальної необхідності та існує загроза життю пацієнта. Трансплантація кісткового мозку, яку проводять насамперед при захворюваннях системи крові (лейкози, мієлодиплазії, таласемія), можна також розглядати як трансфузію кровотворних клітин від донора до реципієнта. При даній процедурі також слід дотримуватися принципів захисту життя та інформованої згоди. Причому ці принципи поширюються як на донора, так і на реципієнта. Суттєва відмінність цього виду трансплантації від інших полягає в тому, що взяття кісткового мозку призводить лише до тимчасового порушення «фізичної цілісності» донора, оскільки ця тканина відновлюється дуже швидко. Найліпшим з терапевтичних міркувань донором кісткового мозку є неповнолітня особа. У даному випадку компоненти кісткового мозку дозволяється брати після згоди законних представників неповнолітнього донора.

6. Закон України Про безпеку та якість донорської крові та компонентів крові

Цей Закон визначає правові та організаційні засади державної політики щодо організації заготівлі, тестування, переробки, зберігання, розподілу, транспортування та реалізації донорської крові та компонентів крові, функціонування системи крові, визначає стандарти безпеки та якості донорської крові та компонентів крові з метою забезпечення рівного

доступу населення України до якісних і безпечних компонентів донорської крові у необхідній кількості, організації обігу донорської крові та компонентів крові, забезпечення безпеки та здоров'я донорів крові та компонентів крові, а також їх реципієнтів, захисту їхніх прав та законних інтересів.

Цей Закон розроблений з метою адаптації законодавства України до аспис Європейського Союзу на виконання Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони.

Розділ I **ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ**

Стаття 1. Визначення термінів

1. У цьому Законі наведені нижче терміни вживаються в такому значенні:

1) аутологічна донація – донація крові та компонентів крові, що заготовлюються від однієї особи і призначені виключно для подальшої аутологічної трансфузії чи іншого застосування цій особі;

2) аутологічна трансфузія – трансфузія, за якої донор і реципієнт є однією особою, для якої використовуються завчасно заготовлені кров та компоненти крові;

3) аферез – метод отримання компонентів крові за допомогою машинної переробки цільної крові, за якого залишкові компоненти крові повертаються донору під час або наприкінці процесу;

4) валідація – встановлення об'єктивних і задокументованих доказів того, що визначені вимоги до спеціально призначеного застосування можливо послідовно виконати;

5) відповідальна особа – особа, уповноважена та спеціально призначена суб'єктом системи крові, яка відповідає за питання безпеки та якості донорської крові та компонентів крові в межах діяльності відповідного суб'єкта;

6) відстеження – процес вивчення звіту про підозрювану, несприятливу реакцію у реципієнта, пов'язану з трансфузією, для виявлення потенційно причетного донора;

7) відсторонення від донорства – постійне чи тимчасове припинення допуску фізичної особи до донорства крові або компонентів крові;

8) гемонагляд – набір процедур організованого нагляду та контролю, пов'язаних із серйозними несприятливими або непередбачуваними випадками чи реакціями у донорів або реципієнтів, а також подальше епідеміологічне спостереження за донорами та реципієнтами;

9) добровільне безоплатне донорство – здійснення донором донації крові та/або компонентів крові з особистої волі та без отримання грошової винагороди за таку донацію (у формі готівкових коштів чи в будь-якій іншій формі, що може вважатися еквівалентом грошей), крім невеликих сувенірів, легких закусок та відшкодування витрат на дорогу;

10) донорство крові та компонентів крові – добровільний акт людини, що полягає у донації крові та/або компонентів крові для подальшого використання їх для трансфузії, виготовлення лікарських засобів, медичних виробів або використання у наукових дослідженнях;

11) забезпечення якості – діяльність на всіх етапах – від заготівлі крові та компонентів крові до їх розподілу, що здійснюється для забезпечення рівня якості крові та компонентів крові, необхідного для їх цільового використання;

12) інспекція (інспектування) – офіційний та об'єктивний захід державного нагляду (контролю), який проводиться уповноваженим органом у встановленому порядку для перевірки відповідності вимогам, встановленим цим Законом та іншими нормативно-правовими актами, та для виявлення невідповідностей;

13) кваліфікація – складова валідації, що полягає у перевірці правильності роботи та надання очікуваних результатів будь-яким персоналом, приміщеннями, обладнанням або матеріалами;

14) компонент крові – терапевтична складова крові (еритроцити, лейкоцити, тромбоцити, плазма), що може бути приготована різними методами;

15) контроль якості – складова системи якості, орієнтована на забезпечення дотримання вимог щодо якості крові та компонентів крові;

16) кров – цільна кров, заготовлена від донора, оброблена та призначена для трансфузії або подальшого використання як вихідного матеріалу (сировини) у виробничих цілях;

17) лабораторія трансфузійної імунології – структурний підрозділ суб'єкта господарювання, що надає послуги з трансфузії крові та/або компонентів крові, у складі лікарняного банку крові або клінічної лабораторії, який проводить ізосерологічні та імуногематологічні дослідження перед трансфузіями;

18) лікарняний банк крові – підрозділ суб'єкта господарювання, що надає послуги з трансфузії компонентів крові (закладу охорони здоров'я), який зберігає, розподіляє і може проводити тести на сумісність крові та компонентів крові для використання виключно таким суб'єктом господарювання для трансфузії крові та/або компонентів крові реципієнтам;

19) лікарняний трансфузіологічний комітет – дорадчий (координаційний) колегіальний орган, створений суб'єктом господарювання, що надає послуги з трансфузії компонентів крові, який визначає організацію і порядок надання трансфузіологічної допомоги, забезпечує та контролює її якість і безпеку для пацієнта у співробітництві з суб'єктами системи крові, лікарняним банком крові, лабораторією трансфузійної імунології та медичними працівниками;

20) належна практика – усі елементи усталеної практики, використання яких забезпечує відповідність крові та компонентів крові попередньо визначеним специфікаціям і нормам;

21) Національний реєстр донорів крові та компонентів крові, а також осіб, яким заборонено виконувати донорську функцію, – електронна автоматизована інформаційна система, призначена для збирання, зберігання, використання та передачі визначеної законом інформації про донорів крові та компонентів крові, а також осіб, яким заборонено виконувати донорську функцію, зокрема обміну інформацією між центральною базою даних та електронними медичними інформаційними системами;

22) Національний трансфузіологічний комітет – дорадчий колегіальний орган, що утворюється для надання професійних консультацій і допомоги з питань реалізації державної політики у сфері донорства крові та компонентів крові, заготівлі, тестування, переробки, зберігання, розподілу і реалізації донорської крові та компонентів крові, розв'язання технічних проблем на загальнодержавному рівні, розроблення проектів нормативно-правових актів Кабінету Міністрів України та центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, наказів Національного трансфузіологічного центру, стратегічних планів розвитку, заходів з розвитку системи крові, а також інструкцій, навчальних посібників, методичних рекомендацій тощо;

23) Національний трансфузіологічний центр – юридична особа публічного права, створена центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, або структурний підрозділ центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, що сприяє реалізації державної політики у сфері донорства крові та компонентів крові, в частині координації діяльності суб'єктів системи крові, управління та моніторингу виконання державних програм такими суб'єктами, а також забезпечує методичне керівництво у сфері донорства крові та компонентів крові;

24) переробка – будь-який з етапів технологічного процесу виготовлення компонента крові, що проводиться між заготівлею крові та випуском компонента крові;

25) плазма крові – рідка частина крові, в якій містяться кров'яні клітини або клітини крові, що може бути відокремлена від клітинної частини заготовленої цільної крові для використання в лікувальних цілях або для виробництва препаратів крові;

26) плазма для фракціонування – плазма крові, що використовується як сировина для промислового виробництва препаратів крові (лікарських засобів) та відповідає вимогам щодо її якості та безпеки, встановленим центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я;

27) препарат крові – лікарський засіб, виготовлений з крові людини або компонентів крові;

28) простежуваність – система заходів, що забезпечує можливість відстеження кожної окремої донації крові та/або компонента крові, одержаної від донора, до її кінцевого пункту призначення і навпаки, незалежно від того, призначені вони для трансфузії, виробництва препаратів крові чи утилізації;

29) реципієнт – особа, якій здійснено трансфузію крові або компонентів крові;

30) розподіл крові та компонентів крові – постачання крові та компонентів крові іншим суб'єктам системи крові, лікарняним банкам крові та виробникам препаратів крові (крім видачі крові та компонентів крові для трансфузії);

31) серйозна несприятлива реакція – непередбачувана реакція донора або реципієнта, пов'язана із заготівлею або трансфузією крові та/або компонентів крові, що має летальний наслідок, загрожує життю чи здоров'ю, призвела до інвалідності або непрацездатності, створила необхідність лікування або продовження лікування у стаціонарі чи викликала хворобу;

32) серйозний несприятливий випадок – будь-який небажаний випадок, пов'язаний із заготівлею, тестуванням, переробкою, зберіганням та/або розподілом крові та/або компонентів крові, що призвів до смерті реципієнта, загрожує його життю чи здоров'ю, став причиною інвалідності або непрацездатності реципієнта, створив необхідність лікування або продовження лікування реципієнта у стаціонарі чи викликав хворобу;

33) система крові – форма організації взаємодії органів державної влади, суб'єктів системи крові, суб'єктів, що надають послуги з трансфузії крові та/або компонентів крові;

34) система якості – система, що визначає організаційну структуру, обов'язки, процедури, процеси та ресурси, необхідні для здійснення управління якістю;

35) суб'єкт звітування – суб'єкт, який здійснює діяльність щодо будь-якого з етапів заготівлі, тестування, переробки, зберігання, транспортування, розподілу або реалізації донорської крові та/або компонентів крові, а також щодо надання послуг із трансфузії крові та/або компонентів крові, або лікарняний банк крові, що звітує уповноваженому органу про серйозні несприятливі реакції та/або серйозні несприятливі випадки;

36) суб'єкт системи крові – будь-який суб'єкт незалежно від форми власності, який не є лікарняним банком крові, що відповідає за будь-який аспект заготівлі і тестування крові або компонентів крові незалежно від їх цільового призначення, а також за переробку, транспортування, зберігання і розподіл донорської крові та компонентів крові, призначених для трансфузії;

37) трансфузія – сукупність медичних маніпуляцій з введення реципієнту в кров'яне русло з лікувальною метою крові та/або компонентів донорської крові;

38) управління якістю – скоординована діяльність, що здійснюється з метою управління і контролю організації питань якості на всіх етапах операцій у сфері донорства крові та компонентів крові, а також надання послуг з трансфузії компонентів крові.

Стаття 2. Законодавство України про безпеку та якість донорської крові та компонентів крові

1. Законодавство України про безпеку та якість донорської крові та компонентів крові базується на Конституції України та складається з цього Закону, інших законодавчих актів, що регулюють відносини з питань, пов'язаних із донорством крові та компонентів крові, інших прийнятих відповідно до них нормативно-правових актів, а також міжнародних договорів, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України.

2. Якщо міжнародним договором, згода на обов'язковість якого надана Верховною Радою України, встановлено інші правила, ніж ті, що визначені цим Законом, застосовуються положення такого міжнародного договору.

Стаття 4. Основні напрями державної політики у сфері донорства крові та компонентів крові, функціонування системи крові

1. Основними напрямами державної політики у сфері донорства крові та компонентів крові, функціонування системи крові є:

1) належна організація і розвиток донорства крові та компонентів крові з метою самозабезпечення потреб населення України достатньою кількістю донорської крові та компонентів крові;

2) заохочення та популяризація добровільного безоплатного донорства крові та компонентів крові;

3) забезпечення реалізації державної політики на засадах поваги до честі та гідності донора і реципієнта;

4) забезпечення рівного та своєчасного доступу до якісних і безпечних компонентів донорської крові для всіх пацієнтів за наявності відповідних медичних показань;

5) забезпечення безпеки життя і здоров'я донора під час виконання ним донорської функції;

6) забезпечення безпеки життя і здоров'я реципієнта під час надання йому послуг з трансфузії компонентів крові;

7) здійснення заходів, спрямованих на забезпечення безпеки, якості та ефективності медичного застосування компонентів крові;

8) запобігання поширенню інфекційних хвороб через застосування із лікувальною метою крові та/або компонентів крові та виготовлених із них препаратів;

9) самозабезпечення потреб системи охорони здоров'я України в донорській крові, компонентах та препаратах крові;

10) підтримка і розвиток міжнародного співробітництва у сфері донорства крові та компонентів крові.

Розділ III

СТРУКТУРА ТА ЗАСАДИ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ КРОВІ

Стаття 11. Структура системи крові

1. Структура системи крові формується з урахуванням ефективності, раціональності та пріоритетності забезпечення рівного доступу населення до якісних і безпечних компонентів крові і трансфузійної допомоги.

2. Структура системи крові складається із загальнодержавного, регіонального та госпітального рівнів.

3. На загальнодержавному рівні до системи крові належать:

1) центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я;

2) уповноважений орган;

3) Національний трансфузіологічний центр;

4) Національний трансфузіологічний комітет.

4. На регіональному рівні до системи крові належать суб'єкти системи крові, підзвітні Національному трансфузіологічному центру.

5. На госпітальному рівні до системи крові належать:

- 1) лікарняні банки крові;
- 2) лабораторії трансфузійної імунології;
- 3) лікарняні трансфузіологічні комітети.

Стаття 12. Сприяння та популяризація добровільного безоплатного донорства крові та компонентів крові

1. Органи державної влади та органи місцевого самоврядування в межах своїх повноважень та компетенції забезпечують виконання програм розвитку донорства крові та компонентів крові, функціонування системи крові, а також забезпечують донорам компенсацію витрат, пов'язаних із донорством, та заохочень, передбачених законом.

2. Керівники підприємств, установ, закладів, організацій, командири (начальники) військових частин зобов'язані:

1) в межах своїх повноважень сприяти суб'єктам системи крові та суб'єктам, що надають послуги з трансфузії крові та/або компонентів крові, в їхній роботі щодо залучення громадян до добровільного безоплатного донорства;

2) безперешкодно відпускати з місця роботи, служби або навчання осіб, які є або виявили бажання стати донорами крові та/або компонентів крові, у дні відповідного медичного обстеження і донації крові або компонентів крові (крім випадків, якщо відсутність донора на його робочому місці або місці служби в ці дні може призвести до загрози життю чи здоров'ю людей, до невиконання завдань, пов'язаних із забезпеченням оборони, безпеки держави та громадського порядку, до значної матеріальної шкоди або інших тяжких наслідків) на підставі відповідних заяв, поданих керівництву не пізніше як за один робочий день до дня донації крові та/або компонентів крові;

3) надавати на загальних підставах необхідні приміщення з доступом до комунікацій для забору крові та/або компонентів крові;

4) вирішувати віднесені цим Законом до їхньої компетенції питання про надання добровільним безоплатним донорам крові та компонентів крові компенсацій, передбачених законом.

3. Керівники закладів освіти сприяють суб'єктам системи крові у наданні на загальних підставах необхідних приміщень для проведення роботи з популяризації добровільного безоплатного донорства крові та компонентів крові.

Стаття 13. Участь громадськості в організації та популяризації добровільного безоплатного донорства крові та компонентів крові

1. Громадські організації та інші громадські об'єднання, статутами яких передбачено сприяння охороні здоров'я населення, можуть брати участь у виконанні державних цільових та місцевих програм розвитку донорства крові та компонентів крові, функціонування системи крові та їх фінансуванні, а також спільно з суб'єктами системи крові проводити роботу щодо залучення громадян до добровільного безоплатного донорства та його популяризації.

2. Для організації заходів з популяризації та розвитку добровільного безоплатного донорства крові та компонентів крові громадські організації та інші громадські об'єднання, що здійснюють діяльність у сфері охорони здоров'я, заклади освіти можуть залучати волонтерів відповідно до визначених критеріїв і формувати волонтерські групи.

3. Наукові установи та організації, заклади освіти, професійні асоціації та спілки, організації роботодавців та інші громадські організації, а також міжнародні організації, їх представництва в Україні, міжнародні професійні асоціації, підприємства, установи та організації мають право за погодженням з Національним трансфузіологічним центром проводити заходи щодо безперервного професійного розвитку для працівників суб'єктів системи крові. Вимоги до таких заходів затверджуються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я.

Розділ IV

УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ ДОНАЦІЇ КРОВІ ТА КОМПОНЕНТІВ КРОВІ. БЕЗПЕКА ТА ЯКІСТЬ ДОНОРСЬКОЇ КРОВІ ТА КОМПОНЕНТІВ КРОВІ. ПРОСТЕЖУВАНІСТЬ, ГЕМОНАГЛЯД

Стаття 14. Умови і порядок здійснення донації крові та компонентів крові

1. Донором крові та/або компонентів крові може бути будь-який дієздатний громадянин України, іноземець чи особа без громадянства, яка має посвідку на постійне проживання на території України, який пройшов відповідне медичне обстеження в порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, за результатами якого підтверджена відсутність показань до постійного чи тимчасового відсторонення від донорства відповідно до переліку показань, затверджених центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, з яким проведено співбесіду перед донацією крові та/або компонентів крові, під час якої йому надано вичерпну інформацію щодо донації, та який надав письмову згоду на забір у нього крові та/або компонентів крові, а також (за потреби) на застосування до нього допоміжних медичних технологій за формою, встановленою центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я.

Особа, яка виявила бажання здійснити донацію крові та/або компонентів крові, може звернутися до будь-якого суб'єкта системи крові, що здійснює заготівлю, переробку, тестування, зберігання, розподіл та реалізацію донорської крові та компонентів крові, незалежно від реєстрації місця проживання.

2. Особа, яка виявила бажання здійснити донацію крові та/або компонентів крові, під час медичного обстеження та співбесіди, що проводиться перед донацією крові та/або компонентів крові, зобов'язана повідомити відповідній посадовій особі суб'єкта системи крові всю відому їй

інформацію про перенесені та наявні в неї захворювання, а також про вживання нею наркотичних речовин та властиві їй інші форми ризикованої поведінки, що можуть спричинити зараження реципієнта інфекційними хворобами внаслідок трансфузії, а також за наявності яких виконання донорської функції може бути обмежено. Зазначена інформація засвідчується особистими підписами особи, яка виявила бажання здійснити донацію крові та/або компонентів крові, та посадової особи закладу охорони здоров'я, в якому проводиться медичне обстеження перед донацією, і становить лікарську таємницю.

3. Перелік захворювань та форм ризикованої поведінки, зазначених у частині другій цієї статті, визначається центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, та переглядається не менше одного разу на два роки з метою забезпечення відповідності міжнародним стандартам та рекомендаціям у сфері донорства крові та компонентів крові.

4. Величина разової максимально допустимої дози крові та компонентів крові, збір якої може бути здійснено від одного донора, та регулярність донацій визначаються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я.

5. Суб'єкти системи крові, що здійснюють заготівлю, переробку, тестування, зберігання, розподіл та реалізацію донорської крові та компонентів крові, уповноважені приймати остаточне рішення про допуск до донації або про відсторонення донора від виконання ним донорської функції на підставі результатів обов'язкового медичного обстеження, проведеного в порядку, визначеному центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я. Результати процедур медичного обстеження та тестування донорів щодо допуску до здійснення донації документально фіксуються, а будь-яка невідповідність критеріям допуску до донорства повідомляється донору з наданням повної інформації та обґрунтування з дотриманням вимог щодо конфіденційності.

Стаття 15. Забезпечення безпеки та якості донорської крові та компонентів крові

1. З метою запобігання поширенню інфекційних захворювань внаслідок використання крові та компонентів крові в лікувальних цілях, виникненню пов'язаних із цим інших негативних наслідків для здоров'я реципієнтів суб'єкти системи крові, які здійснюють заготівлю, переробку, тестування, зберігання, розподіл та реалізацію донорської крові та компонентів крові, несуть відповідальність за якість та безпеку заготовленої крові і компонентів крові та зобов'язані забезпечувати відповідність усіх процесів вимогам щодо безпеки та якості крові та компонентів крові під час забору, тестування, переробки, зберігання, розподілу та транспортування донорської крові та компонентів крові, дотримуватися умов і порядку знищення крові та компонентів крові, забезпечувати дотримання вимог щодо простежуваності, гемонагляду, створювати та підтримувати систему якості в порядку,

визначеному центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я.

