

ЛД-21

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

кафедра общественного здоровья, здравоохранения и социально-экономических наук

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ
СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

«БИОЭТИКА»

основной профессиональной образовательной программы высшего образования
–программы специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное дело,
утвержденной 24.05.2023 г.

Владикавказ 2023

Тематика занятий

Тема	Кол-во часов
1. Философские основания этики и биоэтики. Причины появления и сущность биоэтики	4
2. Предмет, принципы и правила биоэтики. Биоэтическая инфраструктура	4
3. Биоэтика как философия и наука выживания человечества.	2
4. Биоэтика – курс на здоровый образ жизни	2
5. Нравственные проблемы межличностного общения в медицине	6
6. Модульная к/р	2
7. «Нравственные проблемы» в биоэтике	6
8. «Нравственные проблемы» в биоэтике	6
9. Модульная к/р	2
Итого	34

Тема: Философские основания этики и биоэтики. Причины появления и сущность биоэтики (4ч)

План

1. Этика как наука о морали и нравственности
2. Этика гуманизма
3. Причины появления биоэтики
4. Определения понятия Биоэтика

Основные понятия: мораль, нравственность, этика, совесть, гуманизм, медицинская этика, деонтология, биотехнологии, медиализация, биоэтика

Краткие тезисы

Этика - наука о морали. Этика изучает место и роль морали в системе различных форм и видов общественного сознания. Она осмысливает природу и моральное состояние общения людей в конкретном обществе. Этика изучает и развитие **нравственности**, как особой внутренней установки самой личности. Тем самым **этика как наука** формулирует идеи и принципы и предлагает морально-нравственные идеалы для **прикладной этики**.

Мораль - это особая форма общественного сознания, система воззрений, отражающих понимание самых важных явлений общественной жизни с точки зрения добра и зла.

Мораль поддерживает определенные общественные устои. Мораль - древнейший регулятор отношений в обществе. Исторически она сформировалась в связи с потребностью общества в самосохранении. Ее существование обусловлено наличием общественно признанных ценностей, без которых невозможно прожить. Человек застаёт уже готовую систему ценностей, многократно проверенную обществом, отобранную людьми в результате долгого и мучительного опыта.

Внутренним критерием соответствия поступков морали, а значит, критерием нравственности служит **совесть**.

В обыденной речи понятия **мораль, нравственность и этика** рассматриваются как синонимы. Например, неэтичный поступок это поступок, не соответствующий моральным нормам. Этические нормы - это то же, что нормы морали или нормы нравственности. И даже в научной литературе эти понятия с определенной долей условности зачастую применяются как синонимы.

Сегодня уже никто и не сомневается, что человека надо научить жить и действовать согласно **идеалам и принципам гуманизма**.

Гуманизм – это философия и идеология, прославляющие человеколюбие. Это система взглядов и позиций, согласно которой высшей ценностью признаётся человек как личность.

Биоэтику можно рассматривать как новое направление **современной гуманистической этической школы**. **Биоэтика** учит людей, особенно специалистов, жить и радоваться жизни и при этом ни в коем случае не поступаться совестью, как нравственным критерием.

Для медицины с самого начала ее существования главным регулятором всегда были нормы морали и всегда моральная регуляция в медицине осуществлялась строже, чем в других сферах жизни общества. С давних времен сформирована и существует **особая нормативная система – медицинская**

этика.

Вопрос истории и развития медицинской этики – это отдельная обширная тема.

Биоэтика стала продолжением традиционной медицинской этики и деонтологии. Биоэтика расширила сферу регуляции медицинской этики и сместила исходную позицию взгляда на этические проблемы медицины - взгляда с точки зрения **прав человека**.

Исторически существенной **предпосылкой возникновения биоэтики** стала идеология **экологического движения**, которое возникло, как реакция на угрозу физическому существованию человека в результате разрушения естественной природной среды его обитания. Это состояние обусловило зарождение **правозащитного движения**, получившего широкое распространение в середине XX столетия. Его можно рассматривать как весьма существенную **культурную предпосылку** формирования биоэтики.

Неслучайно термин «биоэтика» стал отображать междисциплинарные исследования прежде всего, **связанные с защитой достоинства и прав пациентов.**

Термин «биоэтика» впервые появился в научной, медицинской и философской литературе в середине прошлого столетия. Его ввел в оборот американский биолог, врач Ван Ренсселер Поттер (1911-2001), вкладывающий в содержание этого термина, прежде всего, идею **установления органичной взаимосвязи традиционного этического учения с биологической наукой и современной медициной.**

Остановимся подробнее на вопросе о том, **почему сегодня недостаточно старой доброй медицинской этики.** Почему потребовалась новая форма нормативной регуляции не только медицины, а всех отношений, связанных со здоровьем. Что явилось предпосылками появления этого учения и нормативной системы.

Профессор Н.Седова выделяет **три основные причины появления биоэтики:**

- изменения в обществе XX века
- изменения в науке и технике
- расширение такого явления как медиализация.

Изменения в обществе. Общество, пережив революции и войны, в частности фашистскую диктатуру, в XX веке пришло к пониманию необходимости перемен в подходах к вопросу о правах человека, о статусе врачей и необходимости принятия специальных документов, регламентирующих этот статус. Так в 1948 году, как известно, была принята **Всеобщая Декларация прав человека, и в этом же году в Женеве принята Международная клятва врачей (Женевская Декларация)**, в которой врачи брали на себя обязательство никогда не прибегать к пыткам, не экспериментировать на людях. Это был очень важный документ, показавший, что **отношения между медициной и обществом изменились.**

В 1964 году была принята **Хельсинкская декларация** которая называется «Этические принципы проведения медицинских исследований с участием людей в качестве субъектов». Свою функцию Хельсинкская декларация выполняет и сейчас, она обновляется и расширяется.

