

Світове Лікарське Товариство / World Medical Association (WMA)

Підручник з лікарської етики



éthique médicale medizinische Ethik
orvosi etika медицинская этика
éthique médicale الأخلاقيات الطبية
medicina médica 医の倫理
medisinsk etikk lékařský etika 醫療概念
Laeknisfræðileg siðfræði medische ethiek
medizinische Ethik الأخلاقيات الطبية
medical ethics Laeknisfræðileg siðfræði lääketieteen e
Medyczna etyka éthique médicale
医の倫理 orvosi etika
אתיקה רפואית Laeknisfræðileg siðfræði
lékafræði Medyczna etyka
Medisinsk etikk الأخلاقيات الطبية
ética médica 医の倫理
Laeknisfræðileg siðfræði الأخلاقيات الطبية
laäketieteen etiikka 醫學倫理



Студент-медик тримає новонародженого
© Роджер Болл/CORBIS

Світове Лікарське Товариство / World Medical Association (WMA)

Підручник з лікарської етики

Переклад з 2-го англійського видання 2009 року

за редакцією академіка АМН України,
Голови Комітету з лікарської етики
Всеукраїнського Лікарського Товариства (ВУЛТ)
Любомира ПИРОГА

© 2009 by The World Medical Association, Inc.

© 2009 ukrainian translational by Ukrainian Medical Association (UMA) / український переклад Всеукраїнського Лікарського Товариства (ВУЛТ).

© 2009 українське видання БФ «Третє Тисячоліття»

Усі права застережені. До 10 копій цього документу може бути зроблено для вашого некомерційного особистого вжитку, за умови, що честь віддається оригінальному джерелу. Ви повинні мати попередній письмовий дозвіл для будь-якого іншого відтворення, зберігання в пошуковій системі або передачі, в будь-якій формі чи будь-якими способами. Прохання щодо дозволу має бути спрямоване до Світового Лікарського Товариства: The World Medical Association, B.P. 63, 01212 Ferney-Voltaire Cedex, France; email: wma@wma.net, fax(+33)450-40-59-37.

Цей Підручник є публікацією Підрозділу з Етики Світового Лікарського Товариства (WMA). Він був написаний Джоном Р. Вілл'ємсом, керівником з етики WMA. Його зміст не обов'язково відображає політику WMA, за винятком того, де це ясно й точно вказано.

Переклад, видання і друк цього Підручника здійснено за фінансової підтримки Bundesärztekammer та Suomen Lääkäriliitto.

Обкладинка, макет і концепція Туулі Саурен,
Inspirit International Advertising, Бельгія.

Продукція і концепція: World Health Communication Associates,
Об'єднане королівство Великобританії та Північної Ірландії.

Знімки Van Parys Media/CORBIS

Фахове редагування українського тексту: Л.А.Пиріг, Ю.І.Кундієв,
С.В.Нечаїв, В.Д.Радчук, О.С.Мусій, Н.А.Крушинська.

Дані каталогу публікацій
Williams, John R. (John Reynold), 1942-
Medical ethics manual.

1. Біоетика. 2. Стосунки лікар-хворий – етика.
3. Лікарська роль. 4. Біомедичні дослідження – етика.
5. Міжпрофесійні стосунки. 6. Освіта, лікарська – етика.
7. Повідомлення випадків. 8. Підручники І. Титул.

ISBN 966-7756-10-6 (NLM classification: W 50)

ДО УКРАЇНСЬКОГО ВИДАННЯ ВСЕУКРАЇНСЬКОГО ЛІКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА (ВУЛТ)

Світове Лікарське Товариство (анг. **World Medical Association – WMA**) – не «Всесвітня Медична Асоціація», як інколи хибно перекладають, бо «всесвіт» більше ніж «світ», «медик» ширше ніж «лікар». Оскільки WMA об'єднує лише лікарів, а не всіх медиків, точніше користуватись назвою «**Світове Лікарське Товариство**». Саме «Товариство», а не «Асоціація», бо WMA об'єднує не асоціації, а національні лікарські організації, які в різних країнах частіше мають свої власні назви, які дуже умовно перекладаються англійською, як «association». Отож хибно і неграмотно в цьому контексті зворотно перекладати з англійської словом «асоціація» замість своїх національних відповідників у кожній країні.

Світове Лікарське Товариство (WMA) засновано ще 1947 року 27 країнами з метою об'єднання та захисту прав лікарів і пацієнтів, тепер нараховує 94 країни-члена. Штаб-квартира WMA знаходиться у Франції.

Світове Лікарське Товариство (WMA) є представником голосу лікарів більшості країн світу, незалежно від їхньої спеціальності, місця проживання чи практики, але вона об'єднує не окремих осіб, а лікарів, організованих у свої єдині національні лікарські об'єднання. У жовтні 2008 року в Сеулі (Південна Корея) на 59-му **Світовому Лікарському Зібранні** (анг. **World Medical Assembly**), щорічному форумі цієї загальнолікарської організації, Україну в особі Всеукраїнського Лікарського Товариства (ВУЛТ), як загальноукраїнської організації, нарешті прийняли у світову лікарську родину. Враховуючи багаторічну активну діяльність Всеукраїнського Лікарського Товариства, як на загальноукраїнському, так і на міжнародному рівні, рішення про повноправне членство України 87 членом Світового Лікарського Товариства (WMA) в цій потужній та впливовій світовій лікарській організації було прийнято одноголосно.

Наше членство в WMA відкриває для українських лікарів нові перспективи їхнього професійного росту та удосконалення, захисту прав лікарів і прав пацієнтів, розвитку лікарської етики. З метою адаптації українського законодавства в галузі охорони здоров'я до передових європейських та світових надбань, керуючись деклараціями Світового Лікарського Зібрання: Каліфорнійською (1986) стосовно незалежності і професійної свободи лікаря, Мадридською (1987) щодо необхідності самоврядування лікарської професії (професійної незалежності лікаря) та Сеульською (2008) про лікарське самоврядування, Всеукраїнське Лікарське Товариство за підтримки Національної ради з питань охорони здоров'я через Народних депутатів України (своїх членів) подало на розгляд Верховної Ради України законопроект «Про лікарське самоврядування».

Як один із напрямків співпраці зі Світовим Лікарським Товариством (WMA) Всеукраїнське Лікарське Товариство отримало дозвіл та авторські права на переклад і видання українською мовою цього «Підручника з лікарської етики».

Надзвичайно багато зробили для цього Генеральний секретар Світового Лікарського Товариства (WMA) доктор **Отмар Клойбер (Dr.Otmar Kloiber)**, Голова департаменту міжнародних зв'язків Німецького Лікарського Товариства (Bundesärztekammer – German Medical Association) доктор **Рамін Вальтер Парса-Парсі (Dr.Ramin Walter Parsa-Parsi)** та представник відділу міжнародних зв'язків Фінського Лікарського Товариства (Suomen Lääkäriliitto – Finnish Medical Association) пан **Юкка Сіукосаарі (Mr.Jukka Siukosaari)** за що Всеукраїнське Лікарське Товариство складає їм щонайщирішу подяку від імені українських лікарів, які, без сумніву, отримають неабияку користь від нашої спільної співпраці.

Всеукраїнське Лікарське Товариство (ВУЛТ) може пишатися тим, що Україні випала честь представити перший у світі переклад найновішого другого видання Підручника з лікарської етики («Medical Ethics Manual» 2nd edition), яке щойно оприлюднило Світове Лікарське Товариство (WMA).

Над українським перекладом та редагуванням працювало багато осіб. Найбільший вклад у його якість зробили академік НАН України та АМН України **Юрій Кундієв**, доцент Національного університету імені Тараса Шевченка **Віталій Радчук**, магістр управління охороною здоров'я **Станіслав Нечаїв**, доктор **Олег Мусій** та доктор **Ніна Крушинська**. Загальну редакцію здійснив академік АМН України **Любомир Пиріг**. Насамкінець хочемо подякувати усім, хто долучився до видання цього підручника. Зауваги та пропозиції просимо спрямовувати до Всеукраїнського Лікарського Товариства: 02160, м.Київ-160, а/с 96.



Президент ВУЛТ
Д-р Олег МУСІЙ



Голова Правління ВУЛТ
Д-р Станіслав НЕЧАЇВ

ВСЕУКРАЇНСЬКЕ ЛІКАРСЬКЕ ТОВАРИСТВО (ВУЛТ) (UKRAINIAN MEDICAL ASSOCIATION (UMA))

1910 – Руське (Українське) Лікарське Товариство у Львові.

1912 – Руське Лікарське Товариство у Львові перейменоване в Українське Лікарське Товариство у Львові.



1917 – Всеукраїнська Спілка Лікарів (Київ).

1939 – Українське Лікарське Товариство у Львові ліквідовано російською комуністичною владою.

1989 – Медична комісія Народного Руху України (Київ), оргкомітет Української Медичної Асоціації (УМА).

1990 – Перший (установчий) з'їзд Української Медичної Асоціації (УМА), на якому назву змінено на Всеукраїнське Лікарське Товариство (ВУЛТ), член Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (СФУЛТ) (Київ).

1992 – реєстрація Міністерством Юстиції України, Другий з'їзд ВУЛТ (Ужгород).

1993 – перереєстрація в Міністерстві Юстиції України.

1995 – Третій з'їзд ВУЛТ (Київ).

1997 – Четвертий з'їзд ВУЛТ (Київ).

1999 – П'ятий з'їзд ВУЛТ (Київ).

2001 – Шостий з'їзд ВУЛТ (Чернівці).

2003 – Сьомий з'їзд ВУЛТ (Тернопіль).

2005 – Восьмий з'їзд ВУЛТ (Івано-Франківськ).

2007 – Дев'ятий з'їзд ВУЛТ (Вінниця).

2008 – член Європейського Форуму Лікарських Товариств/ВООЗ (EFMA/WHO), Світового Лікарського Товариства (WMA), перереєстрація в Міністерстві Юстиції України.

2009 – Десятий з'їзд ВУЛТ (Євпаторія).

2010 – 100-річний ювілей ВУЛТ

(Всеукраїнського Лікарського Товариства).



ЗМІСТ

До українського видання ВУЛТ	3
Всеукраїнське Лікарське Товариство	6
Зміст	7
Подяки	10
Передмова	11
Вступ	13
• Що таке лікарська етика? • Чому вивчають лікарську етику? • Лікарська етика, лікарський професіоналізм, права людини та закон. • Заключення.	
Розділ 1 – Основні особливості лікарської етики	20
• Цілі. • Що особливого в медицині? • Що особливого в лікарській етиці? • Хто вирішує, що є етичним? • Чи змінюється лікарська етика? • Чи відрізняється лікарська етика в різних країнах? • Роль Світового Лікарського Товариства (WMA). • Як Світове Лікарське Товариство (WMA) вирішує, що є етичним? • Як окремі люди вирішують, що є етичним? • Заключення.	
Розділ 2 – Лікарі та хворі	38
• Цілі.	

- Розбір випадку №1.
- Що особливого у стосунках лікар-хворий?
- Повага і рівність у лікуванні.
- Спілкування і згода.
- Прийняття рішень за недієздатних хворих.
- Конфіденційність.
- Питання початку життя.
- Питання кінця життя.
- Повернення до розбору випадку.

Розділ 3 – Лікарі та суспільство..... 64

- Цілі.
- Розбір випадку №2.
- Що особливого у стосунках лікар-суспільство.
- Подвійна лояльність.
- Громадська охорона здоров'я.
- Глобальна охорона здоров'я.
- Повернення до розбору випадку.

Розділ 4 – Лікарі та колеги..... 82

- Цілі.
- Розбір випадку №3.
- Виклики до медичної влади.
- Стосунки з колегами-лікарями, викладачами та студентами.
- Сповідання про небезпечну або неетичну практику.
- Стосунки з іншими спеціалістами охорони здоров'я.
- Співробітництво.
- Вирішення конфлікту.
- Повернення до розбору випадку.

Розділ 5 – Етика і медичні дослідження..... 96

- Цілі.
- Розбір випадку №4.
- Важливість медичних досліджень.

- Дослідження в медичній практиці.
- Етичні вимоги.
- Схвалення комітету розгляду етики.
- Наукове достоїнство.
- Суспільна цінність.
- Ризики й вигоди.
- Інформована згода.
- Конфіденційність.
- Конфлікт ролей.
- Чесне повідомлення про результати.
- «Насвистування» (донесення).
- Невирішені питання.
- Повернення до розбору випадку.

Розділ 6 – Заключення..... 114

- Відповідальність та привілеї лікарів.
- Відповідальність перед собою.
- Майбутнє лікарської етики.

Додаток А – Словничок

(включає слова надруковані у тексті курсивом)..... 122

Додаток В – Ресурси з лікарської етики в Інтернеті..... 126

Додаток С – Світове Лікарське Товариство (WMA):

Резолюція про включення лікарської етики та прав людини у навчальні програми лікарських шкіл по всьому світу.

Світова федерація лікарської освіти (WFME):

Глобальні стандарти поліпшення якості – Базова лікарська освіта 128

Додаток D – Посилення викладання етики в вищих медичних навчальних закладах..... 129

Додаток E – Додаткові розбори випадків..... 131

ПОДЯКИ

Підрозділ з Етики Світового Лікарського Товариства глибоко вдячний наступним особам за надання розлогих вдумливих коментарів до раннього проекту цього Підручника:

Проф. Соллі Бенатар (Prof. Solly Benatar), Кейптаунський університет, Південна Африка;

Проф. Кеннет Бойд (Prof. Kenneth Boyd), Едінбурзький університет, Шотландія;

Д-р Аннетт Дж. Браунек-Мейєр (Dr. Annette J. Braunack-Mayer), Аделаїдський університет, Австралія;

Д-р Роберт Карлсон (Dr. Robert Carlson), Едінбурзький університет, Шотландія;

п. Сев Флюсс (Mr. Sev Fluss), Світове Лікарське Товариство (WMA) та CIOMS, Женева, Швейцарія;

Проф. Еугеніюс Ґефенас (Prof. Eugenijus Gefenas), Вільнюський університет, Литва;

Д-р Делон Г'юмен (Dr. Delon Human), Світове Лікарське Товариство (WMA), Форне-Вольтер, Франція;

Д-р Гіріш Боббі Капур (Dr. Girish Bobby Kapur), Університет Джорджа Вашингтона, Вашингтон, ОК, США;

Проф. Нуала Кенні (Prof. Nuala Kenny), Долхаузі університет, Галіфакс, Канада;

Проф. Черил Кокс Макферсон (Prof. Cheryl Cox Macpherson), Університет св. Ґеорґія, Ґренада;

п. Марайке Мьоллер (Ms. Mareike Moeller), Ганноверська вища медична школа;

Проф. Ференц Оберфранк (Prof. Ferenc Oberfrank), Угорська академія наук, Будапешт, Угорщина;

п. Атіф Рагман (Mr. Atif Rahman), Хіберський медичний коледж, Пешавар, Пакістан;

п. Мохамед Свайлем (Mr. Mohamed Swailem), Факультет медицини у Банзі, Банга, Єгипет, та його десять студентів які ідентифікували словниковий склад, що не був звичним особам, чия перша мова є іншою ніж англійська.

Підрозділ з Етики Світового Лікарського Товариства частково підтриманий необмеженим освітнім грантом від Джонсон&Джонсон.

ПЕРЕДМОВА

Д-р Делон Г'юмен (Dr. Delon Human),
Генеральний секретар,
Світове Лікарське Товариство

Неймовірно, що хоча засновники лікарської етики, такі, як Гіппократ, оприлюднили свої праці понад 2000 років тому, лікарська професія дотепер, не має основного, універсально вживаної навчальної програми викладання лікарської етики. Цей перший Підручник з лікарської етики Світового Лікарського Товариства має за мету заповнити таку прогалину. Який великий привілей представити його Вам!

Початок Підручника сягає 51-го Світового Лікарського Зібрання у 1999 році. Лікарі, які зібралися, представляючи лікарські товариства цілого світу, вирішили «наполегливо рекомендувати Лікарським Школам по всьому світі, щоб викладання лікарської етики та прав людини було включено, як обов'язковий курс до їхніх навчальних програм». В руслі цього рішення розпочався процес випрацювання основного навчального посібника з лікарської етики для всіх студентів-медиків та лікарів, який би базувався на політиці Світового Лікарського Товариства, не будучи власне політичним документом. Тому цей Підручник є наслідком всебічного глобального еволюційного та консультативного процесу, спрямовуваного та координованого Підрозділом з Етики Світового Лікарського Товариства.

Сучасна охорона здоров'я призводить до збільшення надзвичайно складних та багатогранних етичних дилем. Дуже часто лікарі не готові компетентно з цим упоратися. Ця публікація є специфічно побудованою, щоб посилити та зміцнити етичне мислення та етичну практику лікарів і надати інструменти, щоб знайти етичне вирішення цих дилем. Це не є перелік «правильного й помилкового», а спроба зробити чутливим сумління лікарів, що є основою для всякого правильного та етичного прийняття рішення. Насамкінець ви знайдете у цій книзі кілька розборів випадків у цій книзі, які призначені, щоб заохотити,

як індивідуальне розмірковування щодо етики, так і дискусії в групових засіданнях.

Як лікарі, ми знаємо, який великий привілей бути залученим у стосунки пацієнта й лікаря, унікальні стосунки, котрі полегшують обмін науковими знаннями та здійснення піклування в рамках етики й довіри. Підручник побудовано, щоб адресувати предмет обговорення, який стосується різних взаємин у які залучені лікарі, але в стрижні завжди будуть стосунки пацієнта й лікаря. Знедавна ці взаємини йдуть під тиском зумовленим засобами примусу та іншими чинниками, і цей Підручник показує необхідність зміцнення цього зв'язку через етичну практику.

Насамкінець, треба сказати про центральність пацієнта в будь-якій дискусії про лікарську етику. Більшість лікарських товариств визнають у своїй основоположній політиці, що етично, найважливіші інтереси індивідуального пацієнта повинні бути першорядними в будь-якому рішенні щодо медичної допомоги. Цей Підручник з лікарської етики Світового Лікарського Товариства (WMA) тільки тоді добре служитиме своїм цілям, якщо він допоможе підготуватись студентам медицини та лікарям до кращого орієнтування в багатьох етичних викликах, з якими ми зустрічаємось віч-на-віч у нашій повсякденній практиці та знайти ефективні шляхи **СТАВИТИ ХВОРОГО НА ПЕРШЕ МІСЦЕ**.

ВСТУП

ЩО ТАКЕ ЛІКАРСЬКА ЕТИКА?

Розгляньте наступні лікарські випадки, які можуть мати місце майже в будь-якій країні:

1. Д-р Р, досвідчений і вправний хірург наприкінці нічного чергування у середніх розмірів комунальній лікарні. Молода жінка доставлена у лікарню своєю матір'ю, яка опісля негайно від'їхала, сказавши медсестрі приймального відділення, що вона має наглядати за іншими своїми дітьми. Хвора мала вагінальну кровотечу і дуже страждала на біль. Д-р Р обстежив її і вирішив, що вона мала або переривання вагітності, або самочинний викидень. Він швидко зробив розширення і вишкрібання та сказав медсестрі запитати хвору чи має вона змогу залишитись у лікарні допоки буде безпечно її виписати. Д-р Q прийшов змінити Д-ра Р, який пішов додому не поговоривши з хворою.
2. Д-р S стає дуже розстроєна хворими, які приходять до неї перед чи після консультувань іншими працівниками охорони здоров'я щодо тієї самої недуги. Вона вважає це переведенням ресурсів охорони здоров'я, а також непродуктивним для здоров'я хворих. Вона вирішила не розмовляти з тими хворими, яких вона не лікуватиме в подальшому, якщо вони спостерігатимуться іншими лікарями-практиками щодо однієї й тієї ж недуги. Вона мала намір зробити пропозицію своєму національному лікарському товариству лобювати перед урядом, щоб запобігти неправильному розподілу ресурсів охорони здоров'я.
3. Д-р С, новопризначений в міську лікарню *анестезіолог**, стурбований поведінкою старшого хірурга в операційній. Хірург застосовує застарілі технології, що збільшують тривалість операції в результаті чого збільшується післяопераційний біль та подовжується час одужання. Крім того,

він часто грубо жартує з приводу хворих, що, очевидно, набридає асистуючим медсестрам. Як більш молодий член персоналу, д-р С неохочий критикувати хірурга особисто чи повідомляти про нього вищому начальству. Тим не менше він відчував, що він мусить щось зробити аби покращити ситуацію.

* Слова написані *курсивом* розтлумачені в словничку (Додаток «А»).

4. Д-р R, лікар загальної практики в маленькому містечку у сільській місцевості, запрошена контрактною дослідницькою організацією (C.R.O.) до участі у клінічних випробуваннях нових нестероїдних протизапальних ліків (NSAID) при остеоартриті. Їй запропонували суму грошей за кожного хворого, завербованого до дослідження. Представник C.R.O. запевнив її, що дослідження отримало усі необхідні затвердження, включно з комітету етичного нагляду. Д-р R ніколи не брала участі у дослідженнях перед цим і бажала мати таку можливість, особливо за додаткові гроші. Вона прийняла пропозицію без докладних довідок про наукові чи етичні аспекти дослідження.

Кожен з цих випадків запрошує до етичного розмірковування. Вони піднімають питання про **поведінку лікарів та прийняття рішень** – не наукові чи технічні питання такі, як, яким чином лікувати діабет, чи як виконати подвійний шунт, а питання про цінності, права та відповідальність. Лікарі зустрічаються з такими видами питань так само часто, як і з науковими чи технічними.

У лікарській практиці, незалежно від спеціальності чи посади, на деякі питання набагато легше відповісти, ніж на інші. Зіставлення простого переламу і зашивання простої рани ставлять небагато викликів перед лікарями, які звикли до виконання цих процедур. На іншому кінці спектру може бути велика невизначеність чи неузгодженість про те, як лікувати деякі хвороби, навіть звичайні, такі як туберкульоз та гіпертонія. Так само, етичні питання в медицині не всі в однаковій мірі

складні. На деякі з них досить легко відповісти, в основному тому, що існує добре розвинений *консенсус* щодо правильно-го шляху, як діяти в цій ситуації (наприклад, лікар повинен завжди узгодити з пацієнтом щодо його участі в якості суб'єкта дослідження). Інші є набагато складнішими, особливо ті, для яких не розроблений консенсус або коли всі альтернативи мають недоліки (наприклад, раціоналізація обмежених ресурсів охорони здоров'я).

Отже, що ж таке етика і як вона допомагає лікарям вирішувати такі питання? Простіше кажучи, етика є вивчення моральності – ретельне і систематичне відображення та аналіз моральних рішень і поведінки, чи то в минулому, теперішньому або майбутньому. Моральність є ціннісний вимір людських рішень і поведінки. Мова моральності включає іменники, такі, як «права», «відповідальності» і «чесноти» та прикметники, такі як «хороший» і «поганий» (або «злий»), «правильний» та «неправильний», «справедливий» і «несправедливий». Відповідно до цих визначень, етика є насамперед питанням **знання** тоді, як моральність є питанням **діяння**. Їх тісний взаємозв'язок полягає у значенні етики для надання розумних критеріїв для людей вирішувати або поводитись у певний спосіб радше, ніж в інший.

«...етика є вивчення моральності – ретельне і систематичне відображення та аналіз моральних рішень і поведінки»

З того часу, як етика охоплює всі аспекти людської поведінки та прийняття рішень, вона є дуже великим і складним полем вивчення з великою кількістю відгалужень та підрозділів. Цей Підручник зосереджується на **лікарській етиці**, відгалуженні етики, яка займається моральними питаннями в лікарській практиці. Лікарська етика тісно пов'язана, але не ідентична з *біоетикою* (біомедичною етикою). Якщо лікарська етика зосереджується головним чином на питаннях, що постають із практики медицини, біоетика є дуже широким предметом, який стосується моральних питань, що постають з розвитком біологічних наук більш загально. Біо-

етика також відрізняється від лікарської етики, оскільки вона не вимагає прийняття певних традиційних цінностей, котрі, як ми побачимо у другому розділі, є основоположними для лікарської етики.

Як академічна дисципліна, лікарська етика має розроблений свій власний спеціалізований словник, включаючи багато термінів, які були запозичені з філософії. Цей Підручник не передбачає будь-якого знайомства його читачів з філософією, і, отже, визначення ключових понять наводяться або там, де вони зустрічаються в тексті, або у словничку в кінці цього Підручника.

ЧОМУ ВИВЧАЮТЬ ЛІКАРСЬКУ ЕТИКУ?

«До того часу, поки лікар є обізнаним та вмілим клініцистом, етика не має значення».

«Етика вивчається в родині, а не в лікарській школі».

«Лікарська етика вивчається на підставі спостережень дій старших лікарів, а не з книг та лекцій».

«Етика є важливою, але наш навчальний план уже переповнений, і немає місця для викладання етики».

Це деякі з приводів, що виголошуються, аби не визнавати за етикою важливої ролі у навчальному плані лікарської школи. Кожен із них частково, але лише частково, справедливий. Дедалі більше по всіх світових лікарських школах розуміють, що вони повинні забезпечити своїм студентам достатньо часу і ресурсів для навчання етиці. Вони отримали сильні заохочення рухатися в цьому напрямку від таких організацій, як Світове Лікарське Товариство (WMA) та Світова федерація Лікарської Освіти (див. Додаток «С»).

Важливість етики у лікарській освіті буде обґрунтовано у цьому Підручнику. Підводячи підсумок, етика є і завжди була важливим компонентом лікарської практики. Етичні принципи, такі, як повага до людей, інформована згода і конфіденційність є

«Вивчення етики готує студентів-медиків розпізнавати важкі ситуації та мати справу з ними на раціональній і принциповій основі»

базовими для лікаря і пацієнта. Однак застосування цих принципів у певних ситуаціях часто проблематичне, оскільки лікарі, пацієнти і члени їхніх родин та інші працівники охорони здоров'я можуть не погодитися, як правильно діяти в певній ситуації. Вивчення етики готує студентів-медиків розпізнавати важкі ситуації та мати справу з ними на раціональній і принциповій основі. Етика також є

важливою для взаємодії лікарів із суспільством і своїми колегами, і для проведення медичних досліджень.

ЛІКАРСЬКА ЕТИКА, ЛІКАРСЬКИЙ ПРОФЕСІОНАЛІЗМ, ПРАВА ЛЮДИНИ ТА ЗАКОН

Як буде показано в першому розділі, етика є невід'ємною частиною медицини, принаймні з часів Гіппократа – грецького лікаря п'ятого століття до Р.Х. (до християнської ери), який вважається засновником лікарської етики. Від Гіппократа започаткована концепція медицини як **професії**, коли лікарі публічно обіцяли, що вони будуть ставити інтереси своїх пацієнтів вище своїх власних інтересів (див. третій розділ для подальших роз'яснень). Тісний взаємозв'язок етики та професіоналізму буде очевидним у цьому Підручнику.