2. З метою створення системи якості, управління нею та підтримання такої системи в належному стані кожен суб'єкт системи крові повинен призначити відповідальну особу, яка відповідає кваліфікаційним вимогам, встановленим цим Законом, має відповідний досвід та виконує обов'язки щодо належного забезпечення функціонування системи якості об'єктивно і неупереджено, незалежно від керівництва відповідного суб'єкта системи крові.

3. Відповідальна особа повинна відповідати таким мінімальним вимогам щодо кваліфікації:

1) наявність диплома, сертифіката або іншого документа, що засвідчує кваліфікаційну підготовку у сфері медицини, фармації або біологічних наук, виданого особі після завершення навчання у закладі вищої освіти або еквівалентного навчального курсу відповідно до закону;

2) щонайменше два роки досвіду роботи після завершення навчання у відповідній сфері в одному або декількох суб'єктах системи крові, які здійснюють заготівлю, переробку, тестування, зберігання, транспортування, розподіл та реалізацію донорської крові та компонентів крові.

4. До функцій відповідальної особи належать:

1) забезпечення того, що заготівля та тестування кожної донації крові та/або компонентів крові незалежно від їх кінцевого призначення, а також переробка, зберігання, транспортування, розподіл та реалізація донорської крові та компонентів крові, призначених для трансфузії, здійснюються відповідно до вимог, встановлених законом;

2) подання до уповноваженого органу інформації, необхідної для цілей ліцензування суб'єкта системи крові відповідно до закону;

3) забезпечення виконання відповідним суб'єктом системи крові вимог до персоналу, системи контролю якості, документування діяльності, простежуваності та повідомлення про серйозні несприятливі випадки і серйозні несприятливі реакції.

Виконання цих функцій може бути делеговано іншій особі, яка має належну освіту, підготовку та досвід для їх виконання, в порядку, встановленому законом.

Інформація про призначення відповідальної особи та про делегування функцій відповідальної особи іншій особі повідомляється уповноваженому органу. У разі постійної або тимчасової заміни відповідальної особи або особи, якій делеговано функції відповідальної особи, уповноважений орган негайно повідомляється про таку заміну та дату початку виконання відповідних функцій особою, призначеною на заміну.

5. Усі працівники суб'єктів системи крові повинні мати належну кваліфікацію та підготовку, а також проходити початкове та подальше навчання відповідно до виконуваних функцій. Документи щодо навчання працівника суб'єкта системи крові повинні зберігатися таким суб'єктом системи крові протягом усього строку працевлаштування такого працівника. Навчальні програми, що включають належну практику, розробляються

Національним трансфузіологічним центром та переглядаються не менше одного разу на п'ять років. Кожен суб'єкт системи крові повинен мати організаційну схему (органіграму), а всі працівники такого суб'єкта системи крові повинні мати актуальні посадові інструкції, що чітко визначають їхні завдання та обов'язки.

6. Усі процедури, приміщення та обладнання, що безпосередньо чи опосередковано впливають на безпеку та якість крові та компонентів крові, а також на безпеку донорів та реципієнтів, підлягають валідації перед введенням в експлуатацію, а також регулярній повторній валідації. Стерильні системи з контейнерами для крові, що використовуються для заготівлі крові та компонентів крові і їх переробки, повинні мати маркування знаком CE або відповідати еквівалентним стандартам, визначеним законодавством.

7. Суб'єкти системи крові, що здійснюють заготівлю, переробку, тестування, зберігання, розподіл та реалізацію донорської крові та компонентів крові, зобов'язані тестувати кожну донацію крові та/або компонентів крові, без винятків, відповідно до правил, що гарантують вжиття всіх необхідних заходів для захисту здоров'я реципієнтів. Тестування має проводитися відповідно до найновіших науково-технічних процедур, що відображають кращу сучасну практику, які визначаються, регулярно переглядаються та оновлюються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, у процесі консультацій фахівців.

8. Суб'єкти системи крові, що здійснюють заготівлю, переробку, тестування, зберігання, розподіл та реалізацію донорської крові та компонентів крові, зобов'язані пройти перевірку відповідності умов їхньої діяльності вимогам належної виробничої практики, що проводиться уповноваженим Кабінетом Міністрів України органом у порядку, визначеному центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я.

9. Показники безпеки та якості донорської крові та компонентів крові, а також порядок їх дотримання встановлюються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я.

Стаття 16. Забезпечення простежуваності, гемонагляд

1. Центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, запроваджує та підтримує процедури нагляду для збирання та оцінювання інформації про серйозні несприятливі випадки і серйозні несприятливі реакції, що виникли у процесі забору, тестування, переробки, зберігання, розподілу або реалізації крові та/або компонентів крові, з метою запобігання виникненню таких випадків та/або реакцій у майбутньому.

2. Центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, зобов'язаний вживати всіх необхідних заходів для забезпечення функціонування системи простежуваності крові та компонентів крові, заготовлених, протестованих,

перероблених, збережених, випущених та/або розподілених на території України, від донора до реципієнта і навпаки.

3. Суб'єкти системи крові, що здійснюють заготівлю, переробку, тестування, зберігання, розподіл та реалізацію донорської крові та/або компонентів крові, а також суб'єкти, що надають послуги з трансфузії крові та/або компонентів крові, зобов'язані впровадити систему для простежуваності крові та компонентів крові за допомогою чітких процедур ідентифікації донора, реципієнта та лабораторії, шляхом ведення обліку та за допомогою відповідної системи ідентифікації та маркування. З цією метою має використовуватися система для забезпечення унікальної та безпомилкової ідентифікації донорської крові та компонентів крові, що відповідає стандартам, встановленим Європейським Союзом. Інформація, необхідна для забезпечення повної простежуваності крові та компонентів крові відповідно до цієї статті, зберігається щонайменше 30 років.

4. Суб'єкти системи крові, що здійснюють заготівлю, переробку, тестування, зберігання, розподіл та реалізацію донорської крові та компонентів крові, а також суб'єкти, що надають послуги з трансфузії крові та/або компонентів крові, зобов'язані повідомляти уповноважений орган про будь-які серйозні несприятливі випадки, пов'язані із забором, тестуванням, переробкою, зберіганням, розподілом крові та компонентів крові, що можуть впливати на якість та безпеку донорської крові та компонентів крові, а також про будь-які серйозні несприятливі реакції, що спостерігаються під час трансфузії або після неї, та можуть бути пов'язані з якістю і безпекою крові та компонентів крові. Усі серйозні несприятливі випадки та серйозні несприятливі реакції підлягають розслідуванню в порядку, визначеному центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я.

5. Уповноважений орган зобов'язаний брати участь в обміні інформацією у спільній системі повідомлення про серйозні несприятливі випадки та серйозні несприятливі реакції, пов'язані із заготівлею, переробкою, тестуванням, зберіганням і розподілом крові та компонентів крові, що діє в Європейському Союзі.

Стаття 17. Національний реєстр донорів крові

1. Національний реєстр донорів крові функціонує в межах електронної системи охорони здоров'я. Кожному донору, інформація про якого вноситься до Національного реєстру донорів крові, присвоюється унікальний ідентифікаційний номер для забезпечення анонімності донорської крові, конфіденційності інформації, наданої донором, а також можливості його подальшої ідентифікації в системі крові та забезпечення простежуваності.

2. Порядок функціонування Національного реєстру донорів крові затверджується Кабінетом Міністрів України з дотриманням вимог законодавства щодо захисту персональних даних.

3. Національний реєстр донорів крові забезпечує можливість чіткої та однозначної ідентифікації осіб, відсторонених від здійснення донорської функції на постійній чи тимчасовій основі, медичними працівниками суб'єктів

системи крові, до яких особа звернулася з метою здійснення донації крові та/або компонентів крові.

4. Центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, забезпечує належний захист інформації, що міститься в Національному реєстрі донорів крові, зокрема захист від будь-якого несанкціонованого доступу, у порядку, встановленому законом.

5. Електронна система охорони здоров'я може надавати суб'єктам системи крові можливість забезпечувати виконання вимог щодо звітування, простежуваності та гедонагляду, зокрема:

1) встановлення особи донора крові та/або компонентів крові і особи реципієнта компонентів крові;

2) ідентифікацію кожної окремої донації крові та/або компонентів крові;

3) облік результатів тестування донорської крові та компонентів крові на всіх етапах їх заготівлі, зберігання, використання, реалізації, утилізації;

4) спостереження за наслідками трансфузії компонентів крові (посттрансфузійні реакції та ускладнення);

5) виявлення серйозних несприятливих реакцій та серйозних несприятливих випадків.

Порядок здійснення електронною системою охорони здоров'я функцій, передбачених цією статтею, затверджується Кабінетом Міністрів України.

Розділ V

ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ ДОНОРА КРОВІ ТА КОМПОНЕНТІВ КРОВІ, ГАРАНТІЇ ТА ПІЛЬГИ, ЩО НАДАЮТЬСЯ ДОНОРУ

Стаття 18. Права донора крові та компонентів крові

1. Особа, яка виявила бажання здійснити донацію крові та/або компонентів крові, має право на:

1) достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я, пов'язану із здійсненням донорської функції;

2) участь у діяльності громадських організацій з метою популяризації добровільного безоплатного донорства;

3) правовий захист від будь-яких форм дискримінації за станом здоров'я;

4) відшкодування шкоди, заподіяної їй здоров'ю у зв'язку з виконанням донорської функції.

Стаття 19. Державні гарантії прав донора крові та компонентів крові

1. Держава гарантує захист прав донора крові та/або компонентів крові та захист його здоров'я, а також компенсує йому витрати, пов'язані з донорством, і заохочує добровільне безоплатне донорство.

2. Посадові особи закладів охорони здоров'я зобов'язані інформувати донора про його права і обов'язки та порядок здійснення донорської функції.

3. Донору в порядку, визначеному центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, відшкодовується шкода, заподіяна його здоров'ю у зв'язку з виконанням донорської функції, з урахуванням додаткових витрат на

лікування, посилене харчування та на інші заходи, спрямовані на його соціально-трудова та професійну реабілітацію.

4. Інвалідність донора, що настала у зв'язку з виконанням ним донорської функції, прирівнюється до інвалідності внаслідок трудового каліцтва чи професійного захворювання в порядку, встановленому законом.

5. У разі смерті донора, що настала внаслідок виконання донорської функції, членам сім'ї померлого, які перебували на його утриманні, призначається пенсія у зв'язку з втратою годувальника. Призначення такої пенсії здійснюється в порядку та на умовах, встановлених законом для призначення пенсії сім'ї годувальника, який помер внаслідок трудового каліцтва чи професійного захворювання.

6. За бажанням будь-якої дієздатної особи в порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, за її рахунок може здійснюватися аутологічна донорство для подальшої аутологічної трансфузії.

Стаття 20. Форми компенсації витрат, пов'язаних із здійсненням донорства крові та компонентів крові, та заходи заохочення добровільного безоплатного донорства

1. Держава сприяє становленню, розвитку та популяризації добровільного безоплатного донорства, заохочує здійснення добровільних безоплатних донорств та забезпечує донорам компенсацію витрат, пов'язаних із донорством крові та/або компонентів крові.

2. У день донорства особа, яка виявила бажання здійснити донорство крові та/або компонентів крові, звільняється від роботи на підприємстві, в установі, організації незалежно від форми власності із збереженням за нею середнього заробітку за рахунок коштів власника відповідного підприємства, установи, організації або уповноваженого ним органу. Здобувачі вищої, професійної (професійно-технічної) та фахової передвищої освіти у зазначені дні звільняються від занять, а військовослужбовці строкової служби та курсанти закладів військової освіти – від несення нарядів, вахт та інших форм служби.

Такій особі безпосередньо після кожного дня здійснення донорства крові та/або компонентів крові надається день відпочинку із збереженням за нею середнього заробітку за рахунок коштів власника відповідного підприємства, установи, організації або уповноваженого органу. За бажанням такої особи цей день приєднується до щорічної відпустки.

У разі якщо за погодженням із керівництвом підприємства, установи, організації, командуванням військової частини в день безоплатної донорства крові та/або компонентів крові донор був залучений до роботи або несення служби, йому за бажанням надається інший день відпочинку із збереженням середнього заробітку. У разі донорства крові та/або компонентів крові у період щорічної відпустки така відпустка продовжується на один день.

Підставою для звільнення від роботи, навчання або служби відповідно до цієї статті є довідка, видана донору за місцем медичного обстеження чи донорства крові та/або компонентів крові за формою та в порядку, затвердженими

центральною органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я.

3. У день безоплатної донації крові та/або компонентів крові донор забезпечується безоплатним харчуванням за рахунок коштів суб'єкта, який здійснює заготівлю, переробку, тестування, зберігання, розподіл або реалізацію донорської крові та компонентів крові, за місцем забору крові та/або компонентів крові. Норми такого харчування та вартість однієї порції харчування затверджуються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я.

4. Донорам, які протягом року безоплатно здійснили донацію крові в сумарній кількості, що дорівнює двом разовим максимально допустимим дозам, або плазми крові в сумарній кількості, що дорівнює чотирьом разовим максимально допустимим дозам, заготовленим методом аферезу, або тромбоцитів у двох разових донаціях методом аферезу, допомога з тимчасової непрацездатності у зв'язку із захворюванням виплачується у розмірі 100 відсотків середньої заробітної плати донора незалежно від стажу роботи. Така пільга надається протягом року після здійснення донації крові та/або компонентів крові у зазначених кількостях.

5. Здобувачам вищої, професійної (професійно-технічної) та фахової передвищої освіти, які протягом року безоплатно здійснили донацію крові у сумарній кількості, що дорівнює двом разовим максимально допустимим дозам, або плазми крові в сумарній кількості, що дорівнює чотирьом разовим максимально допустимим дозам, заготовленим методом аферезу, або тромбоцитів у двох разових донаціях методом аферезу, надається право на одержання грошової допомоги у розмірі 25 відсотків встановленої у закладі освіти стипендії, а військовослужбовцям строкової служби та курсантам військових закладів освіти – право на одержання грошової надбавки у розмірі 25 відсотків призначеного їм грошового забезпечення протягом шести місяців після здійснення донації крові та/або компонентів крові у зазначених кількостях. Виплата такої грошової допомоги здійснюється за місцем навчання або проходження служби донора за рахунок коштів відповідних місцевих програм з розвитку донорства крові та компонентів крові.

Стаття 21. Посвідчення донора, статус Почесного донора України та нагородження донорів державними нагородами

1. Форма посвідчення донора та порядок його вручення затверджуються Кабінетом Міністрів України.

2. Донори, які безоплатно здійснили донацію крові в сумарній кількості, що дорівнює 40 максимально допустимим дозам, або плазми крові в сумарній кількості, що дорівнює 60 максимально допустимим дозам, заготовленим методом аферезу, або 40 максимально допустимим дозам клітин крові, заготовлених методом аферезу (еритроцити, тромбоцити, лейкоцити), незалежно від часу здійснення таких донацій, набувають статусу Почесного донора України. Таким особам видається посвідчення і вручається нагрудний знак "Почесний донор України" в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів

України. Зразки нагрудного знака "Почесний донор України" і посвідчення до нього затверджуються Кабінетом Міністрів України.

3. Донори, які безоплатно здійснили донацію крові в сумарній кількості, що дорівнює 100 і більше разовим дозам, або плазми крові в сумарній кількості, що дорівнює 120 і більше разовим дозам, заготовленим методом аферезу, або тромбоцитів у 100 і більше разових донаціях методом аферезу, можуть бути нагороджені державними нагородами України.

4. У разі здійснення одним донором донації крові і компонентів крові (змішане донорство) одна донація крові прирівнюється до двох донацій плазми крові та однієї донації компонентів крові, заготовлених методом аферезу.

5. Почесні донори України мають право на отримання надбавки до пенсії у розмірі 10 відсотків затвердженого прожиткового мінімуму на одну особу в розрахунку на місяць.

Розділ VI

ПОРЯДОК ЗДІЙСНЕННЯ ЗАГОТІВЛІ, ПЕРЕРОБКИ, ТЕСТУВАННЯ, ЗБЕРІГАННЯ, РОЗПОДІЛУ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ ДОНОРСЬКОЇ КРОВІ ТА КОМПОНЕНТІВ КРОВІ

Стаття 23. Вивезення за межі України та ввезення на територію України донорської крові, компонентів та препаратів крові

1. Враховуючи пріоритетність задоволення потреб системи охорони здоров'я України, вивезення за межі України донорської крові та компонентів крові може здійснюватися за умови повного забезпечення ними потреб системи охорони здоров'я України за рішенням Кабінету Міністрів України лише у разі надання гуманітарної допомоги у випадках виникнення надзвичайних ситуацій або для виробництва з них препаратів крові на умовах контрактного виробництва з обов'язковим поверненням в Україну вироблених препаратів крові у разі відсутності в Україні функціонуючих виробничих потужностей, на яких суб'єкти господарювання, що здійснюють виробництво препаратів крові, можуть провадити діяльність із виробництва препаратів крові. Договір про таке контрактне виробництво препаратів крові укладається з дотриманням вимог Закону України "Про публічні закупівлі" за погодженням з центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, в порядку, затвердженому Кабінетом Міністрів України.

2. Кабінет Міністрів України за поданням центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, може тимчасово зупинити експорт препаратів крові, вироблених із заготовленої на території України плазми крові, у разі незабезпечення потреб системи охорони здоров'я України в таких препаратах у повному обсязі, якщо виробник таких препаратів відмовляється від їх продажу для задоволення таких потреб або у разі введення воєнного стану в Україні. Порядок тимчасового зупинення експорту препаратів крові, вироблених із заготовленої на території України плазми крові, для фракціонування встановлюється Кабінетом Міністрів України.

3. Обсяги обов'язкового забезпечення потреб системи охорони здоров'я України донорською кров'ю, компонентами та препаратами крові, у тому числі з урахуванням необхідності створення їх відповідних резервів на випадок ситуацій, передбачених частиною першою статті 24 цього Закону, щороку визначаються і затверджуються Кабінетом Міністрів України на підставі даних, що подаються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, та іншими державними органами, до сфери управління яких належать заклади охорони здоров'я.

4. Ввезення на територію України донорської крові та компонентів крові для їх використання в лікувальних цілях або для виробництва препаратів крові, призначених для реалізації на території України, дозволяється за умови їх відповідності вимогам щодо безпеки та якості, встановленим цим Законом та іншими нормативно-правовими актами України.

Стаття 24. Організація донорства крові та компонентів крові у разі виникнення надзвичайних ситуацій

1. У разі настання стихійного лиха, виникнення аварій та катастроф, епідемій, епізоотій та інших надзвичайних ситуацій на всій території України або в окремих її регіонах організація донорства крові та компонентів крові здійснюється у встановленому цим Законом порядку під керівництвом центрального органу виконавчої влади, що здійснює формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, відповідного органу виконавчої влади Автономної Республіки Крим у сфері охорони здоров'я, обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.

2. Фінансування всіх заходів щодо організації донорства крові та компонентів крові у випадках, передбачених частиною першою цієї статті, здійснюється за рахунок резервного фонду Державного бюджету України та резервних фондів місцевих бюджетів.

Розділ VII

ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ПОРУШЕННЯ ЗАКОНОДАВСТВА ПРО ДОНОРСТВО КРОВІ ТА КОМПОНЕНТІВ КРОВІ

Стаття 25. Відповідальність за порушення вимог щодо заготівлі, переробки, тестування, зберігання, розподілу та реалізації донорської крові та компонентів крові. Відповідальність донора крові та компонентів крові

1. Особи, винні у порушенні встановлених цим Законом вимог щодо заготівлі, переробки, тестування, зберігання, розподілу та реалізації донорської крові та компонентів крові, несуть дисциплінарну, цивільно-правову, адміністративну та кримінальну відповідальність у порядку, встановленому законом.