Назовем **социальные явления, способствовавшие появлению биоэтики:**

- принятие Всеобщей Декларации прав человека, правозащитное движение
- развитие экологического движения, алармистские настроения в обществе в связи с состоянием окружающей среды
- увеличение числа пожилых людей
- увеличение количества тяжелых патологий
- нехватка социальных ресурсов для здравоохранения и тяга к эвтаназии
- агрессия религии
- давление капитала на мораль
- коммерциализация медицины
- ослабление моральных устоев общества
- возникновение условий для корпоративного злоупотребления
- и др.

Итак, общество стало более либеральным, демократичным и интегрированным. Тоталитарные режимы и диктатуры вытесняются демократическими государствами, в которых **права человека** сначала были просто признаны, а потом объявлены **главной ценностью**. И отношения медицины с обществом стали строиться на основе новых норм, которые и сегодня еще находятся в стадии становления.

Вторая причина появления биоэтики связана с **развитием науки и техники.** Развитие **биотехнологий изменило само лицо медицины.** Произошел буквально обвал моральных проблем, нерешенность которых объективно тормозит внедрение в практику новых биотехнологий. Для определения подходов к решению таких вопросов требуется некая **нормативная система, роль которой и призвана выполнять биоэтика.**

И третья причина появления биоэтики – **расширение медиализации.** Это термин, используемый социологами. Попробуем объяснить его значение. **Медиализация** - процесс, в течение которого состояние или поведение человека начинает определяться как медицинская проблема, требующая медицинского разрешения (Питер Конрад и Жозеф Шнейдер, 1992 г.)

Медиализация неотделима от финансовой структуры медицины. Расценивание большого количества физических состояний как болезней увеличивает прибыль капиталистов от медицины. В

принципе, врачи могут контролировать социальное поведение людей, могут полностью подчинить себе социальные процессы, просто расширяя свои сугубо медицинские рекомендации.

Чрезмерное усиление медиализации опасно, поскольку, во-первых, возможно неконтролируемое усиление власти врачей и подчинение им общественных процессов, и, во-вторых, основная проблема медиализации – это **проблема манипулирования пациентом**.

Повлиять на бесконтрольное, неоправданное расширение медиализации можно только применяя опять-таки **некую нормативную систему, в качестве которой должна выступить биоэтика**.

Таким образом, в силу названных причин и предпосылок в рамках привычной медицинской этики уже невозможно стало изучать и регулировать отношения в новых научных и социальных условиях и появилась новая нормативная система – биоэтика.

Кроме того, биоэтика – **междисциплинарное** учение, которое включает в себя **естественнонаучные, медицинские, моральные и правовые проблемы**, силу тенденции **глобализации**, которая предполагает **интеграцию научного знания** в вопросах экологии, питания, компьютеризации, терроризма, этнических проблем и т.д. Везде здесь присутствует медицинская составляющая, и ее уже невозможно выделить в чистом виде, не затрагивая всю систему социальных институтов.

В современном мире биоэтика – не только наука, которая **изучает**, а и специфическая социально-культурная **нормативная система, регулятор биоэтических отношений**.

Выделяют **три уровня биоэтики**: теоретический, практический и прикладной.

На **теоретическом** уровне осуществляется анализ новейших научных достижений и возможных рисков, решаются принципиальные вопросы истин и ценностей, свободы и ответственности, добра и зла.

Второй уровень – **практический** – связан с установлением определенных норм – правил поведения, с контролем и оценкой невыполнения норм.

Третий уровень – **прикладной** – связан с индивидуальным поведением, применением этических норм в конкретных ситуациях.

На втором уровне мы говорим о биоэтике как о нормативной системе

Именно в медицине все три уровня наиболее ярко проявляются.

Определения биоэтики

Биоэтика – междисциплинарное учение и нормативная система, направленная на сбережении жизни и здоровья людей и выживания человечества.

Биоэтика – наука выживания, объединяющая биологические знания и общечеловеческие ценности. Это своеобразная форма защиты живого вообще, а также **прав человека** на жизнь, на здоровье, на самоопределение своей жизни, на достойную человека старость и достойную смерть.

Биоэтика – это **исследовательское направление** междисциплинарного характера, имеющее дело с этическими проблемами, возникающими в результате прогресса медицины и биологии, связанных, прежде всего, с защитой достоинства и прав пациентов

Биоэтика – **свод требований и норм**, действующих на основе традиционных духовных ценностей в интересах охраны и обеспечения физического и психического здоровья человека и общества, устанавливающих меру ответственности тех, кто принимает решения в этой области, а также регулирующих возникающие в связи с этим отношения.

Сегодня наряду с этикой отношения в медицине регулируются **правом** (законодательством, исходящем от государства). Роль правового регулирования трудно переоценить. Возможности его сильны, поскольку право обеспечено государственной властью. Правовое регулирование отношений в сфере здравоохранения и медицины – явление относительно новое по историческим меркам. Так, в России, этап развития законодательства о здравоохранении, когда оно стало носить системный характер и широкий охват отношений – начался в 90-х годах XX века.

Но нормы права немислимы без морального обоснования, они исходят из морали, более того, право и мораль совпадают по содержанию. Право не должно противоречить морали. Большинство этических правил в медицине уже стали правовыми нормами, например этическая норма о сохранении врачебной тайны и мн.др. Но есть такие отношения, которые не подлежат правовому регулированию – такие как милосердие, сочувствие, уважение, взаимовыручка, моральная поддержка, и т.п. В этом случае безусловным ориентиром является мораль. Как социальные регуляторы мораль и право действуют по принципу комплементарности, то есть дополняют друг друга.