Останнім часом лікарська етика була під великим впливом розвитку **прав людини**. У *плюралістичному* і багатокультурному світі, з багатьма різними моральними традиціями, основні міжнародні угоди в галузі прав людини можуть слугувати основою для лікарської етики, що є прийнятною через національні і культурні кордони. Крім того, лікарям часто доводиться мати справу з медичними проблемами, що виникають в результаті порушення прав людини, таких, як вимушена міграція та тортури. І на них значно вплинуло обговорення з приводу того, чи охорона здоров'я є одним із прав людини, оскільки відповідь на це питання у будь-якій окремій країні визначається значною

мірою тим, хто має доступ до медичного обслуговування. Цей Підручник буде приділяти пильну увагу питанням прав людини, як вони впливають на лікарську практику.

Лікарська етика також тісно пов'язана з **законом**. У більшості країн є закони, які визначають, як лікарі зобов'язані вирішувати етичні питання в лікуванні хворих і дослідженнях. На додаток, посадові особи з лікарського ліцензування та регулювання в кожній країні можуть карати і карають лікарів за етичні порушення. Але етика і закон не ідентичні. Досить часто етика приписує вищі стандарти поведінки, ніж закон, а іноді й етика вимагає, щоб лікарі не підкорялися законам, які вимагають неетичної поведінки. Крім того, закони однієї країни істотно відрізняються від іншої, тоді коли етика прийнятна через національні кордони. З цієї причини основна увага у цьому Підручнику приділяється радше етиці, ніж законові.

«...часто етика приписує вищі стандарти поведінки, ніж закон, а іноді й етика вимагає, щоб лікарі не підкорялися законам, які вимагають неетичної поведінки»

ЗАКЛЮЧЕННЯ

Медицина є як наукою так і мистецтвом. Наука має справу з тим, що може бути огляненим та виміреном, і компетентний лікар розпізнає ознаки захворювання і хвороби, і знає, як відновити хороше здоров'я. Але наукова медицина має свої межі, особливо у відношенні до людської індивідуальності, культури, релігії, свободи, прав і відповідальності. Мистецтво медицини включає застосування медичної науки і технології до окремих пацієнтів, родин та громад, жодне з яких не є ідентичним.

Найбільша частина відмінностей серед осіб, родин та громад не є фізіологічною, і в розпізнаванні та розгляді цих відмінностей велику роль відіграють мистецтво, гуманітарні і соціальні науки, разом із етикою. Дійсно, етика сама збагатилась знаннями і даними цих та інших дисциплін, наприклад, театральні презентації клінічних дилем можуть бути більш потужним стимулом для етичних роздумів і аналізу, ніж простий опис випадку.

Цей Підручник може бути тільки базовим вступом до лікарської етики і деяких з її центральних проблем. Він покликаний дати вам оцінити необхідність постійних роздумів про етичний вимір медицини, і особливо про те, як мати справу з етичними питаннями, з якими ви зустрінетесь у своїй власній практиці. Список ресурсів наводиться в Додатку «В», щоб допомогти вам поглибити ваші знання в цій галузі.

РОЗДІЛ ПЕРШИЙ – ОСНОВНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛІКАРСЬКОЇ ЕТИКИ





ЦІЛІ

Після опрацювання цього розділу ви повинні вміти:

- Пояснити, чому етика має важливе значення для медицини
- Виявити основні джерела лікарської етики
- Визначити різні підходи до прийняття етичних рішень, включаючи і ваш власний.

ЩО ОСОБЛИВОГО В МЕДИЦИНІ?

Усюди майже в усій писаній історії і, по суті, в кожній частині світу, існування лікаря означало щось особливе. Люди приходять до лікарів за допомогою зі своїми найбільш гнітючими потребами – полегшення від болю і страждання, відновлення здоров'я і благополуччя.

«Багато лікарів відчують, що вони більше не є так шановані, як були колись.»

Вони дозволяють лікарям дивитися, торкатися і маніпулювати кожною частиною їхнього тіла, навіть найбільш сокровеним. Вони поведуться так, тому що довіряють своїм лікарям діяти в їхніх найкращих інтересах.

Статус лікарів відрізняється залежно від країни і навіть усередині країни. Хоча взагалі він, здається, погіршується. Багато лікарів відчують, що вони більше не є так шановані, як були колись. У деяких країнах контроль над охороною здоров'я стійко відійшов від лікарів до професійних управлінців і бюрократів, деякі з них прагнуть бачити у лікарях перешкоду замість партнерів у реформах охорони здоров'я. Хворі, які мали звичку приймати призначення лікарів без питань, інколи просять лікарів захистити свої рекомендації, якщо вони відмінні від поради, отриманої від інших практиків охорони здоров'я або Інтернету. Деякі процедури, які колись виконували тільки лікарі, зараз робляться медичними техніками, медсестрами або парамедиками.

Всупереч цим змінам, що вдарили по статусу лікарів, медицина продовжує бути професією, яку високо цінують хворі люди, яким потрібні її послуги. Вона також продовжує приваблювати бага-

«...ознайомлення з очікуваннями як пацієнтів, так і студентів, важливо, що лікарі знають і наводять приклади основних цінностей медицини»

то найбільш обдарованих, працелюбних і відданих студентів. В порядку ознайомлення з очікуваннями як пацієнтів, так і студентів, важливо, що лікарі знають і наводять приклади основних цінностей медицини, особливо таких, як співчуття, компетентність і автономія. Ці цінності, разом з повагою до основних прав людини, слугують основою лікарської етики.

ЩО ОСОБЛИВОГО В ЛІКАРСЬКІЙ ЕТИЦІ?

Співчуття, компетентність і автономія не виняткові для медицини. Проте, очікується, що лікарі є прикладом цього до вищого ступеня, ніж інші люди, включаючи членів багатьох інших професій.

Співчуття, визначено, як розуміння і відношення до страждань іншої особи, необхідне для практики в медицині. Для того, щоб мати справу з проблемами хворого, лікар повинен ідентифікувати симптоми, які турбують хворого та причини, що лежать в їхній основі, а також повинен прагнути допомогти хворому досягти полегшення. Хворі краще піддаються лікуванню, якщо вони помічають, що лікар цінує їхнє ставлення і лікує їх а не тільки їхнє захворювання.

Від лікарів очікується і вимагається дуже високий ступінь **компетентності**. Недостатність компетентності може призводити до смерті або серйозної захворюваності для пацієнтів. Лікарі проходять тривалий період навчання, щоб опанувати компетентність, але, оцінюючи швидкий розвиток медичних знань, підтримування своєї компетентності є для них постійним викликом. Окрім того, це не тільки їхні наукові знання і технічні навички, які їм доводиться підтримувати, але й їхні етичні знання, навички і ставлення, з того часу, як виникають нові етичні питання у зв'язку зі змінами в лікарській практиці і суспільно-політичному оточенні.

Автономія або самовизначення – основна цінність медицини, яка найбільше змінилася за останні роки. Індивідуальні лікарі традиційно мають задоволення високим ступенем клінічної автономії в рішенні, як лікувати своїх хворих. Лікарі колективно

ЖЕНЕВСЬКА ДЕКЛАРАЦІЯ СВІТОВОГО ЛІКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА

У цей час будучи прийнятим у члени лікарської професії:

Я УРОЧИСТО ЗОБОВ'ЯЗУЮСЬ присвятити своє життя службі людству;

Я ВІДДАМ моїм вчителям належну повагу і подяку;

Я ПРАЦЮВАТИМУ в своїй професії сумлінно і з гідністю;

ЗДОРОВ'Я МОГО ХВОРОГО буде моєю першою турботою;

Я ПОВАЖАТИМУ таємниці, які довіряють мені, навіть після того, як хворий помер;

Я ПІДТРИМУВАТИМУ всіма засобами, які в моїх силах, честь і шляхетні традиції лікарської професії;

МОЇ КОЛЕГІИ будуть моїми сестрами та братами;

Я НЕ ДОЗВОЛЯТИМУ міркуванням віку, хвороби або інвалідності, віросповідання, етнічного походження, статі, громадянства, політичних переконань, раси, статевої орієнтації або суспільного становища чи будь-якого іншого чинника втрутитися між моїм обов'язком і моїм хворим;

Я ПІДТРИМУВАТИМУ всю можливу повагу до людського життя;

Я НЕ ВИКОРИСТОВУВАТИМУ свої лікарські знання для порушення прав людини і громадянських свобод, навіть під загрозою;

Я РОБЛЮ ЦІ ОБІЦЯНКИ урочисто, добровільно і з честю.

(лікарська професія) були вільні визначати стандарти лікарської освіти і лікарської практики. Як буде унаочнено всюди в цьому Підручнику, обидва ці шляхи здійснення лікарської автономії були стримані в багатьох країнах урядами та іншими владними органами, що нав'язують контроль над лікарями. Незважаючи на ці виклики, лікарі все ще цінують свою клінічну і професійну автономію і пробують зберегти її якомога більше. У той же час, було всемірно поширеним прийняття лікарями у всьому світі автономії хворих, яка означає, що хворі мають бути тими, хто приймає остаточні рішення, які стосуються них самих. Цей Підручник подасть приклади потенційних конфліктів між автономією лікаря і повагою до автономії хворих.

Окрім прихильності до цих трьох основних цінностей, лікарська етика відрізняється від застосовуваної до кожного загальної етики, публічним *визнанням* у присязі, такий як **Женевська Декларація** Світового Лікарського Товариства, та/або кодексі. Присяги і кодекси відмінні у різних країнах і навіть у межах однієї країни, але вони мають багато спільних особливостей, включаючи обіцянки, що лікарі вважатимуть інтереси своїх пацієнтів вищими за власні, не дискримінуватимуть пацієнтів на підставі раси, релігії або інших прав людини, захищатимуть конфіденційність інформації хворого і забезпечуватимуть невідкладну медичну допомогу будь-кому у потребі.

ХТО ВИРІШУЄ, ЩО Є ЕТИЧНИМ?

Етика *плюралістична*. Окремі люди незгодні між собою про те, що правильне і що помилкове, і навіть, коли вони згодні, це може бути з різних причин. У деяких суспільствах ця неузгодженість вважається нормальною, і там є багато свободи дій, проте бажання одного поширюється, поки це не порушує права інших. У більш традиційних суспільствах, проте, є більша узгодженість щодо етики і більший суспільний тиск, іноді підтримуваний законами, щоб діяти у певний спосіб, а не інакше. У таких суспільствах культура і релігія часто грають домінуючу роль у визначенні етичної поведінки.

Відповідь на питання, “хто вирішує, що є етичним для людей взагалі?” тому змінюється в різних суспільствах і навіть у меж-

ах того ж самого суспільства. У ліберальних суспільствах, окремі особи мають велику свободу вирішувати для себе, що є етичним, хоча на них, імовірно, впливатимуть їхні сім'ї, друзі, релігія, ЗМІ і інші зовнішні джерела. У більш традиційних суспільствах, сім'ї і старійшини кланів, релігійна влада і політичні лідери зазвичай грають більшу роль, ніж окремі особи, у визначенні, що є етичним.

Не зважаючи на ці відмінності, здається, що більшість людей можуть погодитися щодо декількох основоположних етичних принципів, а саме, основних прав людини, проголошених в **Універсальній Декларації Прав Людини** Організації Об'єднаних Націй і інших широко застосовуваних і офіційно схвалених документах. Права людини, які особливо важливі для лікарської етики, включають право на життя, на свободу від дискримінації, тортур і жорстокого, нелюдяного або погіршувального лікування, на свободу думки і її вираження, на рівний доступ до суспільних послуг у своїй країні, і до медичної допомоги. Для лікарів питання, "хто вирішує, що є етичним?" донедавна мало дещо іншу відповідь, ніж для людей взагалі. За сторіччя лікарська професія розвинула свої власні стандарти поведінки для своїх членів, які виражаються в кодексах етики і споріднених політичних документах. На глобальному рівні Світове Лікарське Товариство (WMA) сформулювало широкий ряд етичних заяв, що конкретизують поведінку, обов'язкову для лікарів, байдуже де вони живуть і практикують. У багатьох, якщо не більшості, країнах лікарські товариства відповідальні за розвиток і дотримання відповідних етичних стандартів. Залежно від підходу країни до лікарського закону, ці стандарти можуть мати узаконений статус.

Привілей лікарської професії – можливість визначати свої власні етичні стандарти, проте, ніколи не був абсолютним. Наприклад:

- Лікарі завжди підлягали загальним законам краю та іноді каралися за діяльність суперечливу цим законам.
- На деякі лікарські організації сильно впливають релігійні

вчення, які нав'язують, окрім загально застосовуваних до всіх лікарів, додаткові зобов'язання своїм членам.

- У багатьох країнах організації, які встановлюють стандарти для поведінки лікаря і відстежують їх дотримання, за раз мають істотне нелікарське членство.

Етичні директиви лікарських товариств загальні за своєю природою; вони не повинні стосуватися кожного випадку, з яким лікарі можуть стикатися у своїй лікарській практиці. У більшості ситуацій лікарі мають вирішувати для себе, як діяти правильно, але у прийнятті рішень корисно знати, що б інші лікарі зробили в подібних ситуаціях. Лікарські кодекси етики і заяви проводжуваної політики відображають загальну згоду щодо шляху, як лікарі мають діяти, і вони мають їм слідувати, доки не буде поважних причин діяти інакше.

«...у прийнятті рішень корисно знати, що б інші лікарі зробили в подібних ситуаціях.»

ЧИ ЗМІНЮЄТЬСЯ ЛІКАРСЬКА ЕТИКА?

Може бути невеликий сумнів, що деякі аспекти лікарської етики змінилися за ці роки. Донедавна лікарі мали право і обов'язок вирішувати, як пацієнтів потрібно лікувати, і не було ніякого зобов'язання отримувати інформовану згоду хворого. На противагу, версія 2005 року **Декларації про Права Хворого** Світового Лікарського Товариства (WMA) починається з такої заяви: «Стосунки між лікарями, їхніми хворими і широким суспільством в останні часи зазнають істотних змін. Тоді як лікар повинен завжди діяти згідно свого сумління і завжди в найвищих інтересах хворого, таке ж зусилля повинне бути зроблене, щоб гарантувати хворому автономію і справедливість.»

Багато осіб зараз вважають, що вони є власними надавачами первинної медичної допомоги і що роль лікарів – діяти, як їхні

консультанти чи інструктори. Хоча цей акцент на самолікуван-
ня далекий від універсального, це, здається, поширюється і є
симптоматичним для загальної еволюції у стосунках хворий-
лікар, що є джерелом різних етичних зобов'язань насамперед
для лікарів.

Донедавна лікарі загалом вважали себе *підзвітними* тільки
перед собою, перед своїми колегами по лікарській професії
і, для релігійно віруючих, перед Богом. Нині вони мають до-
даткову підзвітність – перед
своїми хворими, перед третіми
сторонами, такими, як лікарні,
і організації, *що керують охо-
роною здоров'я*, перед орґана-
ми лікарського ліцензування
і реґулювання, і часто перед
судами загального права. Ця
різноманітна підзвітність може
конфліктувати одна з одною,
що буде очевидним в обговоренні подвійної лояльності у Тре-
тьому Розділі.

«...різноманітна
підзвітність може
конфліктувати одна
з одною»

Лікарська етика змінилася в інших напрямках. Участь в аборті
була заборонена в лікарських кодексах етики донедавна, але
зараз, за певних умов, толерується лікарською професією у
багатьох країнах. Тоді як у традиційній лікарській етиці єдина
відповідальність лікарів була перед їхніми особистими хвори-
ми, нині загалом погоджено, що лікарі повинні також розгляда-
ти потреби суспільства, наприклад, в розміщенні недостатніх
ресурсів охорони здоров'я (порівн. Розділ Три).

Проґрес у медичній науці і технології піднімає нові етичні пи-
тання, на які не може дати відповідь традиційна лікарська ети-
ка. Допоміжна репродукція, ґенетика, медична інформатика і
життєпродовжувальні та підсилювальні технології, все, де ви-
магається участь лікарів, мають великий потенціал для корис-
ті хворих, але й потенціал для шкоди залежно від того, як вони
здійснюються на практиці. Щоб допомогти лікарям вирішити,
чи вони повинні брати участь в цих діях і за яких умов, лікар-

ським товариствам потрібно використовувати різні аналітичні методи, ніж просто покладатися на існуючі кодекси етики.

Не зважаючи на ці очевидні зміни в лікарській етиці, серед лікарів існує широко поширена узгодженість, які фундаментальні цінності і етичні принципи медицини не змінювати або найменше змінювати. Оскільки неминуче, що людям завжди загрожуватимуть хвороби, вони продовжуватимуть мати потребу у співчутливих, компетентних і автономних лікарях, які турбуватимуться про них.

ЧИ ВІДРІЗНЯЄТЬСЯ ЛІКАРСЬКА ЕТИКА В РІЗНИХ КРАЇНАХ?

Так, як лікарська етика з часом може змінитись і змінюється у відповідь на розвиток медичної науки і технології, в соціальних цінностях, так вона відрізняється в різних країнах залежно від цих самих чинників. Щодо евтаназії, наприклад, існує істотна різниця думок серед національних лікарських товариств. Деякі товариства засуджують її, інші ставляться нейтрально, і щонайменше, одне Королівське Голландське Лікарське Товариство приймає її за певних умов. Також, щодо доступності охорони здоров'я, деякі національні товариства підтримують рівність усіх громадян, тоді як інші готові толерувати великі нерівності. У деяких країнах існує значний інтерес до етичних питань, поставлених передовою медичною технологією, тоді як у країнах, що не мають доступу до такої технології, ці етичні питання не виникають.

Лікарі в деяких країнах упевнені, що їх не примусить їхній уряд вчинити що-небудь неетичне, тоді як в інших країнах їм може бути важко відповісти їхнім етичним зобов'язанням, наприклад, підтримувати конфіденційність хворих перед лицем вимог поліції або армії повідомляти про «підозрілі» пошкодження. Хоча ці відмінності, можливо, здаються істотними, подібностей набагато більше. Лікарі в усьому світі мають багато спільного і коли вони входять разом в організації такі, як Світове Лікарське Товариство (WMA), вони зазвичай досягають узгодження із суперечливих етичних питань, що часто вимагає тривалих

дебатів. Основоположні цінності лікарської етики такі, як співчуття, компетентність і автономія, разом з досвідом лікарів і навичками в усіх аспектах медицини і охорони здоров'я, забезпечують міцну основу для аналізу етичних питань в медицині і досягнення рішень в кращих інтересах окремих хворих, громадян і охорони здоров'я взагалі.

РОЛЬ СВІТОВОГО ЛІКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА (WMA)

Як єдина міжнародна організація, яка прагне представити всіх лікарів без огляду на національність чи спеціальність, Світове Лікарське Товариство (WMA) взяло на себе роль встановлення загальних стандартів у лікарській етиці, які застосовувані в усьому світі. Від свого початку в 1947 році воно працювало, щоб запобігти будь-якому повторенню неетичної поведінки, проявленої лікарями в Нацистській Німеччині та деінде. Першим завданням Світового Лікарського Товариства (WMA) було осучаснити Присягу Гіппократа для використання у ХХ-му столітті; результатом була **Женевська Декларація**, прийнята на 2-му Загальному Зібранні Світового Лікарського Товариства (WMA) в 1948 році. Відтоді вона була переглянена кілька разів, найбільше – нещодавно у 2006 році. Другим завданням був розвиток **Міжнародного Кодексу Лікарської Етики**, який був прийнятий на 3-му Загальному Зібранні у 1949 році і переглянений у 1968, 1983 та 2006 роках. Цей кодекс нині піддається подальшому переглядові. Наступним завданням було розвивати етичні настанови для досліджень на людських суб'єктах. Це забрало набагато більше часу, ніж перші два документи; настанов не було аж до 1964 року, коли вони були прийняті, як **Гельсінкська Декларація**. Цей документ також зазнає періодичних переглядів, найбільше нещодавно у 2000 році.

«...Світове
Лікарське
Товариство (WMA)
взяло на себе
роль встановлення
загальних
стандартів у
лікарській етиці,
які застосовувані в
усьому світі.»

Додатково до цих основоположних етичних заяв Світове Лікарське Товариство (WMA) прийняло політичні заяви з понад 100 специфічних питань, більшість із яких етичні з природи, тоді як інші стосуються соціо-медичних тем, включаючи медичну освіту і систему охорони здоров'я. Щорік Загальне Зібрання Світового Лікарського Товариства (WMA) переглядає деякі питання існуючої політики та/або приймає нові.

ЯК СВІТОВЕ ЛІКАРСЬКЕ ТОВАРИСТВО (WMA) ВИРІШУЄ, ЩО Є ЕТИЧНИМ?

Досягнення міжнародної узгодженості зі суперечливих етичних питань не є легким завданням, навіть у межах відносно згуртованої групи, такої, як лікарі. Світове Лікарське Товариство (WMA) запевняє, що його етичні політичні заяви відображають згоду, вимагаючи 75% голосів на користь будь-якої нової або перегляненої політики на його щорічних Зібраннях. Попередня умова для досягнення цього ступеня узгодженості – поширені консультації проєктів заяв, ретельний розгляд коментарів, отриманих Комітетом з Лікарської Етики Світового Лікарського Товариства (WMA) та, іноді, спеціально призначеною робочою групою з цього питання, для зміни проєкту заяви і, часто, подальших консультацій. Процес може бути тривалим, залежно від складності та/або новизни питання. Наприклад, найостанніший перегляд **Гельсінкської Декларації** був розпочатий ще аж у 1997 році та завершився тільки у жовтні 2000 року. Навіть тоді непересічні питання залишилися і вони продовжували вивчатися Комітетом з Лікарської Етики та наступними робочими групами.

«Досягнення міжнародної узгодженості зі суперечливих етичних питань не є легким завданням»

Хороший процес є необхідним, але це не гарантує добрий результат. У вирішуванні, що є етичним, Світове Лікарське Товариство (WMA) наслідує давній традиції лікарської

етики, як відображено в його попередніх етичних заявах. Воно також бере до уваги інші позиції щодо теми обговорення, як національних, так і міжнародних організацій і осіб з досвідом у етиці. З деяких питань, таких, як інформована згода, Світове Лікарське Товариство (WMA) знаходить своє власне бачення в узгодженості з більшістю поглядів. З інших, таких, як конфіденційність особистої медичної інформації, позиція лікарів, можливо, має бути потужно підтримана проти їхніх урядів, адміністраторів системи охорони здоров'я та/або комерційних підприємств. Визначальна особливість підходу Світового Лікарського Товариства (WMA) до етики – це пріоритет, що воно надає індивідуальному хворому або суб'єкту дослідження. При проголошенні **Женевської Декларації**, лікар обіцяє «Здоров'я мого хворого буде моєю першою турботою».

«З деяких питань, ... позиція лікарів, можливо, має бути потужно підтримана проти їхніх урядів, адміністраторів системи охорони здоров'я та/або комерційних підприємств.»

І **Гельсінкська Декларація** встановлює: «У медичному дослідженні, яке включає людських суб'єктів, благополуччя окремого суб'єкту дослідження мусить передувати всім іншим інтересам.»

ЯК ОКРЕМІ ЛЮДИ ВИРІШУЮТЬ, ЩО Є ЕТИЧНИМ?

Для окремих лікарів і студентів-медиків лікарська етика не полягає просто в слідуванні реко-

«Окремі особи остаточно відповідальні за прийняття їхніх власних етичних рішень і за їхнє втілення.»

мендаціям Світового Лікарського Товариства (WMA) або інших лікарських організацій.

Ці рекомендації зазвичай загальні у своїй природі, і окремим особам потрібно визначити, застосовувати їх чи ні до наявної ситуації. Окрім того, багато етичних питань виникає у

лікарській практиці, для яких немає ніяких порад від лікарських товариств. Окремі особи остаточно відповідальні за прийняття їхніх власних етичних рішень і за їхнє втілення.

Є різні шляхи підходів до етичних питань, такі як у випадках на початку цього Підручника. Вони можуть ділитися грубо на дві категорії: *нераціональні* і *раціональні*. Важливо зазначити, що *нераціональне* не означає *ірраціональне*, а просто, що воно повинно бути відмінним від систематичного, яке відображає використання причини у прийнятті рішення.

Нераціональні підходи:

- **Слухняність** – звичайний шлях прийняття етичних рішень, особливо дітьми і тими, хто працює в авторитарних структурах (приміром, військо, поліція, деякі релігійні організації, багато бізнес-структур). Моральність полягає в дотримуванні правил або інструкцій тих, хто при владі, погоджуєтеся ви з ними чи ні.
- **Імітація** подібна до слухняності в тому, що вона підпорядковує чиєсь судження про правильне і неправильне до думки іншої людини, в даному випадку, це рольова модель. Моральність полягає в наслідуванні прикладу рольової моделі. Це, можливо, було найзвичнішим шляхом вивчення лікарської етики цілеспрямованими лікарями з рольовими моделями, що були старшими консультантами, а способом морального навчання було спостереження і засвоєння цінностей, які змальовувались.
- **Відчуття або бажання** – суб'єктивний підхід до прийняття моральних рішень і поведінки. Що є правильним – те, що відчувається правильним або задовольняє чиєсь бажання; що є неправильним – те, що відчувається неправильним або робить марним чиєсь бажання. Міра моральності знаходиться в межах кожного індивідуума і, звичайно, може дуже відрізнятись від одного індивідуума до іншого і навіть у межах того ж самого індивідуума з часом.

- **Інтуїція** – негайне сприйняття правильного шляху до дії в певній ситуації. Вона подібна до бажання і тому вона є цілком суб'єктивною; проте, вона відрізняється через своє зародження радше в розумі, ніж у волі. Такою мірою вона підходить ближче до раціональних форм прийняття етичного рішення, ніж слухняність, імітація, відчуття і бажання. Проте, вона не є ні систематичною, ні зворотною, а спрямовує моральні рішення через простий спалах осяяння. Подібно до відчуття і бажання, вона може дуже відрізнитись від одного індивідуума до іншого, і навіть в межах того ж самого індивідуума з часом.
- **Звичка** – дуже ефективний метод прийняття моральних рішень відтоді, як немає потреби повторювати систематичний процес прийняття рішення щоразу, коли моральне питання постає подібним до того, з яким мали справу попередньо. Проте, є погані звички (наприклад, обманювати), так як і добрі (наприклад, говорити правду); окрім того, ситуації, які здаються подібними, можливо, вимагають значно відмінних рішень. Так зручно, як є звичка, але, не можна опирати на неї всю свою довіру.