2. Особи, винні в насильницькому примусі до донорства крові або компонентів крові, у вилученні крові або компонентів у людини з метою використання її як донора шляхом обману, несуть кримінальну відповідальність, встановлену законом.

3. Контроль за дотриманням законодавства про безпеку та якість донорської крові та компонентів крові здійснюють центральні органи виконавчої влади в межах своєї компетенції відповідно до закону.

Розділ VIII

ПРИКІНЦЕВІ ТА ПЕРЕХІДНІ ПОЛОЖЕННЯ

4. Внести зміни до таких законодавчих актів України:

1) статтю 124 Кодексу законів про працю України (Відомості Верховної Ради УРСР, 1971 р., додаток до № 50, ст. 375) викласти в такій редакції:

"Стаття 124. Гарантії для донорів

У дні медичного обстеження та донації крові та/або компонентів крові особа, яка виявила бажання здійснити донацію крові та/або компонентів крові, звільняється від роботи на підприємстві, в установі, організації незалежно від форми власності, із збереженням за нею середнього заробітку за рахунок коштів власника відповідного підприємства, установи, організації або уповноваженого органу. Такій особі безпосередньо після кожного дня здійснення донації крові та/або компонентів крові надається день відпочинку із збереженням за нею середнього заробітку за рахунок коштів власника відповідного підприємства, установи, організації або уповноваженого органу. За бажанням такої особи цей день приєднується до щорічної відпустки";

5. Установити, що протягом трьох років з дня введення в дію цього Закону донор може отримувати за донацію крові та/або компонентів крові, призначених для трансфузії, грошову компенсацію, максимально допустимий розмір якої визначається центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, крім заготівлі плазми для фракціонування, оплата за донацію якої здійснюється відповідно до частини сьомої статті 22 цього Закону.

30 вересня 2020 року № 931-IX

Практичне завдання:

Напишіть есе на одну з тем:

1. Поняття трансплантації: історія і сучасність.
2. Моральні проблеми трансплантології.

Контроль знань

1. Охарактеризуйте причини та історичні передумови залучення лікарів до констатації смерті.
2. Що таке «медичний критерій» смерті? Наведіть відповідні приклади.
3. Вкажіть головні характеристики критерію «смерті мозку». Які недоліки, з погляду деяких дослідників, він містить.
4. Опишіть механізми порушення принципу «не нашкодь» при проведенні трансплантації органів від живого донора.
5. Вкажіть умови допустимості донорства органів від живого донора.
6. Перерахуйте три групи моральних проблем, пов'язаних з трансплантологією трупних органів і тканин.

7. Охарактеризуйте проблему згоди на використання донорських органів від трупа. Які існують моделі її рішення?

8. У чому полягає принцип презумпції згоди для вилучення органів з метою трансплантації?

9. Вкажіть критерії розподілу тканин і органів для трансплантації при державному регулюванні цього процесу.

10. Наведіть приклади «соціальних» та «вікових» обмежень в розподілі органів і тканин для трансплантації.

Глосарій:

Біоетика (з грецької мови βίος – життя, ἦθος – звичай) – нормативне знання, що охоплює моральну проблематику, пов'язану з розвитком біомедичних наук, які стосуються питань генетики, медичних досліджень, терапії, турботи про здоров'я і життя людини.

Ксенотрансплантація – пересадка анатомічного матеріалу особині, яка належить до іншого виду.

Трансфузіологія (від лат. Transfusio «переливання» і -логія від грец. Λέγω «говорю, повідомляю, розповідаю») – розділ медицини, що вивчає питання трансфузії (змішування) біологічних і рідин що їх заміщають у організмі, зокрема крові та її компонентів, груп крові і групових антигенів (вивчається в гемотрансфузіології), лімфи, а також проблеми сумісності і несумісності, пост-трансфузійних реакцій, їх профілактики та лікування.

Трансплантологія – 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).

Тема 7. ОСНОВИ БІОЕТИЧНИХ ПРОБЛЕМ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ТА ІНШИХ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ІНФЕКЦІЙ

План

1. Морально-етичні проблеми ВІЛ /СНІДУ причина прихованої епідемії в Україні.

2. Правозахисна діяльність у сфері ВІЛ/СНІДу. Біоетичні проблеми під-час лікування хворих з ВІЛ/СНІДом.

3. Стигма і дискримінація, асоційовані з ВІЛ/СНІДом.

Використана література:

1. Запорожан В.М., Аряев М.Л. Біоетика та біобезпека: підручник / В.М. Запорожан, М.Л. Аряев. – К.: Здоров'я, 2013. – 456 с.

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

3. Сучасні проблеми біоетики: навч. посіб. для позааудитор. підгот. студ. спец. «Фармація», «Клінічна фармація», «Технологія парфумерно-косметичних засобів» / В. А. Мороз, В. В. Пропіснова, Д. В. Леонтьєв та ін.; За ред. В. А. Мороза. – Х.: Вид-во НФаУ, 2009. – 128 с.

1. Морально-етичні проблеми ВІЛ /СНІДУ причина прихованої епідемії в Україні

Синдром набутого імунodefіциту (СНІД) вперше був зареєстрований у 1981 році Центром з контролю за хворобами США, коли були виявлені групові захворювання чоловіків віком від 25 до 45 років. Нова хвороба звичайно виявлялася тяжким запаленням легенів, збудником якого була пневмоциста – мікроорганізм, небезпечний тільки для осіб з імунною недостатністю. Перші випадки захворювання спостерігали лише у гомосексуалістів, але потім його стали виявляти і у представників інших верств населення (наркоманів з внутрішньовенним введенням психоактивних речовин, їх сексуальних партнерів, повій, хворих на гемофілію та ін.). У 1982 році СНІД був внесений до реєстру хвороб. У 1983 році практично одночасно у Франції (групою професора Люка Монтаньє) і США (групою професора Роберта Галло) був відкритий збудник хвороби – людський Т-лімфотропний вірус ІІІ типу. У 1987 році він отримав сучасну назву – вірус імунodefіциту людини (ВІЛ). Перший ВІЛ-інфікований іноземний громадянин на території СРСР був виявлений у 1985 році. В Україні перші випадки ВІЛ-інфекції були зареєстровані у 1987 році.

На першому етапі епідемії в Україні, як і в усьому світі, превалював статевий шлях передачі ВІЛ-інфекції (63,9%). Але в 1994 році були виявлені перші випадки ВІЛ-інфекції зі встановленим ін'єкційним шляхом передачі (Миколаїв, Одеса) з подальшим зростанням їх в геометричній прогресії. Основною відмітною особливістю цього етапу є пріоритетне розповсюдження ВІЛ-інфекції серед споживачів наркотиків. Споживачі ін'єкційних наркотиків серед ВІЛ-інфікованих на початок 2002 року склали 71%.

Хоча найбільша кількість ВІЛ-інфікованих (8934 особи) була зареєстрована в 1995 році і з того часу реєструється зниження щорічної захворюваності, це жодною мірою не свідчить про стабілізацію епідемічної ситуації. Зокрема, багато хто пов'язує це з ухваленням у 1998 році нової редакції Закону України «Про запобігання захворюваності синдромом набутого імунodefіциту (СНІД) і соціальний захист населення», де декларується принцип добровільності тестування на ВІЛ.

Існує три основні способи передачі ВІЛ:

1. Через кров (парентеральний шлях) – при переливанні крові, пересадженні органів, через заражений медичний інструментарій, при ін'єкційному введенні наркотиків та ін. Вірогідність зараження ВІЛ при переливанні крові та введенні наркотиків внутрішньовенно – майже 100%.

2. При статевих контактах (статевий шлях) – через сперму і вагінальні виділення. Ризик зараження відносно невеликий, але він збільшується до 30% при багатократних контактах і наявності місцевих захворювань.

3. Від матері до дитини (вертикальна трансмісія) – під час вагітності через плаценту, під час пологів і при грудному вигодовуванні. Найчастіше зараження відбувається під час пологів.

Інфекційно небезпечні: 1) кров; 2) сперма; 3) вагінальні виділення; 4) материнське молоко. А до рідин, що містять низьку концентрацію вірусу, недостатню для передачі ВІЛ, належать: 1) сеча; 2) слина; 3) слюзи.

Причинами швидкого розповсюдження ВІЛ в Україні фахівці називають:

- різке зростання чисельності ін'єкційних наркоманів;
- особливість ін'єкційного вживання наркотиків (використання загальних шприців; пакування наркотиків у раніше застосовані шприци; виготовлення наркотику з макової соломки, при чому в розчин додається свіжа кров);
- запізнення з початком організованої профілактичної роботи серед наркоманів, що є найуразливішою по відношенню до зараження ВІЛ «групою ризику»;
- несприятлива епідемічна ситуація стосовно інфекцій, що передаються статевим шляхом; це вказує на можливість розповсюдження ВІЛ серед населення інших соціальних груп.

Важливими морально-етичними питаннями, пов'язаними з ВІЛ-інфекцією, є:

1. СНІД є захворювання з надзвичайно високою смертністю.
2. ВІЛ-інфекція стала пандемією, її розповсюдження не стримується ні географічними, ні державними, ні культурними межами.
3. Етіологія СНІДу в більшості випадків пов'язана з інтимними сторонами життя людей, з людською сексуальністю, а також з девіантними формами поведінки (зокрема, вживанням наркотиків).
4. Природний страх людини перед невиліковною хворобою часто стає джерелом неадекватної поведінки відносно СНІДУ, що, в свою чергу, породжує своєрідний феномен масової свідомості – снідофобію.
5. Висока вартість лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД у поєднанні з неухильним зростанням числа осіб, що потребують такого лікування, породжує суперечки про соціальну справедливість у розподілі ресурсів охорони здоров'я, які завжди обмежені.
6. Практично всі найважливіші питання сучасної медичної етики (лікарська таємниця, повага автономії пацієнта, попередження його дискримінації у зв'язку із захворюванням, право на гідну смерть і т. ін.) вимагають конкретизації стосовно ВІЛ-інфікованого і хворого на СНІД.

Епідемічний характер розповсюдження хвороби і висока смертність вже на початку 80-х років минулого сторіччя стали причиною справжньої паніки в багатьох розвинених країнах. Пізніше почали говорити про три взаємопов'язані епідемії: ВІЛ-інфекції (як правило, протягом декількох років ВІЛ-інфіковані особи залишаються практично здоровими, але є при цьому носіями захворювання для інших людей), власне СНІД і все зростаюча реакція суспільства на розповсюдження СНІДу.

2. Правозахисна діяльність у сфері ВІЛ/СНІДу. Біоетичні проблеми під-час лікування хворих з ВІЛ/СНІДом.

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 чиє 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 ВІЛінфікованим 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 стигматизації 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.

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 ВІЛінфекції/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 імунодефіциту 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 захворювань, 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».

3. Стигма і дискримінація, асоційовані з ВІЛ/СНІДом.

Незважаючи на те, що доведено – під час побутових контактів, занять спортом, а також через укуси комах вірус не передається, ставлення до ВІЛ-інфікованих людей також пов'язане із страхом зараження ВІЛ. Хоча з кожним роком в епідемічний процес в усьому світі усе більше утягуються люди, чия поведінку не можна назвати ризикованою, і яких не можна віднести до уразливих груп та, незважаючи на те, що 30-річна історія епідемії чітко визначила шляхи передачі вірусу, ставлення до людей, які інфіковані ВІЛ, залишається особливим, іншим, ніж до пацієнтів з різними хронічними інфекціями та хворих на невиліковні хвороби. Тобто, ВІЛ-інфікованих людей виділяють (стигматизують) з числа людей, у тому числі хворих на інші інфекції або тяжкі недуги. Виділення ВІЛ-інфікованих людей базується на страху й осуді.

Стигматизація (від грецьк. stigma – знак, клеймо, пляма, відмітка) – це динамічний процес виділення та приниження особи через наявність якої-небудь ознаки чи захворювання. У контексті прав людини стигматизація – це заперечення загальногромадянських прав ВІЛ-інфікованої людини. Стигматизація, що пов'язана з ВІЛ-інфекцією, багатогранна і має тенденцію до розвитку та посилення негативних наслідків епідемії внаслідок асоціації захворювання з маргінальними формами поведінки. Існуючі в суспільстві етичні норми, що осуджують уживання наркотиків, гомосексуальні зв'язки, секс-бізнес, сприяють виникненню стигми щодо ВІЛ-інфікованих, багато з яких належать до означених «груп ризику», або «уразливих груп». Групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ – це групи населення, в яких з урахуванням особливостей їх поведінки та поведінки їхнього оточення є підвищений ризик контакту з джерелом ВІЛ. Визначення таких груп здійснюється з урахуванням критеріїв та рекомендацій ВООЗ. Безумовно, у суспільстві існують певні уразливі групи. Проте постановка питання, що інфікуються ВІЛ тільки особи з цих уразливих груп, у корені невірна і призводить до невизнання суспільством наявності в кожній людині особистого ризику зараження, що значно знижує ефективність профілактичних заходів. Застосування у засобах масової інформації визначень ВІЛ-інфекції як «захворювання наркоманів», «чума ХХ сторіччя» посилюють прояви стигматизації. Деякі рекламні компанії, метою яких було знизити ризик інфікування ВІЛ, базувалися на обвинуваченні ВІЛ-інфікованих, посиленні страху смерті, що не призводило до бажаного результату, лише поглиблювало проблеми стигматизації. Стигматизація має глибокі коріння та посилює існуючу в суспільстві соціальну, тендерну, расову нерівність. Отже, у цілому стигматизація – це процес дискредитації ВІЛ-інфікованих, від якої страждають не тільки самі люди, які живуть з ВІЛ, але й їх найближче оточення.

Прояви стигматизації різноманітні.

Терміном «культурна стигматизація» позначають суспільні норми і уявлення, згідно з якими люди, які належать до певної групи, менш моральні, належать до маргінальних верств суспільства. Часто виникненню культурної стигматизації сприяє негативна, страхітлива інформація в засобах масової інформації, соціальній рекламі.

Під інституціональною стигматизацією розуміють дискримінаційне ставлення до ВІЛ-інфікованих з боку органів державної влади, охорони здоров'я, освіти, Церкви.

Особиста і міжособистісна стигматизація є безпосереднім наслідком культурної та інституціональної стигматизації, власними забобонами людей, що проявляються страхом, презирством, відторгненням.

Усі ці форми стигматизації ВІЛ-інфікованих є зовнішніми, тому що відбивають ставлення суспільства до цієї групи хворих.

Іншим аспектом проблеми стигматизації у контексті епідемії ВІЛ-інфекції є «внутрішня стигматизація», або самостигматизація, людей, які живуть із ВІЛ. Внутрішня стигма відбиває міжособистісні стосунки і переживання в самій групі, до якої належить хворий. Вона може проявлятися відчуттям власної

ущербності та неповноцінності, нездатністю вступати в нормальні суспільні стосунки, страхом дискримінації з боку суспільства та інших людей, у тому числі необґрунтованим почуттям безпорадності, відсутністю інтересу до життя.

Дії, зумовлені стигматизацією, визначають як дискримінацію. Дискримінація слідує за стигматизацією і включає несправедливе й упереджене ставлення до людини, зумовлене її позитивним ВІЛ-статусом. Стигматизація і дискримінація можливі на різних рівнях, включаючи політичний, економічний, соціальний, психологічний та інституціональний.

У «Протоколі для виявлення випадків дискримінації щодо людей, які живуть з ВІЛ» (2000 р.) дискримінація визначається як будь-яка форма свідомого визнання відмінності між людьми, їх ізоляція або обмеження прав людей з підтвердженим або підозрюваним позитивним ВІЛ-статусом незалежно від того, виправдані ці заходи чи ні.

На політичному або національному рівні дискримінація може проявлятися прийняттям стигматизаційних норм, що закріплені законодавчо і застосовуються на практиці. Так, ознаки дискримінації ВІЛ-інфікованих існують у країнах, де за законом проводяться обов'язкове примусове тестування усього населення або певних груп на ВІЛ, ізоляція ВІЛ-інфікованих, обмеження поїздок за кордон та ін. Ознаками дискримінації на політичному рівні є також відсутність або невиконання законів, спрямованих на захист прав ВІЛ-інфікованих. Відмова в наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованим, відсутність доступу до специфічного лікування, порушення конфіденційності є прикладами дискримінації на інституціональному рівні. Отже, стигматизація та дискримінація взаємопов'язані та посилюють одна одну. Стигматизація є підґрунтям дискримінаційних дій, може призводити до діяльності або бездіяльності, які завдають шкоду ВІЛ-інфікованим або їх оточенню. Вона може обмежити доступ до лікування і послуг, стати бар'єром реалізації прав людини. Дискримінація – це результат практичного здійснення стигматизації, у свою чергу дискримінація призводить до посилення стигматизації.

У контексті прав людини стигматизація і дискримінаційні дії порушують базове право людини на свободу від дискримінації. Окрім того, дискримінація у зв'язку з позитивним ВІЛ-статусом порушує інші права людини, такі як право на найвищий рівень фізичного і психічного здоров'я, право на автономію особистості, недоторканність особистого життя та інші, регламентовані міжнародними деклараціями, конвенціями, пактами. Поширення ВІЛ-інфекції вимагає розуміння та солідарності з боку суспільства, а також толерантності та конструктивізму. Етичний конфлікт, зумовлений ВІЛ-інфекцією, також виникає у зв'язку з необхідністю захистити суспільство від поширення епідемії. На цьому шляху в деяких країнах виникали дискримінаційні заходи, що порушили права окремих громадян, – спроба примусового тестування на ВІЛ, насильницька ізоляція хворих у медичних закладах, в'язницях. Проте в міру розвитку епідемії та її осмислення нормою у світовому суспільстві стали недискримінаційні заходи, такі як безоплатне тестування на ВІЛ, обстеження і лікування хворих протягом усього життя, впровадження програм профілактики

передачі ВІЛ від матері до дитини. Такий підхід, з етичної точки зору, реалізує загальне правило: благо суспільства є результатом блага окремих людей.

В умовах розвитку епідемії держава та всі її громадяни повинні взяти на себе тягар допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію. У цьому випадку діє біоетичний принцип «роби добро». Діючи в інтересах уражених ВІЛ, держава і громада діють в інтересах як ВІЛ-інфікованих осіб, так і на благо усього суспільства. Наприклад, антиретровірусні препарати, які хворі вживають протягом усього життя, закупаються за державні кошти і є безоплатними для хворих, що зменшує можливість інфікування ВІЛ інших людей, подовжує працездатність хворих, дає їм можливість народжувати і рости дітей. Тобто, лікування хворих на ВІЛ-інфекцію зменшує ризик поширення епідемії, сприяє добробуту держави, зменшує демографічну кризу. Проте принцип «роби добро» може вступати в конфлікт із принципом соціальної рівності та справедливості, коли лімітовані державні кошти витрачаються на ВІЛ-інфікованих з обмеженням медичної допомоги хворим на онкологічні захворювання, цукровий діабет, серцево-судинні захворювання, а також інші хронічні інфекції з такими ж, як при ВІЛ-інфекції, шляхами передачі збудника (наприклад, вірусний гепатит С). Особливе ставлення до ВІЛ-інфекції, виділення її зі списку інших хвороб, створення окремих законодавчих актів для людей, які живуть із ВІЛ, також можна розглядати, як порушення принципу соціальної рівності та справедливості. Можливо, у початковій стадії епідемії таке виділення ВІЛ-інфекції мало свій сенс, але з часом цей сенс втрачається, і в майбутньому це захворювання, імовірно, займе рівне місце серед інших соціально значущих хвороб.

Практичне завдання:

Напишіть есе на одну з тем:

1. СНІД як глобальна проблема сучасності.
2. СНІД і наркозалежність.
3. Морально-етичні проблеми, пов'язані з ВІЛ-інфекцією.
4. Специфіка конфліктів інтересів при випробуванні і розробці вакцин.