Контрольные вопросы и задания

1. Дайте определения понятий: мораль, нравственность, этика, совесть, гуманизм, медицинская этика, деонтология, биоэтика.
2. Перечислите социальные явления, способствовавшие появлению биоэтики
3. В чем опасность чрезмерного расширения медиализации?
4. Как соотносятся понятия медицинская этика и деонтология, медицинская этика и биоэтика?

5. Почему биоэтика является междисциплинарным учением? Проблематику каких наук она в себя включает?
6. Биоэтика и наука, и нормативная система. Что это значит?
7. Кто и когда сформулировал понятие биоэтики?
8. Дайте не менее трех определений понятия «биоэтика»
9. Назовите регуляторы отношений в медицине, которые действуют наряду с этикой. Как они взаимодействуют?

Тема: Предмет, принципы и правила биоэтики. Биоэтическая инфраструктура (4ч)

1. Проблемное поле (предмет) биоэтики
2. Принципы и правила биоэтики
3. Основные биоэтические нормативные акты (документы)
4. Субъекты – участники биоэтических отношений

Основные понятия: этический комитет, клинические исследования, клинические испытания, автономия человека, справедливость

Краткие тезисы

Основываясь на мнении проф. Н. Седовой, можно обозначить следующий **перечень проблем**, которые входят в поле изучения и регуляции биоэтики в медицине, а значит, составляют **предмет** биоэтики:

- Взаимоотношения врача и пациента
- Справедливость в здравоохранении
- Взаимоотношения внутри профессиональной группы медицинских работников
- Отношения собственности и прибыли в медицине
- Отношение к новым научным достижениям и критерии их использования в медицинской практике
- Отношение к смерти и умиранию
- Отношения на рынке лекарств
- Отношение медицинских работников к социальным и природным факторам, влияющим на состояние здоровья их пациентов
- Принципы обособления медицинских работников как социальной группы в данном обществе
- Моральный статус пациента в отношении своего здоровья

Как видим, область **биоэтической** регуляции значительно **шире**, чем у **медицинской** этики.

Все эти проблемы объединены в целое новым **пониманием** важности **прав человека, ответственности за сохранение жизни и сбережение здоровья.**

Сегодня наряду с этикой отношения в медицине регулируются **правом** (законодательством, исходящем от государства). Роль правового регулирования трудно переоценить. Возможности его сильны, поскольку право обеспечено государственной властью. Правовое регулирование отношений в сфере здравоохранения и медицины – явление относительно новое по историческим меркам. Так, в России, этап развития законодательства о здравоохранении, когда оно стало носить системный характер и широкий охват отношений – начался в 90-х годах XX века.

Но нормы права немислимы без морального обоснования, они исходят из морали, более того, право и мораль совпадают по содержанию. Право не должно противоречить морали. Большинство этических правил в медицине уже стали правовыми нормами, например этическая норма о сохранении врачебной тайны и мн.др. Но есть такие отношения, которые не подлежат правовому регулированию – такие как милосердие, сочувствие, уважение, взаимовыручка, моральная поддержка, и т.п. В этом случае безусловным ориентиром является мораль. Как социальные регуляторы мораль и право действуют по **принципу комплементарности, то есть дополняют друг друга.**

Принципы и правила биоэтики

Морально-этические принципы являются реальными элементами системы профессионально-этического знания и составляют ценностно-нормативное содержание биоэтики.

Одна из устоявшихся классификаций **принципов биоэтики:**

- Принцип «не навреди» (основан на исторической модели врачевания Гиппократ)
- Принцип «делай добро» (основан на исторической модели врачевания Парацельса)
- Принцип соблюдения долга (основан на деонтологической модели врачевания)
- Принцип уважения автономии пациента (сформировался на этапе современной биоэтики)
- Принцип справедливости (универсальный принцип)

Сразу поясним, что на этих принципах строятся конкретные **правила биоэтики**, которые мы будем далее подробней рассматривать, они исходят из этих принципов. Можно сказать и так – **принципы биоэтики** реализуются посредством соблюдения конкретных **правил** биоэтики.

Остановимся на приведенных выше принципах.

Принцип «не навреди» связывают с именем Гиппократ (460-377 г.г. до н.э.). В его работах: «Клятва», «Закон», «О враче», «О благоприличном поведении», «Наставления» и других, впервые были последовательно изложены моральные основы врачевания:

- обязательства перед учителями, коллегами, учениками
- проявление уважения и гарантии оказания помощи любому страждущему
- непричинение вреда
- неприятие эвтаназии
- отрицательное отношение к абортам
- всемерная забота о пользе больного
- сохранение врачебной тайны

Среди перечисленных **основополагающим считается принцип «не навреди»** – исходная этическая позиция отношения медицинского работника и пациента. Принцип “не навреди” фокусирует в себе гражданское **кredo врачебного сословия**.

Нормы и принципы поведения врача, определенные Гиппократом, являются не просто отражением специфических отношений в конкретно-исторической эпохе. Они наполнены содержанием, соответствующим целям и задачам врачевания, **независимо от места и времени их реализации**. В силу этого, **несколько изменяясь**, они соблюдаются и **сегодня**, приобретая в том или ином этическом документе, будь то “Декларация”, “Присяга” и т.п. свой стиль, особую форму выражения.

Таким образом, **принцип «не навреди»** можно сформулировать так: медицинский работник в ходе общения с пациентом не должен причинять ему ни моральный, ни физический вред. Если вред объективно неизбежен, он должен быть по возможности минимальным. Необходимо, чтобы ожидаемое в результате медицинского вмешательства благо превышало причиняемый вред.