Раціональні підходи:

Як вивчення моральності, етика визнає перевагу цих нераціональних підходів до прийняття рішень і поведінки. Проте, вона перш за все зацікавлена раціональними підходами. Чотири такі підходи – деонтологія, консеквентіалізм, принциповість і етика чеснот:

- **Деонтологія** залучає пошук обґрунтованих правил, які можуть слугувати підставою для прийняття моральних рішень. Прикладом такого правила є «Лікувати всіх людей, як рівних.» Його основа може бути релігійною (наприклад, віра, що всі Божі людські створіння є рівними) або нерелігійною (наприклад, у людей містяться майже всі ті ж самі гени). Як тільки правила встановлені, вони мають бути застосовані в специфічних ситуаціях, і тут часто є простір

для неузгодженості щодо вимог (наприклад, чи правило проти вбивства іншої людської істоти забороняє аборт або вищу міру покарання).

- **Консеквентіалізм** (від англ. **consequentialism**: від лат. *consequens*, *-ntis* – наслідок, логічний висновок) **послідовництво, наслідківство** базує прийняття етичних рішень на аналізі вірогідних наслідків або результатах різних виборів і дій. Правильна дія – це те, що дає кращі результати. Звичайно може бути неузгодженість про те, що вважати добрим результатом. Одна з найбільш відомих форм консеквентіалізму, називається **утилітаризм**, вживає «корисність» як його міру і визначає це як «найбільше благо для найбільшого числа». Інші мірила результатів, використовувані у прийнятті рішень в охороні здоров'я, включають рентабельність і якість життя, вимірювану в QALYs (quality-adjusted life-years – роки життя визначені якістю) або DALYs (disability-adjusted life-years – роки життя визначені непрацездатністю). Прихильники консеквентіалізму загалом не використовують багато принципів; їх дуже важко ототожнювати, пріоритизувати і застосовувати, і так чи інакше вони не беруть до уваги, що, на їхній погляд, дійсне в питанні прийняття моральних рішень, тобто, результати. Проте, ця засада з відхиленням убік від принципів залишає консеквентіалізм відкритим до звинувачення, що він приймає те, що «результат виправдовує засоби», наприклад, що особистими правами людини можна пожертвувати, аби досягти соціальної мети.
- **Принциповість, принцип(ов)ізм** (від англ. **principlism**: від англ. **principle** – принцип, засада) **засадництво**, оскільки це поняття означає використання етичних принципів як підстави для прийняття моральних рішень. Він застосовує ці принципи до окремих випадків або ситуацій для того, щоб визначити, як правильно зробити, беручи до уваги і правила, і наслідки. Принцип(ов)ізм був надзвичайно впливовим у недавніх етичних дебатах, особливо в США. Чотири принципи зокрема, повага до автономії, милосер-

дя, *незашкодність* і *справедливість* були ідентифіковані як найважливіші для прийняття етичного рішення в лікарській практиці. Принципи дійсно грають важливу роль в раціональному прийнятті рішення. Проте, вибір цих чотирьох принципів, і особливо пріоритизація поваги до автономії над іншими, є віддзеркаленням Західної ліберальної культури і не обов'язково є універсальним. Окрім того, ці чотири принципи часто зіштовхуються в окремих ситуаціях і є потреба в деяких критеріях або процесі для розв'язання таких конфліктів.

- **Етика чеснот** зосереджується менше на прийнятті рішення і більше на характері тих, хто приймає рішення, що відображено в їхній поведінці. Чеснота – вид моральної переваги. Як зазначалось вище, одна з чеснот, яка особливо важлива для лікарів – це співчуття. Інші включають чесність, розсудливість і присвячення. Лікарі, які володіють цими чеснотами більше схильні приймати хороші рішення і втілювати їх у належний спосіб. Проте, навіть чеснотливі особи часто невпевнені, як діяти в окремих ситуаціях і не вільні від прийняття неправильних рішень.

Жоден з цих чотирьох підходів, або інші, що були запропоновані, не здобув універсальної згоди. Окремі люди відрізняються між собою в їх схильності до раціонального підходу до прийняття етичних рішень, так же само вони схильні до нераціонального підходу. Це може бути пояснене частково фактом, що кожен підхід має як сильні сторони, так і слабкі. Можливо, комбінація всіх чотирьох підходів, яка включає кращі особливості кожного, є найкращим способом прийняти етичні рішення раціонально. Це б серйозно врахувало правила і принципи, ідентифікуючи їх, як найдоречніші для наявної ситуації чи випадку, і намагаючись втілювати їх, по можливості, до щонайбільшої величини. Це б також розглядало вірогідні наслідки альтернативних рішень і визначило, які наслідки були б найкращі. Насамкінець, це б була спроба гарантувати, що поведінка того, хто приймає рішення, як в наближенні до рішення, так і у його впровадженні є чудовою. Такий процес міг охопити наступні кроки:

1. Визначте, чи наявне питання є етичним.
2. Консультуйтеся авторитетними джерелами, такими як кодекси з етики лікарських товариств і поліси, порадами поважних колеґ, щоб подивитися, як лікарі справляються з такими питаннями.
3. Розгляньте альтернативні рішення у світлі принципів і цінностей, які вони підтримують і їхні вірогідні наслідки.
4. Обговоріть своє запропоноване рішення з тими, на кого це впливатиме.
5. Прийміть своє рішення і дійте відповідно до нього, з чутливістю до інших впливів.
6. Оцініть своє рішення і будьте готовим, щоб діяти інакше в майбутньому.

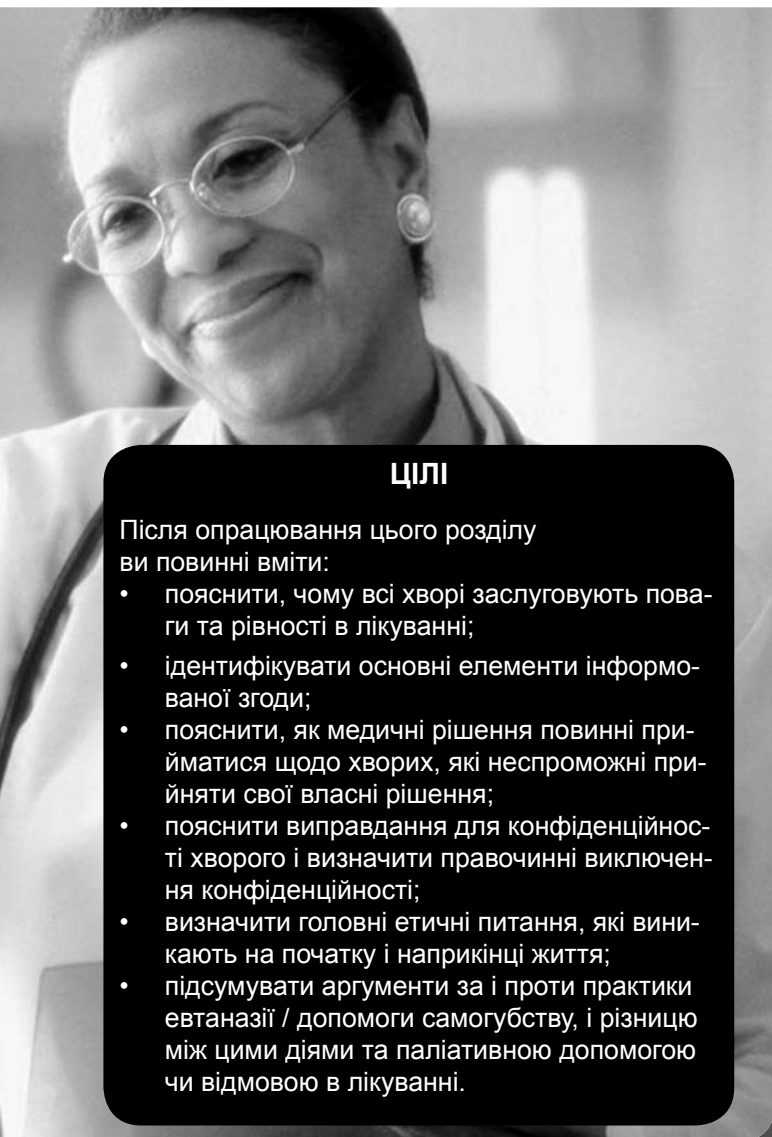
ЗАКЛЮЧЕННЯ

Цей розділ встановлює терен для наступного. Маючи справу з особливими питаннями в лікарській етиці, добре мати на увазі, що лікарі зустрічалися з багатьма таких ж самими питаннями впродовж історії і що їхній накопичений досвід і мудрість можуть бути дуже цінними сьогодні. Світове Лікарське Товариство (WMA) та інші лікарські організації несуть цю традицію і забезпечують дуже корисне етичне керівництво для лікарів. Проте, не зважаючи на велику міру узгодженості серед лікарів з етичних питань, окремі особи можуть і не погоджуватись, як мати справу зі специфічними випадками. Окрім того, погляди лікарів можуть бути вельми відмінні від поглядів пацієнтів та інших надавачів послуг в охороні здоров'я. Як перший крок у вирішенні етичних конфліктів, для лікарів важливо зрозуміти різні підходи до прийняття етичного рішення, включаючи їхній власний і тих людей, з якими вони взаємодіють. Це допоможе їм визначити для них самих кращий спосіб діяти і пояснити їхнє рішення іншим.

ДРУГИЙ РОЗДІЛ – ЛІКАРІ ТА ХВОРІ



Співчутливий лікар
© Хосе Луїс Пелаес, Inc./CORBIS



ЦІЛІ

Після опрацювання цього розділу ви повинні вміти:

- пояснити, чому всі хворі заслуговують поваги та рівності в лікуванні;
- ідентифікувати основні елементи інформованої згоди;
- пояснити, як медичні рішення повинні прийматися щодо хворих, які неспроможні прийняти свої власні рішення;
- пояснити виправдання для конфіденційності хворого і визначити правочинні виключення конфіденційності;
- визначити головні етичні питання, які виникають на початку і наприкінці життя;
- підсумувати аргументи за і проти практики еутаназії / допомоги самогубству, і різницю між цими діями та паліативною допомогою чи відмовою в лікуванні.

РОЗБІР ВИПАДКУ № 1

Д-р Р, досвідчений і вправний хірург, приблизно наприкінці закінчення нічного чергування в середньої величини комунальній лікарні. Молоду жінку приводить у лікарню її матір, яка відразу після цього залишає хвору повідомляючи медсестру приймального відділення, що вона повинна піклуватися про інших своїх дітей. Хвора має вагінальну кровотечу і сильний біль. Д-р Р оглядає її і вирішує, що у неї, можливо, переривання або самочинний викидень. Він робить швидке розширення і вишкрібання, і каже медсестрі запитати хвору, чи вона може дозволити собі залишатися в лікарні до того часу, коли виписати її буде безпечно. Д-р Q прибуває змінити д-ра Р, який іде додому, не розмовляючи з хворою.

ЩО ОСОБЛИВОГО У СТОСУНКАХ ЛІКАР-ХВОРИЙ?

Стосунки лікар-хворий є наріжним каменем лікарської практики, а отже, і лікарської етики. Як зазначалося вище, **Женевська декларація** вимагає від лікаря, що «Здоров'я мого хворого буде моєю першою турботою», і **Міжнародний кодекс лікарської етики** говорить: «Лікар/лікарка зобов'язується перед своїми хворими повною лояльністю і всіма доступними йому/їй науковими ресурсами». Як уже говорилося в першому розділі, традиційна інтерпретація стосунку лікар-хворий, як патерналістського, в якому лікар приймає рішення і хворий кориться, був широко відкинений в останні роки, як в етиці, так і законодавчо. Оскільки багато хворих не можуть або не хочуть приймати рішення щодо їхнього медичного обслуговування, автономія хворих часто є досить проблематичною.

Не менш проблематичними є інші аспекти стосунків, такі, як лікарське зобов'язання зберігати конфіденційність хворих в еру

комп'ютеризованих медичних записів і керованого обслуговування, обов'язок зберегти життя у разі прохання прискорити смерть.

Цей відтинок буде присвячений шести темам, які представляють проблеми, що особливо турбують лікарів у їхній повсякденній практиці: повага і рівність у лікуванні; комунікація та згода; прийняття рішення за некомпетентних хворих; конфіденційність; питання початку життя і питання кінця життя.

«Здоров'я мого
хворого буде моєю
першою турботою»

ПОВАГА І РІВНІСТЬ У ЛІКУВАННІ

Переконавання, що всі люди заслуговують на повагу та рівність у лікуванні, є відносно недавнім. У більшості суспільств неповажне поводження і нерівне лікування осіб і груп було прийнято як нормальне і природне. Рабство було одним із таких поводжень, яке не було викорінене в європейських колоніях та США до 19-го століття і досі існує в деяких частинах світу. Закінчення інституційної дискримінації небілих у таких країнах, як Південна Африка, є набагато пізнішим. Жінки все ще відчувають брак поваги і нерівність у лікуванні в більшості країн. Дискримінація на основі віку, інвалідності або сексуальної орієнтації є широко поширеною. Очевидно, зберігається значний опір вимозі, що всі люди повинні лікуватись, як рівні.

Поступове і все ще триваюче навернення людства до віри в людську рівність почалося в 17-му і 18-му століттях у Європі та Північній Америці. Воно відбувалося під керівництвом двох протилежних ідеологій: нова інтерпретація християнської віри і антихристиянський раціоналізм.

Перший був натхнений американською революцією і Біллем про права; другий – Французькою революцією і пов'язаними з нею політичними подіями.

Під цими двома впливами демократія дуже поступово втрималася і почала поширюватися по всьому світу. Вона була заснована на вірі в політичну рівність усіх чоловіків (і, значно

пізніше, жінок) і, як наслідок, праві на те, щоб сказати, хто повинен ними керувати.

У 20 столітті були значні напрацювання концепції людської рівності з точки зору прав людини. Одним із перших актів новоствореної Організації Об'єднаних Націй була розробка **Загальної декларації прав людини** (1948 рік), в якій утверджується у 1-й статті: «Усі люди народжуються вільними і рівними у своїй гідності та правах». Багато інших міжнародних та національних структур підготували заяви про права чи то для всіх людей, чи для всіх громадян у певній країні, або для певних груп осіб («права дитини», «права хворого», «права споживачів» і т.д.) . Численні організації були створені з метою сприяння дії цих заяв. Однак, на жаль, права людини все ще не поважаються в багатьох країнах.

Лікарська професія мала дещо суперечливі думки щодо рівності та прав хворого протягом багатьох років. З одного боку, лікарі сказали: не «дозволятиму на підставі віку, хвороби або інвалідності, віросповідання, етнічного походження, статі, національності, політичних переконань, раси, сексуальної орієнтації або соціального становища чи будь-якого іншого чинника втручатися між моїм обов'язком і моїм хворим» (**Женевська Декларація**). У той же час лікарі проголосили право відмовити в прийомі хворого, за винятком невідкладних випадків. Хоча законні підстави для такої відмови включають переповнену практику, (відсутність) освітньої кваліфікації і спеціалізації, якщо лікарі не зобов'язані давати будь-яких пояснень для відмови хворому, вони можуть легко практикувати дискримінацію без відповідальності. Лікарська совість, радше ніж закон або дисциплінарна влада, може бути єдиним засобом попередження зловживань правами людини у зв'язку з цим.

Навіть якщо лікар не образить поваги і людської рівності у своєму виборі хворих, вони все ще можуть зробити це у своєму ставленні і лікуванні хворих. Розгляд випадку, описаний на початку цього розділу, ілюструє цю проблему. Як зазначалося в першому розділі, співчуття є однією з основних цінностей медицини і є важливим елементом добрих терапевтичних стосунків.

Співчуття засноване на повазі до гідності і цінностей хворого, нарощується у визнанні та реагуванні на вразливість хворого перед лицем хвороби та/або інвалідності. Якщо хворі відчують співчуття лікаря, вони будуть більш схильні довіряти лікарю діяти в їхніх найкращих інтересах, і ця довіра може зробити свій внесок у процес зцілення.

Довіра як необхідність для стосунків лікаря і хворого, в цілому, була витлумачена в тому значенні, що лікарі не повинні покидати хворих, піклування про яких вони взяли на себе.

«...для припинення стосунків лікаря і хворого ... лікарі ... повинні бути готові виправдати своє рішення для себе самих, для хворих і для третьої сторони у разі необхідності.»

Міжнародний кодекс лікарської етики Світового Лікарського Товариства (WMA) передбачає, що єдиною причиною для припинення стосунків лікаря і хворого є те, що хворий вимагає іншого лікаря з інакшими уміннями: «Лікар/лікарка зобов'язується своїм хворим повною лояльністю і всіма доступними йому/їй науковими ресурсами. Якщо обстеження або лікування є поза межами можливостей лікаря/лікарки, він/вона повинен/повинна порадитися або направити до іншого лікаря/лікарки, який/яка володіє необхідними здібностями».

Однак є багато інших причин для лікаря, що бажає розірвати стосунки з хворим, наприклад, переїзд лікаря або припинення практики, відмова хворого або неспроможність платити за послуги лікаря, взаємна неприязнь хворого і лікаря, відмова хворого виконувати рекомендації лікаря і т.д. Ці причини можуть бути абсолютно законними, але вони можуть бути неетичними. Коли розглядаються такі дії, лікарі повинні консультуватися зі своїм Кодексом Етики та іншими відповідними керівними документами і ретельно перевіряти свої мотиви. Вони повинні бути готові виправдати своє рішення для себе самих, для хворих і для третьої сторони у разі необхідності. Якщо мотив є законним, то лікар повинен допомогти хворому знайти іншого належного лікаря або, якщо це неможливо, слід надати хворому відповідне повідомлення про зняття послуги, так щоб хворий

зміг знайти альтернативну медичну допомогу. Якщо мотив не є легітимним, наприклад, расові забобони, лікар повинен робити кроки до подолання цього недоліку.

Багато лікарів, особливо в державному секторі, часто не мають можливості вибору хворих, яких вони лікують.

Деякі хворі є буйними і створюють загрозу для безпеки лікаря. Інші можуть бути охарактеризовані лише як огидні через їхні антигромадські погляди та поведінку. Чи мають такі хворі позбутися їхнього права на повагу та рівність у лікуванні, чи очікується з боку лікарів додаткових, можливо, навіть героїчних зусиль, спрямованих на встановлення і підтримання лікувальних стосунків з ними? З такими хворими лікарі повинні врівноважувати свою відповідальність за власну безпеку і благополуччя, а також своїх співробітників з обов'язком сприяння благополуччю хворих. Вони повинні спробувати знайти шляхи для виконання обидвох цих зобов'язань. Якщо це не є можливим, вони повинні зробити спробу альтернативних заходів для догляду за цими хворими.

Інший виклик принципів поваги та рівноправності лікування всіх хворих виникає в піклуванні про інфекційних хворих. Тут часто основна увага зосереджується на ВІЛ/СНІД не тільки тому, що він є життєво небезпечним захворюванням, але й тому, що він часто пов'язується з суспільними забобонами.

Однак є багато інших серйозних інфекцій, в тому числі деякі з тих, які легше поширюються серед медичних працівників, ніж ВІЛ / СНІД. Деякі лікарі вагаються виконувати інвазивні процедури хворим за таких умов у зв'язку з можливістю того, що вони, лікарі, можуть стати інфікованими. Тим не менш, лікарський кодекс етики не робить ніяких винятків для інфекційних хворих у зв'язку з обов'язком лікаря для лікування всіх хворих рівною мірою. **Заява Світового Лікарського Товариства (WMA) про ВІЛ/СНІД та лікарську професію** трактує це наступним чином:

Несправедлива дискримінація лікарями ВІЛ/СНІД пацієнтів мусить бути цілковито викорінена з практики медицини.

Усі особи інфіковані ВІЛ чи хворі на СНІД мають право на отримання відповідної профілактики, підтримки, лікування та піклування зі співчуттям і повагою до людської гідності.

«Особа, яка страждає на СНІД, потребує компетентного, співчутливого лікування.»

Лікар/лікарка не може етично відмовити у лікуванні хворому, чий стан відповідає в даний час його/її компетенції, тільки тому, що хворий серопозитивний.

Лікарська етика не допускає категоричної дискримінації щодо хворого, що ґрунтується виключно на його або її серопозитивності.

Особа, яка страждає на СНІД, потребує компетентного, співчутливого лікування.

Лікар, який не в змозі забезпечити піклування та послуги, необхідні для пацієнтів з ВІЛ/СНІДом, повинен звернутися до лікарів або установ, які обладнані для надання таких послуг. Якщо це не можливо або до того часу, поки звернення може бути реалізоване, лікар повинен піклуватись про хворого в міру своїх здібностей.

Близька природа стосунків лікаря і хворого може викликати сексуальний потяг. Основоположне правило традиційної лікарської етики полягає в тому, що такому потягові треба опиратися. Присяга Гіппократа містить таку обіцянку: «Який би дім я не відвідав, я прийду в інтересах хворого, залишаючись вільним від усього навмисно несправедливого, всього лихого і, зокрема, сексуальних стосунків, як з жінками, так і чоловіками ...». В останні роки багато лікарських товариств підтвердили цю заборону на сексуальні стосунки між лікарями та їхніми хворими. Причини для цього чинні і сьогодні, так, як вони були в Гіппократові часи, 2500 років тому. Хворі вразливі і покладають свою довіру на лікарів, щоб їх добре полікували. Вони можуть почувати себе не в змозі протистояти сексуальним домаганням лікарів, побоюючись, що їх лікування буде постав-

лене під загрозу. Крім того, клінічне рішення лікаря може бути протилежним під впливом емоційного зв'язку з хворим.

Ця остання причина стосується також лікарів, які лікують членів своїх родин, що рішуче не схвалюється в багатьох лікарських кодексах етики. Однак, як і з деякими іншими твердженнями в кодексах етики, її застосування може варіюватися в залежності від обставин. Наприклад, самостійнопрактикуючі лікарі, що працюють у віддалених районах, можуть надавати медичну допомогу членам своїх родин, особливо у надзвичайних ситуаціях.

СПІЛКУВАННЯ І ЗГОДА

Інформована згода є одним з центральних понять сучасної лікарської етики. Право хворих приймати рішення про охорону їхнього здоров'я було закріплене в юридичних та етичних завах по всьому світі. **Декларація про права хворого Світового Лікарського Товариства (WMA)** твердить:

Хворий має право на самовизначення, приймати вільні рішення щодо себе самого/самої. Лікар інформує хворого про наслідки його/її рішення. Психічно компетентний дорослий хворий має право давати або не давати згоду на будь-які діагностичні процедури чи лікування. Хворий має право на інформацію, необхідну для прийняття свого рішення.

Хворий повинен ясно розуміти, яка мета будь-яких тестів або лікування, що будуть означати результати, і які будуть наслідки відмови у згоді.

Необхідною умовою для інформованої згоди є хороше спілкування між лікарем і хворим. Коли лікарський патерналізм був загальноприйнятним, спілкування було досить простим, воно включало розпорядження лікаря хворому виконувати те чи інше лікування. На сьогодні спілкування вимагає набагато більше від лікарів. Вони повинні надати хворим усю необхідну їм інформацію, щоб вони прийняли своє рішення. Це передбачає пояснення складних медичних діагнозів, прогностів та режимів лікування простою мовою, впевнення лікаря, що хворі

зрозуміли вибір методу лікування, включаючи його переваги і недоліки, здатність лікаря відповісти на будь-які питання з боку хворих, і зрозуміння рішення хворого, яким би воно не було, і, якщо можливо, причини для цього рішення. Хороші комунікативні навички не з'являються природно, у більшості людей вони повинні бути розвинені і підтримуватися свідомими зусиллями та періодично переглядатися.

Дві основні перешкоди до хорошого спілкування лікаря і хворого це відмінності в мові та культурі. Якщо лікар і хворий не розмовляють однією мовою, потрібен перекладач.

На жаль, у багатьох ситуаціях немає кваліфікованих перекладачів, і лікар повинен шукати найкращих серед наявних осіб для реалізації цього завдання. Культура, яка включає набагато більше, ніж мова, викликає додаткові проблеми комунікації. Через різну культуру розуміння природи і причин захворювання хворі не можуть зрозуміти діагноз та вибір лікування їхнього лікаря. За таких умов лікарі повинні прикласти всіх розумних зусиль, щоб прозондувати розуміння їхніми хворими здоров'я і зцілення та зробити свої рекомендації хворим щонайдоступніше, наскільки це можливо.

Якщо лікар успішно доведе до відома хворого всю інформацію, якої хворий потребує і хоче знати про свій діагноз, прогност і вибір лікування, хворий буде в змозі прийняти інформоване рішення про те, як діяти.

Хоча поняття «згода» означає прийняття лікування, концепція інформованої згоди стосується рівною мірою відмови від лікування або вибору альтернативного лікування. Компетентні хворі мають право

«Компетентні хворі мають право відмовитися від лікування, навіть якщо відмова призведе до інвалідності або смерті.»

відмовитися від лікування, навіть якщо відмова призведе до інвалідності або смерті.

Ознаки згоди можуть бути прямі або непрямі (виражені непрямо). Пряма згода дається усно або письмово. Згода означає,

коли хворий виявляє бажання пройти певну процедуру лікування своєю поведінкою. Наприклад, згода на венепункцію означає дія подання своєї руки. Для лікування, що супроводжується ризиком, і викликає більш ніж м'який дискомфорт, бажано отримати пряму, а не непряму згоду.

Існують два винятки з вимоги інформованої згоди компетентних хворих:

- Ситуації, коли хворий добровільно передає свої повноваження з прийняття рішення лікареві або третій стороні. З огляду на складність питання або тому, що хворий повністю довіряє думці лікаря, хворий може сказати лікареві: «Робіть те, що ви вважаєте кращим». Лікарі не повинні з завзяттям реагувати на такі заяви, а повинні надати хворим основну інформацію про варіанти лікування та заохочувати їх приймати свої власні рішення. Однак, якщо після такого заохочення хворий все ще хоче, щоб вирішив лікар, він повинен зробити це відповідно з найкращими інтересами хворого.
- Випадки, коли розкриття інформації може нанести шкоду хворому. У таких випадках використовується традиційне поняття «терапевтичний привілей»; це дозволяє лікарям не надавати медичну інформацію, якщо розголошення могло б заподіяти серйозну фізичну, психологічну або емоційну шкоду хворому, наприклад, якщо схоже, що хворий здійснюватиме самогубство, якщо діагностується невиліковна хвороба. Цей привілей відкритий до великих зловживань, і лікарі повинні використовувати його тільки за екстремальних обставин. Вони повинні починати з очікування, що всі хворі спроможні жити з фактами, та зарезервувати нерозголошення для випадків у яких вони впевнені, що більше шкоди буде в результаті від казання правди, ніж приховання її.