Контроль знань:

1. Охарактеризуйте медико-соціальне значення інфекційних хвороб у сучасному світі.
2. Наведіть приклади «пріоритетних інфекцій» та оцініть результати їх імунопрофілактики в Україні.
3. Які заходи обов'язкові для врахування з точки зору оцінки балансу користі/ризиків при проведенні випробувань вакцин?
4. Опишіть історію відкриття СНІДу. У якому році були зареєстровані перші випадки захворювання в СРСР, в Україні?
5. Які особливості розповсюдження ВІЛ-інфекції в Україні? Чим вони відрізняються від світової практики?
6. Дайте визначення поняттю «СНІД» і «ВІЛ-інфекція»? У чому їх відмінності?

7. Які основні шляхи передачі ВІЛ-інфекції? Чи можна заразитися хворобою при поцілунку?

8. Охарактеризуйте поняття «снідофобія». Чим воно характеризується на практиці?

9. Розшифруйте термін «стигматизація».

10. Розкрийте причини практики ворожого ставлення суспільства до ВІЛ-інфікованих.

Глосарій:

Епідемія (від грец. епі – «серед» і грец. дѐμος – «народ»; застаріле – піщесть, мор, моровиця[1]) – тип хвороби, яке є новим для даної популяції протягом періоду збереження імунної «пам'яті» та поширюється зі швидкістю, що значно перевищує очікувану, ґрунтуючись на попередньому досвіді (тобто, числі нових випадків за одиницю часу). Українське законодавство визначає: «епідемія – масове поширення інфекційного захворювання серед населення відповідної території за короткий проміжок часу» [2], що не відповідає світовому визначенню, яке поширює поняття епідемії на усі випадки масового ураження, в тому числі й отруєння.

Стигматизація – це термін, що визначає соціально-психологічну дискримінацію, процес навішування різних ярликів негативної якості, які асоціюються з конкретною людиною або групою людей.

Снідофобія – це лише одна з багатьох форм психічного розладу, що називається іпохондрією.

СНІД – або Синдром набутого імунодефіциту – сукупна назва уражень, що відбуваються на III - IV клінічних стадіях інфекції, яку спричиняє вірус імунодефіциту людини. Загальноприйнятою назвою хвороби на сьогодні є ВІЛ-інфекція. ВІЛ уражає імунну систему людини, знижуючи при цьому протидію організму різним ВІЛ-асоційованим захворюванням.

Тема 8. ОСНОВИ БІОЕТИЧНИХ ПРОБЛЕМ БІОПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ, ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХІАТРІЇ

План

1. Лікування психічних хворих і права людини. Специфіка етичних проблем у психіатрії.

2. Загальні етичні принципи в роботі психологів різних рівнів. Етичні проблеми в наркології.

Використана література:

1. Запорожан В.М., Аряєв М.Л. Біоетика та біобезпека: підручник / В.М. Запорожан, М.Л. Аряєв. – К.: Здоров'я, 2013. – 456 с.

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

1. Лікування психічних хворих і права людини. Специфіка етичних проблем у психіатрії

Психіатрія як специфічна гуманітарна галузь медицини методологічно і технологічно пов'язана з етичною наукою. Центральними біоетичними проблемами в психіатрії є подолання стигматизації і дискримінації психічно хворих, відмова від надлишкового патерналізму в стосунках між лікарем і пацієнтом, дилема «добровільність – примусовість» надання медичної допомоги, технологія надання інформованої згоди, моральні аспекти соціального життя психічно хворого індивіда, повага до принципів конфіденційності і недоторканності приватного життя.

Серед клінічних медичних дисциплін психіатрія є найбільш соціальною за своїм предметом, методологією досліджень і практичними діями. Предметом її досліджень є людина у взаємозв'язку з її біологічною, психічною, духовною і соціальною діяльністю. За даними ВООЗ, близько 450 000 000 мешканців Землі мають які-небудь психічні розлади.

Одна з найактуальніших етичних проблем у психіатрії пов'язана зі стигматизацією і дискримінацією хворих з психічними розладами.

На відміну від інших нозологічних форм, діагноз психічного розладу має негативне соціально-етичне навантаження. До психічного розладу велика частина суспільства ставиться як до ганебного явища. На жаль, поряд із стигматизацією існує загроза дискримінації і соціальної ізоляції осіб з психічними розладами. Цьому сприяють стереотипи уявлень про психічні хвороби, недостатня обізнаність суспільства в сфері психіатрії. Діагноз психічного розладу сприяє розвитку в людини комплексу неповноцінності, появі заниженої самооцінки. Багато хто з них прагне приховати факт наявності психічного розладу, уникають спілкування з колишніми знайомими, унаслідок чого посилюється соціальна ізоляція хворого та його сім'ї.

У зв'язку з особливою уразливістю в суспільстві осіб з психічними розладами психіатричні проблемні ситуації мають певну специфічність і вимагають окремого етичного аналізу. Соціальне відчуження, невинуватене обмеження прав, презирливе або зневажливе ставлення, будь-які інші форми приниження людської гідності психічно хворих – це неповний перелік проблем у психіатрії, які підлягають біоетичній і правовій оцінці та регуляції за допомогою моральних і юридичних механізмів.

Принципи гуманного і поважного ставлення лікаря до пацієнта, відсутність тих або інших проявів дискримінації, дотримання принципу інформованої згоди, проведення примусового лікування тільки за показаннями, неприпустимість нанесення моральної, фізичної або матеріальної шкоди є безумовною етичною основою сучасної психіатрії.

Незважаючи на багатовікову історію, етична проблема ставлення суспільства до психічно хворих залишається актуальною, що перш за все пов'язано з особливостями надання психіатричної допомоги. Психіатрична допомога спрямована на виконання двоєдиного завдання щодо захисту інтересів як хворого, так і суспільства.

Біоетичні особливості психіатричної практики стосуються насамперед принципів стосунків лікаря і пацієнта, способів госпіталізації психічно хворих. До середини ХХ ст. в усьому світі в психіатричній допомозі переважала

патерналістська модель стосунків лікаря і пацієнта, а недобровільна госпіталізація переважної частини психічно хворих вважалася загальноприйнятою соціальною нормою.

Принцип патерналістської моделі стосунків лікаря і пацієнта полягає в тому, що відповідальність за ухвалення клінічних рішень лікар бере на себе. Розглядаючи життя людини і її благо як основоположний пріоритет і найвищу цінність, лікар самостійно визначає, що для хворого є більш потрібним, важливим і необхідним. Діаметрально протилежною є непатерналістська (дружня, колегіальна, партнерська) модель стосунків. У такій моделі основоположним є пріоритет моральної автономії пацієнта, а ключовою категорією стає категорія прав пацієнта.

Об'єктом дослідження клінічної психіатрії є пацієнт зі зміненою психікою. Уражена психіка людини не завжди має прояви в зовнішньому малюнку поведінки хворого. В одних випадках вона супроводжується явними відхиленнями від звичних стандартних норм, в інших – поведінка, міміка, жести виражені, як у нормальної людини. Крім того, пацієнти, з якими має справу лікар-психіатр, за своєю здатністю до волевиявлення так само утворюють широкий спектр. Частина з них через наявність важких порушень психічної діяльності (природжені або набуті інтелектуально-мнестичні розлади, недоумство, виражені продуктивні розлади, дефекти емоційно-вольової сфери, психози) не можуть самостійно виражати і захищати свої інтереси. Для даної категорії хворих найбільш прийнятною та адекватною є патерналістська модель. У даній моделі лікар виступає як фахівець, «опікун» пацієнта з обмеженими можливостями в ухваленні рішень. При цьому етичними обмежувачами служать сумлінність і відповідальність лікаря-психіатра. Інша категорія хворих з такими психічними розладами як неврози, депресії, розлади адаптації цілком самостійні у своєму волевиявленні і самовизначенні, а за своєю інтелектуальною, правовою, етичною свідомістю не поступаються лікарю-психіатру. У таких випадках стосунки лікаря і пацієнта повинні будуватися на основі партнерства, причому лікар виступає в ролі компетентного професіонала, експерта. Він інформує пацієнта про діагноз, методи лікування, ризики і наслідки. Поінформований пацієнт добровільно приймає рішення (дає згоду на лікування або відмовляється від нього, дає згоду на амбулаторне або стаціонарне лікування). Необхідно підкреслити, що принцип «інформованої згоди» застосовується виключно для компетентних пацієнтів. Особливістю психіатрії є і те, що моделі стосунків пацієнта з лікарем можуть змінюватися на різних етапах перебігу хвороби, наприклад у період загострення симптоматики і під час ремісії. Таким чином, етичним завданням психіатрії стає встановлення оптимальних стосунків між лікарем і пацієнтом у кожній конкретній ситуації.

На відміну від інших медичних спеціальностей, у практичній психіатрії під час надання клінічної допомоги хворим суттєвою проблемою є етичні і правові аспекти використання добровільних і недобровільних (примусових) методів лікування. До середини минулого століття примусова (недобровільна) госпіталізація переважної частини психічно хворих, примусова затримка в

психіатричних стаціонарах великої кількості людей, які здатні ухвалювати самостійні рішення в питаннях, що стосуються їх майбутнього, вважалися етично прийнятною професійною практикою і соціальною нормою. Існувала практика госпіталізації психічно хворих у спеціалізовані стаціонари за соціальними показаннями або за вимогою родичів. При цьому хворі з ураженою психікою перебували в положенні зайвої залежності від рідних, незважаючи на те, що деякі з таких пацієнтів цілком могли б прожити удома під наглядом опікуна, або навіть самостійно за наявності житла і мінімальної допомоги. Замкненість системи психоневрологічних інтернатів, важкі умови перебування в них і ізоляція пацієнтів від суспільства, відсутність адекватного виховання і реабілітації, втрата можливості придбання соціальних навичок стали причиною перегляду принципу примусового лікування психічно хворих і створення законодавчої бази щодо захисту прав і достоїнства хворих із психічними розладами.

У 1955 р. комітет експертів ВООЗ ухвалив рішення про те, що лікування хворих з психічними розладами необхідно проводити без ізоляції їх від суспільства. У 1960 р. у Великобританії та США виникли антигоспітальні та антипсихіатричні рухи, кінцевою метою яких була гуманізація законодавства у сфері психіатрії. Поява їх диктувалася етичними і моральними причинами: жалістю і співчуттям до безправ'я хворих, бажанням захистити їх права і інтереси, покласти край приниженню їх людської гідності і повної залежності від волі лікаря і медичного персоналу. Зараз юридичні закони, які містять норму добровільної згоди пацієнта на надання психіатричної допомоги, прийнято в більшості демократичних країн, у тому числі в Україні. Сучасне законодавство унеможливує надання психіатричній службі функцій пенітенціарної системи на основі примусової госпіталізації.

За даними ВООЗ, з кінця 80-х років ХХ ст. у більшості європейських країн, а також у США та Канаді понад 90 % випадків госпіталізації в психіатричні стаціонари здійснювалися на добровільній основі. У разі недобровільної госпіталізації пацієнту повинні бути забезпечені всі гарантії захисту його цивільних прав. Очевидно, що недобровільна госпіталізація є виправданою відносно соціально небезпечних осіб з тяжкими психічними розладами.

Виняткову роль в регуляції стосунків лікаря і пацієнта набуло поняття «інформована згода». В основі біоетичного принципу інформованої згоди лежить принцип добровільного лікування. У психіатрії воно набуває додаткового значення, оскільки тісно пов'язано з поняттям «презумпції компетентності і осудності». Етико-юридичні підстави позиції хворого при цьому такі: інформована згода – це право компетентних пацієнтів. Їх згода повинна бути добровільною і усвідомленою, одержаною без загроз насильства і обману. Згода на лікування може бути відкликана, відмова від медичної процедури не повинна впливати на положення хворого і його стосунки з медперсоналом.

Принцип «інформованої згоди» для хворих з психічними розладами не відрізняється від такого для хворих із соматичними захворюваннями. Вони так

само мають повне право на отримання інформації про діагноз і його прогноз, про план, тривалість лікування і пов'язаний з ним ризик. Інформація, що надається хворому, повинна бути повною, включаючи відповіді на всі запитання хворого. Проведення клінічних експериментів, вживання небезпечних методів лікування, які можуть призвести до необоротних наслідків, вимагають додаткових гарантій захисту прав психічно хворих.

Примусове поміщення особи до психіатричної установи не повинне тлумачитися як дозвіл на проведення лікування без його згоди. Будь-якому пацієнту при добровільній або примусовій госпіталізації повинна бути надана можливість відмовитися від лікування або якого-небудь медичного втручання. Будь-який відступ від цього фундаментального принципу повинен мати законні підстави і застосовуватися тільки в чітко визначених виняткових обставинах. Проблема відмови від лікування має безліч нюансів із соціальної, лікарсько-етичної та юридично-правової точок зору. У психіатрії право хворих на відмову від лікування призводить до серйозних суперечностей. З одного боку, відмова від лікування – це право будь-якого пацієнта, яке закріплене законом та відповідає загальноновизнаним міжнародним стандартами. З другого боку, особи, які страждають на психічні розлади, у період загострення захворювання несуть соціальну небезпеку як для себе, так і для всіх оточуючих.

2. Загальні етичні принципи в роботі психологів різних рівнів. Етичні проблеми в наркології

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. Лікаря 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.

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 пристрасі 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 перешкоджає 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 суцільно спадкових або вроджених) є значною мірою результатом патогенної поведінки людини, будь-то її необережність або ризикована, легковажність або свідомо 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 актуальна. 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 речовинами, така ж людина, як всі, тільки потрапила в біду. Тому тактовне втручання близьких і друзів, рання діагностика, доброзичливе консультування і з'ясування обставин, за 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.

Практичне завдання:

Напишіть творчу роботу (есе) на одну із тем:

1. Переваги "етичного лікування" психічно хворих пацієнтів.
2. Дискримінація відносно психічно хворих.
3. Етична позиція Філіппа Пінеля відносно психічно хворих.

Контроль знань:

1. Опишіть об'єктивні причини формування прийнятої зараз практики утримання основного числа психічно хворих поза стаціонаром.
2. Охарактеризуйте цілі руху антипсихіатрів.
3. Які характеристики повинні братися до уваги при вирішенні питання про недобровільну госпіталізацію психічно хворого?
4. Перерахуйте основні види можливих зловживань у сфері психіатрії та охарактеризуйте можливу базу для їх появи.

Глосарій:

Відчуження, вівласнення, вивласнювання – перехід прав власності від однієї особи до іншої.

Девіація – широкий спектр відхилень поведінки особистості від традиційних у даному суспільстві нормативів поведінки. Відхилення у сексуальній поведінці тепер називають парафіліями.

Психіатрія – наука, галузь медицини, що вивчає причини виникнення, прояви, перебіг, методи запобігання і лікування психічних розладів.

Психологія (від грецького ψυχή (psyché) – душа, дух; λόγος (logos) – вчення, наука) – наука, що вивчає психічні явища (мислення, почуття, волю) та поведінку людини, пояснення яких знаходимо в цих явищах.

Психотерапія, або психологічна терапія (ψυχή – душа, θεραπεία «зцілення, медичне лікування») – метод впливу лікаря та медичного персоналу словом на психіку хворого з лікувальною метою. Фахівець у даній галузі – психотерапевт.

Свідомість (калька з фр. conscience) – здатність людини пізнавати навколишній світ та саму себе за допомогою мислення та розуму, в результаті чого формуються інтелект особистості.

Стигматизація – це термін, що визначає соціально-психологічну дискримінацію, процес навішування різних ярликів негативної якості, які асоціюються з конкретною людиною або групою людей.

Тема 9. ОСНОВИ БІОЕТИЧНОЇ ОЦІНКИ ТА КОНТРОЛЮ ГЕНЕТИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ. ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ВПРОВАДЖЕННЯ НАНОТЕХНОЛОГІЙ У МЕДИЦИНУ.

План

1. Біотехнологія, біобезпека і генетична інженерія: до історії питання.
2. Генно-інженерні організми на службі у медицини. Виробництво трансгенних медичних препаратів.
3. Застосування біотехнологічних методів у сільському господарстві.
4. Етичні проблеми застосування нових генно-інженерних технологій.
5. Етичні проблеми клонування живих організмів.

Використана література:

1. Запорожан В.М., Аряев М.Л. Біоетика та біобезпека: підручник / В.М. Запорожан, М.Л. Аряев. – К.: Здоров'я, 2013. – 456 с.
2. Основи біобезпеки (екологічний складник) : навч. посіб. / Л. П. Новосельська, Т. Г. Іващенко, В. П. Гандзюра, О. П. Кулінич ; за заг. наук. ред. д.б.н. О. І. Бондаря. – К. : Інститут екологічного управління та збалансованого природокористування, 2017. – 180 с.

1. Біотехнологія, біобезпека і генетична інженерія: до історії питання

Біотехнологія – міждисциплінарна галузь, що виникла на стику біологічних, хімічних і технічних наук.

Біотехнологія (Biotechnología, від грец. Bios-життя, techne – мистецтво, майстерність і logos – слово, навчання) – використання живих організмів і біологічних процесів у виробництві.

За визначенням Європейської біотехнологічної федерації, біотехнологія – це скерований людиною комплекс способів отримання корисних для суспільства цільових продуктів за допомогою біологічних агентів – мікроорганізмів, вірусів, клітин тварин та рослин, а також за допомогою позаклітинних речовин і компонентів клітин.

Нова біотехнологія почала розвиватися після відкриття Дж. Уотсоном і Ф. Кріком будови генетичного матеріалу – ДНК. Технологія рекомбінантних ДНК ігібридом стала базою для створення зовсім іншої біотехнологічної промисловості.

Сучасна біотехнологія включає застосування таких методів:

- *in vitro* з використанням нуклеїнових кислот, включаючи рекомбінантну дезоксирибонуклеїнову кислоту (ДНК) та пряму ін'єкцію нуклеїнових кислот у клітини або органели;

- злиття клітин організмів з різним таксономічним статусом, що дозволять подолати природні фізіологічні репродуктивні або рекомбінаційні бар'єри і які не є методами, традиційними для виведення та селекції.

Існують два основні напрямки сучасної біотехнології – генетична інженерія і клітинна інженерія. Саме вони забезпечують отримання широкого спектру біологічно активних речовин (інтерферону, інсуліну, гормону росту людини, вітамінів, вакцин тощо).

Господарське застосування біотехнології сьогодні розвивається переважно в трьох галузях:

- охороні здоров'я;
- сільському господарстві;
- промисловості.

Біологічна безпека як наука об'єднує теорію і практику захисту всього живого від небезпечних біотичних факторів і саме тому належить до природознавчих галузей медико-біологічних знань.

Як інженерна дисципліна, вона охоплює організаційні та інженерно-технічні заходи і засоби, які спрямовані на захист робочого персоналу, населення і навколишнього середовища від впливу патогенних біологічних агентів.

Тому біологічна безпека на сьогодні – це сфера знань, де фокусуються останні досягнення біології, генетики, епідеміології, мікробіології, імунології, біотехнології, екології та багатьох інших наук про життя.

2. Генно-інженерні організми на службі у медицині. Виробництво трансгенних медичних препаратів.

Протягом останніх тридцяти років найбільшого поширення в суспільстві набули продуценти генної інженерії – генетично модифіковані організми (організми, до геному яких за допомогою методів генетичної інженерії інтродуковано функціонуючі сторонні гени або ділянки ДНК), добре відомі за своєю скороченою назвою – ГМО.

Трансгенний організм – це рослини, тварини, мікроорганізми, віруси, генетична програма яких змінена із застосуванням методів генної інженерії. Трансгенні організми почали використовувати для отримання генетично модифікованих джерел їжі та для отримання медичних препаратів.

Генна інженерія, або технологія рекомбінантних ДНК, – це науково-практичний напрямок сучасної біомедичної науки, основою методології якого є виділення з клітин індивідуальної ДНК та спрямоване маніпулювання з її

молекулами, зокрема, отримання молекулярних химер, тобто молекул, сформованих із фрагментів ДНК різних біологічних видів.

У медичній практиці біотехнологічні прийоми і методи відіграють головну роль при створенні нових біологічно активних речовин і лікарських препаратів, призначених для ранньої діагностики і лікування різноманітних захворювань.