Второй принцип биомедицинской этики сложился в Средние века, наиболее последовательным ее выразителем считают Парацельса (1493-1541). Основной принцип биоэтики, восходящий к этическому учению Парацельса, звучит как **«делай благо»**. С позиций этой модели врачевание — это организованное осуществление добра.

Принцип “соблюдения долга” — **основной для деонтологической модели**. “Соблюдать долг” — это, значит, выполнять определенные требования. Недолжный поступок — тот, который противоречит требованиям, предъявляемым врачу со стороны медицинского сообщества, общества и его собственной воли и разума.

Идея долга является определяющим, необходимым и достаточным, основанием действий врача. Если человек способен действовать по безусловному требованию “долга”, то такой человек соответствует избранной им профессии, если нет, то он должен покинуть данное профессиональное сообщество.

Принцип уважения автономии пациента, в отличие от принципа «не навреди» и «делай благо», входит в биоэтику лишь в последние десятилетия. Принцип автономии личности утверждает право личности на невмешательство в ее планы и поступки и, соответственно, обязанность других не ограничивать автономные действия.

Под влиянием этого принципа **меняется** решение “основного вопроса” медицинской этики — вопроса об отношении врача и пациента. Сегодня остро стоит вопрос об участии пациента в принятии врачебного решения. На этом принципе основана модель «информированного согласия».

Принцип справедливости в общем виде звучит так: каждый пациент должен получать медицинскую помощь в том объеме, который ему необходим, и настолько срочно, насколько он нуждается в этом, независимо от расы, вероисповедания, положения в обществе, материального благосостояния.

Справедливость – важнейшая философская и социальная проблема, имеющая особое значение как для теории морали, так и для государства и права. Значение ее возрастает в наши дни в связи с:

- Социальными реформами, обуславливающими изменение представлений о справедливости в здравоохранении
- Распространением новых биотехнологий, открывающих новые трактовки понятия «справедливость», пока не получившие правовой оценки

Справедливость – идеал жизни общества. Широкое согласие по вопросам справедливости – признак здоровья общества, одно из условий нормального функционирования всех его подсистем, включая здравоохранение.

Справедливость выступает критерием в распределении ресурсов медицинской помощи в масштабах общества в целом, а также в конкретных ситуациях. Например, при решении вопроса об очередности для трансплантации, при предоставлении возможности бесплатного получения высокотехнологичной

медицинской помощи, при решении вопроса о дифференциации оплаты медицинских услуг, при определении приоритетов в применении принципов в конкретных ситуациях.

Рассмотренные принципы имеют не абсолютную, но лишь относительную силу, они действуют по факту. Все ситуации в медицинской практике должны анализироваться конкретно, с учетом всех обстоятельств и биоэтических принципов.

Правила биоэтики основаны на рассмотренных выше принципах, исходят из них. Наборы правил разработаны практически для каждой медицинской специальности. Они сформулированы в этических кодексах, декларациях, клятвах.

Назовем самые основные из **документов**, в которых сформулированы **принципы и правила биоэтики**:

1. Нюрнбергский кодекс (Нюрнбергский трибунал, 1947г.)
2. Женевская декларация (клятва врача) (ВМА, Женева, 1948)
3. Международный кодекс медицинской этики (ВМА, Женева, 1949)
4. Хельсинкская декларация «Этические принципы проведения медицинских исследований с участием людей в качестве субъектов» (ВМА, 1964)
5. Лиссабонская декларация о правах пациента (ВМА, 1981)
6. Конвенция Совета Европы «О правах человека и биомедицине» (Совет Европы, 1996)
7. Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений в биологии и медицине (ВМА, Овьедо, 1997)
8. Конвенция о правах человека и биомедицине (Совет Европы, 1997) и дополнительные протоколы к ней, касающиеся запрета клонирования человека, трансплантологии, биомедицинских исследований.
9. Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека (ЮНЕСКО, 1997);
10. Кодекс врачебной этики РФ (Всероссийский Пироговский съезд врачей, 1997г.)
11. Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека (ЮНЕСКО, 2005);
12. Декларация о клонировании человека (ООН, 2005);
13. Этический кодекс медицинской сестры РФ (Ассоциация медицинских сестер России, 2010г.)
14. Клятва врача (ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», 2011)
15. Кодекс профессиональной этики врача РФ (Первый национальный съезд врачей РФ, 2012г.)

Биоэтическая инфраструктура - это система социальных институтов, необходимых для реализации на практике биоэтических принципов и правил.

На **теоретическом уровне** осуществляется анализ новейших научных достижений, возможных рисков, истин и ценностей, решаются принципиальные вопросы соотношения свободы и ответственности, добра и зла. На этом уровне субъектами являются самые разные **научные организации и ученые** – философы, медики, юристы, социологи, экологи, политологи и др.

На **практическом уровне** устанавливаются нормы и правила и осуществляется контроль за их соблюдением. Здесь действуют **общественные организации** - Международные (ВОЗ, ЮНЕСКО, ВМА, Совет Европы и т.д.) и национальные (съезды врачей, национальные медицинские ассоциации и т.п.), поскольку именно они на основе выводов науки разрабатывают и принимают этические правила, которые оформляются в **Конвенциях, Декларациях, Клятвах, Этических кодексах и т.п. документах**.

Для того, чтобы достижения и выводы биоэтической науки, смысл и содержание биоэтических норм стали достоянием и внутренним содержанием сознания людей необходимо использование **образовательной системы**. Биоэтике обучают с раннего возраста, начиная с этапа дошкольного и школьного образования, преподают в медицинских и технических вузах, на философских факультетах.