У деяких культурах широко притримуються, що зобов'язання лікаря надати інформацію хворому не застосовується у випадку, якщо діагностується смертельна хвороба. Вважається,

що така інформація може призвести хворого до розпачу і може зробити останні дні життя набагато жалюгіднішими, ніж якщо б була надія на одужання. У всьому світі не є незвичним для членів сімей хворого прохати лікарів не говорити хворим, що вони помирають.

Лікарі мають бути чутливими до культурних, а також особистісних чинників при повідомленні поганих новин, особливо при загрозі смерті. Тим не менш, право хворого на інформовану згоду стає все більш і більш широко прийнятим, і лікар має найперший обов'язок допомогти хворим скористатися цим правом.

У відповідності зі зростаючою тенденцією вважати охорону здоров'я як споживчий продукт, і хворих як споживачів, хворі та їхні родини, нерідко вимагають доступу до медичних послуг, які вважаються лікарями недоречними. Приклади таких послуг простягаються від антибіотиків для вірусних станів до інтенсивної терапії хворих з мертвим мозком, до багатообіцяючих, але неперевіраних ліків і хірургічних втручань. Деякі хворі вимагають «право» на будь-яку медичну послугу, що, як вони вважають, може бути корисною їм, і часто лікарі бажать зробити цю послугу, навіть якщо вони переконані в тому, що вона не може принести медичної користі для стану хворого. Ця проблема є особливо серйозною в ситуаціях, коли ресурси обмежені, і надання «марного» або «некорисного» лікування деяким хворим означає, що інші хворі залишаються нелікованими.

«Марне» та «некорисне» можна розуміти наступним чином. У деяких ситуаціях лікар може визначити, що лікування «медично» марне або некорисне, оскільки воно не дає ніякої розумної надії на одужання або поліпшення стану, чи тому, що хворий не відчуває ніякої користі. В інших випадках корисність і користь лікування може бути визначена лише з посиланням на суб'єктивну думку хворого про

«Лікар не зобов'язаний пропонувати пацієнтові марне або некорисне лікування»

його чи її загальний добробут. Як загальне правило, хворий повинен бути залученим у визначення марності в його або її випадку. У виняткових обставинах такі дискусії не можуть відповідати найкращим інтересам хворого. Лікар не зобов'язаний пропонувати пацієнтові марне або некорисне лікування.

Принцип інформованої згоди втілює право хворого на вибір з варіантів, представлених лікарем.

До якої міри хворі та їхні родини мають право на послуги, не рекомендовані лікарями, стає головною темою суперечок з

Чи хворі мають право на послуги, не рекомендовані лікарями?»

етики, права і публічної політики. До того часу, поки це питання вирішується урядом, надавачами медичного страхування та/або професійними організаціями, окремі лікарі матимуть вирішувати для себе, чи мають вони приєднатися до прохання

про недоречне лікування. Вони повинні відмовитися від такого прохання, якщо вони переконані в тому, що лікування принесе більше шкоди, ніж користі. Вони також повинні відчувати себе вільними відмовитися, якщо лікування навряд чи буде корисним, навіть якщо воно не є шкідливим, хоча можливістю плацебо-ефекту не слід нехтувати. Якщо обмежені ресурси є проблемою, вони повинні довести це до відома тих, хто є відповідальним за розподіл ресурсів.

ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ ЗА НЕДІЄЗДАТНИХ ХВОРИХ

Багато хворих не компетентні приймати рішення за себе.

Це стосується малих дітей, осіб у певних психіатричних чи неврологічних станах, тимчасово непритомних або в стані коми. Ці хворі потребують замісних приймальників рішення (тих, хто замість них прийме рішення), чи то лікар, чи інша особа. Етичні питання виникають при визначенні відповідних замісних приймальників рішення і при виборі критеріїв для прийняття рішення від імені недієздатних хворих.

Коли лікарський патерналізм переважав, лікар вважався від-

повідним приймальником рішення за недієздатних хворих. Лікарі могли консультуватися з членами родини про вибір лікування, але остаточні рішення приймалися ними. Лікарі поступово втрачають ці повноваження у багатьох країнах, оскільки хворі мають можливість назвати своїх власних замісних приймальників рішення діяти за них, коли вони стають недієздатними. В доповнення, деякі країни встановлюють відповідних замісних приймальників рішення у нисхідному порядку (наприклад, чоловік або дружина, дорослі діти, брати і сестри і т.д.). У таких випадках лікарі приймають рішення за хворих лише тоді, коли призначений замісник не може бути знайдений, як це часто буває у надзвичайних ситуаціях. **Декларація про Права Пацієнта Світового Лікарського Товариства (WMA)** встановлює лікарський обов'язок у цьому питанні наступним чином:

Якщо хворий знаходиться в непритомному стані або з інших причин не може висловити свою волю, інформована згода має бути отримана, коли це можливо, від легально уповноваженого представника. Якщо легально уповноваженого представника немає, але медичне втручання ургентно необхідне, згода хворого може бути припущена, допоки вона не очевидна, і поза всяким сумнівом, на основі попереднього твердого вираження хворого або переконаності в тому, що він/вона відмовиться дати згоду на втручання в цій ситуації.

Проблеми виникають тоді, коли заявлені бути відповідними замісними приймальниками рішень, наприклад, різні члени родини, не згодні між собою, або якщо вони згодні, але їх рішення, на думку лікаря, не відповідає найкращим інтересам хворого. У першому випадку лікар може виконувати посередницькі функції, але якщо розбіжності зберігаються, це може бути вирішено іншими способами, наприклад, дозволом прийняти рішення старшому членові сім'ї або шляхом голосування. У випадках серйозних розбіжностей між замісним приймальником рішення і лікарем, **Декларація про Права Пацієнтів** пропонує наступну пораду: «Якщо законно уповноважений представник хворого або особа, уповноважена хворим, забороняє

лікування, яке, на думку лікарів, відповідає найкращим інтересам хворого, лікар повинен оскаржити це рішення у відповідній правовій або іншій установі».

Принципи і процедури для інформованої згоди, що були обговорені в попередньому відтинку так само застосовуються і щодо замісного прийняття рішення, як і до хворих, які приймають свої власні рішення.

Лікарі мають такі самі обов'язки надавати всю інформацію замісним приймальникам рішення, необхідну для прийняття рішення. Це передбачає пояснення складних медичних діагнозів, прогнозів та режиму лікування простою мовою, впевнитись, що приймальники рішення зрозуміли вибір лікування, включаючи переваги і недоліки кожного з них, відповісти на будь-які запитання, які вони можуть мати, а також зрозуміти будь-яке рішення, яке вони приймають, і, якщо можливо, причини для цього.

Головними критеріями, які будуть використовуватися для рішень щодо лікування для недієздатного хворого є його або її побажання, якщо вони відомі. Побажання можуть бути знайдені в *попередніх директивах* або, можливо, були доведені до призначеного замісного приймальника рішення, лікаря або іншого члена медичної групи. Коли уподобання недієздатного хворого не відомі, рішення щодо лікування повинні бути засновані на найкращому інтересі хворого, беручи до уваги: (а) діагноз і прогноз хворого; (б) відомі цінності хворого; (в) інформацію, отриману від тих, які мають важливе значення в житті хворого, і хто може допомогти у визначенні його або її найкращих інтересів, і (г) аспекти культури та релігії хворого, які будуть впливати на рішення щодо лікування. Цей підхід є менш певним, ніж у випадку, якщо хворий залишив особливі інструкції з приводу лікування, але це дозволить замісному приймальнику рішення зробити висновок, який у світлі інших виборів зробив би хворий, і його або її підхід до життя в цілому, що б він або вона вирішив/ла в нинішній ситуації.

Компетенцію приймати медичні рішення буває важко оцінити, особливо в молодих людей і таких, чия спроможність до мис-

лення було знижено гострою або хронічною хворобою. Особа може бути компетентною приймати рішення, що стосуються лише деяких аспектів життя, а також, компетенція може бути переривчаста – людина може мати ясний розум і орієнтованою тільки в певний час доби.

Хоча такі хворі не можуть бути юридично компетентними, їхні уподобання повинні бути прийняті до уваги, коли рішення будуть прийматися за них. **Декларація про Права Пацієнта** викладає це питання таким чином: «Якщо хворий є неповнолітнім або з інших причин юридично неієздатним, у деяких юрисдикціях вимагається згода законно уповноваженого представника. Тим не менш, хворий повинен бути залучений до прийняття рішення в найповнішому обсязі відповідно його/її спроможності».

«...хворий повинен
бути залучений до
прийняття рішення
в найповнішому
обсязі відповідно
його/її
спроможності».

Нерідко пацієнти не можуть прийняти обґрунтоване і добре продумане рішення про різні варіанти лікування у зв'язку з дискомфортом і відволіканням, викликаними їхньою хворобою. Тим не менш, вони можуть все ще бути в змозі висловити своє неприйняття будь-якого конкретного втручання, наприклад, внутрішньовенного вживлення трубки. У таких випадках цю незгоду слід приймати досить серйозно, хоча вона повинна бути розглянена у світлі загальних цілей їхнього лікувального плану.

Пацієнти з психічними чи неврологічними розладами, які, згідно з оцінками, небезпечні для себе або для інших, викликають особливо складні етичні питання. Важливо поважати їхні права людини, особливо право на свободу, в найбільш можливій мірі. Тим не менш, вони можуть бути обмежені, і/або ліковані проти їхньої волі з метою запобігання шкоди для них самих або інших.

Можна зробити розмежування між недобровільним ув'язненням і примусовим лікуванням. Деякі адвокати пацієнтів захищають право цих людей на відмову від лікування, навіть якщо воно

зрештою повинне бути обмежене. Законною причиною для відмови від лікування може бути болісний досвід лікування в минулому, наприклад, серйозні побічні ефекти психотропних ліків. Коли використовуються як замісні приймальники рішень для таких пацієнтів, лікарі повинні впевнитись, що пацієнти дійсно становлять небезпеку, а не тільки незручності для інших або для самих себе. Вони повинні спробувати з'ясувати уподобання пацієнтів відносно лікування, а також причини цих уподобань, навіть якщо в кінцевому підсумку ці уподобання не можуть бути виконані.

КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ

Лікарський обов'язок зберігати інформацію хворого конфіденційно був наріжним каменем лікарської етики з часів Гіппократа. Присяга Гіппократа мовить: «Що я можу побачити й почути під час лікування або навіть поза лікуванням стосовно життя людей, що в жодному разі не має поширитись, я буду тримати в собі, утримуючись від таких ганебних речей, як говорити про це». Присяга і деякі пізніші версії не дозволяють виключення з цього обов'язку зберігати конфіденційність. Наприклад, **Міжнародний кодекс лікарської етики** Світового Лікарського Товариства (WMA) передбачає, що «лікар повинен зберігати абсолютну конфіденційність всього, що він знає про своїх пацієнтів, навіть після смерті пацієнта». Однак, інші кодекси відкидають цей абсолютистський підхід до конфіденційності. Наприклад, **Міжнародний кодекс лікарської етики** Світового Лікарського Товариства (WMA) стверджує: «Етично відкривати конфіденційну інформацію коли хворий погодився на це або є реальна і неминуча загроза шкоди хворому чи іншим і ця загроза може бути усунена лише порушенням конфіденційності». Такі порушення конфіденційності є інколи виправданими викликами для прояснення самої ідеї конфіденційності.

Висока цінність, що покладена на конфіденційність, має три джерела: самостійність, повага до інших і довіра. Самостійність стосується конфіденційності в тому, що персональна інформація про особу належить їй, і не повинна бути відомою іншим без її згоди. Коли індивідум відкриває особисту ін-

«лікар повинен зберігати абсолютну конфіденційність всього, що він знає про своїх пацієнтів, навіть після смерті пацієнта».

формацію іншому, наприклад, лікареві чи медсестрі, або коли інформація оприлюднюється через медичні випробування, залучені до неї зобов'язані зберігати це конфіденційно, доки не буде дозволено розголошувати її індивідуумом.

Конфіденційність також важлива тому, що люди заслуговують

на повагу. Одним з важливих шляхів виявити їм повагу є збереження їхньої приватності. З медичної точки зору, приватність часто сильно скомпрометовано, але це все є ще більшою причиною для запобігання подальшого зайвого втручання в особисте життя. Оскільки люди відрізняються у відношенні їх прагнення до приватності, ми не можемо припустити, що кожен хоче бути лікований так, як хотіли б бути ми. Мусить бути проявлена уважність, щоб визначити, яку особисту інформацію пацієнт хоче тримати таємною, і яку він або вона бажає відкрити іншим.

Довіра є невід'ємною частиною стосунків лікаря і пацієнта. В порядку отримання медичної допомоги пацієнти мають розкрити особисту інформацію для лікарів та інших, які можуть бути їм зовсім незнайомі, інформацію, яку вони б не хотіли, щоб хто-небудь ще знав. Вони повинні мати вагомі причини довіряти їхнім піклувальникам не розголошувати цю інформацію. В основі цієї довіри є етичні і правові стандарти конфіденційності, які, очікується, медичні фахівці будуть підтримувати. Без розуміння того, що їхня інформація буде зберігатися в таємниці, пацієнти можуть її затримувати. Це може перешкодити лікарям у їхніх зусиллях щодо ефективних втручань або для досягнення певних цілей громадської охорони здоров'я.

Декларація про права пацієнта Світового Лікарського Товариства (WMA) підсумовує право пацієнта на конфіденційність у наступному:

- Уся ототожнювана інформація про стан здоров'я пацієнта, медичні обставини, діагноз, прогност і лікування, а також вся інша інформація особистого характеру повинна збері-

гатися в таємниці, навіть після смерті. Винятково нащадки хворого можуть мати право на доступ до інформації, яка могла б довести їм до відома про ризик для їхнього здоров'я.

- Конфіденційна інформація може бути розкрита лише, якщо пацієнт дає пряму згоду або якщо це чітко передбачено в законі. Інформація може бути розкрита іншим надавачам медичних послуг тільки на основі строгої «необхідності знати», допоки пацієнт не дав прямої згоди.
- Усі ототожнювані дані пацієнта мусять бути захищеними. Захист даних повинен бути відповідним до способу їх зберігання. Людські субстанції, з яких ототожнювані дані можуть бути отримані, мусять бути подібним чином захищені.

У цій Декларації Світового Лікарського Товариства (WMA) говориться, що є винятки до вимоги збереження конфіденційності. Деякі з них є відносно неproblemатичними, інші ставлять дуже складні етичні питання перед лікарями.

Звичайні порушення конфіденційності часто відбуваються в більшості медичних установ. Багато осіб – лікарі, медсестри, лаборанти, студенти та ін. – потребують доступу до медичних записів пацієнта в порядку надання відповідної медичної допомоги цій особі, а студенти – щоб вивчати медицину. Коли пацієнти говорять іншою мовою, ніж їхні піклувальники, є потреба в перекладачах для полегшення спілкування. У випадках коли пацієнти не компетентні приймати власні медичні рішення, інші особи мають отримати інформацію про них в порядку прийняття рішення від їхнього імені та з турботою про них. Лікарі рутинно інформують членів сім'ї померлого про причину смерті. Ці порушення конфіденційності є, звичайно, обґрунтованими, але вони повинні бути зведені до мінімуму, а ті, хто отримує доступ до конфіденційної інформації, повинні бути свідомі про необхідність не поширювати це далі, що є необхідним для блага пацієнта.

По можливості, пацієнт повинен бути поінформований про те, що такі порушення трапляються.

Іншою загальноновизнаною причиною для порушення конфіденційності є виконання правових вимог. Наприклад, у багатьох правових системах існують закони про обов'язкову звітність щодо пацієнтів, які страждають від визначених хворіб, а також, які вважаються непридатними до водіння, і тих, хто підозрюється в жорстокому ставленні до дітей. Лікарі повинні бути обізнані про правові вимоги до розкриття інформації пацієнтів, де вони працюють. Однак, правові вимоги можуть конфліктувати з повагою до прав людини, яка лежить в основі лікарської етики. Тому лікарі повинні критично ставитись до будь-якої правової вимоги щодо порушення конфіденційності, і впевнитись, що це є виправданим перед тим, як відповісти на неї.

«...лікарі повинні критично ставитись до будь-якої правової вимоги щодо порушення конфіденційності, і впевнитись, що це є виправданим перед тим, як відповісти на неї.»

Якщо лікарів переконали дотримуватися правових вимог щодо розкриття медичної інформації своїх пацієнтів, то бажано, щоб вони обговорювали з пацієнтами необхідність будь-якого розголошення перед його вчиненням, та заручитися їхньою співпрацею. Наприклад, було б доцільно, щоб пацієнт, підозрюваний у жорстокому поводженні з дітьми, звернувся до органу захисту дітей в присутності лікаря для самостійного повідомлення або щоб лікар отримав його чи її згоду, перш ніж повідомити владу. Цей підхід створить умови для подальших спільних заходів. Якщо така співпраця не передбачається, і лікар не має причини вважати, що будь-яка затримка в повідомленні може наразити дітей на ризик серйозної шкоди, тоді лікар повинен негайно повідомити органи захисту дітей і потім повідомити пацієнта, що це було зроблено.

Додатково до цих порушень конфіденційності, які вимагаються за законом, лікарі можуть мати етичний обов'язок передавати конфіденційну інформацію іншим особам, які можуть піддава-

тися ризику шкоди від пацієнта. Дві ситуації, в яких це може статися: коли пацієнт розповідає психіатрові, що він має намір заподіяти шкоду іншій особі, і коли лікар переконаний у тому, що ВІЛ-позитивні пацієнти продовжуватимуть незахищені статеві зносини зі своїм членом подружжя або іншими партнерами.

Умовою порушення конфіденційності, коли це не вимагається за законом, є те, що очікувана шкода вважається загрозовою, серйозною (і незворотною), неминучою за винятком недозволеного розкриття інформації і більшою, ніж імовірна шкода в результаті розкриття. При визначенні пропорційності цих шкод лікар повинен оцінити і порівняти їх серйозність і ймовірність їхнього виникнення. У випадках сумніву для лікаря було б доцільно порадитися з експертами.

Коли лікар визначився, що обов'язок попередити виправдовує недозволене розкриття інформації, повинні бути прийняті два подальших рішення. Кому лікар повинен сказати? Скільки має бути сказано? Взагалі кажучи, розкриття має містити тільки ту інформацію, яка необхідна для запобігання очікуваної шкоди і повинно бути спрямоване тільки тим, хто потребує інформацію в порядку запобігання шкоди. Розумні кроки повинні бути вжиті, щоб зменшити шкоду і образи для пацієнта, які можуть виникнути в результаті розкриття. Рекомендується, щоб лікар поінформував пацієнта про те, що конфіденційність може бути порушена для його або її власного захисту, як і будь-якої потенційної жертви. Співпраця пацієнта, повинна бути врахована, якщо це можливо.

У випадку з ВІЛ-інфікованим пацієнтом розголошення членові подружжя або нинішньому сексуальному партнерові не може бути неетичним, і, справді, може бути виправдане, коли пацієнт не бажає інформувати особу (осіб) про ризик. Таке розголошення вимагається, щоб усі наступні умови були досягнуті: партнер піддається ризику інфікування ВІЛ і не має інших розумних засобів дізнатися про ризик; пацієнт відмовився повідомити свого сексуального партнера; пацієнт відмовився від пропозиції допомоги лікаря зробити так заради пацієнта, і лікар повідомив

пацієнту про свій намір розкрити інформацію партнерові.

Медичне обслуговування підозрюваних і засуджених злочинців створює особливі труднощі у зв'язку з конфіденційністю. Хоча лікарі, надаючи допомогу ув'язненим мають обмежену незалежність, вони повинні зробити все від них залежне для лікування цих хворих, як би вони були кимось іншим. Особливо, вони повинні зберігати конфіденційність, не виказуючи деталей медичного стану пацієнта в'язничним властями без отримання спершу згоди пацієнта.

ПИТАННЯ ПОЧАТКУ ЖИТТЯ

Багато з найбільш важливих питань в лікарській етиці пов'язані з початком життя людини. Обмежені рамки цього Підручника означають, що ці питання не можуть тут розглядатися в подробицях, але варто перелічити їх так, щоб вони могли бути визнані як етичні за своєю природою та розглядалися як такі. Кожне з них було предметом широкого аналізу лікарськими товариствами, фахівцями з етики та урядовими консультативними органами, і в багатьох країнах є закони, правила та політика їх розв'язання.

- **КОНТРАЦЕПЦІЯ** – хоч і зростає міжнародне визнання права жінок контролювати свою фертильність, включаючи попередження небажаних вагітностей, лікарі до цього часу мають справу з вирішенням складних питань, таких, як прохання про протизаплідні засоби від неповнолітніх і пояснення ризиків різних методів контрацепції.
- **ДОПОМІЖНА РЕПРОДУКЦІЯ** – для подруж'я (і осіб), які не можуть завагітніти, природньо існують різні техніки допоміжної репродукції, такі як штучне осіменіння, екстракорпоральне запліднення і трансплантація ембріонів, які широко доступні у великих медичних центрах. Альтернативою є *сурогатна або замісна вагітність*. Жодна з цих технік не є безпроблемною, чи то в окремих випадках, чи для державної політики.
- **ПРЕНАТАЛЬНИЙ ҐЕНЕТИЧНИЙ СКРИНІНҐ** – ґенетичні тести нині доступні для визначення, чи ембріон або плід уражений ґенетично, чи є він чоловічої або жіночої статі.

В залежності від виявлення може бути прийняте рішення продовжувати вагітність чи ні. Лікарям треба визначити, коли запропонувати такі тести і як пояснити результати пацієнтам.

- **АБОРТ** – це давно одне з найбільш спірних питань лікарської етики, як для лікарів, так і для державної влади. **Заява про терапевтичні аборти** Світового Лікарського Товариства (WMA) визнає це розмаїття думок і переконань і приходять до висновку, що «це є питанням індивідуального переконання і сумління, які повинні поважатися».
- **ТЯЖКО СКОМПРОМЕТОВАНІ НОВОНАРОДЖЕНІ** – через украй передчасні пологи чи вроджені аномалії деякі новонароджені мають дуже несприятливий прогност на виживання. Часто мають бути прийняті важкі рішення, чи слід намагатися продовжити їхнє життя, чи дозволити їм померти.
- **ДОСЛІДНИЦЬКІ ПИТАННЯ** – включають утворення нових ембріонів або використання «запасних» ембріонів (тих, яких не бажають в цілях відтворення) для отримання стовбурових клітин для потенційного терапевтичного застосування, випробування нових технік для допоміжної репродукції і експериментів на плодах.

ПИТАННЯ КІНЦЯ ЖИТТЯ

Питання кінця життя охоплюють ряд від спроб продовжити життя помираючих пацієнтів через високі експериментальні технології, такі як імплантація тваринних органів, до зусиль передчасно припинити життя через евтаназію та медично допоможене самогубство. Між цими крайнощами безліч питань, що стосуються ініціювання або зняття потенційно життєпродовжувального лікування, догляду за термінальними хворими і доцільності та використання попередніх директив.

Два питання заслуговують особливої уваги: евтаназія і допомога в самогубстві.

- **ЕВТАНАЗІЯ** означає свідоме і навмисне виконання дій, які явно спрямовані на припинення життя іншої особи, що включає такі елементи: суб'єкт є дієздатною, поінформованою особою з невиліковним захворюванням, який до-

бровільно попросив, щоб його або її життя було закінчене; аґент знає про стан особи і бажання померти і вживає заходів з головною метою закінчення життя цієї особи, зі співчуттям і без особистої вигоди.

- **ДОПОМОГА У САМОГУБСТВІ** означає свідоме і навмисне надання особі знань або засобів, чи обидвох цих складових, необхідних для здійснення самогубства, в тому числі консультацій з приводу смертельних доз ліків, прописування таких смертельних доз або забезпечення цими ліками.

Евтаназія та допоможене самогубство часто розглядаються як моральні еквіваленти, хоча є чіткі практичні відмінності, а в деяких судочинствах правові відмінності між ними.

Евтаназію та допоможене самогубство, згідно з цими визначеннями, слід відрізнити від утримування або відмови від недоречної, марної або небажаної медичної допомоги, або надання співчутливої паліативної допомоги, навіть якщо ці заходи скоротили життя.

Прохання про евтаназію або допомогу в самогубстві виникає як результат болю або страждання нестерпних для пацієнта. Вони б радше померли, ніж продовжувати жити за таких умов. Крім того, багато пацієнтів вважають, що вони мають право померти, якщо вони того побажають, і навіть мають право на допомогу у помиранні. Лікарі вважаються найбільш придатними інструментами смерті, оскільки вони мають медичні знання та доступ до відповідних ліків для забезпечення швидкої та безболісної смерті.

Лікарі, зі зрозумілих причин, неохоче виконують прохання про евтаназію або допомогу в самогубстві, оскільки ці дії є незаконними в більшості країн і заборонені у більшості медичних кодексів етики. Ця заборона є частиною Присяги Гіппократа і була знову підкреслена Світовим Лікарським Товариством (WMA) у його **Декларації про евтаназію**:

Евтаназія, тобто дії навмисного припинення життя пацієнта, навіть на власне прохання пацієнта або на прохання близьких родичів, є неетичною. Це не заважає лікареві з поваги до бажання пацієнта дозволити, щоб природний процес смерті йшов своїм ходом у термінальній фазі хвороби.

Відмова від еутаназії та допоможеного самогубства не означає, що лікарі нічого не можуть вчинити для пацієнта з життєзагрозливою хворобою, що прогресує і лікувальних заходів, які не є необхідними. В останні роки спостерігається великий прогрес в паліативному лікуванні для полегшення болю, страждання і поліпшення якості життя. Паліативна допомога може бути прийнятною для пацієнтів різного віку, від хворих на

«...лікарі не мають відмовлятися від помираючих хворих, а повинні продовжувати надавати співчутливу допомогу, навіть коли лікування далі неможливе.»

рак дітей до літніх, які наближаються до кінця життя. Одним з аспектів паліативної допомоги, що вимагає підвищеної уваги для всіх пацієнтів, є контроль болю. Усі лікарі, які піклуються про помираючих хворих, повинні впевнитись, що вони мають відповідні навички в цій царині, а також, де це можливо, доступ до кваліфікованої консультативної допомоги фахівців паліативного піклування. Перш за

все, лікарі не мають відмовлятися від помираючих хворих, а повинні продовжувати надавати співчутливу допомогу, навіть коли лікування далі неможливе.