Біотехнологічні методи генної інженерії в медицині мають на меті:

1) отримання нових генотипів (та фенотипів) організмів шляхом трансплантації гена одного організму в генотип іншого. Конкретними досягненнями цього біотехнологічного напрямку є створення химерних форм мікроорганізмів, що містять в собі гени, спроможні спрямовувати синтез корисних для людини білкових продуктів, зокрема лікарських засобів – інтерферонів, гормонів, ферментів, імунобіологічних препаратів (наприклад, вакцини проти вірусу гепатиту В) тощо;

2) застосування «генних трансплантацій» для лікування спадкових хвороб людини та тварин – генна терапія. Цей напрямок біотехнологічних досліджень лише започатковано, але він обіцяє в майбутньому створити принципово нові медичні технології терапії практично невиліковних у наш час спадкових хвороб та значної кількості найбільш поширених хвороб, у патогенезі яких певне місце займають спадкові фактори (атеросклероз, цукровий діабет, нервовопсихічні хвороби тощо).

3. Застосування біотехнологічних методів у сільському господарстві.

Трансформація рослин за допомогою штучно синтезованих генів чи хромосом, які дають змогу переносити цілі «блоки» генетичної інформації, створює можливість формування нових синтетичних організмів, що також відразу порушує питання біобезпеки генно-інженерної діяльності, розширюючи коло етичних питань у дискусіях про місце, значення і роль сучасних біотехнологій.

Основними виробниками генетично модифікованих рослин є транснаціональні корпорації, які мають свої представництва в багатьох країнах. Перші трансгенні продукти розробила американська корпорація Monsanto.

Сьогодні ця компанія контролює 80% світового ринку виробництва ГМО. У 1988 році були зроблені перші посіви трансгенних злаків, а в 1993 р. перші продукти із ГМО-компонентами з'явилися в продажу. Сьогодні ГМ-рослини офіційно вирощуються у 25 країнах світу та зайняли у 2011 році 170,3 млн га світових сільськогосподарських угідь, а харчові продукти, що містять ГМО, є частиною щоденного раціону мільйонів людей. Загальна вартість ГМ-культур у 2011 році сягала 19,7 млрд доларів. У 2012 році лідерами з вирощування ГМ-культур були 11 країн (США, Бразилія, Аргентина, Канада, Індія, Китай, Парагвай, Південна Африка, Пакистан, Уругвай, Болівія), у яких площі посіву становили 98,57% світових посівних площ ГМ-культур.

Продукція ГМО почала з'являтися у продажу в різних країнах світу ще в середині 90-х років минулого століття. Але, на відміну від США, де такі товари

частіше всього не маркувалися, почали безперешкодно потрапляти до інших держав, включаючи країни колишнього СРСР.

У Західній та Північній Європі одразу дуже прискіпливо поставилися до цієї продукції. Уряди держав вимагали надання інформації про ГМО-походження продуктів та можливі ризики, що існують для споживачів при їхньому вживанні. Керуючись вимогами міжнародних біоетичних стандартів, постачальники мали ретельно роз'яснювати населенню, чим саме може загрожувати споживання продуктів харчування, лікарських препаратів або іншої продукції, що містить ГМО чи їх компоненти.

Крім трансгенних рослин, існують трансгенні тварини, м'ясо яких давно використовують у всьому світі. Деякі західні компанії (Pharmino – Нідерланди, Transgenics Advanced, Cell Technology і PPL – США) займаються вирощуванням спеціальних трансгенних тварин, в організмі яких виробляється особливий білок, що використовується для виробництва ліків.

На Конференції ООН з довкілля і розвитку в червні 1992 року в Ріо-де-Жанейро був прийнятий Протокол порядку денного на 21 сторіччя, у якому конкретно передбачено необхідність забезпечити екологічно безпечне регулювання біотехнологій: «Тільки у випадку наявності належних прозорих процедур забезпечення безпеки і прикордонного контролю співтовариство в цілому буде мати максимальні можливості для отримання користі від застосування біотехнології і більшою мірою із готовністю визнає пов'язані з нею потенційні вигоди і ризики».

17 листопада 1995 року на Конференції в Ріо-де-Жанейро було прийняте рішення 11/5 Сторін Конвенції про розробку «Протоколу про біобезпеку», у якому приділялась особлива увага транскордонному переміщенню будь-якого живого зміненого організму (ЖЗО), отриманого внаслідок застосування сучасної біотехнології, яка може мати несприятливий вплив на збереження і стале використання біологічного різноманіття.

Біобезпека ГМО, на відміну від інших безпек, маловивчена, але системи біологічної безпеки створюють у багатьох державах. Країнам, що розвиваються, у цьому питанні сприяє програма ООН із захисту довкілля (ЮНЕП) спільно з Глобальним екологічним фондом (ГЕФ).

Наразі прикладів серйозної екологічної небезпеки генетично модифікованих продуктів (ГМП) не виявлено, хоча їх потенційна небезпека не підлягає сумніву. Суспільство, перш за все, цікавить питання щодо дії ГМП на здоров'я людини і стан довкілля.

Прогнози ґрунтуються не на фактичних даних, а на підставі загальних біологічних закономірностей, що базовані на положеннях генетики. Крім того, існує думка, що можуть виникнути небезпечні віруси.

Експериментально доведено, що вбудовані в геном гени вірусів можуть об'єднатися з генами інфекційних вірусів (т.зв. рекомбінація). Нові віруси можуть бути агресивнішими, ніж вихідні, і менш видоспецифічними. Наприклад, віруси рослин можуть стати шкідливими для корисних комах, тварин, а також людини.

На цьому етапі розвитку біотехнологій масштабне поширення ГМО є передчасним і може бути реальною загрозою існуванню біоти.

4. Етичні проблеми застосування нових генно-інженерних технологій.

Маніпулювання генетичним матеріалом на молекулярному рівні поки лишається складною операцією. Найбільш слабкою ланкою є перенесення бажаного гена в геном реципієнта. Навіть сама природа, а зовсім не генна інженерія, і тепер усе ще продукує небезпечні нові мутанти, наприклад, віруси грипу, які постійно змінюються.

Клонування необхідного гена і його експресія ефективно виконуються як окремі послідовні операції. Тому дуже важливий постійний контроль за різними перетворюваннями ДНК шляхом визначення нуклеотидної послідовності та вивчення фрагментів, що утворюються при розщепленні рестриктазами.

Постає питання: чи не можуть мікроорганізми, які підлягають різним генноінженерним змінам, бути використаними для воєнних цілей?

З 1975 року існує міжнародна угода, яка забороняє розроблення і впровадження «біологічної зброї». Це підвищує роль учених-біологів, які несуть відповідальність за дотримання цієї угоди, бо тільки завдяки їх діяльності генна інженерія може бути використана в неправомірному напрямку.

Існування власної (національної) біотехнологічної промисловості з виробництва стратегічних медичних і ветеринарних препаратів для боротьби з найважливішими біозагрозами є основою біобезпеки для будь-якої країни. Наразі Україна не має виробництва жодного власного сучасного антибіотика (четвертого і п'ятого поколінь), жодного власного вітаміну. Найчастіше українські фармацевтичні компанії купують субстанції для виготовлення ліків за кордоном, фасують їх і потім продають. Тому створення національного центру сучасних (клітинних і генних) технологій є одним з найголовніших завдань для системи біобезпеки держави.

Одним із провідних принципів біоетики є принцип охорони життя та захист генетичної ідентичності кожного людського індивіда. Безумовно, запобігання тяжким спадковим захворюванням може суттєво покращити якість життя індивіда та його найближчого оточення. Разом з тим порушення генетичної індивідуальності може завдати шкоди суспільству. Виходячи з принципу рівності та однакової гідності, якість життя не можна протипоставляти самому життю. Іншими принципами і правилами біоетики передбачається охорона екосистеми та навколишнього середовища, а також визнання факту, що між людиною та іншими живими істотами існують відмінності: людина здатна на усвідомлену рефлексію (від лат. reflexio — звернення назад, переосмислення), їй власне почуття свободи та відповідальності.

Морально-етичні і науково-практичні проблеми генетичних досліджень дуже тісно переплітаються. У міру картування геному людини, підвищення доступності генетичних досліджень виникає потреба встановлення

діагностичної вірогідності тестів, що є дуже важким завданням у зв'язку з генетичною гетерогенністю спадкових захворювань. Важливою науковою проблемою, що вимагає проведення багаторічних досліджень, є також визначення діагностичної значущості ознак генетичної схильності до сімейних форм онкологічних захворювань, цукрового діабету, ішемічної хвороби серця. Імовірний характер результатів генетичного дослідження прирікає пацієнта на невизначеність і може накладати негативний відбиток на все його подальше життя.

Можливість прогнозувати виникнення тяжкого невиліковного захворювань також пов'язана з низкою біоетичних проблем. Виявлення схильності до захворювання може спричинити сильний стрес, депресію, психологічне руйнування, рішення змінити власне життя (наприклад, відмовитися від народження дітей). Водночас користь від виявлення генетичного ризику також велика. Прогнозування хвороби дає можливість виключити фактори, що провокують або прискорюють виникнення захворювання, підготуватися психологічно і фізично до виникнення цієї хвороби. Якщо кожна особа, якій прогнозоване захворювання, націлена не тільки на своє право знати діагноз, а й реалізує свій обов'язок щодо прокреації здорових нащадків, суспільство може викоринити деякі хвороби. Але не в усіх випадках це можливо. Частіше прогнозування генетично зумовленої патології спрямоване на поліпшення якості життя або при вірному плануванні власного життя – на посилення автономії особи.

Виявлення здорових носіїв патогенних генів має практичне значення перед шлюбом або зачаттям дитини. Такі обстеження є дозволеними, але не є обов'язковими для подружніх пар і здійснюється на їх заявку в межах медико-генетичного консультування.

5. Етичні проблеми клонування живих організмів.

Біоетичний контроль генетичних технологій включає медико-етичні проблеми клонування людини і тварин. Такі проблеми виникли у 1997 р., коли світове співтовариство було поставлено перед фактом успішного клонування ссавця, для чого використовувалися ядра соматичних клітин. Щодо перспектив і небезпеки цього наукового відкриття одразу виникли гострі дебати в наукових, релігійних, політичних колах. Найбільшу стурбованість і опір викликала ідея можливого використання цієї технології для відтворення людини.

Клонування – це процес одержання генетично ідентичного потомства шляхом нестатевого розмноження. Термін «клон» походить від грецького слова «klon», що означає – гілочка, пагін, черешок. Це поняття використовувалося колись для визначення вегетативного розмноження рослин. Клонування рослин черешками, бруньками або бульбами в сільському господарстві відоме вже понад 4 000 років.

Технічною суттю клонування є взяття ядра, яке містить хромосомний матеріал, з клітини організму й імплантація його в енуклеювану яйцеклітину або іншу клітину іншого організму. Така модифікована клітина має потенціал

росту і розвитку як новий організм, що є генетичною копією оригіналу. Можлива аналогія з однойцевими близнюками, але з тією істотною різницею, що клон спроможний спостерігати своє біологічне майбутнє в межах його генетичної детермінованості. Безумовно, людина більша, ніж сукупність генів. Вона формується під впливом оточення, часу, місця, виховання. Тому генетичний клон не має справжньої ідентичності зі своїм генетичним батьком. Однак етична проблематичність клонування полягає в тому, що ця технологія торкається основ людської природи та її раціонального контролю.

Якщо оцінити принципові можливості клонування, то в майбутньому технічно вірогідна продукція множинних копій людей для використання їх з різною метою – як воїнів, інтелектуалів та ін. Не обговорюючи етичних деталей таких припущень, можна лише стверджувати, що такі перспективи дуже віддалені. Більш імовірно використання клонування в сільському господарстві, а в майбутньому – як метод допомоги бездітним сім'ям, які прагнуть мати рідну дитину, у тому числі генетичну копію помираючої дитини.

З наукових позицій можливість клонування людини обґрунтована успіхами в клонуванні ссавців з використанням ядер зародкових клітин, вирощуваних у культурі на штучному живильному середовищі. Наступним кроком стало використання соматичних клітин дорослих тварин. Першим офіційним повідомленням про клонування ссавців (вівці) стала інформація про результати роботи дослідників під керівництвом Я. Улмута. Донором ядра стали клітини молочної залози дорослої вівці. В Японії було проведено клонування корів з використанням ядер епітеліальних клітин, які містяться в молозиві. Безпрецедентний за своїми масштабами експеримент з масового клонування великої рогатої худоби розпочався в Китаї, де очікується поява від 20 до 50 клонованих телят. У проєкті також беруть участь Австралія, Канада, США, Великобританія та інші країни.

Важливою проблемою клонування залишається відносно високий відсоток спонтанних абортів на пізніх етапах ембріонального розвитку і часті випадки смерті тварин незабаром після народження, особливо коли донорами ядер були соматичні клітини. Соматичне клонування може стати причиною природжених вад розвитку. У деяких тварин-клонів, у тому числі і в першій клонованій вівці, спостерігається феномен передчасного старіння. Не вивчено вплив клонування на функціональні особливості і плідність.

З викладеного вище випливає, що технічно і методично клонування дорослих ссавців розроблено ще не настільки достатньо, щоб можна було вже зараз порушувати питання про реальну реалізацію проєкту з клонування людини. Залежно від мети клонування поділяють на клонування, спрямоване на відтворення людської істоти як способу розмноження (репродуктивне клонування), і клонування з медичною метою (терапевтичне клонування). Магістральним напрямком терапевтичного клонування є дослідження в галузі одержання стовбурових клітин.

Так зване терапевтичне клонування передбачає клонування ембріонів у ранніх стадіях розвитку, що стануть своєрідними банками донорських тканин для конкретних індивідуумів. Стовбурові клітини з їхніми унікальними

можливостями і потенціалом диференціюватися в будь-які тканини й органи давно є об'єктом наукових досліджень. Важливою особливістю стовбурових клітин є те, що під час їх пересадження вони відторгаються організмом реципієнта набагато менше, ніж донорські органи і тканини. Такий підхід у перспективі може призвести до можливості вирощування в лабораторних умовах попередників різних органів і тканин і потім трансплантувати їх замість донорських органів. Крім того, проводяться дослідження з використання стовбурових клітин як векторів для генної терапії.

Клонування людини, крім наукових і технічних проблем, пов'язано з вирішенням складних етичних питань. По-перше, становлення людини як особистості базується не лише на біологічній спадковості, воно визначається також сімейним, соціальним і культурним середовищем. У разі репродуктивного клонування індивіда неможливо відтворити всі ті умови виховання і навчання, що сформували особистість його прототипу (донора ядра). По-друге, у разі безстатевого розмноження споконвічно жорстка запрограмованість генотипу визначає меншу розмаїтість взаємодій організму, що розвивається, з умовами мінливого середовища (порівняно зі статевим розмноженням, коли у формуванні індивіда беруть участь два геноми, які складним і непередбаченим чином взаємодіють між собою і з навколишнім середовищем). По-третє, як репродуктивне, так і терапевтичне клонування людини входить у непримиренну суперечність з релігійною мораллю. Практично всі релігійні вчення наполягають на протиприродності процесу клонування людини і тварин. Так, представники Православної Церкви наполягають на суворому розумінні сакральності людського життя: кожна людина створена як унікальна особистість «за подобою Божою». Тому всі форми євгеніки, у тому числі маніпулювання з людським генетичним матеріалом з нетерапевтичною метою, у моральному відношенні огидні і загрожують людському життю і благополуччю. Про неприйнятність втручання в процеси репродукції, а також в генетичний матеріал людини і тварини заявив Ватикан. Муфтії Єгипту і глава Коптської Церкви зазначили, що такий вид наукової діяльності суперечить моральним принципам і божественним законам.

Впровадження репродуктивного клонування людини може призвести до руйнування традиційних моральних підвалин і насамперед сім'ї. Крім того, ця ситуація небезпечна з погляду виникнення низки соціально-правових колізій. Стосунки між людьми і клонами, правовий і майновий статус клонів, чи можна вважати клонованого і клон родиною – ось лише неповний перелік питань, які стануть актуальними в разі впровадження клонування. Усі ці правові колізії можуть призвести до серйозних змін у конституційній, цивільній та іншій галузях права. Привертає увагу факт, що більшість учених-генетиків, які критично ставляться до можливості клонування, основні моральні проблеми вбачають у нерозв'язності методичних питань клонування людини.

Існує також низка психологічних проблем, пов'язаних з репродуктивним клонуванням. Важкопрогнозованим є ефект впливу на людську ідентичність при клонуванні людини, яка буде близнюком свого батька чи матері, але буде народжена в іншому поколінні та в іншому середовищі. Виникають запитання,

чи буде клон відчувати, що він або вона є лише копією когось, хто вже існував, що в нього відсутня власна ідентичність?

Глибокі біоетичні проблеми існують не тільки у сфері репродуктивного, а й на шляху «терапевтичного» клонування. Технічна можливість одержання органів і тканин для трансплантації призведе до додаткового розшарування суспільства з виділенням верств людей, яким вони будуть доступні.

Принциповим є питання про те, наскільки етично прийнятною є маніпуляція людини з процесом життя. У наш час цілком очевидний той факт, що етичний аспект проблеми клонування невирішений і навряд чи буде вирішений у найближчому майбутньому. Незважаючи на численні повідомлення в засобах масової інформації про успіхи в репродуктивному клонуванні людини, більшість дослідників схиляються до того, що поки що про це можна говорити лише теоретично. По суті, йдеться навіть не про клонування, а про отримання копії окремого індивіда, оскільки термін «клонування» передбачає отримання якоїсь безлічі особин. Очевидно, що нині ймовірність негативних наслідків цієї процедури значно переважає її користь, тому питання про доцільність продовження робіт у цьому напрямку вимагає ретельного опрацювання. Можливо, через деякий час, коли будуть удосконалені всі етапи цього складного біотехнологічного методу, учені, соціологи та інші зацікавлені особи зможуть повернутися до обговорення доцільності клонування людини. Однак у будь-якому випадку вирішення питання про клонування тієї або іншої людини буде регламентуватися жорсткими рамками і правилами, торкаючись, можливо, тільки деяких медичних проблем (наприклад, коли безплідність не можна вилікувати іншими методами).

Разом з тим роботи з домашніми тваринами дуже важливі з практичної точки зору. Успіхи в галузі клонування тварин мають широкі перспективи для виживання людства. Клонування можна використовувати, наприклад, для створення стада високопродуктивних порід домашніх тварин, корів. Водночас слід враховувати той факт, що клонування прямує в зворотному від селекції напрямку. Селекція збільшує біорізноманітність, а масове клонування його зменшує і може призвести до зменшення генофонду і виродження. Таким чином, клонування високопродуктивних домашніх тварин, безсумнівно, важливе, але в розумних межах. Клонування цінних трансгенних тварин може швидко й досить економно забезпечити людство новими лікарськими засобами, які містяться в молоці спеціально одержаних для цього генно-інженерними методами овець, корів і кіз. Так само клонування можна використовувати для розведення призових спортивних коней, тварин з цінним хутром, збереження рідкісних і вимираючих тварин у природних популяціях. Наприклад, мешканці Таїланду збираються клонувати диких білих слонів, яких залишилося лише 2000 з 50 000, що жили в 60-х роках минулого століття. Однак, якщо сучасні антропогенні порушення не припиняться, така сама доля очікує і на клони. Не можна розв'язати проблеми збереження флори і фауни лише шляхом клонування, ігноруючи їх корінні причини, хоча, безсумнівно, клонування з

метою підтримання популяції вимираючих видів є перспективним і важливим напрямком клонування тварин.

Ставлення до клонування у світі відрізняється розмаїтістю, але переважною точкою зору є морально-етична і соціальна неприпустимість цієї процедури стосовно людини. За результатами опитувань більшість громадян США вважає, що клонування як таке неприпустиме в моральному і правовому плані і зрештою призведе до проблем, а не до успіхів, що уряд повинен контролювати технології, пов'язані з клонуванням тварин. З приводу людей американці ще більш одностайні: три чверті з них вважають, що штучне відтворення суперечить Божій волі, а третина з них готові активно протидіяти експериментам з клонування людини. Лише 7 % американців схвалюють гіпотетичну можливість мати двійника і продовжити в такий спосіб своє життя. Однак у науковому середовищі існує думка про порочність практики заборони клонування як такої, що гальмує прогрес науки. Коли Президент США Б. Клінтон заборонив бюджетне фінансування досліджень з клонування людей і звернувся до працюючих за підтримки приватних фондів дослідників із проханням «чинити опір спокусі клонувати самих себе», видатні вчені, лауреати Міжнародної академії гуманізму, лауреати Нобелівської премії звернулися до нього з Декларацією на захист клонування і недоторканності наукових досліджень.