И, наконец, **т.н. прикладной уровень**, связанный с индивидуальным применением сформированных знаний и норм. На этом уровне участвуют **все виды субъектов биоэтических отношений**:

- Все люди или каждый человек как субъекты моральной обязанности заботиться о своем здоровье, как носители жизни и здоровья, ответственные за их сохранение и бережение и передачи будущим поколениям
- Медики и пациенты как специальные субъекты – в отношениях клинической практики
- Исследователи и испытуемые – в отношениях клинических исследований и клинических апробаций
- Этические комитеты (на международном уровне и на национальном уровне), которые проводят этическую экспертизу и осуществляют контроль за соблюдением этических норм.

Среди субъектов – участников биоэтических отношений особого внимания заслуживают такие субъекты как **этические комитеты** – официально выбранная или назначенная группа независимых экспертов, осуществляющая неформальный контроль и предупреждение рисков в отношении:

- внедрения биомедицинских инноваций
- последствий медицинских вмешательств
- разрешения конфликтов в медицинской практике»

Исторически сформировались **два типа комитетов по этике**

- Комитеты, которые заняты непосредственно оценкой новых достижений биомедицины, экспертизой исследовательских проектов, защитой прав испытуемых и определением социальных рисков в рамках регионов, государства и международного сообщества в целом
- Комитеты, которые работают непосредственно в медицинской организации, заняты вопросами практической медицины и в своей деятельности руководствуются скорее принципами старой доброй медицинской этики

Независимость ЭК может быть достигнута путем реализации следующих требований:

- Обязательное применение документа ВОЗ (2000г.) «Рекомендации комитетам по этике, проводящим экспертизу биомедицинских исследований»
- Обязательное информирование широкой общественности о существовании Рекомендаций.
- Все заинтересованные лица должны знать содержание указанных Рекомендаций ВОЗ. А это значит, что необходимы образовательные программы, а также широкая кампания в СМИ
- Обсуждение состава комитетов и их работы должно быть публичным
- Регулярный финансовый аудит финансовых потоков тех фирм и организаций, которые обращаются с заказами в этический комитет

Контрольные вопросы и задания

1. Дайте определения понятий: этический комитет, клинические исследования, клинические испытания, автономия человека, справедливость
2. Какие отношения входят в предмет биоэтики?
3. Назовите три уровня биоэтики. Чем характеризуется каждый из них
4. Назовите два типа этических комитетов. Каковы их функции?
5. На каких уровнях действуют этические комитеты?
6. Перечислите основные принципы биоэтики.
7. Где содержатся правила биоэтики?
8. Назовите основные международные документы по биоэтике.

Тема: Биоэтика как философия и наука выживания человечества (2ч)

План

1. Биоэтика – учение о сохранении жизни и обеспечении гарантий сбережения здоровья людей
2. Моральная ответственность человека за сохранение жизни и сбережение здоровья. Теория коэволюции

Основные понятия: биосфера, коэволюция

Краткие тезисы

Достижения научно-технического прогресса в медицинской науке и биомедицине не только значительно расширили возможности в области лечения людей, но и повлияли на традиционные представления о добре и зле, благе личности пациента, представления о начале и конце жизни человека, и соответственно, дали ещё один дополнительный стимул развитию биоэтики.

Путь развития современной супериндустриальной цивилизации стал дорогой медленного физического и химического поражения природы, **генетического вырождения живых видов, в том числе и человечества**. Современное общество о казалось **интеллектуально и морально неподготовленным** к новейшим открытиям в области биологии, медицины, геной инженерии и т.д. Это породило глобальный антропологический, социальный и духовный **кризис человечества**. Возник **парадокс**: современная наука помогла человеку достичь небывалого могущества в освоении природы, но в тоже время, привела к резкому возрастанию негативных природных факторов, влияющих на жизнь, здоровье и благополучие человека. Перед обществом встали вопросы о **способах выживания человека** как биологического вида и **сохранении биосферы Земли**.

Сегодня стоит задача **обновления и медицинской этики и создания этики борьбы со смертью, сохранения жизни**, которая опиралась бы на разум и совесть медиков. Ученые, медики-клиницисты должны проникнуться личной ответственностью за сохранение жизни на Земле и сбережение здоровья людей. В рекомендациях Парламентской ассамблеи Совета Европы (1999) указывается, что ... **Новейшие научные достижения и успехи в биотехнологии** сегодня следует рассматривать как **вызов современному человечеству**, а все меры, принимаемые для разрешения новых проблем – **как нравственный выбор**.

Человек преобразовывает мир в соответствии с возрастающими потребностями. Но совершенствуя мир, человек при этом сам далек от совершенства. Преодолевать свое несовершенство в принципе возможно, ведь несмотря ни на что, человека все равно ориентирует на высшие гуманные идеалы. А в переломные моменты истории у него повышается интерес к моральным ценностям.

Возникшая угроза жизни и необходимость выживания активизировали поиск путей и средств **повышения моральной ответственности человека**. Известный ученый и мыслитель Н.Н.Моисеев (1917 – 2000) предупреждал, что человечество по своей вине идет к глобальной катастрофе. Антропогенная нагрузка

на биосферу возрастает и близка к критической. «Человек подошел к пределу, - пишет он – который нельзя переступать ни при каких обстоятельствах». Он предложил идею коэволюции природы и человечества, социальных и геополитических структур. **Коэволюция**, по его мнению, это «искусство жить вместе», которое предполагает следующие требования к людям:

- Жить друг с другом, а не «друг против друга»
- Жить так, чтобы не уменьшать жизненные шансы других, в том числе будущих поколений
- Заботиться о тех, кто беден и бесправен, стремиться сберечь их жизнь и здоровье
- Расширять круг внимания, сочувствия и заботы о мире природы и общества, формируя биоэтическое и экологическое сознание людей.