Наближення смерті ставить багато інших етичних викликів перед пацієнтами, замісними приймальниками рішення і лікарями. Можливість продовження життя завдяки застосуванню препаратів, реанімаційних втручань, радіологічних процедур та інтенсивної терапії вимагає рішення про те, коли розпочати це лікування і коли відмінити його, якщо воно не спрацьовує.

Як обговорювалося вище стосовно повідомлення і згоди, дієспроможні пацієнти мають право відмовитися від будь-якого лікування, навіть якщо відмова призводить до їх смерті. Люди дуже відрізняються з точки зору їхнього ставлення до помирання: деякі будуть робити все, щоб продовжити своє життя, незалежно від того, скільки болю і страждань це включає, тоді як інші так очікують смерті, що вони відмовляються навіть від простих заходів, які можуть зберегти їх живими, таких як

антибіотики при бактеріальній пневмонії. Після того, як лікарі зробили все можливе для забезпечення хворих інформацією про доступне лікування і їхні шанси на успіх, вони повинні поважати рішення пацієнтів про початок або продовження будь-якого лікування.

Прийняття рішення про кінець життя за дієнеспроможних хворих представляє більші труднощі. Якщо пацієнти мають чітко висловлені свої побажання заздалегідь, наприклад, у попередніх директивах, вирішення буде легше, хоча такі директиви, часто дуже розпливчасті, і мають бути розтлумачені з повагою до фактичного стану пацієнта. Якщо пацієнти не мають належно висловлених своїх побажань, відповідний замісний приймальник рішення повинен використати інший критерій для рішення щодо лікування, а саме, найкращі інтереси пацієнта.

ПОВЕРНЕННЯ ДО РОЗБОРУ ВИПАДКУ

Згідно з аналізом стосунків лікаря і пацієнта, представлених у цьому розділі, поведінка д-ра Р була недосконалою у декількох відношеннях:

(1) СПІЛКУВАННЯ – він не намагався поспілкуватися з пацієнткою щодо причин її стану, вибору лікуванням або її можливості дозволити собі залишатися в лікарні до одужання;

(2) ЗГОДА – він не отримав від неї інформованої згоди на лікування;

(3) СПІВЧУТТЯ – його відносини з нею відображають небагато співчуття до її долі. Його хірургічне лікування може бути дуже компетентним і він, можливо, втомився в кінці довгої зміни, але це не виправдовує порушення етики.

РОЗДІЛ ТРЕТІЙ – ЛІКАРІ ТА СУСПІЛЬСТВО



Дивлячись СНІДові в обличчя
© Гідеон Мендель / CORBIS



ЦІЛІ

Після опрацювання цього розділу ви повинні вміти:

- розпізнавати конфлікти між зобов'язаннями лікаря перед пацієнтами і суспільством і виявляти причини конфліктів;
- виявляти і вирішувати етичні питання, що містяться у розподілі обмежених медичних ресурсів;
- розпізнавати відповідальність лікаря перед громадською та глобальною охороною здоров'я.

РОЗБІР ВИПАДКУ № 2

Д-р S дедалі більше розчаровується пацієнтами, які приходять до неї до або після консультацій іншого практика охорони здоров'я на предмет цієї ж хвороби. Вона вважає, що це марнування ресурсів охорони здоров'я, а також контрпродуктивно для здоров'я пацієнтів. Вона вирішує заявити цим пацієнтам, що вона більше не буде лікувати їх, якщо вони продовжуватимуть відвідувати інших практиків щодо цієї самої недуги. Вона має намір звернутися до свого національного лікарського товариства для лобювання перед урядом з метою запобігання цій формі нерационального використання ресурсів охорони здоров'я.

ЩО ОСОБЛИВОГО У СТОСУНКАХ ЛІКАР-СУСПІЛЬСТВО?

Медицина – це професія. Термін «професія» має два різних, хоча й тісно пов'язаних між собою, значення: (1) зайняття, що характеризується схильністю до добробуту інших, високими моральними стандартами, сукупністю знань і навичок, а також високий рівень самостійності; і (2) всі особи, які належать до цієї професії.

«Лікарська професія» може означати або практику медицини, або лікарів в цілому. Лікарський професіоналізм включає не тільки відносини між лікарем і пацієнтом, про що говорилося в другому розділі, а також стосунки з колегами та іншими медичними фахівцями, які будуть розглядатися в четвертому розділі. Він також включає зв'язок з суспільством. Цей зв'язок може бути охарактеризований як «суспільний договір», де суспільство наділяє цю професію привілеями, в тому числі винятковою або головною відповідальністю за надання певних послуг, і високий рівень саморегуляції, і навзаєм, ця професія

погоджується використовувати ці привілеї в першу чергу на благо інших, і тільки в другу чергу для власного блага.

Медицина сьогодні, як ніколи раніше, суспільна, а не строго індивідуальна діяльність. Вона розглядається в контексті державної та корпоративної організації і фінансування. Вона спирається на державні та корпоративні медичні дослідження та розробки для своєї бази знань і методів лікування. Це вимагає комплексних закладів охорони здоров'я для багатьох її процедур. Вона лікує захворювання та хвороби, що мають значною мірою як соціальне, так і біологічне походження.

«Медицина сьогодні, як ніколи раніше, суспільна, а не строго індивідуальна діяльність.»

Гіппократова традиція лікарської етики має мало пропонування вказівок з урахуванням взаємовідносин із суспільством. Додатково до цієї традиції, сучасна лікарська етика розглядає питання, які виникають поза межами особистих відносин пацієнта і лікаря, і передбачає критерії та процедури для вирішення цих питань.

Обговорюючи «суспільний» характер медицини відразу ж виникає питання – що таке суспільство? У цьому Підручнику цей термін відноситься до громади або нації. Це не є синонімічним з урядом; уряди повинні, проте, часто не представляють інтересів суспільства, але навіть коли вони це роблять, вони діють **для** суспільства, а не **як** суспільство.

Лікарі мають різні стосунки з суспільством. Оскільки суспільство і його фізичне довкілля є важливими чинниками здоров'я пацієнтів, і лікарська професія в цілому, і окремі лікарі мають грати істотну роль у впливі на суспільну охорону здоров'я, медико-санітарну просвіту, охорону довкілля, на закони, що впливають на здоров'я та благополуччя громади, а також на показання свідків на судових розглядах. Як це виражає **Декларація про права пацієнта** Світового Лікарського Товариства (WMA): «У тих випадках, коли законодавством, діями уряду

або будь-якої іншої адміністрації чи установи заперечуються права хворих, лікарі мають вжити відповідних заходів для їх забезпечення або відновлення». Лікарі також покликані відігравати важливу роль у розподілі обмежених ресурсів охорони здоров'я суспільства, а іноді вони зобов'язані застерігати пацієнтів від доступу до послуг, які їм не приписані. Впровадження цієї відповідальності може створити етичні конфлікти, особливо тоді, коли інтереси суспільства, схоже, конфліктуватимуть з інтересами окремих пацієнтів.

ПОДВІЙНА ЛОЯЛЬНІСТЬ

Коли лікарі відповідальні і підзвітні як перед своїми пацієнтами, так і перед третьою стороною, і, коли відповідальність і підзвітність є несумісними, вони знаходяться в положенні «подвійної лояльності». Треті сторони, які потребують лікарської лояльності, включають уряд, роботодавців (наприклад, лікарні та управлінські організації охорони здоров'я), страховиків, військових чиновників, поліцейських, тюремних чиновників і членів їхніх сімей. Хоча **Міжнародний кодекс лікарської етики** Світового Лікарського Товариства (WMA) свідчить, що «Лікар повинен бути зобов'язаний своїм пацієнтам повною лояльністю», це взагалі прийнятно, що лікарі можуть у виняткових ситуаціях поставити інтереси інших вище інтересів хворого.

«...лікарі можуть у виняткових ситуаціях поставити інтереси інших вище інтересів хворого.»

Етичним викликом є вирішити, коли і як захистити пацієнта перед тиском з боку третіх сторін.

Ситуації подвійної лояльності складають спектр, починаючи від тих, у яких інтереси суспільства повинні мати пріоритет, до тих, де інтереси пацієнта є явно першорядного значення. У проміжку є велика сіра зона, де правильний курс дій вимагає значної проникливості.

На одному кінці цього спектра знаходяться вимоги для обов'язкової звітності про пацієнтів, які страждають на ви-

значені захворювання, тих, які вважаються непридатними до водіння або осіб, підозрюваних у жорстокому поводженні з дітьми. Лікарі повинні виконувати ці вимоги, без сумніву, проте пацієнти повинні бути поінформовані, що така звітність буде мати місце.

На іншому краї спектру знаходяться запити чи накази поліції або військових брати участь у діях, що порушують основоположні права людини, такі, як тортури. У своїй **Резолюції про відповідальність лікарів у денонсації актів про тортури або жорстоке чи нелюдське або принижувальне гідність поводження, про які вони знають**, 2003 року Світове Лікарське Товариство (WMA) дає конкретні вказівки лікарям, які перебувають у цій ситуації. Зокрема, лікарі повинні охороняти свою професійну незалежність у визначенні найкращих інтересів пацієнта і повинні дотримуватися, наскільки це можливо, нормальної етичної вимоги про інформовану згоду і конфіденційність. Будь-які порушення цих вимог повинні бути виправдані і мусять бути доведені до відома пацієнта. Лікарі повинні повідомляти у відповідні органи про будь-яке невинуватене втручання в піклування про своїх пацієнтів, особливо якщо основоположні права людини заперечуються.

«Лікарі повинні повідомляти у відповідні органи про будь-яке невинуватене втручання в піклування про своїх пацієнтів, особливо якщо основоположні права людини заперечуються.»

Якщо влада невідповідальна, допомога може бути доступна від національних лікарських товариств, Світового Лікарського Товариства (WMA) і правозахисних організацій.

Ближче до середини спектру є діяльність деяких керованих програм охорони здоров'я, які обмежують клінічну самостійність лікарів, з метою визначення, як їхні пацієнти повинні лікуватись. Хоча такі дії не обов'язково суперечать найкращим інтересам пацієнтів, вони можуть бути, а лікарі повинні уважно розглянути, чи повинні вони брати участь у таких програмах.

Якщо у них немає вибору в цьому питанні, наприклад, у разі відсутності альтернативних програм, вони повинні активно захищати своїх хворих і через свої лікарські товариства – потреби усіх пацієнтів, які постраждали від такої обмежувальної політики.

Особлива форма питання подвійної лояльності, з якою стикаються лікарі, є потенційний або реальний конфлікт інтересів між комерційною організацією, з одного боку, і пацієнтами і/або суспільством, з іншого боку. Фармацевтичні компанії, виробники медичного обладнання та інші комерційні організації часто пропонують лікарям подарунки та інші пільги, починаючи від безкоштовних зразків продукції до проїзду та проживання у навчальних заходах, до надмірної винагороди за науково-дослідну діяльність (див. п'ятий розділ). Загальний мотив такої щедрості компанії полягає в тому, щоб переконати лікарів призначати або використовувати продукцію компанії, яка може не бути кращою для пацієнтів лікаря та/або може додати зайве до суспільних витрат на охорону здоров'я. **Заява про взаємини між лікарями та комерційними підприємствами Світового Лікарського Товариства (WMA) 2004 року** подає керівні настанови для лікарів у таких ситуаціях, а багато національних лікарських товариств мають свої власні керівні настанови. Головний етичний принцип, що лежить в основі цих керівних настанов полягає в тому, що лікарі повинні вирішувати будь-який конфлікт між своїми власними інтересами та їхніх пацієнтів на користь пацієнтів.

«...лікарі повинні вирішувати будь-який конфлікт між своїми власними інтересами та їхніх пацієнтів на користь пацієнтів.»

РОЗПОДІЛ РЕСУРСІВ

У кожній з країн світу, в тому числі найбагатших із них, уже існує великий і постійно зростаючий розрив між потребами і бажаннями медичних послуг та наявністю ресурсів для надання цих послуг. Існування цього розриву вимагає, щоб наявні

ресурси були унормовані в певному порядку. Нормування охорони здоров'я, або «розподіл ресурсів», як про це зазвичай говориться, здійснюється на трьох рівнях:

- На найвищому («макро-») рівні уряди вирішують про те, скільки із сукупного бюджету має бути виділено на охорону здоров'я; які медичні витрати будуть надаватися безоплатно, і які вимагають оплати або безпосередньо від хворих або від їхніх планів медичного страхування; в рамках бюджету охорони здоров'я, – скільки піде на оплату лікарів, медсестер та інших медико-санітарних працівників, на капітальні та експлуатаційні витрати для лікарень та інших установ, на наукові дослідження, на освіту фахівців охорони здоров'я, на лікування специфічних станів, таких, як туберкульоз або СНІД і так далі.
- На інституційному («мезо-») рівні, який включає лікарні, клініки, медичні установи і т.д., влада вирішує, як розподіляти свої ресурси: які послуги надавати, як багато витрачати на персонал, обладнання, безпеку, інші оперативні витрати, реконструкцію, розширення і т.д.
- На («мікро-») рівні окремих пацієнтів медичні працівники, особливо лікарі, вирішують, які тести повинні бути призначені, чи необхідне направлення до іншого лікаря, чи пацієнт повинен бути госпіталізований, чи потрібні радше ліки з бренд-іменем, ніж ґенерики і т.д. Було підраховано, що лікарі відповідальні за ініціювання 80% медичних витрат, і, незважаючи на зростаюче втручання керованого піклування, вони, як і раніше, мають значну свободу у відношенні того, до яких ресурсів їхні пацієнти будуть мати доступ.

Вибір, який здійснюється на кожному рівні, має значний етичний компонент, оскільки він заснований на цінностях і має значні наслідки для здоров'я і добробуту окремих осіб і громад. Хоча на окремих лікарів впливають рішення всіх рівнів, вони мають найбільший вплив на мікро-рівні. Відповідно, це буде в центрі уваги в наступному.

Як зазначалося вище, від лікарів традиційно очікується дія виключно в інтересах своїх пацієнтів, без урахування потреб інших. Їхні головні етичні цінності співчуття, компетентність та незалежність спрямовані у напрямку задоволення потреб своїх власних пацієнтів. Цей індивідуалістичний підхід до лікарської етики пережив перехід від лікарського патерналізму до автономії пацієнта, де воля окремого пацієнта стала основним критерієм для вирішення, які ресурси він чи вона повинні отримати. Зовсім недавно, проте, інша цінність – справедливість стала важливим чинником у прийнятті медичних рішень. Це зумовлює більш соціальний підхід до розподілу ресурсів, такий, що враховує потреби інших хворих. Відповідно до цього підходу лікарі відповідальні не тільки за своїх хворих, але, певною мірою, й за інших.

«...лікарі відповідальні не тільки за своїх хворих, але, певною мірою, й за інших.»

Це нове розуміння ролі лікаря у розподілі ресурсів виражене в багатьох кодексах етики національних лікарських товариств, а також у **Декларації про права пацієнта** Світового Лікарського Товариства (WMA), в якому говориться: «В умовах, коли вибір повинен бути зроблений між потенційними пацієнтами для певного лікування, яке обмежено забезпечене, такі пацієнти мають право на справедливую процедуру відбору для цього лікування. Цей вибір повинен ґрунтуватися на медичних критеріях і робитися без дискримінації».

Один зі способів, яким лікарі можуть здійснювати свою відповідальність за розподіл ресурсів, є уникання марнотратних та неефективних заходів, навіть тоді, коли пацієнти просять про це. Надмірне використання антибіотиків є лише одним із прикладів практики, яка є одночасно марнотратною і шкідливою. Багато інших звичайних процедур, як було показано в рандомізованих клінічних випробуваннях, були неефективні в умовах, в яких вони використовуються. Клінічна практика керівних настанов придатна для багатьох медичних обставин; вони допомагають відрізнати ефективне і неефективне лікування. Лікарі

«Один зі способів, яким лікарі можуть здійснювати свою відповідальність за розподіл ресурсів, є уникання марнотратних та неефективних заходів, навіть тоді, коли пацієнти просять про це.»

повинні ознайомитися з цими керівними настановами як для збереження ресурсів, так і для забезпечення оптимального лікування своїх пацієнтів.

Тип рішення про розподіл, який багато лікарів повинні робити – це вибір між двома або більше пацієнтами, які потребують обмежених ресурсів, таких як увага персоналу невідкладної допомоги, ліжко інтенсивної терапії, органи для трансплантації, високотехнологічні радіологічні до-

слідження і деякі дуже дорогі ліки. Лікарі, які здійснюють контроль над цими ресурсами, повинні вирішити, які пацієнти будуть мати доступ до них і які не будуть, добре знаючи, що ті, кому відмовлено можуть постраждати і, як результат, навіть померти.

Деякі лікарі стикаються з додатковими конфліктами при розподілі ресурсів, оскільки вони відіграють певну роль у виробленні загальної політики, що впливає і на їхніх пацієнтів. Цей конфлікт відбувається в лікарнях та інших установах, де лікарі займають адміністративні посади і працюють в комітетах, де є рекомендована або визначена політика. Хоча багато лікарів намагаються уникати упередженості щодо своїх пацієнтів, а інші можуть намагатися використовувати своє становище для обстоювання інтересів своїх пацієнтів незважаючи на більші потреби у інших.

У вирішенні цих питань розподілу лікарі мають не тільки врівноважувати принципи співчуття і справедливості, але повинні вирішити, який підхід до справедливості є кращим. Є кілька таких підходів, в тому числі такі:

- **ЛІБЕРАЛЬНИЙ – LIBERTARIAN** – ресурси повинні розподілятися відповідно до ринкових принципів (індивідуальний вибір зумовлений здатністю і готовністю платити, з обмеженою благодійною допомогою для нужденних);

- **УТИЛІТАРНИЙ – UTILITARIAN** – ресурси повинні розподілятися відповідно до принципу максимальної користі для всіх;
- **ЕҐАЛІТАРНИЙ – EGALITARIAN** – ресурси повинні розподілятися в суворій відповідності з потребами;
- **ВІДНОВЛЮВАЛЬНИЙ – RESTORATIVE** – ресурси повинні розподілятися на користь історично знедолених.

Як зазначалося вище, лікарі поступово відходять від традиційного індивідуалізму лікарської етики, який сприяв би ліберальному підходу до більш соціальної концепції своєї ролі. Навіть якщо ліберальний підхід зазвичай відхиляється, фахівці з лікарської етики не досягли консенсусу про те, який з трьох інших підходів є вищим. Кожен з них, без сумніву, має дуже різні наслідки, коли застосовується до згаданих вище питань, що є вирішенням, які тести повинні бути призначені, чи є необхідним направлення до іншого лікаря, чи повинен пацієнт бути госпіталізований, чи потрібні ліки з бренд-іменем радше ніж ґенерики, хто отримає орган для трансплантації і т.д. Утилітарний підхід, можливо, є найбільш складним у практиці окремих лікарів, оскільки вимагає багато роботи з даними про ймовірні результати різних втручань не тільки у власних пацієнтів цих лікарів, але й у всіх інших. Вибір між іншими двома підходами (або трьома, якщо ліберальний включається) залежатиме від особистої моральності лікаря, як і від соціально-політичної обставинки, в якій він або вона практикує.»

Деякі країни, такі як США, віддають перевагу ліберальному підходові, інші, наприклад, Швеція, відома своїм егалітаризмом, а ще інші, такі як Південна Африка, пробують відновлювальний підхід. Багато

медичних планувальників сприяють утилітаризму. Незважаючи на відмінності, дві або більше з цих концепцій справедливості часто співіснують у рамках національних систем охорони здоров'я, і в цих країнах лікарі можуть вибирати параметри практики (наприклад, державні або приватні), що узгоджується з їхнім власним підходом.

Додатково до будь-якої ролі, яку лікарі можуть відігравати в розподілі наявних ресурсів охорони здоров'я, вони також несуть відповідальність за розширення цих ресурсів, коли вони є недостатніми для задоволення потреб пацієнтів. Це, звичайно, вимагає, щоб лікарі працювали згуртовано, в їхніх професійних об'єднаннях, аби переконати тих, які приймають рішення в уряді та деінде, про наявність цих потреб і якнайкраще задовольнити їх, як в їхніх власних країнах, так і глобально.

«...лікарі ... несуть відповідальність за розширення цих ресурсів, коли вони є недостатніми для задоволення потреб пацієнтів.»

ГРОМАДСЬКА ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я

Медицина 20-го століття засвідчила появу невдалого поділу між «громадською охороною здоров'я» та іншою медичною допомогою (очевидно «приватною» або «індивідуальною» охороною здоров'я). Це є невдалим, тому що, як зазначалося вище, населення складається з індивідуумів, і заходи щодо захисту та зміцнення здоров'я населення відбуваються в результаті блага для здоров'я індивідуумів.

Непорозуміння також виникає, якщо «громадська охорона здоров'я» взята у значенні «громадсько- фінансована медична допомога» (наприклад, медична допомога фінансується за рахунок системи оподаткування країни або обов'язкової універсальної системи страхування) і виглядає як протилежність «приватно-фінансованої медичної допомоги» (наприклад, ме-

дична допомога оплачена індивідуумами або через приватну медичну страховку, і, зазвичай, не скрізь доступна).

Термін «громадська охорона здоров'я», як вона розуміється тут, відноситься як до здоров'я населення, так і щодо медичних спеціальностей, що мають справу зі здоров'ям з точки зору населення, радше ніж на індивідуальній основі. Існує велика потреба у фахівцях в цій галузі в кожній країні для консультування і пропаганди громадської політики, що сприяє доброму здоров'ю, участі у заходах щодо захисту населення від інфекційних хворіб та інших небезпек для здоров'я. Практика в громадській охороні здоров'я

«усі лікарі повинні знати соціальні та екологічні детермінанти, що впливають на стан здоров'я їхніх окремих пацієнтів.»

(іноді називається «медицина громадського здоров'я» або «комунальна медицина, медицина громади») значною мірою спирається на наукову базу з епідеміології, яка являється вивченням розповсюдження і визначенням здоров'я та хворіб серед населення. Більш того, деякі лікарі пройшли додаткові академічні навчання та стали медичними епідеміологами. Тим не менш, усі лікарі повинні знати соціальні та екологічні детермінанти, що впливають на стан здоров'я їхніх окремих пацієнтів. Як зазначає **Заява про сприяння здоров'ю** Світового Лікарського Товариства (WMA):

«Лікарі та їхні професійні об'єднання (товариства) мають етичні обов'язки та професійну відповідальність діяти в найкращих інтересах своїх пацієнтів в усі часи та інтегрувати цю відповідальність з більш широкою стурбованістю та залученням у сприяння та забезпечення здоров'я населення».

Заходи громадської охорони здоров'я, такі, як кампанії вакцинації та екстреного реагування на спалахи інфекційних хворіб, є важливими чинниками здоров'я людей, а суспільні чинники, такі, як житло, харчування та зайнятість є рівнозначними, якщо не більш значимими. Лікарі рідко спроможні лікувати соціальні причини захворювань окремих пацієнтів, хоча вони мають

ставитися до пацієнтів незалежно від соціальних послуг. Тим не менш, вони можуть сприяти, навіть якщо опосередковано, довгостроковому вирішенню цих проблем, беручи участь в громадській охороні здоров'я та санітарній освіті, моніторингу та звітності щодо екологічних загроз, виявлення та оприлюднення негативних наслідків для здоров'я соціальнозумовлених проблем, таких, як жорстоке поводження і насильство, а також виступаючи за поліпшення послуг громадської охорони здоров'я.

Іноді, втім, інтереси громадської охорони здоров'я можуть вступати в протиріччя з інтересами окремих хворих, наприклад, коли вакцинація, що загрожує ризиком несприятливих реакцій, попередить окремих особам передачу хвороби, але не зараження нею, або, якщо вимагається повідомляти про певні інфекційні хвороби у випадку жорстокого поводження з дітьми або літніми людьми, або про умови, що можуть створювати певні види діяльності, такі як водіння автомобіля або пілотування літака, небезпечні для цієї особи і для інших. Це є приклади ситуацій подвійної лояльності, як описано вище. Процедури для вирішення цих та пов'язаних з ними ситуацій обговорені під «конфіденційністю» в другому розділі цього Підручника. Взагалі, лікарі повинні прагнути до пошуку шляхів для мінімізації будь-якої шкоди, від якої окремі пацієнти можуть постраждати в результаті суперечності вимог громадської охорони здоров'я. Наприклад, коли вимагається звітність, конфіденційність пацієнта повинна бути щонайбільше захищена, попри виконання правових вимог.

Інший тип конфлікту між інтересами окремих пацієнтів і суспільства виникає тоді, коли лікарі просять допомогти пацієнтам отримати пільги, яких вони не мають, наприклад, страхові виплати або відпустку через хворобу. Лікарі наділені повноваженнями посвідчувати, що пацієнти мають відповідні медичні підстави, щоб кваліфікувати їх для одержання таких пільг.

Хоча деякі лікарі не хочуть позбавити прохання пацієнтів щодо посвідчення, що не стосується їхніх умов, вони повинні, радше, допомогти своїм пацієнтам знайти інші засоби підтримки, які не вимагають неетичної поведінки.

ГЛОБАЛЬНА ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я

Усвідомлення того, що лікарі мають відповідальність перед суспільством, у якому вони живуть, було розширене в останні роки включенням відповідальності за глобальну охорону здоров'я. Цей термін був визначений як проблеми охорони здоров'я, питання і турботи, які виходять за рамки національних кордонів, на які можуть впливати умови або досвід інших країн, і які найкраще вирішувати спільними діями і рішеннями. Глобальна охорона здоров'я є частиною набагато більшого руху глобалізації, яка включає в себе обмін інформацією, торгівлю, політику, туризм та багато інших видів діяльності людини.

Основою глобалізації є усвідомлення того, що окремі особи та суспільства є дедалі більше взаємозалежними. Це чітко стало очевидним у стосунку до здоров'я людини швидким поширенням таких захворювань як грип і атипова пневмонія. Такі епідемії вимагають міжнародних дій для контролю над ними. Нездатність розпізнавати і лікувати високо заразні хвороби лікарем в одній країні можуть мати руйнівні впливи для пацієнтів в інших країнах. З цієї причини етичні зобов'язання лікарів виходять далеко за рамки їхніх окремих пацієнтів і навіть їхніх громад та націй.

«Нездатність розпізнавати і лікувати високо заразні хвороби лікарем в одній країні можуть мати руйнівні впливи для пацієнтів в інших країнах.»