Можливість клонування людини ставить людство перед необхідністю зміни правової регламентації багатьох питань, які стосуються медико-біологічних досліджень, міжнародного правого та етичного регулювання питань клонування. В Європі базовим документом, що регулює діяльність людини в галузі клонування, є «Конвенція про права людини і біомедицину», прийнята Парламентською Асамблеєю Ради Європи 4 квітня 1997 р. Розроблення Конвенції до офіційного повідомлення про успішне завершення експерименту з клонування пояснює відсутність у ній прямих розпоряджень, пов'язаних з регламентацією таких експериментів. Можливість клонування людини тлумачать, виходячи з положень ст. 18 Конвенції. Згідно з ч. 1 цієї статті, якщо закон дозволяє проводити дослідження на ембріонах *in vitro*, він також повинен передбачати відповідний захист ембріона. У ч. 2 статті 18 міститься заборона на створення ембріонів людини з дослідницькою метою. Для конкретизації норм Конвенції стосовно окремих галузей біології і медицини Керівний комітет з біоетики Ради Європи розробляє Додаткові протоколи. Додатковий протокол, неофіційною назвою якого є «Протокол про заборону клонування людини», був розроблений у 1998 р. Цей протокол увів заборону на клонування людини, мотивуючи це тим, що інструменталізація людини шляхом створення генетично ідентичних людських істот несумісна з достоїнством людини і таким чином є зловживанням біологією і медициною. Наслідками клонування людини можуть стати серйозні проблеми медичного, психологічного та юридичного характеру для всіх залучених до нього індивідуумів. Стаття 1 Додаткового протоколу свідчить: «Будь-яке втручання з метою створення людини, ідентичної до іншої людини, живої чи мертвої, забороняється». У статті також роз'яснюється значення терміна «людина,

генетично ідентична до іншої» як «людина, що має з іншою людиною однаковий набір генів». Ставлячи на меті дотримання етичних норм, Додатковий протокол не враховує істотної різниці понять репродуктивного і терапевтичного клонування, що значною мірою обмежує його значення при створенні національної регламентуючої бази.

Інший міжнародний документ – Загальна декларація про геном людини і права людини, прийнята в 1997 р. на 29-й сесії Генеральної конференції ЮНЕСКО, – також декларує неприпустимість практики клонування людини. У ст. 11 Декларації наголошено на необхідності міжнародного співробітництва для виявлення практики клонування з метою відтворення людської особистості, і вживання відповідних заходів на національному і міжнародному рівнях для недопущення такої практики.

Національні закони держав-членів Європейського Союзу, як правило, не розрізняють поняття «репродуктивне» і «терапевтичне» клонування і забороняють їх. Серед країн Європи найбільш послідовним противником клонування є Німеччина, що ототожнює практику таких експериментів з неетичними експериментами над людьми, які проводилися при нацистському режимі. Федеральний закон ФРН на захист ембріонів називає злочином створення ембріона, генетично ідентичного до іншої живої або мертвої особи. Закон Іспанії 1988 р. про процедури, які сприяють репродукції, також установлює кримінальну відповідальність за клонування людського ембріона. У Данії дослідження в галузі клонування заборонені Актом про систему наукових комітетів з етики і керування біомедичними дослідницькими проектами 1992 р. Подібне законодавство мають Італія, Нідерланди, Швеція, Франція і Бельгія.

Найскладніша ситуація із заборонаю клонування склалася у Великобританії. Відповідно до Акта про зачаття людини й ембріологію (1990 р.) клонування заборонено. У ньому зазначено, що «здійснювати злиття клітинних ядер людського ембріона з ядрами, виділеними з клітин тканин іншої людини, ембріона або плода в наступні стадії його розвитку забороняється». Цей документ, як і багато інших європейських законодавчих актів, донедавна не диференціював репродуктивне і терапевтичне клонування. Парадокс ситуації полягає в тому, що Великобританія фактично є батьківщиною клонування ссавців і ідея дозволу клонування людини в британських наукових колах дуже популярна. У 2002 р. Палата лордів задовольнила апеляцію уряду, що виводить клонування за рамки дії Акта про людське зачаття й ембріологію 1990 р. У серпні 2004 р. Британська державна організація HFEA (Human Fertilization and Embryology Authority) дозволила клонування людських ембріонів для медичних досліджень. Першими в країні цю процедуру, що викликає численні суперечки, провели фахівці з університету Ньюкасла.

У 2004 р. терапевтичне клонування було дозволено Науковою радою Японії. У США принципи правової регламентації експериментів з клонування людини формувалися в процесі протистояння прихильників заборони і легалізації робіт у цій галузі. Комітет Палати представників Конгресу США з науки 30 липня 1997 р. проголосував за повну заборону експериментів, пов'язаних з клонуванням людей. Він посилив Указ Президента, що забороняє

виділення федеральних засобів на будь-які дослідження, пов'язані з клонуванням людини. За рекомендацією Національної консультативної комісії з біоетики США в 1999 р. було введено мораторій на державне фінансування програм, пов'язаних з експериментами на людських ембріонах, у тому числі з їх клонуванням. Комісія рекомендувала негайно звернутися до всіх фірм, які практикують, лікарів, дослідників і професійних товариств, які здійснюють свою діяльність у приватному секторі або установах, фінансованих не з федерального бюджету, із закликом добровільно приєднатися до мораторію, оголошеному федеральною владою.

Очевидним фактом є те, що в майбутньому, коли проблема клонування людини буде повністю розв'язана методично і технічно, людство визнає клонування методом допомоги бездітним сім'ям, які прагнуть мати рідну для них дитину. Але для цього буде потрібне розв'язання етичних і юридичних проблем, які існують уже зараз. В усьому світі біоетика, її норми і правила стають важливою і невід'ємною частиною науки. Цілком очевидно, що існуючі звичаї, моральні заповіді, на жаль, не передбачають тих нових можливостей і методологій, що вносить наука в життя суспільства. Тому необхідно, щоб суспільна думка базувалася не на поверхневих уявленнях про репродуктивні технології, а на глибокому знанні предмета і соціальної відповідальності дослідника. Також потрібно створювати нові норми і моралі існування суспільства, що враховують зміни навколишньої реальності.

Практичне завдання:

Напишіть творчу роботу (есе) на одну із тем:

1. Етичний аспект використання ембріональних стовбурових клітин.
2. Моральні проблеми генної терапії.
3. Національна система біобезпеки України.
4. Моральні аспекти клонування людини.
5. Світові тенденції розвитку генної інженерії.
6. Проблеми і перспективи розвитку нанотехнологій в Україні та світі.
7. Основні причини і мотиви існування інституту «сурогатного материнства».
8. Можливі ризики для здоров'я людини при оцінці безпеки ГМО.
9. Біобезпека: структура та правове регулювання.

Контроль знань:

1. Що таке біотехнологія, біобезпека, генна інженерія?
2. Які цілі і принципи створення трансгендерних організмів?
3. Що таке репродуктивне клонування?
4. Що таке стовбурові клітини?
5. Перерахуйте сучасні біоетичні проблеми, пов'язані з втручанням в репродукцію людини.
6. Які існують фактори ризику генно-інженерної діяльності?

Глосарій:

Біобезпека та біозахист – відносно нова сфера наукових знань, які в основному використовуються для того, щоб убезпечити працівників та середовище навколо них від поширення біологічного матеріалу, що використовується під час наукових та інших досліджень. Біобезпека – це попередження, зменшення та елімінація впливу небезпечних біологічних чинників (агентів) на людей, тварин, рослин та на навколишнє середовище, тоді як біозахист – заходи, спрямовані на попередження втрати, викрадання або використання з небезпечною метою (біотероризм) мікроорганізмів, біологічних матеріалів (біоагентів) або інформації.

Біополітика – застосування в політичній сфері системного підходу, характерного для сукупності наук про життя (біології в цілому, генетики, екології, еволюційної теорії та ін.). Наприклад, держава в теорії Рудольфа Челлена визначається як квазі-біологічний організм. Це біологічне утворення, яке розвивається за біологічними законами самозбереження, зростання, прагнення до домінування.

Генéтика (грец. γεννώ – породжувати) – це наука про спадковість і мінливість ознак організмів, методи управління ними та організацію спадкового матеріалу; розділ біології. Через універсальність генетичного коду генетика лежить в основі вивчення всіх форм життя від вірусів до людини.

Генóм – сукупність всієї спадкової генетичної інформації організму гаплоїдного набору, тобто всіх генів (екзонних та інтронних ділянок), некодуючих ділянок ядерної ДНК і позахромосомного генетичного матеріалу (мітохондріальна, плазмідна ДНК, плазміди тощо).

Гéнна інженерія – це біотехнологічний прийом, спрямований на конструювання рекомбінантних молекул ДНК на основі ДНК, взятої з різних джерел, сукупність прийомів, методів і технологій одержання рекомбінантних РНК і ДНК, виділення генів з організму (клітин), здійснення маніпуляцій з генами і введення їх в інші організми.

Дезоксирибонуклеїнова кислотá (ДНК) – один із двох типів природних нуклеїнових кислот, що забезпечує зберігання, передачу з покоління в покоління і реалізацію генетичної програми розвитку й функціонування живих організмів. Основна роль ДНК в клітинах – довготривале зберігання інформації про структуру РНК і білків.

Євгеніка (від грец. εὐγενής – хорошого роду, знатний) – практика покращення духовного і фізичного здоров'я людини. Термін «євгеніка» запропонував у 1883 році видатний англійський вчений Френсіс Гальтон.

Нанотехнології (рос. нанотехнологии, англ. nanotechnology, нім. Nanotechnologie), інша назва Наномолекулярні технології (від «нано» – К. Ерік Дрекслер, 1977) – у широкому значенні слова прийнято називати міждисциплінарну область фундаментальної і прикладної науки, в якій вивчаються закономірності фізичних і хімічних систем протяжністю порядку декількох нанометрів або часток нанометра (нанометр – це одна мільярдна частка метра або, що те ж саме, одна мільйонна частка міліметра – діаметр людської волосини становить близько 80 тис. нанометрів).

Селекція (від лат. *Selectio* – вибір, добір) – наука про методи створення сортів, гібридів рослин та порід тварин, штамів мікроорганізмів з потрібними людині якостями. В результаті селекційного процесу створено велику кількість сортів сільськогосподарських рослин і порід свійських тварин.

Стовбурові клітини, також відомі як штамові клітини – це первинні клітини, що зустрічаються в усіх багатоклітинних організмах. Ці клітини можуть самовідновлюватися шляхом поділу клітини, а також можуть диференціюватися в досить велику кількість спеціалізованих типів клітин.

Трансген – фрагмент ДНК, що переноситься за допомогою генно-інженерних маніпуляцій чи природой в геном певного організму з ціллю модифікації його властивостей.

Тема 10. СОЦІАЛЬНА СПРАВЕДЛИВІСТЬ, ПРОБЛЕМИ ТРАНСКУЛЬТУРАЛЬНОЇ ЕТИКИ І СОЦІОЕТИЧНІ ЗОБОВ'ЯЗАННЯ

План

1. Походження і визначення поняття «глобальна етика».
2. Соціальна справедливість і соціоетичні зобов'язання. Розподіл ресурсів охорони здоров'я.
3. Практика біоетики в різних моделях охорони здоров'я.

Використана література:

1. Запорожан В. М., Аряєв М. Л. Біоетика: підручник: пер. з укр. – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2005. – 296 с.
2. Суліма Є. М. Глобальна етика: сутність і призначення. – Режим доступу: <https://core.ac.uk/download/pdf/268618771.pdf>

1. Походження і визначення поняття «глобальна етика»

Становленню глобальної етики сприяла вся світова філософська традиція, починаючи від основоположного філософського принципу індуїзму – «одне в усьому і все в одному», конфуціанської ідеї «єдності в розмаїтті» («гармонії через відмінності») та даоських уявлень про незриму гармонію, якій співпричетні всі речі і явища Всесвіту. Формування принципів глобальної етики передбачає досягнення фундаментального консенсусу з приводу імперативних цінностей, непорушних критеріїв і найважливіших сподівань особистості, що живе в глобальному світі. Глобальна етика формується на основі універсалістської етики – філософської традиції («лінія Платона-Канта», на відміну від партикуляристської «лінії Аристотеля-Гегеля»), втіленням якої є, зокрема, сучасна етика дискурсу: «моральна проблема – загальне обговорення – згода». Другий Парламент релігій світу в 1993 р. у Чикаго прийняв «Декларацію світового етосу», первісний текст якої був складений знаменитим німецько-швейцарським теологом Хансом Кюнгом, автором праці «Глобальна відповідальність: в пошуках нової всесвітньої етики». президентом Фонду «Світовий етос» при Тюбінгенському університеті. Мета цієї ініціативи – актуалізація діалогу між релігійними діячами і вченими західноєвропейських і

східно-азіатських культур з питань про цінності і норми. На думку Х. Кюнга, єдиний світ має потребу в єдиній базовій етиці, яка не претендує на регуляцію людської поведінки в усіх деталях. Вона повинна виходити з певного «мінімального базового консенсусу» між людьми в усьому світі щодо питання про цінності і норми. «Якщо етика має діяти заради блага всіх, – відзначає Х. Кюнг у книзі «Глобальна відповідальність: в пошуках нової всесвітньої етики» (1991 р.) – вона мусить бути неподільною. Неподільний світ все гостріше потребує неподільної етики». Цінними у цьому сенсі він вважає філософські аргументи «трансцендентальної прагматики» К. О. Апеля, «універсальної прагматики» Ю. Хабермаса, «етики відповідальності» Х. Йонаса. Водночас у питанні загальної обґрунтованості і кінцевої значущості моральних норм як таких, на думку Х. Кюнга, лише релігія може «обґрунтувати абсолютність і універсальність етичних зобов'язань».

«Декларація світового етосу» формулює чотири моральні імперативи:

1. Культура ненасильства й благоговіння перед усіма формами життя.
2. Культура солідарності й справедливого економічного порядку.
3. Культура толерантності й правдивості.

4. Культура рівноправності й партнерства між чоловіками й жінками.

Сучасна глобальна етика побудована навколо базових спільних цілей – мир, гідність людей, соціальна справедливість, свобода особистості, культурний плюралізм, сталий розвиток, – і допускає плани досягнення різних цілей, функціонування безлічі ідентичностей і громадянств. Вона закладена в зростанні усвідомлення спільної долі, спільних людських і соціальних прав, інтересів, спільної вразливості до глобальних екологічних, соціальних і політичних криз із необхідністю, що впливає звідси, знаходити спільні рішення й діяти на основі культури діалогу й співпраці.

2. Соціальна справедливість і соціоетичні зобов'язання. Розподіл ресурсів охорони здоров'я.

У Клятві Гіппократа відсутня концепція суспільної моралі. Вона фокусується на забезпеченні блага пацієнта на основі етично правильних стосунків між лікарем і хворим. Антична медицина не була орієнтована на досягнення благополуччя і здоров'я інших осіб або суспільства в цілому. Традиції індивідуалізму багато в чому збережені в етиці сучасної медицини і професійних обіцянок медичних працівників. Наприклад, у Женевській декларації містяться положення, що фактично підтверджує винятковість положення індивідуального хворого: "Здоров'я мого пацієнта буде моєю найпершою винагородою".

Сучасна медична етика з другої половини ХХ ст. почала рух від традицій Гіппократа, заснованих на принципах добродіяння і ненанесення шкоди, до етики поваги особистості з балансом прав і обов'язків і дотриманням основних принципів автономії, правдивості, вірності і заборони вбивства. Ідеї добродіяння і ненанесення шкоди перестали бути стрижнем медичної етики і протягом певного періоду стала домінувати етика поваги особистості. Однак і нова етична концепція, як і раніше, залишалася спрямованою на індивідуальні

відносини між пацієнтом і лікарем – проблеми конфіденційності, інформованої згоди, ведення вмираючого пацієнта. Це було так, ніби в усьому світі був тільки один лікар і один хворий. Етичні кодекси і правила для медичних сестер і інших медичних працівників також залишалися орієнтованими на конкретного пацієнта. Суть моральної проблеми переважно полягала у визначенні того, як необхідно лікувати пацієнта. Дискусії між прихильниками етики Гіппократа і прихильниками етики поваги особистості відбувалися в рамках традицій індивідуалізму. По суті, йшлося про розбіжності принципів, заснованих на оцінюванні наслідків (індивідуальна гіппократівська корисність у вигляді добродіяння і ненанесення шкоди) і принципів, заснованих на обов'язках (етика поваги особистості).

Домінування етики поваги особистості з принципами автономії, правдивості, вірності і заборони вбивства виявилось тимчасовим через появу нової тенденції в медичній етиці. Ідеться про рух етичної думки від індивідуальної моделі до більш соціальної. Прийшло розуміння того, що традиції Гіппократа й етика поваги особистості ігнорують обов'язки стосовно третьої сторони. Стало очевидним, що сучасна медицина змушена враховувати необхідність розподілу обмежених ресурсів охорони здоров'я, установлення справедливих принципів доступу до високотехнологічних методів діагностики і лікування, а також проведення клінічних досліджень, мета яких полягає не в досягненні благополуччя конкретного пацієнта, а в одержанні знань і досвіду в ім'я інтересів суспільства. У результаті поряд із принципом індивідуальної гіппократівської корисності сформувалося розуміння етичної значущості принципу соціальної корисності.

Соціальна корисність є принципом, заснованим на оцінюванні наслідків, і забезпечує сумарний вимір суб'єктивного й об'єктивного добродіяння і ненанесення шкоди. Ідеться про облік усього добра і зла для всіх залучених сторін, а не тільки для конкретного пацієнта. Мета полягає в одержанні найбільшої сукупності добра. Принцип соціальної корисності став об'єктом аналізу з позицій стандарту "вартість – вигода". Під час такого аналізу починається спроба визначити потенційну вигоду і потенційну вартість (економічну, соціальну, медичну) альтернативного використання ресурсів. Потім за результатами аналізу вибирають ту альтернативу, за якої досягається найбільша вигода на одиницю вартості.

Принцип соціальної корисності передбачає соціальний додаток суб'єктивного й об'єктивного благодіяння і ненанесення шкоди стосовно всіх потенційно залучених учасників. Соціальна корисність нагадує принцип максимального збільшення індивідуальної гіппократівської корисності, однак відрізняється тим, що не обмежується конкретним пацієнтом.

Критики принципу соціальної корисності привертають увагу до нерозв'язаності проблем кількісної оцінки ступеня вигоди. Кількісна оцінка максималізації користі вкрай утруднена тим, що поняття вигоди поєднує найрізноманітніші суб'єктивні блага, такі, як усунення болю, підвищення соціальної адаптації, підтримки життя безнадійного хворого до певних важливих для родини подій або позбавлення від психічного страждання. Проте

організаторами охорони здоров'я розроблені і з успіхом апробовані різні шкали, що кількісно відображають якість життя, стан здоров'я порівняно з науковими оцінками ефективності медичної технології та її вартості. У результаті визначена можливість розрахунку стандарту, що зіставляє користь від застосування певної медичної технології з її негативним впливом на якість життя (співвідношення "користь/шкода"), а також стандарту, що зіставляє користь і вартість того або іншого медичного втручання (співвідношення "вартість/користь").

Технологія кількісного порівняння ефективності різних медичних технологій за допомогою шкал і співвідношень, на жаль, не торкається проблеми ресурсів охорони здоров'я. Відповідно до принципів соціальної корисності морально правильними є дії, що забезпечують максимальну загальну користь на одиницю витрачених ресурсів. Однак у прагненні до збільшення загальної соціальної корисності може залишитися непоміченим той факт, що досягнута корисність дуже нерівномірно розподілена. Наприклад, жителі сільських регіонів і невеликих населених пунктів мають менший доступ до медичного обслуговування, ніж жителі великих міст. У програмах охорони здоров'я великих міст забезпечений більш високий рівень соціальної корисності па одиницю інвестицій.