Среди проблем третьего тысячелетия важное место занимают проблемы становления и развития биоэтического сознания. Ученые, особенно медики, пропагандируя инновационные идеи сохранения здоровья, апеллируют к современной концепции биоэтики. Речь идет о **новой концепции, предложенной Всемирной организацией здравоохранения**. Основная идея ее состоит в том, что в 21 веке медицина постепенно переходит от традиционных защитно-оборонительных позиций к инновационным – социально-конструктивным, связанным с созиданием здоровья и продлением активного долголетия людей. **Врач из специалиста по лечению болезней должен стать конструктором здоровья, а «медицина болезней» должна превратиться в «медицину здоровья».**

Между тем, приходится констатировать, что пока медицина уделяет недостаточное внимание предупреждению и профилактике заболеваний, а сосредоточена, в основном, на болезнях.

Контрольные вопросы

1. Почему возникла проблема выживания человека как биологического вида?
2. Назовите основные глобальные кризисы человечества
3. Как биоэтика может защитить жизнь?
4. Какова основная идея теории «коэволюции»?
5. Что Совет Европы назвал «вызовом человечеству»?
6. Какова идея новой концепции охраны здоровья, предложенной Всемирной организацией здравоохранения?

Тема: Биоэтика – курс на здоровый образ жизни (2ч)

План

1. Моральные требования к личности в биоэтике
2. Философия здорового образа жизни
3. Биоэтические аспекты качества жизни

Основные понятия: диететика, здоровый образ жизни, качество жизни

Краткие тезисы

Основные моральные требования к личности в биоэтике очень кратко можно представить так:

- Ответственность перед прошлым (сохранение генофонда)
- Ответственность перед будущим (обеспечение здорового потомства – передача генофонда детям)
- Ответственность перед настоящим (обеспечение сохранности биофункций для участия в создании и обогащении культуры)

В понятие «**здоровье**» заключено множество самых разных смыслов, поскольку это понятие одна из фундаментальных характеристик человеческого существования. Проблема сбережения здоровья человека в новом тысячелетии приобретает особую актуальность. Здоровье человека определяется его физическим, социальным и духовным состоянием. Все они зависят от таких качеств человека как воля, разум, ответственность и др.

Сохранение и поддержка своего здоровья человеком есть его осознанное следование **идеалам здорового образа жизни** и творческой деятельности, которое с древности получило название **диететика** (от греческого *diáita* – образ жизни). Сегодня диететика считается наиболее эффективным средством улучшения состояния здоровья людей, направленным на устранение причин заболеваний.

ЗОЖ можно определить как **совокупность гигиенических норм и правил, мотивированное поведение человека, направленное на формирование, сохранение и укрепление здоровья в реальных условиях воздействия на него природных и социальных факторов окружающей среды.**

Одним из основных концептуальных подходов к формированию ЗОЖ является активность самого человека. В то же время свобода выбора ЗОЖ часто ограничена социальными условиями, региональной экономической и экологической ситуацией, культурной средой, финансовыми возможностями, стрессовым воздействием.

Согласно медицинским подходам, в характеристике ЗОЖ выделяют 12 блоков:

- Рациональный труд и отдых
- Физическая культура и закаливание
- Культура питания
- Психологическая культура
- Экологическая культура
- Личная гигиена
- Самолечение и профилактика вреда от него
- Сексуальная культура
- Предупреждение наркомании и токсикомании
- Индивидуальная профилактика инфекционных заболеваний
- Предупреждение алкоголизма
- Предупреждение никотинизма

Биоэтическая ценность ЗОЖ - в выполнении человеком своего морального долга перед прошлым, настоящим и будущим поколениями.

Цель ЗОЖ - достижение оптимального качества жизни (КЖ).

Термин «**качество жизни**» стал рассматриваться как компонент здоровья с 1947 года, когда ВОЗ впервые определила понятие **здоровья** как **состояние полного физического, умственного и социального благополучия**.

Начальные исследования, касающиеся КЖ, начались вскоре после этого, хотя непосредственно термин стал самостоятельной категорией позднее - во второй половине 80-х г.г. – когда оценка КЖ стала одной из задач проводимой терапии.

ВОЗ рекомендует определять КЖ как индивидуальное соотношение своего положения в жизни общества в контексте его культуры и системы ценностей с целями данного индивида, его планами, возможностями и степенью неустройства. Если КЖ – субъективное понятие, то оно должно определяться только перспективами **конкретного человека**.

В биоэтике используется структурирование КЖ, основанное на трех параметрах, исходящих из представлений о структуре личности: биологический, психический, социальный. Сбалансированное соотношение этих компонентов и является **нормой КЖ**.

Реально она (норма) недостижима, поскольку этому балансу мешает расхождение в темпоральности всех трех составляющих. Но стремиться к достижению этого баланса – и есть работа по улучшению КЖ. Очевидно, что эта работа невозможна без воздействия внешних факторов, важнейшим из которых является моральная регуляция.

Качество жизни – адекватность психосоматического состояния индивида его статусу. В таком определении учитываются все три структурные уровни личности – биологический (физиологический), психический и социальный.