Розвиток глобального погляду на охорону здоров'я призвів до підвищення обізнаності про нерівності в охороні здоров'я в усьому світі. Незважаючи на широкомасштабні кампанії по боротьбі з передчасною смертністю і виснажливою захворюваністю в найбільш бідніших країнах, які мали наслідком певні успіхи, такі, як елімінація віспи і (споді-

ваємося) поліомієліту, розрив у стані здоров'я між країнами з високим і низьким рівнем доходів продовжує збільшуватися. Це частково у зв'язку з ВІЛ/СНІДом, який мав свої найгірші

впливи в бідних країнах, але також через нездатність країн з низьким рівнем доходу до досягнення добробуту від збільшення багатства, що в світі в цілому спостерігається протягом останніх десятиліть. Хоча причини убогості в основному політичні і економічні, а тому не підконтрольні лікарям та їхнім товариствам, лікарям доводиться мати справу з поганим станом здоров'я, що є наслідком убогості. У країнах з низьким рівнем доходів лікарі мають мало ресурсів, щоб запропонувати їх пацієнтам, і постійно стикаються з викликом розподілу цих ресурсів найчеснішим шляхом. Навіть у країнах із середнім і високим рівнем доходу, лікарі стикаються з пацієнтами, які прямо постраждали від глобалізації, як біженці, і які іноді не мають доступу до медичного охоплення, яким користуються громадяни тих країн.

Іншою особливістю глобалізації є міжнародна мобільність медичних працівників, у тому числі й лікарів. Відтік лікарів з країн, що розвиваються, в промислово розвинені країни був вигідним як для лікарів, так і для приймаючих країн, але не для країн-експортерів. Світове Лікарське Товариство (WMA) в своїх **Етичних керівних настановах міжнародного найму лікарів**, стверджує, що лікарі не повинні бути позбавлені можливості залишати свою домівку або прийняту країну, щоб продовжувати кар'єрні можливості в іншій країні. Воно, тим не менш, закликає кожену країну зробити все можливе, щоб підготувати відповідну кількість лікарів з урахуванням її потреб і ресурсів, а не покладатися на імміграцію з інших країн для задоволення своєї потреби в лікарях.

Лікарі в промислово розвинених країнах мають давню традицію надання свого досвіду і навичок країнам, що розвиваються.

Це здійснюється в багатьох формах: невідкладну медичну допомогу координували такі організації, як Товариства Червоного Хреста і Червоного Півмісяця та організації «Лікарі без кордонів», короткострокові хірургічні кампанії для вирішення станів, таких як катаракта або розщелина піднебіння, відвідування призначень факультету в лікарських школах, коротко- або довгострокових медичних науково-дослідних проєктів,

надання медикаментів і медичного устаткування і т.д. Такі програми ілюструють позитивні сторони глобалізації і служать для захисту, принаймні частково, руху лікарів з бідніших країн у багатші.

ПОВЕРНЕННЯ ДО РОЗБОРУ ВИПАДКУ

Відповідно до аналізу стосунків лікар-суспільство, що представлені в цьому розділі, Д-р S вправі розглянути питання про вплив на суспільство поведінки її пацієнта.

Навіть якщо консультації з іншими медичними практиками відбувалися поза системою охорони здоров'я, в якій Д-р S працює і, отже, не тягнуть за собою жодних фінансових витрат для суспільства, пацієнт відбирає час Д-ра S, який міг бути використаний для інших пацієнтів, які потребують її послуг. Тим не менш, лікарі, такі, як Д-р S повинні бути обережними при вирішенні подібних ситуацій. Пацієнти часто не в змозі приймати всеціло раціональні рішення з різних причин і, можливо, знадобиться багато часу та санітарної просвіти, щоб прийти до розуміння того, що є в найкращих інтересах самих себе та інших. Д-р S також має право звертатися до свого лікарського товариства шукати товариського вирішення цієї проблеми, оскільки справа торкається не тільки її самої і цього єдиного пацієнта, але так само й інших лікарів і пацієнтів.

РОЗДІЛ ЧЕТВЕРТИЙ – ЛІКАРІ ТА КОЛЕГІ



Медична команда береться за випадок
© Pete Saloutos / CORBIS



ЦІЛІ

Після опрацювання цього розділу ви повинні вміти:

- описати, як лікарі повинні поводитись по відношенню один до одного;
- справедливо повідомляти про неетичну поведінку колег;
- визначати основні етичні принципи, що стосуються співробітництва з іншими в піклуванні про хворих;
- пояснити, як вирішувати конфлікти з іншими надавачами медичної допомоги.

РОЗБІР ВИПАДКУ № 3

Д-р С, новопризначений анестезіолог у міській лікарні, стурбований поведінкою старшого хірурга в операційній. Хірург використовує застарілі технології, які подовжують операції і, в результаті, збільшують післяопераційний біль та час одужання. Крім того, він часто грубо жартує про хворих, що, очевидно, набридає асистуючим медсестрам. Як більш молодий член персоналу, Д-р С неохочий критикувати хірурга особисто або повідомляти про нього у вищі інстанції. Разом з тим він відчуває, що повинен щось чинити, щоб покращити ситуацію.

ВИКЛИКИ ДЛЯ МЕДИЧНОЇ ВЛАДИ

Лікарі належать до професії, яка традиційно функціонує у вкрай ієрархічній формі, як всередині, так і зовні. Всередині існують три ієрархії, які переплітаються: перша полягає в різниці між спеціальностями, з яких деякі розглядаються більш престижними і краще оплачуваними, ніж інші; друга знаходиться в межах спеціальності, зумовлена тим, що науковці є більш впливовими, ніж лікарі приватної або державної практики; третя стосується піклування про конкретних пацієнтів, коли головний допомогонадавач знаходиться на вершині ієрархії а інші лікарі, навіть з великим стажем і/або навичками, служать просто як консультанти, допоки пацієнт не переходить під їхнє піклування. Зовні лікарі традиційно були на вершині ієрархії допомогонадавачів, вище медсестер та інших медичних фахівців.

«Лікарі належать до професії, яка традиційно функціонує у вкрай ієрархічній формі»

У цьому розділі будуть розглянуті етичні питання, які виникають як у внутрішній, так і в зовнішній ієрархіях. Деякі питання є спільними для обох, тоді як інші знаходяться лише в одній або іншій. Багато з цих питань є відносно новими, оскільки вони є результатом останніх змін у медицині та охороні здоров'я. Короткий опис цих змін є на порядку, оскільки вони створюють серйозні виклики для традиційного здійснення лікарських повноважень.

Зі швидким зростанням наукових знань та їх клінічного застосування медицина стає дедалі складнішою. Індивідуальні лікарі не можуть бути експертами в усіх хворобах своїх пацієнтів і потенційного їх лікування, і потребують допомоги інших спеціалізованих лікарів і кваліфікованих працівників охорони здоров'я, таких як медсестри, фармацевти, фізіотерапевти, лаборанти, соціальні працівники і багато інших. Лікарям треба знати, як отримати доступ до спеціалістів відповідної кваліфікації, яких їхні пацієнти потребують, і якої їм самим бракує.

Як обговорювалось у другому розділі, лікарський патерналізм був підірваний поступово зростаючим визнанням права пацієнтів приймати свої власні медичні рішення. Як результат, спільна модель прийняття рішень замінила авторитарну модель, яка була характерна для традиційного лікарського патерналізму. Те саме відбувається у відносинах між лікарями та іншими працівниками охорони здоров'я. Останні дедалі частіше не бажають слідувати вказівкам лікарів, не знаючи причин, які стоять за цими вказівками. Вони вбачають у собі професіоналів з конкретною етичною відповідальністю відносно пацієнтів; якщо їхнє сприйняття цієї відповідальності

«...спільна модель прийняття рішень замінила авторитарну модель, яка була характерна для традиційного лікарського патерналізму.»

конфліктує з вказівками лікаря, вони відчувають, що мусять запитати або навіть оскаржити ці вказівки. Якщо у відповідності до ієрархічної моделі влади ніколи не було ніяких сумнівів про

те, хто відповідальний і хто повинен переважати, коли стався конфлікт, кооперативна модель може призвести до суперечок щодо належного піклування про хворого.

Удосконалення, такі, як ці, змінили «правила гри» у взаєминах лікарів з їхніми медичними колегами та іншими фахівцями охорони здоров'я. У продовженні цього розділу будуть з'ясовані деякі проблемні аспекти цих відносин і пропонуватимуться шляхи їх вирішення.

СТОСУНКИ З КОЛЕГАМИ-ЛІКАРЯМИ, ВИКЛАДАЧАМИ ТА СТУДЕНТАМИ

Як члени лікарської професії, лікарі традиційно очікується, розглядають один одного більше як членів родини, ніж як незнайомих чи навіть як друзів. **Женевська декларація** Світового Лікарського Товариства (WMA) включає обіцянку: «Мої колеги будуть моїми сестрами і братами». Тлумачення цієї вимоги відрізняється в різних країнах і з плином часу. Наприклад, там де плата за послуги була головною або єдиною формою винагороди для лікарів, існувала сильна традиція «професійної ввічливості» згідно з якою лікарі не платили своїм колегам за медичне звернення. Ця традиція зникає у країнах, де є можливим третьостороннє відшкодування.

Окрім позитивних вимог лікувати своїх колег з повагою і працювати спільно для максимального піклування про пацієнтів, **Міжнародний кодекс лікарської етики** Світового Лікарського Товариства (WMA) містить два обмеження взаємовідносин між лікарями: (1) оплачування або отримання будь-якої плати чи будь-якої іншої винагороди виключно для забезпечення направлення пацієнта; і (2) переманювання хворих від колег. Третє зобов'язання – повідомляти про неетичну або некомпетентну поведінку колег – обговорюється нижче.

У Гіппократовій традиції лікарської етики лікарі зобов'язані особливо поважати своїх вчителів. **Женевська декларація** гласить це так: «Я віддам моїм вчителям повагу і подяку, які їм належать». Хоча лікарська освіта сьогодення включає багато

взаємодій учнів та викладачів, на відміну від взаємини один на один колишніх часів, це, як і раніше, залежить від доброї волі і самовідданості практикуючих лікарів, які часто не отримують винагороди за свою викладацьку діяльність. Студенти-медики та інші медичні слухачі зобов'язані борг подяки своїм вчителям, без яких лікарська освіта була б скорочена до самоінструкування.

Зі свого боку, вчителі повинні ставитися до своїх учнів з повагою і служити гарним прикладом у поводженні з пацієнтами. Так звана «прихована навчальна програма» лікарської освіти, тобто стандарти поведінки показувані практикуючими лікарями, є набагато більш впливовими, ніж явний навчальний курс лікарської етики, і якщо існує конфлікт між вимогами етики та відносинами і поведінкою вчителів, студенти-медики, більшою мірою слідуватимуть прикладові своїх учителів.

«...вчителі повинні ставитися до своїх учнів з повагою і служити гарним прикладом у поводженні з пацієнтами.»

Учителі мають особливе зобов'язання не вимагати від студентів участі в неетичних практиках. Прикладами таких практик, що було повідомлено в медичних часописах, є залучення студентів-медиків до отримання згоди пацієнта на лікування в ситуаціях, коли це повинні робити достатньо кваліфіковані медичні фахівці, до виконання обстеження тазу у анестезованих або новопомерлих пацієнтів без згоди, а також до виконання несанкціонованих процедур, які, хоч і незначні (наприклад, I-V вставки), не належать на думку деяких студентів до їхньої компетенції. З огляду на нерівний баланс влади між студентами та вчителями і, як наслідок, небажання студентів допитатися чи відмовитися від таких розпоряджень, учителям необхідно впевнитись, що вони не вимагають студентів діяти неетично. У багатьох лікарських навчальних закладах існує клас представників або медичних студентських товариств, які, крім інших функцій, можуть піднімати тривогу з приводу етичних проблем

в лікарській освіті. Студенти, які стурбовані етичними аспектами їхньої освіти, повинні мати доступ до таких механізмів, де вони можуть підняти тривогу без необхідності бути сприйнятими, як «свистодуї», так само, як і доступ до відповідної підтримки, у разі необхідності взяти питання до більш формального процесу.

«Студенти, які стурбовані етичними аспектами їхньої освіти, повинні мати доступ до таких механізмів, де вони можуть підняти тривогу»

Очікується, що, зі свого боку, студенти-медики покажуть високі стандарти етичної поведінки, необхідної для майбутніх лікарів. Вони повинні ставитися до інших студентів колеґіально і бути готовими запропонувати допомогу, коли це буде необхідно, включаючи поради щодо виправлення становища у зв'язку з непрофесійною поведінкою. Вони також повинні повністю брати участь у розподілених проєктах і обов'язках, таких як навчальні призначення (дослідницькі завдання) та чергування.

СПОВІЩЕННЯ ПРО НЕБЕЗПЕЧНУ АБО НЕЕТИЧНУ ПРАКТИКУ

Медицина традиційно пишалася своїм статусом самоврядної професії. В обмін на привілеї надані їй суспільством та довіру її членам з боку пацієнтів, лікарська професія встановила високі стандарти поведінки для своїх членів та дисциплінарні процедури для розслідування звинувачень у негідній поведінці, і, якщо необхідно, для покарання злочинців. Ця система саморегулювання часто не діяла і в останні роки були зроблені кроки, щоб ця професія стала більш підзвітною, зокрема через призначення немедиків до регулюючих органів. Основною допомогою до саморегулювання, однак, є щира підтримка з боку лікарів його принципів і їхня готовність визначати і долати небезпечну і неетичну практику.

Цей обов'язок повідомляти про некомпетентність, порушення чи проступки своїх колеґ підкреслено в кодексі лікарської

етики. Наприклад, **Міжнародний Кодекс Лікарської Етики** Світового Лікарського Товариства (WMA) твердить, що: «Лікар повинен ... прагнути виявити недоліки в характері або компетенції лікарів, а також тих, хто займається шахрайством чи обманом». Однак, здійснення цього принципу рідко є легким. З одного боку, лікар може спокуситися напасти на репутацію колеги з негідних особистих мотивів, таких, як заздрість, або у відповідь на образ, відчуту з боку колеги. Лікар може також неохоче повідомляти про неправильну поведінку колеги через дружбу або симпатії («там, але по милості Божій я йду»). Наслідки такого оповіщення можуть бути дуже згубними для того, хто повідомляє, включаючи майже напевно ворожість з боку обвинуваченого та, можливо, інших колег.

Незважаючи на ці недоліки, сповіщення про порушення є професійним обов'язком лікарів. Вони не тільки відповідають за підтримання хорошої репутації професії, але й часто є єдиними, хто визначає некомпетентність, порушення чи проступки.

Тим не менш, повідомлення колеги в дисциплінарну владу, звичайно, повинно бути останнім засобом після того, як інші альтернативи були спробовані і визнані недостатніми. Першим кроком можна було б звернутися до колеги і сказати, що ви вважаєте його або її поведінку небезпечною або неетичною. Якщо питання можна вирішити на цьому рівні, може не бути необхідності йти далі. Якщо ні, то наступним кроком могло би

«...повідомлення колеги в дисциплінарну владу, звичайно, повинно бути останнім засобом після того, як інші альтернативи були спробовані і визнані недостатніми.»

бути обговорення цього питання з керівником вашим і/або порушника і залишити вирішення про подальші дії на цю особу. Якщо ця тактика не є здійснимою або успішною, тоді може виявитися необхідним прийняти заключний етап інформування дисциплінарної влади.

СТОСУНКИ З ІНШИМИ СПЕЦІАЛІСТАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Другий розділ про стосунки з пацієнтами починається з обговорення значної важливості поваги та рівного лікування у стосунках лікаря і пацієнта. Принципи, викладені в цій дискусії, рівною мірою поширюються на стосунки зі співробітниками. Зокрема, заборона на дискримінацію на такому ґрунті, як «вік, хвороба або інвалідність, віросповідання, етнічне походження, стать, національність, політичне переконання, раса, сексуальна орієнтація або соціальне положення чи будь-якого іншого чинника» (**Женевська Декларація** Світового Лікарського Товариства (WMA)) застосовується у відносинах з усіма тими, з ким лікарі взаємодіють у піклуванні про хворих та професійній діяльності загалом.

Недискримінація є пасивною характеристикою стосунків. Повага – це щось більш активне і позитивне. Що стосується інших надавачів медичної допомоги, незалежно від того, чи це лікарі, медсестри, допоміжні медичні працівники і т.д., це тягне за собою визнання їхніх навичок та досвіду, оскільки вони можуть зробити внесок у турботу про хворих. Всі надавачі медичної допомоги не однакові з точки зору їхньої освіти і професійної підготовки, але вони є часткою базової людської рівності, як і такого ж відношення до благополуччя пацієнтів.

Як і з пацієнтами, проте, існує законне підґрунтя для відмови розпочати або припинити стосунки з іншим надавачем медичної допомоги. Воно включає відсутність впевненості в здібностях або чесності іншої особи і серйозні особисті зіткнення. Відрізнити ці мотиви від менш вартих вимагає значної етичної чутливості з боку лікаря.

СПІВРОБІТНИЦТВО

Медицина одночасно високо індивідуалістична, і високо співробітницька професія. З одного боку, лікарі досить власницькі щодо «своїх» пацієнтів. Це стверджується з хорошої причини,

бо особисті стосунки лікаря і пацієнта є найкращим засобом пізнання пацієнта і безперервності піклування, що є оптимальним для профілактики і лікування захворювань. Затримування пацієнтів також благо для лікаря, щонайменше, фінансово. У той же час, як описано вище, медицина дуже складна і спеціалізована, що вимагає тісної співпраці між лікарями-практиками з різними, але взаємодоповнюючими, знаннями і навичками. Це протиріччя між індивідуалізмом та співробітництвом було постійно обговорюваною темою в лікарській етиці.

Ослаблення лікарського патерналізму супроводжувалося втратою віри, що лікарі володіють «своїми» пацієнтами. Традиційне право пацієнтів запитати іншу думку було розширене до включення доступу до інших надавачів медичної допомоги, які можуть бути більше спроможними задовольнити їхні потреби. Відповідно до **Декларації про права пацієнта** Світового Лікарського Товариства (WMA), «Лікар зобов'язаний співпрацювати у координації медично показаної допомоги з іншими надавачами медичної допомоги в лікуванні пацієнта». Проте, як зазначалося вище, лікарі не одержують прибуток від цієї співпраці шляхом розподілу винагороди.

«Ослаблення лікарського патерналізму супроводжувалося втратою віри, що лікарі володіють «своїми» пацієнтами.»

Ці обмеження на лікарське «володіння» хворими повинно бути протипоставлене іншим заходам, які призначені для забезпечення чільної ролі відносин пацієнта і лікаря. Наприклад, пацієнт, який лікується більш ніж одним лікарем, що є звичайним випадком у лікарні, повинен, де це можливо, мати одного лікаря координуючого допомогу, який може інформувати пацієнта про його чи її загальний прогрес і допомагати пацієнтові приймати рішення.

Хоча відносини між лікарями регулюються зазвичай добре сформульованими та зрозумілими правилами, відносини між

лікарями та іншими фахівцями охорони здоров'я знаходяться у стані постійної зміни, і існують значні розбіжності з приводу того, якими повинні бути їхні ролі. Як зазначалося вище, багато медсестер, фармацевтів, фізіотерапевтів та інших фахівців вважають себе більш компетентними у своїй галузі піклування про пацієнтів, ніж лікарі, і не видно причин, чому вони не повинні розглядатися на рівні з лікарями. Вони виступають за командний підхід до допомоги пацієнтові, у якому поглядам усіх допомогонадавачів приділяється рівна увага, і вони вважають себе **підзвітними** перед пацієнтом, а не перед лікарем. Багато лікарів, з іншого боку, вважають, що навіть якщо командний підхід буде прийнятий, то має бути одна відповідальна особа, і лікарі найкраще підходять для цієї ролі з урахуванням їхньої освіти та досвіду.

Хоча деякі лікарі можуть протистояти викликам їхній традиційній, майже абсолютній, владі, здається певним, що їхня роль буде змінюватися у відповідь на претензії як пацієнтів, так і інших надавачів медичної допомоги щодо більшої участі у прийнятті медичних рішень. Лікарі повинні бути в змозі обґрунтувати свої рекомендації іншим і переконати їх прийняти ці рекомендації. На додаток до цих спілкувальних навичок, лікарям треба бути здатними вирішувати конфлікти, що виникатимуть серед різних учасників піклування про пацієнта.

Особливий виклик для співробітництва у найкращих інтересах пацієнтів виникає в результаті їхнього звернення до традиційних або альтернативних надавачів медичних послуг («цілителів»). Це особи, з якими консультиється більша частина населення в Африці та Азії, і попит на яких зростає в Європі та Америці. Хоча деякі вважають ці два підходи, як доповнюючі, у багатьох випадках можуть конфліктувати. Оскільки деякі з традиційних та альтернативних втручань мають терапевтичний ефект і мають попит у пацієнтів, лікарі повинні вивчити шляхи співпраці з їхніми практикувальниками. Як це можна здійснити, буде варіюватися в різних країнах по-різному залежно також і від виду практикувальника. В усіх таких взаємодіях благополуччя пацієнта повинно бути головним.

ВИРІШЕННЯ КОНФЛІКТУ

Хоча лікарі можуть мати різні види конфліктів з іншими лікарями і надавачами медичних послуг, наприклад, через діловод-

«...невизначеність і різноманітність точок зору може призвести до розбіжностей з приводу мети піклування та засобів досягнення цієї мети.»

ство або винагороди, акцент буде зроблено на конфліктах з приводу піклування про пацієнта. В ідеалі медичне рішення має відображати згоду між пацієнтом, лікарем і всіма іншими особами, які беруть участь у піклуванні про пацієнта. Разом з тим, невизначеність і різноманітність точок зору може призвести до розбіжностей з приводу мети піклування та засобів

досягнення цієї мети. Обмежені ресурси охорони здоров'я та організаційної політики можуть також утруднювати досягнення консенсусу. Розбіжності серед надавачів медичної допомоги про мету піклування та лікування або засоби досягнення цієї мети повинні бути уточнені та вирішені членами команди медичної допомоги таким чином, щоб не поставити під загрозу їх відносини з пацієнтом. Розбіжності між надавачами медичної допомоги та адміністраторами у зв'язку з розподілом ресурсів повинні бути вирішені в межах об'єкта чи установи і не обговорюватися в присутності пацієнта.

Оскільки обидва види конфліктів мають етичну природу, для їхнього вирішення може бути корисною порада клінічного комітету з етики або консультанта з етики.

Наступні керівні вказівки можуть бути корисними для вирішення таких конфліктів:

- Конфлікт має бути вирішеним у неформальному порядку, якщо це можливо, наприклад, шляхом прямих переговорів між незгідними особами, переходячи до більш формальної процедури тільки тоді, коли неформальні заходи були неуспішними.

- Думки всіх, хто прямо залучений повинні бути встановлені і дані поважні міркування.
- Інформований вибір пацієнтом або уповноваженим замісним приймальником рішень стосовно лікування повинен бути головним міркуванням при вирішенні спорів.
- Якщо спір про те, який вибір пацієнту повинен бути наданий, ширший ряд варіантів, звичайно, є кращим, ніж вужчий. Якщо найкраще лікування не доступне через обмеженість ресурсів, пацієнт, звичайно, повинен бути поінформований про це.
- Якщо, після розумного зусилля, угоду або компроміс не може бути досягнуто на основі діалогу, повинні прийматися рішення особи з правом чи відповідальністю його прийняття. Якщо неясно чи спірно, хто має право чи відповідальність приймати рішення, слід шукати посередництва, арбітражу або судового розгляду.

Якщо надавачі медичної допомоги не можуть підтримати рішення, яке переважає, в порядку професійного судження або особистої моралі, вони повинні мати можливість відмовитися від участі у виконанні цього рішення, будучи впевненими, що особа, яка отримує допомогу, не має ризику шкоди або позбавлення допомоги.

ПОВЕРНЕННЯ ДО РОЗБОРУ ВИПАДКУ

Д-р С має право бути стурбованим поведінкою старшого хірурга в операційній. Не тільки тому, що він ставить під загрозу здоров'я пацієнта, але й тому, що він ставиться з неповагою як до пацієнта, так і до своїх колег. Д-р С має етичний обов'язок не ігнорувати таку поведінку але щось з цим робити. Як перший крок, він не повинен виказувати будь-якої підтримки цієї образливої поведінки, наприклад, підсміюванням над жартами. Якщо він вважає, що обговорення цього питання з хірургом може бути ефективним, він повинен робити це. Інакше, він може йти прямо до вищих інстанцій у лікарні. Якщо вони не бажають мати справу з цією ситуацією, тоді він може звернутися у відповідний орган ліцензування лікарів і попросити провести розслідування.

РОЗДІЛ П'ЯТИЙ – ЕТИКА І МЕДИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ



Сонна хвороба є позаду
© Роберт Петрик / CORBIS SYGMA



ЦІЛІ

Після опрацювання цього розділу ви повинні вміти:

- ідентифікувати головні принципи науково-дослідної етики;
- знати як врівноважувати дослідження та клінічну допомогу;
- задовольняти вимоги комітетів етичного нагляду.

РОЗБІР ВИПАДКУ № 4

Д-рку R, лікарку загальної практики в малому містечку сільського типу, запрошено контрактною дослідницькою організацією (КДО – C.R.O.) взяти участь у клінічних випробуваннях нового нестероїдного протизапального засобу (НСПЗЗ – NSAID) при остеоартриті.

Їй запропонували певну суму грошей за кожного пацієнта, якого вона запише до дослідження. Представник КДО запевнив її, що дослідження отримало всі необхідні дозволи, в тому числі один з комітету нагляду за етикою. Д-р R ніколи раніше не брала участі в дослідженнях і зраділа цій можливості, особливо з додатковими грішми. Вона погоджується, не запитавши додатково про наукові та етичні аспекти цього дослідження.

ВАЖЛИВІСТЬ МЕДИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Медицина не є точною наукою, такою як математика і фізика. У ній існує багато загальних тривалочинних принципів, але всі

«...медицина є по суті експериментальною.»

пацієнти є різними і лікування, що є ефективним для 90% населення, може не спрацювати для інших 10%. Таким чином, медицина є по суті експериментальною. Навіть найширше прийняте лікування необхідно

моніторувати і оцінювати для визначення його ефективності для окремого пацієнта, і, зрештою, для пацієнтів загалом. Це одна з функцій медичного дослідження. Інша, можливо, більш відома функція полягає у розробці нових видів лікування, осо-

бливо ліків, медичних приладів та хірургічної техніки. Великий прогрес був досягнений у цій галузі за останні 50 років, і сьогодні проводиться більше медичних досліджень, ніж будь-коли раніше.