Закономірно виникає моральна проблема щодо етичності таких пріоритетів. Може виявитися, що система охорони здоров'я, яка найефективніша, не є найбільш справедливою і чесною. Моральна незгода з розподілом ресурсів охорони здоров'я на основі досягнення максимальної загальної корисності привела до обґрунтування принципу, який приділяє увагу розподілу на основі принципу соціальної справедливості. Цей принцип заснований на оцінці обов'язків і забезпечує повагу до особистостей на соціальному рівні.

Принцип соціальної справедливості означає, що люди в однакових ситуаціях повинні одержувати однакові блага. Іншими словами, люди повинні мати можливість рівного доступу до благополуччя. У сфері охорони здоров'я це звичайно інтерпретується як розподіл медико-соціальних послуг для задоволення таких медичних потреб, як лікування, запобігання смерті, рятування від страждань, забезпечення прийнятної якості життя та ін. Ключовим положенням принципу соціальної справедливості є твердження, що розподіл ресурсів відповідно до потреб становить етичний обов'язок, навіть якщо не супроводжується збільшенням загальної соціальної корисності. Практична реалізація принципу соціальної справедливості пов'язана з визначенням того, хто відчуває найбільшу потребу в медичній допомозі на даний час або протягом усього життя.

Певні види медичних послуг, такі, як усунення гострого болю, терапія гострого вилікового захворювання, запровадження профілактичних технологій (наприклад, імунізації), можуть бути справедливо розподілені, у разі забезпечення ними насамперед тих, хто має в них найбільшу потребу в даний конкретний момент. Інші медичні послуги можуть бути справедливо розподілені на основі того, хто особливо їх потребує протягом усього життя.

Рішення про розподіл медичних ресурсів має бути гнучким і будуватися на балансуванні з іншими етичними принципами. Механічний зрівняльний принцип неприйнятний, оскільки може стати причиною переходу всіх пацієнтів у категорію тих, хто конче потребує медичних послуг. Усі померлі люди зрівняні між собою і прихильник зрівняльної соціальної справедливості повинен пояснити, які інші принципи мають бути враховані, щоб уникнути такого результату. Наприклад, існує (суперечна) думка, якщо людина добровільно веде нездоровий спосіб життя, то вона має менше прав на надання їй медичних послуг, ніж прихильники здорового способу життя.

Розподіл ресурсів охорони здоров'я, без сумніву, є найбільш драматичною галуззю медичної етики. Протиріччя загострюються ескалацією витрат на охорону здоров'я, зростанням вартості медичних технологій і менеджменту. Часто залишається непоміченим, що постійне посилення на сукупні соціальні показники, такі, як очікувана тривалість життя або смертність новонароджених, призводить до неправомірного обґрунтування збільшення сукупного здоров'я населення в якості провідної морально виправданої мети. Не звертається належна увага на значну різницю в доходах і освіті, а також існування расових і міжнародних відмінностей.

Нестача коштів на медичну допомогу в усіх країнах світу призводить до необхідності раціонування медичних втручань, під якими розуміють скорочення витрат на неефективні види медичних послуг і концентрацію зусиль на забезпечення рівного доступу громадян до найефективніших медичних технологій. Раціонування має на увазі, що деяка частина втручань недоступна для пацієнтів у зв'язку з тим, що на них немає коштів. Раціонування виявляється єдиним шляхом до справедливого використання обмежених ресурсів. Раціонування з'являється не тільки, як відмова від неефективних втручань, але, насамперед, як свідоме, обмірковане обмеження в доступі до корисного лікування. У бідних країнах воно повсякденне і торкається майже всіх видів медичної допомоги. У багатих країнах раціонування звичайно обмежене коштовними видами допомоги або окремими групами громадян. Це черги, в яких не можна одержати лікування в розумні терміни; це бюрократичні перешкоди, які заважають домогтися якогось виду лікування; це спеціальні форми фінансування окремих видів допомоги, які важко отримати; це вилучення окремих видів допомоги (наприклад, протезування зубів) зі списку безкоштовних та ін. Вартість забезпечення всього, що хотілося б зробити в галузі медицини і для всіх, хто хотів би таку допомогу отримати, перевищує обсяг національного продукту навіть найбільш економічно розвинутих країн. До того ж слід враховувати моральні зобов'язання перед країнами, що розвиваються. Раціонування в повсякденній практиці включає багато видів вартісних втручань – діаліз, трансплантацію, інтенсивну терапію.

Фахівці з інтенсивної терапії краще за інших лікарів підготовлені до того, щоб оцінювати перспективи лікування і вирішувати, кого поміщати в палату інтенсивної терапії. У такому рішенні можна брати до уваги: якість життя з погляду пацієнта, імовірність виживання, зворотність гострого розладу, природа хронічного розладу. Вік сам по собі приймається, принаймні у

розвинутих країнах, як неприпустима підстава для обмежень у лікуванні. Водночас у США, як і в інших країнах, більшість людей частіше згодні на стримування від інтенсивної терапії у тяжко хворих старих, ніж у людей молодого віку.

При раціонуванні високотехнологічних (високовартісних) медичних технологій вибір принципів обмежень є найбільш болісною проблемою. Цілком зрозуміло, що відмова від надання медичної допомоги пацієнтові на підставі його неплатоспроможності неминуче призводить до виникнення серйозних етичних проблем. Якщо визнати необхідність і неминучість медичного раціонування, то серед критеріїв його застосування слід розглядати такі, як якість життя, імовірність швидкого настання смерті тощо. У такому випадку суспільство повинно ясно позначити обсяг медичних послуг, гарантованих громадянам у межах прийнятих соціоетичних зобов'язань. Визнання необхідності і неминучості раціонування медичних послуг може бути єдиним виправданням його застосування. Ключовою ознакою раціонування є ненадання медичних послуг, яких бажає пацієнт і які йому дійсно показані. З визначення доцільно виключити ті клінічні ситуації, в котрих пацієнт бажає одержати певні види медичної допомоги, які в конкретному випадку недоцільні і неефективні. Проте серед біоетиків існує точка зору, що раціонування в медицині можна й потрібно уникати за рахунок скорочення певних статей витрати бюджету і реформування системи охорони здоров'я.

Етично складним є питання про те, чи повинен лікар-клініцист біля ліжка хворого вважати своєю метою економію ресурсів. У принципі можливі дві відповіді, жодній з яких не можна надавати перевагу з етичної точки зору. З одного боку, надання лікарю прав агента з розподілу медичних ресурсів має деякі позитивні сторони. Клініцист краще знає ті сфери в системі охорони здоров'я, що надмірно фінансуються і можуть бути безболісно скорочені. Перевагою є усунення бюрократів зі сфери прийняття рішень. Деякі лікарі вбачають серйозні переваги в тому, щоб не обмежуватися своїми традиційними індивідуальними етичними принципами і включити в моральний мандат своєї професійної відповідальності соціальні принципи. Однак існують і серйозні заперечення.

З практичної точки зору, лікарю важко забезпечити сам процес раціонування медичних ресурсів. Біля ліжка хворого фахівцю, який присвятив своє життя певній сфері клінічної медицини, буде складно зіставити цінність послуг своєї галузі з цінністю інших медичних послуг. Хірург буде віддавати перевагу оперативним методам, радіолог націлений на променевию терапію, терапевти мають великий досвід хіміотерапії. Нікому з них не слід надавати права вирішення, коли варто передати лікування пацієнта іншому фахівцеві.

Саме так клініцистам буде важко дати порівняльну оцінку медичного вирішення проблеми з можливостями інших немедичних технологій. Як агенти соціального розподілу ресурсів охорони здоров'я вони повинні будуть прийняти оптимальне рішення, куди краще спрямувати кошти – на медичну програму або на освіту, забезпечення житлом і харчуванням.

Додаткові труднощі для лікаря як для агента із соціально справедливою розподілу ресурсів виникають у зв'язку з його традиційною роллю захисника пацієнта. Історично лікар діяв за гіппократівськими принципами добродіяння і ненанесення шкоди і його дії знаходилися в сфері індивідуальної корисності і патерналізму. Орієнтація на пацієнта збереглася, незважаючи на тенденції до переходу на етику поваги особистості, що базується на оцінюванні обов'язків. У новій ситуації етичний обов'язок лікаря полягає не тільки в забезпеченні максимальної індивідуальної корисності, але і прав хворого, котрий, як і раніше, знаходиться в центрі професійної уваги. Чи повинен лікар брати на себе додаткову відповідальність за вирішення питань соціальної етики, таких, як розподіл ресурсів? Багато хто вважає, що медичний професіонал не повинен втратити свою роль захисника пацієнта.

Альтернатива полягає у звільненні лікаря-клініциста від участі в розв'язанні питань соціальної етики, принаймні у разі ведення типових хворих. У той самий час у певних ситуаціях лікар не може уникнути морального вибору, що включає соціоетичні принципи, наприклад, коли два або більше пацієнти вимагають конкурентного клінічного втручання. Альтернатива звільняє лікаря від прийняття рішень, що ведуть до відмови його від ролі захисника пацієнта. Вона дає можливість лікареві виявитися на такій самій моральній висоті, як адвокат, що завжди залишається на боці клієнта, навіть якщо є підстави вважати його винним. Суспільству слід більш точно визначити, хто повинен стати відповідальним за соціально справедливий розподіл ресурсів і якими мають бути оптимальні механізми прийняття рішень, якщо лікар буде виключений з цієї етичної проблеми.

Біоетика визнає існування соціоетичних зобов'язань. Ідеться про те, що суспільство зобов'язане забезпечити універсальну доступність певного адекватного рівня медичних послуг. Якщо визнати моральні зобов'язання надання принаймні певного рівня медичного обслуговування, то неминуче виникає питання про прийнятний стандарт цього рівня. Наприклад, чи повинне суспільство забезпечити доступність усіх необхідних послуг, чи тільки гарантувати базисне обслуговування. Відповідь залежить від прийняття різних концепцій соціальної справедливості, а також інших можливих основ соціоетичних зобов'язань у галузі охорони здоров'я населення. Існують три концепції справедливості, засновані на таких моральних цінностях, як воля і рівність. У кожній концепції присутній також критерій корисності (оскільки ефективність і практичність досить важливі, однак у жодній з концепцій соціальної справедливості корисність як моральна цінність не посідає домінуючого місця).

1. Концепція справедливості, заснованої на свободі, розглядає свободу як найвищий моральний ідеал. Кожен індивідуум має моральні права на життя, свободу і приватну власність, що повинні визнаватися і поважатися в будь-якому суспільстві. Відповідно до такої концепції єдиною функцією держави є захист життя, свободи і приватної власності громадян від насильства й обману. Усі інші сфери життя суспільства є об'єктом індивідуальної відповідальності і дій. Надання будь-яких благ тим, хто не може або не хоче отримати їх

самостійно, не є відповідно до даної концепції морально виправданою функцією держави. В іншому випадку держава повинна забрати певні блага в одних членів суспільства проти їхньої волі і передати іншим. Концепція визначає подібну дію як невинуватене обмеження особистої свободи. Індивідуум володіє своїм тілом і плодами своєї праці на вільному економічному ринку. З цього випливає, що ніхто не має права забрати частину цього прибутку для того, щоб надати медичні послуги або інші блага іншим людям. Іншими словами, ця соціально-політична концепція не визнає морального права індивідуума на охорону здоров'я і будь-які соціоетичні зобов'язання в цій сфері.

2. Соціалістична концепція є прямим викликом концепції, заснованої на свободі. Незважаючи на розмаїтість соціалістичних поглядів, їх поєднує визнання як найвищої моральної цінності соціальної рівності (яка, проте, визначається по-різному) і обов'язку суспільства і колективу забезпечувати цю рівність. З позицій соціалістичної концепції особлива моральна цінність соціальної рівності виправдовує можливість обмеження індивідуальної свободи для її досягнення. Соціалісти критикують концепцію справедливості, засновану на свободі, з позиції захисту своїх ідеалів соціальної рівності і вважають неприпустимим ненадання медичних послуг та інших благ тим, хто в їх украй потребує. Вони підкреслюють, що право на життя і свободу є порожньою декларацією для тих, хто не має коштів на їжу, житло, медичну допомогу. Соціалісти наполягають на існуванні соціальних зобов'язань підтримувати благополуччя громадян країни і забезпечувати їхні найбільш важливі потреби, у тому числі отримання медичних послуг.

3. Ліберальна концепція справедливості прагне об'єднати рівність і свободу в один моральний ідеал. Фундаментальним моральним принципом лібералізму є вимога, щоб ті, хто має більш ніж достатньо, допомагали тим, хто має гостру потребу. В економіці найважливішою цінністю лібералізму є свобода і невтручання держави в економічні процеси. Ліберали підтримують організації, що забезпечують базові потреби найнужденіших членів суспільства. Деякі ліберали стверджують, що нерівність виправдана в тих межах, які збільшують загальний рівень блага для суспільства. На думку інших лібералів, нерівність у розподілі первинних соціальних благ (доходів, можливостей, медичних послуг) має моральне виправдання лише в тих межах, які сприяють користі кожного члена суспільства, особливо найменш забезпеченого.

Таким чином, не всі соціально-політичні теорії справедливості визнають існування соціальних зобов'язань перед громадянами. Більше того, деякі аргументи на користь необхідності соціоетичних зобов'язань не обґрунтовують положення про те, що індивідууми мають право на охорону свого здоров'я. Доводи щодо існування соціоетичних зобов'язань із забезпечення доступу громадян до адекватної охорони здоров'я без надмірного фінансового тягаря ґрунтуються: 1) на особливій моральній значущості охорони здоров'я; 2) на факті, що багато потреб у медичних послугах задовольняються не повною мірою; 3) на нереалістичності чекань, що всі громадяни матимуть змогу забезпечити медичні потреби за рахунок власних коштів через високу і

непередбачену вартість послуг і їхнього нерівномірного розподілу між різними верствами населення; 4) на апелюванні до моральних цінностей, згідно з якими сучасне суспільство не має права відмовляти в медичній допомозі своїм громадянам, якщо має для цього фінансові ресурси.

Розподіл обмежених ресурсів охорони здоров'я здійснюється на мікро- і макрорівнях. Рішення про розподіл на мікрорівні приймаються адміністрацією лікарень, окремими професіоналами, менеджерами охорони здоров'я і стосуються надання обмежених ресурсів охорони здоров'я (наприклад, у галузі трансплантації органів) конкретним пацієнтам. Рішення про розподіл на макрорівні є компетенцією урядів, органів законодавчої і виконавчої влади, органів охорони здоров'я, страхових компаній, фондів і програм.

У сфері макророзподілу ресурсів існують два фундаментальних питання. Насамперед необхідно визначити, яку частину загальних економічних ресурсів держави доцільно направити на підтримку охорони здоров'я і біомедичних досліджень. Сутність питання полягає в тому, щоб зіставити важливість медичних послуг з іншими благами. Наприклад, сучасні медичні технології спроможні врятувати і подовжити життя багатьом людям, які зовсім недавно були приречені на страждання і смерть. Чи мають бути скорочені інші соціальні програми, наприклад освіти, з метою максимального подовження людського життя? Інше фундаментальне питання розподілу на макрорівні полягає в тому, щоб визначити, яким чином має бути розподілена частка національного продукту, спрямована на розвиток охорони здоров'я і біомедичних досліджень. Яку частину слід направити на нестатки профілактичної медицини, яку – на лікування, яку – на розроблення нового обладнання для діагностики і терапії, яку – на проведення медико-біологічних досліджень? У подальшому необхідно буде відповісти на інші питання. Наприклад, із засобів, виділених на проведення наукових досліджень, яка буде частка для досліджень у галузі ВІЛ/СНІД, онкології, кардіології, медичної генетики тощо. Важливою етичною проблемою є визначення оптимальної процедури прийняття рішень на макрорівні і характеру моральних цінностей, якими варто при цьому керуватися.

3. Практика біоетики в різних моделях охорони здоров'я.

Перед будь-якою системою охорони здоров'я неминуче встають три основних питання:

- 1) який обсяг засобів суспільство має виділити на охорону здоров'я в нинішніх умовах і на перспективу?
- 2) як витратити ці засоби з максимальною ефективністю?
- 3) з яких джерел і як отримати ці засоби?

Гарантований обсяг послуг залежить від рівня витрат на охорону здоров'я, що в бюджеті країни фіксується як певна частка у валовому внутрішньому продукті. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, 5 % від валового внутрішнього продукту є допустимим мінімумом витрат на охорону здоров'я. У країнах Європи частка фінансування охорони здоров'я

варіює під 5,3% валового національного продукту в Греції до 8% і більше в Німеччині, Франції, Швеції і Нідерландах.

Співвідношення фінансових витрат у системі охорони здоров'я повинне бути таким: госпітальна допомога – 50%, амбулаторно-поліклінічна допомога – 40%, швидка медична допомога – 7-10%.

Фінансування за рахунок суспільства (бюджет, страхові фонди тощо) відіграє домінуючу роль в організації охорони здоров'я розвинутих країн і більшості країн, що розвиваються. Рівень фінансування охорони здоров'я залежить від рівня економічного розвитку країни, а також від того, яким способом мобілізуються кошти на нестатки охорони здоров'я: із загальних податків, за рахунок внесків суб'єктів, що господарюють, із засобів споживача. Грунтуючись на цьому, виділяють такі базові моделі фінансування охорони здоров'я:

1. Державна система. Фінансується (до 90%) із бюджетних джерел. Фінансування медичних послуг планується в загальних урядових витратах. Еталоном державної моделі є Великобританія. Система була сформована в середині ХХ ст. і відразу забезпечила громадянам рівний доступ до послуг охорони здоров'я. Важливо відзначити, що приватна охорона здоров'я і страхова система не були скасовані. Державна система охорони здоров'я у Великобританії за менших витрат на душу населення, ніж у США, Канаді або Німеччині, виявилася в змозі забезпечити амбулаторну і стаціонарну допомогу, обслуговування хронічних хворих, психіатричну допомогу, оптометричні і стоматологічні послуги, надання ліків. Значна економія засобів досягнута шляхом скорочення адміністративних витрат. У той самий час суворо контролюється застосування дорогих технологій і устаткування (наприклад, діалізу). Є деякі обмеження у виборі сімейного лікаря, який за необхідності направляє пацієнта на консультацію до фахівців.

Державна модель охорони здоров'я прийнята також у Греції, Португалії і зберігає домінуючу роль у державах колишнього Рядянського Союзу.

2. Бюджетно- страхова система. Фінансується за рахунок цільових внесків підприємців, працюючих громадян (бісмарковська концепція) і субсидій держави (система соціального страхування). Медичні послуги оплачуються за рахунок внесків у фонд охорони здоров'я. Найпростішим видом внеску є внесок, зроблений як наймачем, так і працівником. Внески ґрунтуються на платоспроможності, а доступ до послуг залежить від потреби. Медичний фонд (або фонди), як правило, незалежний від держави, але діє в рамках чинного законодавства. У разі соціального страхування гарантується право на чітко обговорені види послуг і встановлюються такі частки внесків і на такому рівні, що дають гарантію використання такого права. Фінансування з позабюджетних фондів медичного страхування переважає в Німеччині (78%), Італії (87%), Франції (71%), Швеції (91%), Японії (73%). Уряди здійснюють пильний контроль за системою охорони здоров'я практично у всіх випадках. Рівень урядового контролю і регулювання покликаний забезпечити стримування витрат (наприклад, шляхом установавання граничного рівня страхових премій) з метою забезпечення справедливості і солідарності.

Еталоном бюджетно-страхової системи є Німеччина. Основою її унікального досвіду є створення лікарняних фондів, в які входять понад 100 некомерційних і напівприватних організацій. Фонди забезпечують вибір лікаря і надання амбулаторної, стаціонарної, стоматологічної, психіатричної, оптометричної допомоги, надання ліків і виплату грошової допомоги (наприклад, у зв'язку з народженням дитини). Допомога людям похилого віку, які тривало хворіють, та інвалідам здійснюється при додатковому фінансуванні. У цілому витрати на охорону здоров'я нижче, ніж в Америці.