На практике в силу многофакторности КЖ чаще всего оценивают не качество жизни как таковое, а его компоненты. В отличие от естествознания, где объективная истина является высшей ценностью, **в биоэтике** получение объективного знания, не является самоцелью, здесь **важны такие ценности как человеческая жизнь, милосердие, сочувствие и т.д., которые и выходят на первый план.**

Оценка КЖ очень субъективна. Одна и та же ситуация может оцениваться по-разному. Это может отразиться на качестве лечения и ухода. Практика показывает, что врач оценивает качество жизни пациента обычно ниже, чем сам пациент. Врачи оценивают КЖ на медицинских показателях, в то время как пациенты учитывают и другие факторы – межличностное общение, семейное благополучие, возможность заниматься любимыми увлечениями и т.д.

Оценивая КЖ следует учитывать следующее:

- Вывод о несоответствии КЖ желаемому может быть основан на разных критериях - пациент исходит из одного набора критериев, а врач - из другого
- Оценка КЖ носит временной характер, поэтому не стоит торопиться с выводами, основанными на этой оценке
- Оценка КЖ пациентом основана на сформированных у него привычках и представлениях, поэтому может иметь место некоторое смещение понятий в сознании пациента
- Человек чрезвычайно адаптивен. Он способен создать себе жизнь буквально из ничего
- Оценка КЖ отражает социально-экономические условия, в которых пациент находился раньше и фактическое улучшение здоровья не изменит вывода о КЖ, пока факторы немедицинского характера не станут адекватны ожиданиям пациента

Как мы уже отмечали, оценка КЖ всегда субъективна. Однако, можно определить критерий, позволяющий более или менее **объективно** выделить четыре уровня КЖ. Этот **критерий** - способность человека к самостоятельному выполнению жизненных функций. Чем больше он нуждается во внешней помощи, тем ниже уровень КЖ.

Первый уровень. Нормальное КЖ. Все физиологические функции в норме, человеку нет необходимости беспокоиться о своем здоровье, потому что его ничто не беспокоит.

Второй уровень. Ограниченное КЖ. Человек страдает от каких-то дефектов физического или умственного здоровья, его функциональные способности не соответствуют физиологической норме. Человек может сам справиться с физиологическими проблемами.

Третий уровень. Минимальное КЖ. Имеют место существенные физиологические ухудшения с ограничением личной свободы и возможности коммуникации. Человек испытывает страдания и боль. Ему постоянно требуется помощь окружающих для поддержания жизненных функций.

Четвертый уровень. КЖ ниже минимального. Человек находится в устойчивом вегетативном состоянии. Жизненные функции поддерживаются только извне.

Оценка КЖ входит во все дискуссии по вопросам медицинской помощи. Врач и пациент должны вместе определить, какой уровень КЖ желателен, как достигнуть этого, какие существуют риски. **Вопрос о КЖ после лечения всегда входит в этическую сторону** отношений по поводу болезни. Для адекватной оценки КЖ необходимо учитывать как личностные, так и социальные характеристики пациента, прогноз, субъективные ценности, важные для пациента.

Контрольные вопросы и задания

1. Назовите три основных критерия здоровья. Какое определение здоровья дает Всемирная организация здравоохранения?
2. Назовите основные моральные требования к личности в отношении своего здоровья
3. Дайте определение понятия «диететика»
4. Дайте определение понятия «здоровый образ жизни».
5. Какими условиями может быть ограничен здоровый образ жизни?
6. Перечислите характеристики здорового образа жизни (не менее 10)
7. Как применяется категория «качество жизни»?
8. Какой критерий позволяет выделить четыре уровня качества жизни?
9. Каково практическое значение использования этой классификации уровня жизни?

Тема: Нравственная суть межличностного общения в медицине (6ч)

План

1. Моральные требования к личности врача в биоэтике
2. Особенности медицинского этикета
3. Этические нормы взаимоотношений медицинских работников
4. Основные модели взаимоотношений врачей и пациентов
5. Правило конфиденциальности (соблюдения врачебной тайны)
6. Правило информированного согласия

Основные понятия: этикет, медицинский (клинический) этикет, внутренняя культура личности, уважение, культура поведения, конфликт, патернализм, автономия личности, конфиденциальность

Краткие тезисы

Моральные требования к личности врача в биоэтике. Биоэтика рассматривает вопросы **нравственности врача** в широком понимании этого термина, т.е. его моральные качества, чувство профессионального долга, совести, чести, достоинства, такта, его интеллект и общую культуру, физическую и моральную чистоплотность, призвание и клиническое мышление. Этими качествами в основном и определяются отношения врача с пациентами, с коллегами и помощниками по работе, со всем коллективом и, наконец, с обществом.

По сравнению с традиционной медицинской этикой в биоэтике повысилось значение **врача как личности**. Высокие требования к личности врача общество предъявляло с древних времен.

Особенности медицинского этикета. Этикет – это **уникальная форма общения, сотворчества, в процессе которой возникает понимание между людьми**. Французское слово etiquette означает «жесткий порядок в общении людей». **Этикет – это общепринятый порядок общения людей, который проявляется во внешней культуре поведения.**

Этикет врача – неотъемлемая часть искусства врачевания. В основе этикета лежит профессиональный гуманизм, внутренняя культура и желание делать добро.

Этические нормы взаимоотношений медицинских работников. Этической нормой взаимоотношений медработников между собой является **взаимоуважение**. Этого требуют интересы общего дела, от этого зависит выполнение задач, стоящих перед коллективом. Надо уметь терпимо относиться к личностным и характерологическим особенностям своих сотрудников.

Взаимное уважение, **приветливость** помогают медработнику найти свое место в коллективе, **развивать чувство ответственности, товарищества и взаимопомощи**. Хорошая организация труда и отлаженная производственная дисциплина в медицинском коллективе занимают важное место в формировании деловых, здоровых взаимоотношений.