Тим не менше існує ще багато питань без відповідей про функціонування людського організму, причини хворіб (як відомих, так і нових) і найкращі шляхи запобігання або лікування їх. Медичні дослідження є єдиним способом відповіді на ці питання. На додаток до пошуку кращого розуміння фізіології людини, медичні дослідження вивчають найрізноманітніші інші чинники здоров'я людини, включаючи моделі хвороби (епідеміологія), організацію, фінансування і надання медичної допомоги (дослідження системи охорони здоров'я), соціальні та культурні аспекти охорони здоров'я (медична соціологія та антропологія), право (юридична медицина) і етику (лікарська етика). Важливість такого роду досліджень дедалі частіше визнається фінансовими установами, багато з яких мають певні програми для нефізіологічних медичних досліджень.

ДОСЛІДЖЕННЯ В ЛІКАРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ

Усі лікарі використовують результати медичних досліджень у своїй клінічній практиці. Для підтримки своєї компетентності лікарі не повинні відставати від поточних досліджень в галузі їхньої практики через програми Безперервної лікарської освіти / Безперервного професійного розвитку, медичні часописи і взаємодію з компетентними колегами. Навіть якщо лікарі не залучені в дослідження самі,

«Навіть якщо лікарі не залучені в дослідження самі, вони повинні знати, як інтерпретувати результати досліджень і застосувати їх до своїх пацієнтів.»

вони повинні знати, як інтерпретувати результати досліджень і застосувати їх до своїх пацієнтів. Таким чином, базове знайомство з методами дослідження є необхідним для компетентної

медичної практики. Найкращий спосіб досягти цього знайомства полягає в тому, щоб узяти участь в дослідницькому проєкті або як студент-медик, або з наступною кваліфікацією.

Найбільш розповсюдженим методом дослідження для практикуючих лікарів є клінічне випробування. Перш ніж новий препарат зможе отримати схвалення уповноваженими урядом регулюючими органами, він повинен пройти широкі випробування на безпеку та ефективність. Цей процес починається з лабораторних досліджень, після випробування на тваринах. Якщо це виявиться перспективним проводяться наступні чотири кроки, або фази, клінічних досліджень:

- Перша фаза дослідження, зазвичай, проводиться на порівняно невеликому числі здорових добровольців, яким часто платять за участь, призначена для визначення дозування препарату, необхідного для отримання відповіді в організмі людини, як тіло переробляє препарат, і для встановлення його токсичності чи шкідливості.
- Друга фаза дослідження проводиться на групі пацієнтів з хворобою, для лікування якої цей препарат призначений. Її метою є визначити чи препарат сприятливо впливає на хворобу і чи не має будь-яких шкідливих побічних ефектів.
- Третя фаза дослідження є клінічними випробуваннями, у яких препарат призначається для великого числа пацієнтів, і порівнюється з іншим препаратом, якщо існує такий для стану про який іде мова, і/або з плацебо. Там, де це можливо, такі випробування є «подвійно сліпі», тобто, ні суб'єкти дослідження, ні їхні лікарі не знають, хто отримує які ліки або плацебо.
- Четверта фаза досліджень має місце після того, як препарат ліцензовано і виведено на ринок. За перші кілька років новий препарат монітується щодо побічних ефектів, які не з'являлися в попередніх фазах. Додатково, фармацевтична компанія, зазвичай, зацікавлена в тому, щоб препарат був добре сприйнятий лікарями, які його призначають, і пацієнтами, які його приймають.

Стрімке зростання в останні роки в числі поточних випробувань вимагає знайти і залучити якомога більше число пацієнтів для отримання статистичних даних випробування. Ті, хто відповідає за випробування, будь то незалежні лікарі або фармацевтичні компанії, нині покладаються на багатьох інших лікарів, часто в різних країнах, щоб залучити пацієнтів як суб'єктів дослідження.

Хоча участь у таких дослідженнях є цінним досвідом для лікарів, існують потенційні проблеми, які повинні бути визначені і уникнені. Перш за все, лікарська роль у відносинах лікаря і пацієнта відрізняється від ролі дослідника у відносинах дослідник-суб'єкт дослідження, навіть якщо лікар і дослідник одна й та ж сама особа. Найголовнішою відповідальністю лікаря є здоров'я та благополуччя пацієнта, у той час як найголовнішою відповідальністю дослідника здобування знання, яке може або не може робити внесок у здоров'я та благополуччя суб'єкта дослідження. Таким чином, існує ймовірність виникнення конфлікту між цими двома ролями.

«...лікарська
роль у відносинах
лікаря і пацієнта
відрізняється від
ролі дослідника
у відносинах
дослідник-суб'єкт
дослідження»

Коли це відбувається, роль лікаря повинна мати перевагу над роллю дослідника. Що це означає на практиці буде видно нижче.

Ще однією потенційною проблемою в поєднанні цих двох ролей є конфлікт інтересів. Медичні дослідження добре фінансуються і лікарям іноді пропонується значна винагорода за участь. Вона може включати готівкові платежі для залучення суб'єктів дослідження, обладнання, таке як комп'ютери для передачі даних дослідження, запрошення на конференції для обговорення висновків наукових досліджень, співавторство публікацій про результати дослідження. Зацікавленість лікаря

в отриманні цих вигод може іноді суперечити обов'язкові надавати пацієнтам найкраще доступне лікування. Це також може суперечити праву пацієнта отримувати всю необхідну інформацію, щоб прийняти повною мірою інформоване рішення про те, варто чи ні брати участь у науковому дослідженні.

Ці потенційні проблеми можна подолати. Етичні цінності лікаря – співчуття, компетентність, незалежність – стосуються також медичного дослідника. Тому не існує неминучого конфлікту між цими двома ролями. До того часу, поки лікарі розумітимуть і слідуватимуть основним правилам етики наукових досліджень, вони не повинні мати ніяких труднощів, беручи участь в наукових дослідженнях як невід'ємному компоненті своєї клінічної практики.

ЕТИЧНІ ВИМОГИ

Основні принципи дослідницької етики добре усталені. Однак, так було не завжди. Багато відомих медичних дослідників у 19-му і 20-му століттях проводили експерименти на хворих без їхньої згоди і з невеликим, якщо взагалі будь-яким стосунком для благополуччя пацієнтів. Незважаючи на те, що деякі твердження з етики досліджень датуються від початку 20 століття, вони не перешкодили лікарям Нацистської Німеччини та інших країн виконанню наукових досліджень на суб'єктах, що явно порушувало основоположні права людини. Після Другої світової війни деякі з цих лікарів були віддані суду і засуджені спеціальним трибуналом у Нюрнберзі, Німеччина. Основа судового рішення відома як Нюрнберзький кодекс, який служить в якості одного з основоположних документів сучасної дослідницької етики. Серед десяти принципів Кодексу є вимога добровільної згоди, якщо пацієнт слугує суб'єктом дослідження.

Світове лікарське товариство (WMA) було створене в 1947 році, у той самий рік, що й Нюрнберзький кодекс. Усвідомлюючи порушення лікарської етики до і під час Другої світової війни, засновники Світового лікарського товариства (WMA) негайно зробили кроки до забезпечення того, що лікарі будуть, принаймні, усвідомлювати свої етичні зобов'язання.

У 1954 році, після кількох років вивчення, Світове лікарське товариство (WMA) прийняло низку **Принципів для осіб у наукових дослідженнях та експериментах**. Цей Документ був переглянений протягом наступних десяти років, і в остаточному підсумку був прийнятий як **Гельсінкська декларація (ГД)** у 1964 році. Вона була вподальшому переглянена у 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 та 2008 роках. **Гельсінкська декларація (ГД)** є стислим резюме дослідницької етики. Інші, докладніші документи, були вироблені в останні роки щодо дослідницької етики взагалі (наприклад, **Міжнародні етичні керівні вказівки для біомедичних досліджень із залученням людських суб'єктів** Ради міжнародних організацій медичних наук, 1993 рік, переглянені у 2002 році) і щодо конкретних питань дослідницької етики (наприклад, **Етика досліджень, що відносяться до охорони здоров'я в країнах, що розвиваються**, Наффілдської Ради з біоетики [Великобританія], 2002).

Незважаючи на різні рамки, обсяг і авторство цих документів, вони узгоджені, значною мірою, з основними принципами дослідницької етики. Ці принципи були включені до законів та/чи правил, багатьох країн і міжнародних організацій, включаючи ті, які стосуються затвердження ліків і медичних приладів. Нижче наводиться короткий опис принципів, узятих у першу чергу з **Гельсінкської декларації (ГД)**:

Схвалення Комітету розгляду етики

Параграф 15 **Гельсінкської декларації (ГД)** передбачає, що кожна пропозиція для медичних досліджень на людських суб'єктах повинна бути розглянута і схвалена незалежним комітетом з етики, перш ніж вона зможе проводитись. У порядку отримання схвалення дослідники повинні пояснити мету та методологію реалізації проекту; продемонструвати, як

«...кожна пропозиція для медичних досліджень на людських суб'єктах повинна бути розглянута і схвалена незалежним комітетом з етики, перш ніж вона зможе проводитись.»

суб'єкти дослідження будуть залучені, як їхня згода буде отримана і яким чином їхнє особисте життя буде захищене; визначити, як проєкт фінансується, а також можливість будь-якого конфлікту інтересів з боку дослідників. Комітет з етики може схвалити проєкт в представленому вигляді, вимагати змін, перш ніж він зможе розпочатися, або взагалі відмовити в узгодженні. Багато комітетів виконують подальше моніторування проєктів з метою забезпечення дослідниками виконання своїх зобов'язань і вони можуть, якщо необхідно, зупинити проєкт через серйозні неочікувані негативні події.

Причина, чому вимагається затвердження проєкту комітетом з етики полягає в тому, що ні дослідники, ні суб'єкти дослідження не завжди достатньо обізнані і об'єктивні, щоб визначити, чи є проєкт науково та етично відповідним. Дослідники повинні продемонструвати безсторонному експертному комітетові, що проєкт є корисним, що вони компетентні проводити його і що потенційні суб'єкти дослідження будуть щонайбільше захищені від шкоди, наскільки це можливо.

Одне невирішене питання стосується розгляду комітетом з етики є чи багатоцентричний проєкт вимагає схвалення комітетом у кожному центрі, чи достатньо схвалення одного комітету. Якщо центри в різних країнах, розгляд і схвалення вимагається в кожній країні.

Наукове достоїнство

Параграф 12 **Гельсінкської декларації** (ГД) вимагає, щоб медичні дослідження з участю людських суб'єктів були науково обґрунтовані. Ця вимога призначена для елімінації проєктів,

«...медичні дослідження з участю людських суб'єктів були науково обґрунтовані.»

які навряд чи будуть успішними, наприклад, тому що вони методологічно неадекватні або які, навіть у разі успіху, швидше за все дадуть тривіальні результати. Якщо пацієнтів просять взяти участь у науково-дослідних проєктах, навіть там

де ризик заподіяння шкоди є мінімальним, повинно бути очікування, що результатом будуть важливі наукові знання.

Для забезпечення наукового достоїнства, параграф 12 вимагає щоб проєкт був заснований на глибокому знанні літератури з даної теми і попередньому лабораторному і, де це доцільно, тваринному дослідженні, що дає вагомі підстави очікувати, що пропонувані втручання будуть ефективними для людського організму. Усі дослідження на тваринах повинні відповідати етичним керівним вказівкам, які мінімізують кількість тварин, що використовуються, і запобігають непотрібному болю. Параграф 16 додає подальшу вимогу – тільки науково кваліфіковані особи повинні проводити дослідження на людських суб'єктах. Комітет нагляду за етикою повинен бути переконаний у тому, що ці умови будуть виконані, перш ніж він схвалить проєкт.

Суспільна цінність

Однією з найбільш суперечливих вимог до медичного дослідного проєкту є те, що він вносить в благополуччя суспільства в цілому. Це використовувалося, щоб широко узгодити те, що прогрес в наукових знаннях є цінним сам по собі й не потребує додаткового

«...суспільна цінність стала важливим критерієм для судження чи проєкт повинен фінансуватися.»

виправдання. Однак, так як ресурси доступні для медичних досліджень є зростаюче неадекватними, суспільна цінність стала важливим критерієм для судження чи проєкт повинен фінансуватися.

Параграфи 17 і 21 **Гельсінкської декларації** (ГД) чітко виступають за розгляд соціальної цінності в оцінці науково-дослідних проєктів. Важливість проєктної мети, розуміння як наукової, так і соціальної, важливості, повинні переважати ризики і труднощі для науково-дослідних суб'єктів. Крім того, популяції, на яких здійснюється наукове дослідження, повинні отримувати користь від результатів цього дослідження. Це особливо важ-

ливо в тих країнах, де можливе недобросовісне лікування суб'єктів досліджень, які піддаються небезпеці і незручностям досліджень, тоді як препарати розроблені в результаті досліджень приносять користь лише пацієнтам деінде.

Суспільна цінність дослідницьких проєктів є важчою до визначення, ніж їх наукове достоїнство, але це не дуже хороша причина для її ігнорування. Дослідники, а також комітет з питань етики, повинні запевнити, що пацієнти не піддаватимуться випробуванням, які навряд чи служитимуть якій-небудь суспільно-корисній меті. В іншому випадку будуть змарновані цінні ресурси охорони здоров'я та послабиться репутація медичних досліджень, як важливого чинника здоров'я та добробуту людини.

Ризики та вигоди

Після того, як наукове достоїнство й суспільна цінність проєкту встановлені, для дослідника є необхідним показати, що ризики для суб'єктів дослідження, не є необґрунтовані або неспівмірні з очікуваною користю від цього дослідження, які можуть

«Якщо ризик повністю невідомий, то дослідник не повинен приступати до проєкту до того часу, поки деякі достовірні дані не будуть доступними»

навіть не дійти до суб'єктів дослідження. Ризик є можливим за несприятливого наслідку (шкоди), що трапляється. Він має два компоненти: (1) ймовірність виникнення шкоди (від вкрай малої ймовірної, до дуже ймовірної) і (2) важкості шкоди (з тривіальної до постійної важкої інвалідності або смерті). Вкрай малої ймовірний ризик тривіальної шкоди не буде

проблематичним для хороших дослідницьких проєктів. На іншому кінці спектру ймовірний ризик серйозної шкоди буде неприйнятним, якщо лише проєктом не передбачена надія лікування для термінально хворих суб'єктів дослідження. Між цими двома крайнощами параграф 20 **Гельсінкської декларації** (ГД) вимагає, щоб дослідники адекватно оцінили ризики

та були впевненими в тому, що вони можуть бути керованими. Якщо ризик повністю невідомий, то дослідник не повинен приступати до проєкту до того часу, поки деякі достовірні дані не будуть доступними, наприклад, лабораторних досліджень і експериментів на тваринах.

Інформована згода

Перший принцип **Нюрнберзького Кодексу** читається наступним чином: «Добровільна згода людського суб'єкту є абсолютно необхідною». Пояснювальний параграф долучений до цього принципу вимагає, серед інших речей, те, що суб'єкт дослідження «повинен мати достатні знання і розуміння елементів справи суб'єкта, до якої він залучений, щоб дозволити йому прийняти зрозуміле та освічене рішення».

«Добровільна згода
людського суб'єкту
є абсолютно необ-
хідною».

У **Гельсінкській декларації** (ГД) про інформовану згоду йдеться досить докладно. Параграф 24 визначає, що суб'єктові дослідження необхідно знати, щоб прийняти обізнане рішення про участь. Параграф 26 застерігає проти тиску на осіб до участі в наукових дослідженнях, оскільки за таких умов згода не може бути виключно добровільною.

Параграфи від 27 до 29 стосуються суб'єктів дослідження, які не спроможні дати згоду (малолітні діти, сильно розумово відсталі особи, непритомні хворі). Вони можуть служити як суб'єкти дослідження, але тільки за обмежених умов.

Гельсінкська декларація (ГД), як і інші дослідницькі документи з етики, рекомендує, щоб інформована згода була продемонстрована наявністю підпису суб'єкта дослідження на «формі згоди» (параграф 24). Багато комітетів з нагляду за етикою вимагають, щоб дослідник надавав їм форму згоди, яку вони мають намір використовувати для свого проєкту. У деяких країнах ці форми стали настільки довгими і докладними, що вони більше не служать меті інформування суб'єкта дослідження

про проєкт. У будь-якому випадку процес отримання інформованої згоди не починається і закінчується з підписанням форми, а мусить включати ретельне усне роз'яснення проєкту, і все, що означатиме для суб'єкта дослідження участь у ньому.

Крім цього, суб'єкти дослідження повинні бути проінформовані, що вони мають право відкликати свою згоду на участь у будь-який час, навіть після початку проєкту, без будь-яких наслідків у відповідь з боку дослідників та інших лікарів і без якого-небудь ставлення під загрозу їхнього медичного обслуговування.

Конфіденційність

Як і з пацієнтами в клінічному догляді, суб'єкти дослідження мають право на приватність у відношенні до своєї особистої медико-санітарної інформації. На відміну від клінічного піклування, однак, дослідження вимагає розголошення особистої

«...суб'єкти дослідження мають право на приватність у відношенні до своєї особистої медико-санітарної інформації.»

інформації про здоров'я іншим, включаючи широке наукове співтовариство, а іноді й широку громадськість. В порядку захисту особистого життя дослідники повинні впевнитись, що вони отримали інформовану згоду суб'єктів дослідження про використання їхньої особистої інформації про здоров'я для дослідницьких цілей, яка

вимагає, щоб суб'єктів повідомили заздалегідь для чого їхня інформація збирається використовуватись. Як загальне правило, інформація повинна бути знетотожнена і надійно збережена та передавана. **Декларація з етичних міркувань, що стосуються бази даних здоров'я** Світового лікарського товариства (WMA) подає наступні вказівки з цього питання.

Конфлікт ролей

Було зазначено раніше в цьому розділі, що роль лікаря в його стосунках з пацієнтом відрізняється від ролі дослідника у його

взаєминах з суб'єктом дослідження, навіть якщо лікар і дослідник є цією ж самою особою. Параграф 31 **Гельсінкської декларації** (ГД) вказує, що в таких випадках лікарська роль повинна взяти пріоритет. Це означає, серед іншого, що лікар повинен бути готовим рекомендувати, щоб пацієнт не брав участі у дослідницькому проєкті, якщо пацієнтові здається, що буде добре з поточним лікуванням, а проєкт вимагає, щоб пацієнти були рандомізовані до різних видів лікування та/або до плацебо. Тільки, якщо лікар на солідному науковому ґрунті є справді непевним чи пацієнтове поточне лікування є таким підходящим, як запропоноване нове лікування або навіть плацебо, він повинен попросити пацієнта взяти участь в дослідницькому проєкті.

Чесне повідомлення про результати

Не має бути необхідності вимагати, щоб результати досліджень повідомлялися точно, але, на жаль, були численні недавні звіти нечесних практикувань у публікації результатів наукових досліджень.

«...були численні недавні звіти нечесних практикувань у публікації результатів наукових досліджень. »

Проблеми включають *plagiat*, підрібку даних, дубльовані публікації і «подароване» авторство. Такі дії можуть принести користь дослідникові, щонайменше, допоки їх не викрито, але вони можуть спричинити велику шкоду пацієнтам, яким може бути призначено неправильне лікування, засноване на неточних або хибних повідомленнях про дослідження, та іншим дослідникам, які можуть змарнувати багато часу і ресурсів, намагаючись наслідувати ці дослідження.

«Насвистування» (донесення)

У порядку запобігання неетичному дослідженню від виникнення, або до показу цього після здійснення, кожен, хто знає про таку поведінку має зобов'язання розкривати цю інформацію у відповідні владні органи.

На жаль, таке «насвистування» (донесення, повідомлення) не завжди вітається або навіть не діє, і «насвистувачів» (повідомлювачів) іноді карали та уникали за намагання показати не правильні дії. Це ставлення, як видається, змінюється, однак, як вчені-медики так і урядові регулятори вбачають необхідність виявлення і покарання за неетичні наукові дослідження і починають цінувати роль «насвистувачів» (повідомлювачів) у досягненні цієї мети.

Молодші члени дослідницької групи, такі як студенти-медики, можливо особливо складно діятимуть на підозри неетичності досліджень, оскільки вони можуть почувати себе некваліфікованими судити про дії старших дослідників і, напевно, підлягатимуть покаранню, якщо доноситимуть. Принаймні, однак, вони повинні відмовитися від участі в практикуваннях, які вони вважають явно неетичними, наприклад, обдурювання суб'єктів дослідження або фабрикування даних. Якщо вони помітять інших, залучених у такі практики, вони повинні зробити будь-які кроки, які вони можуть, щоб попередити відповідні органи безпосередньо чи анонімно.

Невирішені питання

Не всі аспекти дослідницької етики загально узгоджені. Як медична наука продовжує просуватись у таких галузях, як генетика, нейронауки та трансплантація органів і тканин, постають нові питання у зв'язку з етичною прийнятністю технік, процедур і способів лікування, для яких немає готових відповідей. Крім того, деякі давні питання все ще становлять предмет продовження етичних протиріч, наприклад, за яких умов

«...тільки 10% коштів глобального дослідження витрачається на проблеми зі здоров'ям, які зачіпають 90% світового населення»

плацебо повинно бути включене в клінічні випробування і якої тривалості догляд повинен надаватися учасникам в медичних дослідженнях. На глобальному рівні явно невирішеним етич-

ним питанням є розрив 10/90 в медичних дослідженнях (тільки 10% коштів глобального дослідження витрачається на проблеми зі здоров'ям, які зачіпають 90% світового населення). І коли дослідники вирішують адресні проблеми в бідних ресурсами регіонах світу, вони часто стикаються з проблемами зумовленими конфліктами між їхнім етичним світоглядом і тим, що є в громадах, де вони працюють. Усі ці питання вимагатимуть подальшого аналізу і обговорення, перш ніж буде досягнена загальна згода.

Незважаючи на всі ці можливі проблеми, медичні дослідження є цінною та заохочувальною діяльністю для лікарів та студентів-медиків, як і для самих суб'єктів дослідження. Більш того, лікарів та студентів-медиків слід розглядати як суб'єктів дослідження так, щоб вони могли оцінити іншу сторону відносин дослідника та суб'єкта дослідження.

ПОВЕРНЕННЯ ДО РОЗБОРУ ВИПАДКУ

Д-р R не повинна залучатися так швидко. Вона має спочатку дізнатися більше про проєкт і впевнитись, що він відповідає всім вимогам до етичного дослідження.

Зокрема, вона повинна попросити подивитися протокол, який був представлений комітетові з розгляду етики і будь-які зауваження або умови, які комітет поклав на проєкт. Вона повинна брати участь лише в проєктах у її галузі практики, і вона сама повинна задовольнитись щодо наукового достоїнства та суспільної цінності проєкту.

Якщо вона не впевнена у своїй здатності оцінити цей проєкт, то вона повинна шукати порад у колеґ більших центрів. Вона повинна впевнитися, що діє в найкращих інтересах своїх пацієнтів, і залучає тільки тих, хто не постраждає від заміни свого поточного лікування експериментальним або плацебо.

Вона мусить бути спроможною пояснити альтернативи своїм пацієнтам так, щоб вони могли дати вповні інформовану згоду брати участь чи не брати. Вона не повинна погоджуватися на залучення фіксованої кількості хворих в якості суб'єктів, оскільки це могло б привести її до тиску на пацієнтів погоджуватися, можливо, всупереч їхнім найкращим інтересам.

Вона має уважно спостерігати за пацієнтами в дослідженнях щодо несподіваних протилежних подій та бути готовою до прийняття швидких виправних дій.

Насамкінець, вона повинна повідомити своїм пацієнтам результати досліджень, як тільки вони стануть доступними.

РОЗДІЛ ШОСТИЙ – ЗАКЛЮЧЕННЯ



Сходження людини на крутий схил
© Дон Мейсон / CORBIS



ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ТА ПРИВІЛЕЇ ЛІКАРІВ

Цей Підручник зосереджений на обов'язках та відповідальності лікарів і, по суті, це є основною субстанцією лікарської етики.

«...як усі людські істоти, лікарі мають як права, так і відповідальність»

Однак, як усі людські істоти, лікарі мають як права, так і відповідальність, і лікарська етика була б неповною, якщо б вона не розглядала, як лікарі повинні лікувати інших, чи то, пацієнтів, суспільство або колеґ. Ця перспектива лікарської етики

набуває все більшого значення, оскільки в багатьох країнах спостерігається велике розчарування лікарів практикувати у своїй професії, чи через обмеженість ресурсів, урядове і/або корпоративне мікро-управління наданням медичних послуг, сенсаційницькі повідомлення у засобах масової інформації про лікарські помилки та неетичну лікарську поведінку або сумніви щодо їхніх повноважень та навичок з боку пацієнтів та інших медичних працівників.

Лікарська етика в минулому розглядала права лікарів так, як і їхню відповідальність. Попередній кодекс етики такий, як версія 1847 року Кодексу Американського Лікарського Товариства, включав розділи, присвячені зобов'язанням пацієнтів та громадськості щодо лікарської професії. Більшість з цих зобов'язань є застарілими, наприклад, «Слухняність пацієнта до приписів його лікаря має бути старанною та беззастережною. Йому ніколи не повинні дозволятися його власні сирі думки як до їхньої придатності впливати на його увагу до них». Тим не менш, твердження «Громадськість повинна... обмірковувати оцінку лікарської кваліфікації ... [і] щоб дозволити кожному схвалювання і сприяння для здобуття лікарської освіти...» чинне донині. Замість перегляду та оновлення цих розділів, однак, Американське Лікарське Товариство (AMA) зрештою усунуло їх зі свого Кодексу етики.

Протягом багатьох років Світове Лікарське Товариство (WMA) прийняло ряд політичних заяв про права лікарів та кореспон-

дуючу відповідальність інших, особливо урядів, поважати ці права:

- **Заява про свободу відвідувань лікарських зустрічей** 1984 року стверджує, що «не повинно... бути ніяких перешкод, які запобігатимуть лікарям відвідувати засідання Світового Лікарського Товариства (WMA) або інші лікарські зустрічі, де такі зустрічі скликаються».
- **Декларація про лікарську незалежність і професійну свободу** 1986 року стверджує: «Лікарі повинні мати професійну свободу піклування про своїх хворих без втручання» і «Лікарі повинні мати професійну свободу представляти і захищати потреби здоров'я пацієнтів проти всіх, хто буде заперечувати або обмежувати необхідну допомогу хворих і поранених».
- **Заява про професійну відповідальність за стандарти медичної допомоги** 1995 року проголошує, що «будь-яке судження про лікарську професійну поведінку або виконання повинно включати оцінку від професійних колег лікаря, які з ознаки своєї професійної підготовки та досвіду, розуміють складність піднятих медичних питань». Та ж сама заява осуджує «будь-які процедури розгляду скарг від пацієнтів або процедури компенсування пацієнтам, які не можуть бути засновані на сумлінній оцінці дій або бездіяльності лікаря, даній його колегами».
- **Декларація про підтримку лікарів, які відмовилися брати участь або миритися з використанням тортур та інших форм жорстокого, нелюдського або такого, що принижує гідність поводження** 1997 року зобов'язує Світове Лікарське Товариство (WMA) «підтримувати і захищати, а також закликати свої національні лікарські товариства до підтримки і захисту лікарів, які чинять опір участі у таких нелюдських процедурах, або якікладають працю у лікування та реабілітацію жертв, а також забезпечити право дотримуватись найвищих етичних принципів, включаючи медичну конфіденційність...».