3. Приватно-підприємницька система. Фінансується за рахунок надання платних медичних послуг, а також за рахунок коштів медичного страхування. Застраховане населення виплачує премію страховику, сума якої визначається очікуваною середньою вартістю послуг, причому платять більше ті, які зазнають ризику. Пряма оплата послуг пацієнтами не відноситься ні до страхування, ні до взаємопідтримки. Пацієнти здійснюють платежі відповідно до тарифів за ті послуги, що їм надані. Така система діє в США, Ізраїлі, Південній Кореї, Нідерландах.

Нині Україна перебуває в процесі реформування й удосконалення національної системи охорони здоров'я. У радянському минулому основним офіційно декларованим принципом було забезпечення охорони здоров'я населення через суспільні фонди, тобто незалежно від трудового внеску кожного, його соціального походження, положення в суспільстві, національності, місця проживання та інших факторів з метою забезпечення соціальної рівності, що орієнтовано на принцип комуністичного розподілу "за потребами". Незважаючи на певні успіхи, радянська система охорони здоров'я була далека від декларованого принципу соціальної справедливості. Відомчі "медсанчастини" відрізнялися від районних, міських і сільських лікарень. Серед елітних відомчих клінік теж була своя ієрархія, яка будувалася відповідно до партійної і державної ієрархії бюрократії – чим вище положення ієрархії, тим вище якість медичного обслуговування, тим повніший обсяг медичної допомоги.

Незалежно від моделі охорони здоров'я, практика біоетики характеризується загальними закономірностями:

- 1) створенням комітетів з біоетики;
- 2) проведенням біоетичних консультацій;
- 3) розробленням політики біоетики з виданням відповідних посібників і документів.

Практичне завдання:

Напишіть творчу роботу (есе) на одну із тем:

1. Етичні критерії принципу соціальної справедливості.
2. Технологічний процес у біомедичному середовищі.
3. Ідеальна модель охорони здоров'я.
4. Принцип дистрибутивної справедливості у сучасному суспільстві.
5. Вплив глобалізації на етичні норми суспільства.
6. Моральні дилеми глобалізованого світу.

Контроль знань:

1. Дайте визначення і характеристику поняття "глобальна етика"?
2. Що таке соціальна справедливість і соціальні зобов'язання?
3. Назвіть основні проблеми сфери соціальної політики?
4. Які існують моделі охорони здоров'я у світі?
5. Які основні принципи національної моделі здоров'я?
6. Як формується принцип справедливості у біоетиці?

Глосарій:

Глобальна етика – система ідей, цінностей, правил і моральних стандартів, норм, що лежать в основі діяльності, спрямованої на створення світового порядку в умовах нових ризиків і загроз, викликаних технологічною діяльністю людства як глобального суб'єкта.

Глобалізація (англ. globalization) – процес всесвітньої економічної, політичної та культурної інтеграції та уніфікації. У ширшому розумінні – перетворення певного явища на планетарне, таке, що стосується всієї Землі. Основними наслідками глобалізації є міжнародний поділ праці, міграція в масштабах усієї планети капіталу, людських та виробничих ресурсів, стандартизація законодавства, економічних та технічних процесів, а також зближення культур різних країн.

Глобальне суспільство (англ. global society) – суспільство, яке охоплює усю земну кулю (від англ. globe – земна куля, global – світовий, той, що стосується земної кулі) і громадянами якого є всі жителі планети Земля. Поняття набуло поширення в другій половині ХХ ст., коли виникла потреба у дослідженні глобальних суспільних процесів, які впливають на розвиток людства в цілому.

Охорона здоров'я – галузь діяльності держави, метою якої є організація та забезпечення доступного медичного обслуговування населення. Охорона здоров'я – це ключовий елемент національної безпеки держави.

Справедливість – соціально-етична та морально-правова категорія, один з основних принципів права. Поняття «справедливість» позначає наявність у соціальному світі прав, засад і виражає їх правильність, імперативність і необхідність.

ПІДСУМКОВИЙ КОНТРОЛЬ ЗАСВОЄННЯ МАТЕРІАЛУ

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 вигляд хворого і відсутність документів. Необхідно оцінити дії лікаря:

- А. Лікар має рацію.
- В. Лікар повинен був викликати міліцію для переведення пацієнта в спецприймник.
- С. Кожна людина має право на меддопомогу.
- Д. Лікар повинен надати допомогу після встановлення особи пацієнта.
- Е. 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.

- А. Кожна людина має право на відпочинок.
- В. Кожна людина має право на меддопомогу.
- С. Лікар зобов'язаний надати допомогу в будь-якій обстановці і у будь-який час.
- Д. Лікар зробив правильно.
- Е. Лікар несе кримінальну відповідальність за непредставлення меддопомоги.

Завдання № 3

Хворий відмовляється від проведення необхідного обстеження і лікування, пояснюючи це своїм віросповіданням. Лікар докладає всіх зусиль, щоб роз'яснити хворому необхідність в обстеженні і виконати свій професійний обов'язок. Оцінити дії лікаря:

- А. Лікар повинен виконати свої професійні обов'язки.
- В. Хворий має право відмовитися від меддопомоги.
- С. Лікар повинен переконати родичів хворого в необхідності його лікування.
- Д. Лікар може призначити лікування хворому без обстеження.
- Е. 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. Імобілізувати кінцівку і викликати сімейного лікаря.
- Е. Подзвонити в поліклініку черговому лікареві.

Завдання № 9

До травматологічного пункту звернувся робочий, який отримав травму на роботі в стані алкогольного сп'яніння. Лікар, будучи родичем потерпілого, оформив довідку про непрацездатність 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 № 10

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 № 11

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 № 12

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 № 13

Під час обходу лікар сказав, що молодша медсестра несвоєчасно переслала ліжко 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 № 14

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.

Завдання № 15

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 № 16

Лікар призначає обстеження 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 № 17

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 обстеження і лікування. Про яку модель взаємин лікаря і хворого йде мова?

- А. Технологічна;
- В. Ліберальна;
- С. Патерналістська;
- Д. Інтерпретаційна;
- Е. Дорадча.

Завдання № 18

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:

- А. Технологічна;
- В. Ліберальна;
- С. Патерналістська;
- Д. Інтерпретаційна;
- Е. Дорадча.

Завдання № 19

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?

- А. Технологічна;
- В. Ліберальна;
- С. Патерналістська;

- Д. Інтерпретаційна;
- Е. Дорадча.

Завдання № 20

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:

- А. Іпохондричний;
- В. Неврастенічний;
- С. Езопівський;
- Д. Анозогностичний;
- Е. Апатичний.

Завдання № 21

Хворий ігнорує своє захворювання, вплив шкідливих звичок на здоров'я, відмовляється від рекомендацій лікаря і лікування. Назвати тип відношення хворого до хвороби:

- А. Іпохондричний;
- В. Неврастенічний;
- С. Езопівський;
- Д. Анозогностичний;
- Е. Апатичний.

Завдання № 22

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 № 23

Під час прийому пацієнта лікар відзначив, що хворий надмірно приділяє увагу своєму здоров'ю, необґрунтовано 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 № 24

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

Завдання № 25

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?

- А. Розкрита лікарська таємниця.
- В. Повідомлення хворому про можливий і необґрунтований діагноз
- С. Пропонування термінової госпіталізації для обстеження.
- Д. Лікар прав, оскільки хворий має право знати всю інформацію про свою хворобу.
- Е. Всі дії лікаря були помилкові.

Завдання № 26

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:

- А. Відсутність чіткого рішення з боку лікаря.
- В. Недостатня медична освіченість пацієнта.
- С. Низька якість і побічні дії дешевих препаратів.
- Д. Неправильно призначене лікування.
- Е. Спочатку було призначене недостатнє лікування.

Завдання №27

Серед хворих в палаті виникла конфліктна ситуація. Як повинен діяти лікар?

- А. Перевести конфліктуючих пацієнтів в різні палати.
- В. Переконати пацієнтів помиритися.

С. Заборонити з'ясовувати відносини.

Д. Виписати конфліктуючих пацієнтів для подальшого амбулаторного лікування.

Е. Притягати адміністрацію лікувальної установи для вирішення проблеми.

Завдання № 28

Хворому показаний дорогий препарат, якого немає в арсеналі лікарняної аптеки. Хворий – людина малозабезпечена. Як повинен поступити лікар?

А. Пояснити хворому, що препарат йому показаний, і разом вирішити проблему оплати препарату.

В. Повідомити родичам хворого про необхідність даного препарату.

С. 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 № 29

Хворому 45 років, встановлений діагноз хронічний ентероколіт. Відчуває необґрунтований, нав'язливий страх перед зляканим 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 зляканим новоутворенням 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.

Завдання №30

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 № 31

Новонароджена дитина страждає атрезією заднього проходу і хворобою Дауна. Негайне 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 № 32

На санпропускник міської лікарні привезли небезпечного 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 №33

Поступила пацієнтка з клінічною картиною часткової спаяної 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.

Завдання № 34

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 пацієнці.

Д. Виконати прохання пацієнтки.

Е. Послатися на неповноліття пацієнтки і відмовитися обговорювати проблему без батьків.

Завдання №35

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 № 36

Молодий чоловік, який 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 № 37

Молода жінка з першою вагітністю відмовляється від аборту за медичними показниками. Взаємини в сім'ї міцні і доброзичливі, довгоочікувана вагітність. Аналіз навколоплідної рідини з точністю до 60 % показав природжене розщеплювання хребта. Вагітна відмовляється від аборту. Який принцип біоетики дозволяє лікарям відмовитися від аборту?

А. Принцип "не нашкодь".

В. Принцип конфіденційності.

С. Принцип дотримання обов'язку

Д. Принцип автономності пацієнта.

Е. Принцип правдивості.

Завдання № 38

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.

ТЕМИ РЕФЕРАТІВ, ДОПОВІДЕЙ, ІНДИВІДУАЛЬНИХ ЗАВДАНЬ

1. Біоетичні проблеми співіснування «традиції» та «нетрадиційної» медицини.
2. Біоетичні, правові, соціальні проблеми реклами в медицині та фармації.
3. Моральні, психологічні, соціальні аспекти, десоціалізація, ресоціалізація хворих.
4. Алкоголізм, наркоманія, тютюнопаління: профілактика, реабілітація, ресоціалізація.
5. Паліативне лікування, як альтернатива евтаназії.
6. Біоетичні проблеми реанімації.
7. Моральні проблеми самогубства.
8. Евтаназія: проблема, судження, пошуки альтернативи.
9. Життєвий сенс вибору смерті.
10. Основні проблеми сучасної трансплантології.
11. Трансплантація та ідентичність людської особи.
12. Етико-деонтологічні домінанти стоматології, фармації, хірургії.
13. Біоетичні та особистісні виміри медичної практики .
14. Біоетика, як чинник запобігання лікарських помилок в медицині.
15. Принципи доказової медицини та їх етичне значення.
16. Медико-етичні проблеми клонуванн людини і тварини.
17. Біетичні критерії біомедичних маніпуляцій та генної інженерії.
18. Проблеми біобезпеки в контексті біоетики.
19. Специфічні обов'язки лікаря-генетика стосовно сім'ї та суспільства.
20. Біомедична етика генетичних досліджень, медико-генетичного консультування та популяціоних скринінгових досліджень.
21. Людина і хвороба. Хвороба як переживання та поведінка людської особистості.
22. Медико-етична та правова оцінка помилки та ятрогенії в клінічній практиці.
23. Національні та міжнародні документи, що регулюють морально-етичну, професійну та правову діяльність медичного персоналу.
24. Біоетичні аспекти лікарського патерналізму у відносинах «лікар – хворий».

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека (11 ноября 1997 года) / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_575#Text
2. Етичні проблеми в медицині: сценарій online-курсу дисципліни для магістрів 1-3 курсів денної форми навчання галузі знань 22 «Охорона здоров'я» спеціальностей 221 «Стоматологія», 222 «Медицина», 226 «Фармація, промислова фармація», 228 «Педіатрія» / І. Г. Утюж, Н. В. Павленко. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2020. – 48 с.
3. Женевська декларація всесвітньої медичної асоціації / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2019/02/DoG-Ukrainian.pdf>
4. Закон України «Про безпеку та якість донорської крові та компонентів крові» / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/931>— Режим доступу: 20#n249
5. Закон України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2427-19#Text>
6. Запорожан В. М., Аряєв М. Л. Біоетика: підручник: пер. з укр. – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2005. – 296 с.
7. Запорожан В.М., Аряєв М.Л. Біоетика та біобезпека: підручник / В.М. Запорожан, М.Л. Аряєв. – К.: Здоров'я, 2013. – 456 с.
8. Ковальова О.М., Сафаргаліна-Корнілова Н.А., Герасимчук Н.М. Деонтологія в медицині: підручник. – Харків, 2014. – 258 с.
9. Кундієв Ю. Біоетика – веління часу [Електронний ресурс] / Ю. Кундієв // Вісник Національної академії наук України. – 2001. – № 11. – С. 11-16. – Режим доступу: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILEA=&2_S21STR=vnanu_2001_11_4
10. Малахов В. А. Етика: курс лекцій. навч. посібник. – 4-те вид. – К.: Либідь, 2002. – 384 с.
11. Міжнародний кодекс медичної етики / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://med.sumdu.edu.ua/images/content/doctors/Deontology/InternKodexEthics.pdf>
12. Місце ксенотрансплантації серед існуючих інших видів трансплантації [Електронний ресурс] / Супрун О.М, Свергунова А.О., Свергунов А.О. // Актуальні проблеми сучасної медицини. Випуск I, 2018 – Режим доступу: <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/734637.pdf>
13. Основи біобезпеки (екологічний складник) : навч. посіб. / Л. П. Новосельська, Т. Г. Іващенко, В. П. Гандзюра, О. П. Кулінич ; за заг. наук. ред. д.б.н. О. І. Бондаря. – К. : Інститут екологічного управління та збалансованого природокористування, 2017. – 180 с.

14. Семидоцька Ж. Д. Здоров'я людини і сучасні біомедичні технології : навч. посібник для студентів вищ. мед. навч. закладів / Ж. Д. Семидоцька, І. О. Чернякова, А. Б. Борзенко ; за ред. Ж. Д. Семидоцької. – Харків : ХНМУ, 2020. – 96 с.

15. Соціально-філософські та етичні проблеми медицини: навч. посібник / За заг. ред. А. П. Алексеенко, В. М. Лісового. – Харків: Колегіум, 2010. – 340 с.

16. Суліма Є. М. Глобальна етика: сутність і призначення [Електронний ресурс] / Є. М. Суліма. – Режим доступу: <https://core.ac.uk/download/pdf/268618771.pdf>

17. Сучасні проблеми біоетики: навч. посіб. для позааудитор. підгот. студ. спец. «Фармація», «Клінічна фармація», «Технологія парфумерно-косметичних засобів» / В. А. Мороз, В. В. Пропіснова, Д. В. Леонт'єв та ін.; За ред. В. А. Мороза. – Х.: Вид-во НФаУ, 2009. – 128 с.

18. Тофтул М. Г. Етика: навчальний посібник. – К.: Видавничий центр «Академія», 2005. – 416 с.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна:

1. Етичні проблеми в медицині: сценарій online-курсу дисципліни для магістрів 1-3 курсів денної форми навчання галузі знань 22 «Охорона здоров'я» спеціальностей 221 «Стоматологія», 222 «Медицина», 226 «Фармація, промислова фармація», 228 «Педіатрія» / І. Г. Утюж, Н. В. Павленко. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2020. – 48 с.
2. Білоконь С. В. Основи біоетики та біобезпеки: навчальний посібник / С. В. Білоконь – Одеса : Одеський національний університет імені І. І. Мечникова, 2017. – 155 с.
3. Запорожан В. М. Біоетика та біобезпека / В. М. Запорожан, М. Л. Аряєв. – К.: Здоров'я, 2013. – 456 с.
4. Ковальова О. М. Деонтологія в медицині: підручник / О. М. Ковальова, Н. А. Сафаргаліна-Корнілова, Н. М. Герасимчук. – Харків, 2014. – 258 с.

Додаткова:

1. Алексеєнко А. П., Лісовий В. М. Соціально-філософські та етичні проблеми медицини: навч. посібник / За заг. ред. А. П. Алексеєнко, В. М. Лісового. – Харків: Колегіум, 2010. – 340 с.
2. Балабай Я. В. Етика благоговіння перед життям Альберта Швейцера і професійна етика лікаря і фармацевта / Я. В. Балабай // Гілея: науковий вісник. – 2015. – Вип. 96. – С. 393-396. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/gileya_2015_96_100
3. Біоетика: від теорії до практики. – Київ : ВД «Авіцена», 2021. – 144 с.
4. Бернардо Джуліано. Біоетика. Філософське обґрунтування // Практична філософія. – 2001. – № 2. – С. 133-139.
5. Демченко В.К. Міжнародні юридичні аспекти біоетики // Антологія біоетики. – Львів. – 2003. – С. 87-90.
6. Кундієв Ю. І. Антологія біоетики / За ред. Ю.І. Кундієва. – Львів: БАК, 2003. – 592 с
7. Кундієв Ю. І. Сучасні проблеми біоетики / Ю. І. Кундієв, Л. А. Пиріг, С. В. Комісаренко та ін. ; за ред. Ю. І. Кундієва. – К.: "Академперіодика", 2009. – 278 с.
8. Москаленко В.Ф., Попов М. В. Біоетика. – Вінниця: НОВА КНИГА, 2005. – 218 с.
9. Мороз В. А., Пропіснова В. В., Леонтьєв Д. В. Проблеми біоетики: навч. посіб. для позааудитор. підгот. спец. «Фармація», «Клінічна фармація», «Технологія парфумерно-косметичних засобів» / В. А. Мороз, В. В. Пропіснова, Д. В. Леонтьєв та ін.; За ред. В. А. Мороза. – Х.: Вид-во НФаУ, 2009. – 128 с.
10. Островська Б. В. Міжнародно-правове регулювання права людини на життя в контексті біоетики: монографія. – Київ: Логос, 2019. – 604 с.
11. Семидоцька Ж. Д. Здоров'я людини і сучасні біомедичні технології : навч. посібник для студентів вищ. мед. навч. закладів / Ж. Д. Семидоцька, І. О.

Чернякова, А. Б. Борзенко ; за ред. Ж. Д. Семидоцької. – Харків : ХНМУ, 2020. – 96 с.

Законодавча база:

1. Декларація ООН про клонування людини (2005)
2. Етичний Кодекс лікаря України.
3. Женевська декларація ВМА (1948,1994).
4. Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину.
5. Загальна декларація про геном людини та права людини
6. Закон України «Про державну систему біобезпеки при створенні, випробуванні, транспортуванні та використанні генетично модифікованих організмів» (2007)
7. Закон України «Про проведення клінічних випробувань ствольових клітин» (2007)
8. Закон України «Про подальший розвиток медичної генетики і біоетики в Україні» (2000)
9. Наказ МОЗ України «Про подальший розвиток медичної генетики та біоетики в Україні»

Першоджерела:

1. Арістотель. Нікомахова етика / пер. з давньогр. В. Ставнюк. – К. : Аквілон-плюс, 2002. – 479 с.
2. Йонас Г. Принцип відповідальності. У пошуках етики для технологічної цивілізації / Г. Йонас.; пер. з нім. А. Єрмоленка. – К.: Лібра, 2001. – 400 с.
3. Платон. Держава / пер. з давньогр. та комент. Д.Коваль. – [2-ге вид.]. – К. : Основи, 2005. – 354 с.
4. Поппер К. Відкрите суспільство та його вороги / Карл Поппер. – К. : Основи, 1994. – Т.1,2.
5. Поттер В. Р. Біоетика – міст в майбутнє. – К.: Вид. В. Карпенко, 2002 – 216 с.
6. Фуко М. Історія сексуальності / М. Фуко. – Х. : Око, 1997.