- **Заява про етичні керівні вказівки для міжнародного вербування лікарів 2003 року** закликає кожну країну «**робити все можливе, щоб зберегти своїх лікарів у цій професії а також у країні, надаючи їм підтримку, якої вони потребують для задоволення своїх особистих і професійних цілей, беручи в розрахунок потреби і ресурси країни**», забезпечити, щоб «Лікарі, які працюють, постійно або тимчасово, у країні, іншій крім своєї рідної країни... повинні бути рівноправними з іншими лікарями цієї країни (наприклад, рівна можливість кар'єри і рівна оплата за таку ж роботу)».

Хоча така захисна діяльність від імені лікарів є необхідною щодо цих загроз та викликів, перерахованих вище, лікарям іноді необхідно також нагадувати про їхні привілеї, якими вони користуються. Громадські опитування у багатьох країнах незмінно показують, що лікарі є одними з найбільш поважаних і надійних професійних груп. Вони, зазвичай, отримують вище середньої заробітну платню (в деяких країнах набагато вищу).

«...лікарям іноді необхідно також нагадувати про їхні привілеї, якими вони користуються.»

Вони, як і раніше, мають велику клінічну автономію, хоча й не таку, як раніше. Багато з них залучені до захоплюючих пошуків нових знань через участь у наукових дослідженнях. Найважливіше, вони надають послуги, які мають неоціненну цінність для окремих пацієнтів, особливо тих, хто є найбільш вразливим і хто її найбільш потребує, і суспільству в цілому. Небагато професій мають потенціал задовольняти більше, ніж медицина, з огляду на користь, яку лікарі надають – полегшення болю і страждань, лікування захворювань і зручності при помиранні. Виконання своїх етичних обов'язків може бути малою ціною плати за всі ці привілеї.

ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ПЕРЕД СОБОЮ

Цей Підручник класифікує етичну відповідальність лікарів у відповідності до їхніх основних бенефіціаріїв: пацієнти, суспільство і колеги (включаючи інших медичних працівників). Лікарі часто забувають, що вони мають відповідальність перед самими собою, а також перед своїми родинами.

«Лікарі часто забувають, що вони мають відповідальність перед самими собою, а також перед своїми родинами.»

У багатьох частинах світу бути лікарем вимагає присвятити себе медичній діяльності майже незважаючи на власне здоров'я і благополуччя. Робочий тиждень 60-80 годин не є незвичайним і відпустка вважається непотрібною розкішшю. Хоча багато лікарів, здається, добре діють у цих умовах, це може негативно позначитися на їхніх родинях. Інші лікарі явно страждають від такого темпу професійної діяльності, починаючи від хронічної втоми до токсикоманії і самогубства в результаті. Ослаблені лікарі небезпечні для своїх пацієнтів, будучи стомлені є важливим чинником лікарських невдач.

Потреба забезпечення безпеки пацієнтів, а також пропаганда здорового способу життя лікарів, спрямована в деяких країнах на обмеження кількості робочих годин і тривалості змін, коли лікарі і слухачі можуть працювати. Деякі лікарські навчальні установи нині полегшили жінкам-лікарям переривання їхніх навчальних програм за сімейними обставинами. Хоча такі заходи можуть сприяти здоров'ю та благополуччю лікаря, головна відповідальність за самостійне піклування лежить на окремих лікарях. Крім цього, уникаючи таких очевидних шкідливостей для здоров'я, як куріння, зловживання алкоголем чи наркотиками, перевтоми, лікарі повинні захищати та зміцнювати власне здоров'я і благополуччя шляхом виявлення стрес-чинників у своєму професійному та особистому житті, а також шляхом розробки і здійснення відповідних стратегій виживання. Коли

вони зазнають невдачі, повинні шукати допомоги у колег і відповідно кваліфікованих професіоналів з особистих проблем, які можуть протилежно вплинути на їхні відносини з пацієнтами, суспільством чи колегами.

МАЙБУТНЄ ЛІКАРСЬКОЇ ЕТИКИ

Цей Підручник зосереджений на нинішньому стані лікарської етики, хоча і з численними посиланнями на її минуле. Однак, теперішнє постійно міняється і необхідно передбачати майбутнє, якщо ми не хочемо бути завжди позаду часу. Майбутнє лікарської етики залежатиме великою мірою від майбутнього медицини.

У першому десятилітті 21-го століття, медицина розвивається дуже швидкими кроками, і важко передбачити, як будуть практикувати з часом сьогоднішні студенти-медики першого курсу, коли завершать свою підготовку, неможливо також дізнатися, які подальші зміни будуть відбуватися до того, як вони будуть готові вийти на пенсію. Майбутнє не обов'язково буде краще, ніж сучасне, з огляду на широке розповсюдження політичної та економічної нестабільності, деградації довкілля, триваюче поширення ВІЛ/СНІДу та інших можливих епідемій. Хоча ми можемо сподіватися, що блага медичного прогресу будуть в кінцевому підсумку поширюватися на всі країни, і що етичні проблеми, з якими вони зіткнуться, будуть подібні до тих, які нині обговорюються в заможних країнах, може відбутися протилежне – країни, які є заможними тепер можуть погіршитися до такої міри, коли їх лікарям доведеться мати справу з епідеміями тропічних хворіб і гострим браком медичного забезпечення.

З огляду на притаманну непередбачуваність майбутнього, лікарська етика повинна бути гнучкою та відкритою для змін та коригування, як дійсно вона є нині протягом деякого часу. Однак, ми можемо сподіватися, що її основні принципи залишатимуться на місці, особливо такі цінності, як співчуття, компетентність і незалежність, а також її стурбованість основоположними правами людини та відданість професіоналіз-

мові. Якби не були зміни в медицині в результаті наукових розробок та соціальних, політичних і економічних чинників, завжди будуть хворі люди, які потребуватимуть лікування, якщо це можливо, і піклування завжди. Лікарі мають традиційно надавати ці послуги разом з іншими, такими, як сприяння здоров'ю, профілактика захворювань і управління системою охорони здоров'я.

Хоча рівновага цих видів діяльності може бути змінена в майбутньому, лікарі, схоже, продовжать грати важливу роль у всіх із них. Оскільки кожен вид діяльності включає в себе багато етичних викликів, лікарі потребуватимуть інформування про розвиток лікарської етики, як і в інших галузях медицини.

Це є кінець Підручника, але для читача він повинен бути лише одним кроком у позитивне занурення в лікарську етику. Повторюючи те, що було зазначено у вступі, цей Підручник подає тільки базові введення до лікарської етики і деякі з його центральних питань. Це для того, щоб дати вам уявлення про потребу постійних роздумів про етичні виміри медицини, і особливо як мати справу з етичними питаннями, з якими ви стикатиметесь у вашій власній практиці. Перелік ресурсів, поданий у Додатку «В», може допомогти вам поглибити свої знання в цій галузі.

ДОДАТОК «А» – СЛОВНИЧОК – GLOSSARY

Підзвітний – Accountable – відповідальний перед кимось за щось (наприклад, працівники є підзвітними перед своїми роботодавцями за роботу, яку вони виконують).

Підзвітність – Accountability – вимога бути готовим надати пояснення за щось зроблене чи незроблене.

Попередня директива – Advance directive – заява, зазвичай, у письмовій формі, що вказує, як особа хотіла б лікуватись, або не лікуватись, якщо вона надалі не зможе приймати свої власні рішення (наприклад, якщо вона буде непритомною або дементною). Це є одна з форм попереднього планування медичної допомоги; інакше треба вибрати когось, хто б діяв у таких ситуаціях, як замісний приймальник рішень хворого. Деякі держави мають законодавство щодо попередніх директив.

Захищати – Advocate (дієслово) – говорити або вчиняти дії від імені іншої особи або групи; **Захисник – Advocate** (іменник) – хто діє відповідним чином. Лікарі слугують захисниками своїх пацієнтів, коли вони вимагають від урядів чи медичних страхувальних посадовців надання послуг, що їхні пацієнти потребують, але не можуть легко отримати самостійно.

Анестезіолог – Anaesthetist – у деяких країнах замість цього використовується назва *anaesthesiologist*.

Милосердя – Beneficence – буквально, «діяння добра». Очікується, що лікарі будуть діяти в якнайкращих інтересах своїх пацієнтів.

Біоетика / біомедична етика – Bioethics / biomedical ethics – два еквівалентних терміни для вивчення питань моралі, які виникають у медицині, охороні здоров'я та біологічних науках. Вона має чотири основних підрозділи: **клінічна етика**, яка має справу з питаннями допомоги пацієнтам (див. другий розділ цього Підручника); **етика наукових досліджень**, яка має справу з захистом прав людських суб'єктів у медичних

дослідженнях (див. п'ятий розділ цього Підручника); **професійної етики**, яка має справу з конкретними обов'язками та відповідальністю, що вимагаються від лікарів та інших медичних професій (**лікарська етика** є одним із видів професійної етики), а також **етики громадської політики**, яка має справу з формулюванням та тлумаченням законів і положень з питань біоетики.

Консенсус – Consensus – загальна, але не обов'язково одностайна згода.

Ієрархія – Hierarchy – упорядковане розміщення людей відповідно до різних рівнів важливості, від найвищої до найнижчої. **Ієрархічний – Hierarchical** – прикметник, що описує таке розміщення. Термін «ієрархія» також використовується для позначення найвищих керівників організації.

Справедливість – Justice – справедливе ставлення до окремих осіб і груп. Як підкреслюється у третьому розділі, є різне розуміння того, що становить справедливе ставлення в охороні здоров'я.

Керована медична допомога – Managed healthcare – організаційний підхід до медичної допомоги, в якому уряди, об'єднання та страхові компанії вирішують, які послуги будуть надані, хто буде надавати їх (лікарі-спеціалісти, лікарі загальної практики, медсестри, інші медичні фахівці і т.д.), де вони будуть надані (клініки, лікарні, вдома у пацієнтів і т.д.) та інші пов'язані з цим питання.

Незашкодність – Non-maleficence – буквально, «не робити погано», «не діяти зле», «не зашкодити». Лікарі та медичні дослідники мають уникати заподіяння шкоди пацієнтам та суб'єктам наукових досліджень.

Паліативна допомога – Palliative care – підхід до допомоги пацієнтам, особливо тим, хто може померти у відносно найближчому майбутньому від серйозних, невиліковних хворіб, що зосереджується на якості життя пацієнта, особливо на контролі болю. Вона може бути надана у лікарнях, спеціальних устано-

вах для помираючих хворих (звичайно називаються госпісами), або у хворого вдома.

Лікар – Physician – особа, яка має кваліфікацію займатися лікарською практикою. У деяких країнах лікарі відрізняються від хірургів і термін «доктор» використовується для позначення обох. Однак поняття «доктор» використовується працівниками інших лікарських спеціальностей, таких, як зубні лікарі та ветеринарні лікарі, а також усіма тими, хто одержав ступінь «філософського доктора» (кандидата наук) або інший «докторський» ступінь. Термін «медичний доктор» є точнішим, але широко не використовуються. Світове Лікарське Товариство (WMA) використовує термін «physician – лікар» для всіх тих, які мають кваліфікацію займатися лікарською практикою, незалежно від їхньої спеціальності, і цей Підручник робить те ж саме.

Плагіат – Plagiarism – форма нечесної поведінки, коли особи копіюють роботу когось інше, наприклад повністю або частково опубліковані статті, і представляють її як власну роботу цієї особи (тобто, без зазначення його джерела).

Плюралістичний – Pluralistic – той, що має декілька або безліч різних підходів і властивостей; протилежне одиничному або одноманітному.

Визнавати – Profess – публічно заявляти про переконання або обіцянку. Це є основою термінів «професія – заняття, відкрито вказане (заявлене) заняття», «професійний» і «професіоналізм – фаховість».

Раціональний – Rational – заснований на людській здатності до мислення, тобто, бути спроможним розглянути аргументи за і проти певної дії, та прийняти рішення, яка альтернатива краща.

Сурогатна або замісна вагітність – Surrogate or substitute gestation – форма вагітності, в якій жінка погоджується виношувати дитину, і віддати її при народженні іншій особі або парі, які в більшості випадків надали або сперму (че-

рез штучне осіменіння), або ембріон (за допомогою штучного запліднення і трансплантації ембріонів).

Цінувати – Value (дієслово) – вважати щось дуже важливим;

Цінність – Value (іменник) – щось, що вважається дуже важливим.

Чеснота – Virtue – гарна якість у людях, особливо в їхньому характері та поведінці. Деякі чесноти особливо важливі для певних груп людей, наприклад, співчуття – для лікарів, мужність – для пожежників, правдивість – для свідків і т.д.

Повідомник, сповісник («Свистодуй») – Whistle-blower – той, хто повідомляє (сповіщає) людей у владі або громадськість, що особа чи організація робить щось неетичне або незаконне. (Цей вираз прийшов зі світу спорту, де суддя чи арбітр дув у свисток на сигнал порушення правил.)

ДОДАТОК «В» – РЕСУРСИ ЛІКАРСЬКОЇ ЕТИКИ В ІНТЕРНЕТІ

Загальні

Довідник з політики Світового Лікарського Товариства (WMA) (www.wma.net/e/policy/handbook.htm) – містить повний текст усієї політики WMA (англійською, французькою та іспанською мовами) Етичного підрозділу Світового Лікарського Товариства (www.wma.net) – включає наступні розділи:

- Питання місяця
- Пропагандистська діяльність Світового Лікарського Товариства (WMA) з етики
- Політика з етики Світового Лікарського Товариства (WMA), у тому числі в стадії розробки або розгляду
- Гельсінська декларація, історія та нинішній стан
- Ресурси WMA з етики
- Організації лікарської етики, включаючи їхні кодекси етики
- Оголошення конференцій
- Освіта з лікарської етики
- Етика та права людини
- Етика та лікарський професіоналізм.

Питання початку життя

Клонування людини – www.who.int/ethics/topics/cloning/en/
Допоміжна репродукція – www.who.int/reproductive-health/infertility/report_content.htm

Питання кінця життя

Ресурси – www.nih.gov/sigs/bioethics/endoflife.html

Освіта щодо медичної допомоги в кінці життя –
www.apec.net/APEC/webpages/index.cfm

Паліативна допомога –
www.hospicecare.com/Ethics/ethics.htm

Опозиція до евтаназії – www.euthanasia.com/

ВІЛ / СНІД

UNAIDS – www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/default.asp

Відносини з комерційними підприємствами

Освітні ресурси – www.ama-assn.org/ama/pub/category/5689.html

Дослідження на людських суб'єктах

Керівні вказівки і ресурси – www.who.int/ethics/research/en/

Гарвардська школа громадського здоров'я, етичні питання в міжнародному курсі дослідження охорони здоров'я – www.hsph.harvard.edu/bioethics/

Навчання та ресурси для оцінювання дослідницької етики - www.trree.org/site/en_home.phtml

ДОДАТОК «С»

СВІТОВЕ ЛІКАРСЬКЕ ТОВАРИСТВО (WMA)

Резолюція про включення лікарської етики та прав людини у навчальні програми лікарських шкіл по всьому світу

(Прийнято на 51-му Світовому Лікарському Зібранні, Тель-Авів, Ізраїль, жовтень 1999)

1. Оскільки лікарська етика і права людини є невід'ємною частиною роботи та культури лікарської професії, і
2. Оскільки лікарська етика і права людини є невід'ємною частиною історії, структури та завдань Світового Лікарського Товариства (WMA)
3. Отже вирішено, що Світове Лікарське Товариство (WMA) наполегливо рекомендує лікарським навчальним закладам у всьому світі, щоб вивчення лікарської етики та прав людини було включено як обов'язковий курс у їхню навчальну програму.

СВІТОВА ФЕДЕРАЦІЯ ЛІКАРСЬКОЇ ОСВІТИ (WFME):

Глобальні стандарти для підвищення якості – Базова лікарська освіта

(www2.sund.ku.dk/wfme/)

Ці стандарти, з якими, очікується, всі лікарські навчальні заклади ознайомляться, включають наступні посилання на лікарську етику:

1.4 Освітній підсумок

Лікарський навчальний заклад **мусить** визначити компетенції (включаючи знання і розуміння лікарської етики), які студенти повинні показати на випуску у зв'язку з їхньою подальшою професійною підготовкою та майбутньою роллю в системі охорони здоров'я.

4.4 Освітня програма – Лікарська етика

Лікарський навчальний заклад **повинен** визначати і включати в навчальну програму сприяння лікарській етиці, що уможливить ефективне спілкування, прийняття клінічних

рішень та етичну практику.

4.5 Освітня програма – Клінічні науки та навички

Клінічні навички включають збір анамнезу, спілкування та навички керівництва командою. Участь у медичній допомозі хворим має включати взаємодію з іншими медичними професіями.

4.4 Освітні ресурси – Дослідження

Взаємодія між науково-дослідницькою та освітньою діяльністю **повинна** стимулювати й готувати студентів до участі в медичних дослідженнях і розробках.

ДОДАТОК «D» – ПОСИЛЕННЯ ВИКЛАДАННЯ ЕТИКИ В ВИЩІХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

Деякі лікарські навчальні заклади дуже мало приділяють уваги викладанню етики в той час, як інші мають високорозвинені програми. Навіть в останніх, однак, завжди є можливості для вдосконалення. Ось процес, який може бути ініційований будь-якою особою, чи студентом-медиком або членом факультету, який хоче посилити викладання лікарської етики в його установі.

1. Ознайомитися зі структурою прийняття рішень в організації
 - Декан
 - Навчальний комітет
 - Рада факультету
 - Впливові члени факультету
2. Знайти підтримку у інших
 - Студенти
 - Факультет
 - Головні адміністратори
 - Національне лікарське товариство
 - Національний регулюючий орган для лікарів

3. Зробити вагомі справи

- *Резолюція Світового лікарського товариства (WMA) про включення лікарської етики та прав людини в навчальні програми лікарських шкіл по всьому світу*
- *Глобальні стандарти Світової Федерації Лікарської Освіти (СФЛО) для підвищення якості – Базова Лікарська Освіта*
- Приклади з інших лікарських навчальних закладів
- Дослідження вимог етики
- Передбачити заперечення (наприклад, перевантажена навчальна програма)

4. Запропонувати допомогу

- Надати пропозиції щодо структури, змісту, викладацьких та студентських ресурсів (див. веб-сторінку Підрозділу з етики Світового лікарського товариства (WMA) щодо освітніх ресурсів з лікарської етики: **www.wma.net/e/ethicsunit/education.htm**)
- підтримувати контакти з іншими програмами з лікарської етики, Світовим лікарським товариством (WMA) і т.п.

5. Забезпечити безперервність

- Боротьба за постійний комітет лікарської етики
- Набір молодших студентів
- Набір додаткового факультету
- Залучення нових викладачів та ключових адміністраторів

КОНТРАЦЕПТИВНА ПОРАДА ДЛЯ ПІДЛІТКІВ

Сарі 15 років. Вона живе в місті, де сексуальні посягання стають усе частішими.

Вона приходить до вашої клініки, просячи рецепт для оральних контрацептивів для захисту себе від вагітності, у випадку, якби вона стала жертвою сексуального посягання. Вагітність припинила б її освіту і зробила б дуже важким пошук чоловіка.

Сара каже Вам, що вона не хоче, щоб її батьки знали, що вона використовуватиме протизаплідні засоби, бо вони думатимуть, що вона має намір мати секс з кавалером.

Ви ставитесь з підозрою до Сариних мотивів, але захоплюєтесь її рішучістю уникнути вагітності.

Ви порадили їй приїхати в клініку зі своїми батьками для загального обговорення цього питання з Вами. Три дні потому вона повертається одна, і розповідає Вам, що вона намагалася поговорити зі своїми батьками про це питання, але вони відмовилися це обговорювати.

Що Ви тепер повинні робити?

ПЕРЕДЧАСНА ДИТИНА *

Макс народився на 23-му тижні вагітності. Його вентилювали, бо його легені дуже незрілі. Крім того, він страждає мозковою кровотечею, бо його судинні тканини ще нестабільні.

Малоймовірно, що він дійсно переживе наступні кілька тижнів. Якщо він виживе, то, ймовірно, буде сильно обмеженим, як розумово, так і фізично.

Стан Макса погіршується, коли розвивається серйозна інфекція кишечника. Можливо можна було б видалити запалену частину кишечника оперативно, що дозволить зберегти його малий шанс на виживання. Його батьки відмовляються дати згоду, оскільки вони не хочуть, щоб Макс страждав від операції і вони вважають, що якість його життя ніколи не буде достатньою. Як лікуючий лікар ви вважаєте, що операція повинна бути зроблена і Вам цікаво, як мати справу з батьківською відмовою.

* Запропонований д-р Джеральдом Найцке (Gerald Neitzke) і панєю Марайке Мьоллер (Mareike Moeller), Ганноверський медичний інститут (Medizinische Hochschule), Німеччина.

ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ *

Пан S одружений і батько двох дітей шкільного віку. Він лікується у Вашій клініці з рідкісною формою пневмонії, яка часто асоціюється зі СНІДом.

Результати тесту його крові, показують, що він дійсно ВІЛ-позитивний. Пан S говорить, що він хоче вирішити сам, чи розповість він своїй дружині про цю інфекцію, і коли.

Ви вказуєте, що це може бути рятівним для його дружини, щоб захистити себе від інфекції.

Крім того, було б важливо для неї самої мати тест на ВІЛ. У випадку позитивного результату тесту вона матиме можливість приймати ліки, щоб сповільнити вибух хвороби, і тим самим продовжити своє життя. Шість тижнів опісля пан S приходить до Вашої клініки для контрольного дослідження. Відповідаючи на Ваше запитання, він говорить, що ще не поінформував свою дружину. Він не хоче, щоб вона знала про його гомосексуальні контакти, бо побоюється, що вона може покласти кінець їхнім стосункам і сім'я може розпастися. Але, щоб захистити її, він мав із нею лише «безпечний секс». Як лікуючий лікар, Вам цікаво чи Ви повинні повідомити пані S про ВІЛ-статус її чоловіка проти його волі, щоб вона мала можливість почати лікування, якщо необхідно.

ЛІКУВАННЯ В'ЯЗНЯ

Як частину Ваших лікарських обов'язків Ви проводите один день щодва тижні оглядаючи ув'язнених у в'язниці неподалік. Учора Ви лікували в'язневі численні садна на його обличчі і тулубі. Коли Ви запитали, що спричинило пошкодження, пацієнт відповів, що він зазнав нападу з боку працівників в'язниці під час допиту, коли відмовився відповідати на їхні запитання. Хоча це перший такий випадок у Вашому досвіді, ви чули про схожі випадки від ваших колег. Ви впевнені, що повинні щось робити щодо цієї проблеми але пацієнт відмовляється дозволити вам розкрити інформацію про себе, побоюючись відплати від тюремних властей. Крім того, Ви не впевнені в тому, що в'язень сказав Вам правду; охоронець, який привів його до Вас сказав, що він побився з іншим ув'язненим. У Вас гарні стосунки зі співробітниками в'язниці, і Ви не хочете зашкодити цьому, роблячи необґрунтовані звинувачення в жорстокому поводженні з ув'язненими. Що Ви маєте робити?

ВИРІШЕННЯ ЗАКІНЧЕННЯ ЖИТТЯ

80-річна жінка прийнята у вашу лікарню з інтернату для лікування пневмонії. Вона тендітна і трохи слабкодумна. Ви лікуєте пневмонію успішно, але тільки перед тим, як вона повинна бути виписана назад до будинку людей похилого віку, вона переносить інсульт, що залишає її паралізованою на її праву сторону і унеможливорює годувати себе. Харчувальна трубка вставлена, що, очевидно, спричиняє їй дискомфорт і після того, як вона зробила кілька спроб витягти її своєю лівою рукою, на руці було встановлено обмеження. Вона інакше не може висловити свої побажання. Пошук дітей або інших родичів, які могли б допомогти приймати рішення щодо її лікування, є безуспішним. Через кілька днів Ви доходите висновку, що її стан навряд чи покращиться і що тільки один шлях полегшити її страждання є седувати її або зняти годувальну трубку і дозволити їй померти.

Що потрібно робити?

КОЛЕКЦІЇ РОЗБОРІВ ВИПАДКІВ

Розбори випадків інформованої згоди Кафедри з біоетики ЮНЕСКО – <http://research.haifa.ac.il/~medlaw/> (UNESCO Chair)

Розбори випадків мережі клінічної етики Великобританії – www.ethics-network.org.uk/case-studies/.

Розбори випадків міжнародних досліджень в галузі охорони здоров'я Гарвардської школи громадської охорони здоров'я – www.hsph.harvard.edu/research/bioethics/cases/.

Навчальний підручник зі стандартів з етики і прав людини для працівників охорони здоров'я, випрацьований «Commonwealth Medical Trust», 3 частина, розбори випадків – www.commat.org/



Літня жінка, отримуючи
медичне обстеження
© Пітер М. Фішер / CORBIS

Світове Лікарське Товариство (WMA) є глобальним представником голосу лікарів, незалежно від їхньої спеціальності, місця розташування або встановлення практики. Місія Світового Лікарського Товариства (WMA) – служити людству прагненням досягти щонайвищих можливих стандартів медичної допомоги, етики, науки, освіти та прав людини, пов'язаних з охороною здоров'я для всіх людей.

Підрозділ з Етики Світового Лікарського Товариства (WMA) створений у 2003 році для координації розробки і розгляду політики та розширення діяльності з етики Світового Лікарського Товариства (WMA) у трьох напрямках: взаємодія з іншими міжнародними організаціями з діяльністю в царині етики; охоплення шляхом конференцій і веб-сайту Світового Лікарського Товариства (WMA), а також розробка нових навчальних матеріалів з етики таких, як цей Підручник.



Світове Лікарське Товариство
(World Medical Association – WMA)
B.P. 63, 01212 Ferney-Voltaire Cedex, France
(Форне-Вольтер Седе, Франція)

Електронна пошта: wma@wma.net • факс: (+33) 450 40 59 37
Веб-сайт: www.wma.net

ISBN 966-7756-10-6