Взаимоотношения врача с коллегами и всем медицинским коллективом требует от врача больших знаний и подготовки, **культуры поведения и выдержки, воспитания и самовоспитания**. Врач должен развивать в себе способность относиться ко всем медицинским работникам с максимальной **справедливостью**. Давно известно, что лучшие члены любого коллектива (не только медицинского) – это те, кто с самих себя спрашивают наиболее строго и без всякого снисхождения. С коллег можно требовать меньше, чем с себя. Кстати, в любом медицинском коллективе при разборе этической стороны любого дела наиболее весомо мнение людей, строго судящих себя (а не выгораживающих себя и обвиняющих всех вокруг); чаще именно такие люди и бывают формальными лидерами медицинских коллективов, их душой и совестью. Огромное воспитательное значение имеет пример старших коллег.

Итак, входя в любой коллектив как в дружную семью единомышленников, делающих общее и очень трудное дело, **врач должен быть, открыт и доступен общению, доброжелателен** и справедлив, свободен от исходной недоверчивости, подозрительности или настороженности.

Медицина – особая сфера человеческой деятельности, где нравственные отношения играют ведущую роль, по крайней мере, не меньшую, чем профессиональная грамотность и мастерство. Еще вернее – они взаимно обогащают, дополняют друг друга.

Среди различных нравственных проблем медицинского коллектива очень важны взаимоотношения врачей со средним и младшим медицинским персоналом и прежде всего с медицинскими сестрами.

В отношениях между врачом и сестрой не должны быть места заносчивости, подчеркиванию своего преимущественного положения в работе, приказному тону, однако не менее вредны излишняя фамильярность, такая непосредственность отношений, которая уже мешает работе. Споры в присутствии больных, громкие замечания в палатах, пренебрежительный тон, нотации вредны во всех отношениях.

Сиделки, санитарки, младшие медсестры, как бы их ни называли, тоже являются членами медицинского коллектива, от их работы в немалой степени зависит успех лечения, и они заслуживают уважительного к себе отношения.

Залогом правильных взаимоотношений в медицинском коллективе является строгое и неукоснительное соблюдение всеми медицинскими работниками деловой субординации.

Профессиональное достоинство врача собирательно характеризует его нравственные качества. Исполняя профессиональный долг, возлагая на себя ответственность, личность трансформирует социальные требования в мотивы своего поведения. **Свобода нравственных решений – вот основа личного достоинства человека.**

Конфликт – от лат. conflictus – столкновение, распря, разногласие, спор, грозящий осложнениями». Конфликт межличностный – результат различия характеров, взглядов, ценностей, целей и для выявления его причин необходимы значительные усилия, чтобы добиться его разрешения. Иногда такой конфликт возникает из-за ограниченности ресурсов, иногда из-за различий в целях, представлениях, ценностях, манере поведения, жизненном опыте. Его причиной могут быть незнание, домыслы, слухи, сплетни (неудовлетворительные коммуникации). В любом случае без выявления причин его нельзя ликвидировать.

Отрицательные последствия конфликтов – это снижение производительности труда, ухудшение морального состояния, увеличение текучести кадров, плохая репутация, снижение социального взаимодействия.

Существуют различные стили разрешения конфликта: уклонение, сглаживание, принуждение, компромисс, уступка до некоторой степени другой точке зрения и устранение причины конфликта. В определенной мере эти функции призваны выполнять **этические комитеты** медицинских организаций.

Лучший способ профилактики конфликтов – соблюдение этических норм во взаимоотношениях.

Основные модели взаимоотношений врачей и пациентов. В системе взаимоотношений «врач-пациент» философы и медики, занимающиеся вопросами биоэтики, различают несколько моделей: патернализм, коллегиальность, техницизм, контрактность или договорной вариант.

Для **патернализма** характерно отеческое, покровительственное, заботливое отношение. Врач – непререкаемый авторитет, берущий на себя решение всех проблем пациента. Мнение больного обычно не спрашивают. Этот вариант наиболее распространен на практике.

При **коллегиальных** отношениях (**модель «информированного согласия»**) врач и пациент – уважающие друг друга ответственные сотрудники, объединенные общей целью. Взаимопонимание поддерживается в диалоге, средства достижения цели согласовываются. Нынешнее российское законодательство в сфере здравоохранения ориентировано на развитие коллегиальных отношений врача и пациента.

Техницизм (инженерная модель), которым страдают многие современные врачи, своеобразно проявляются в отношениях с пациентами. Врач предпочитает иметь дело с десятком анализов, данными инструментальных обследований, а не с больным непосредственно. Поставив диагноз, он начинает лечить болезнь, четко следуя известной технологии. Такие вопросы, как личность страждущего, его переживания, уход за ним, доктора интересуют мало.

Контрактность в отношениях врача и пациента – **наивная** попытка сделать общение предельно простым, деловым, как на рынке. Заключается контракт на четких условиях: врач продает определенную услугу, пациент – покупает и оплачивает. В медицинской практике этот вариант в чистом виде почти не встречается.

Учитывая огромное многообразие ситуаций, в которых взаимодействуют врач и пациент, можно предположить, что все выделенные варианты отношений и их сочетание встречается в реальной практике. Предпочтительными, близкими к идеалу являются **коллегиальный вариант отношений или так называемая модель «информированного согласия»**.

Главное правило, основанной на **принципе уважения автономии пациента это правило информированного согласия (ИС)**.

Идея ИС – это продукт не только медицинской этики, она развивалась и в рамках законодательства и медицинской практики. Ее развитие стимулировалось историческими событиями и социальными изменениями, направлялось юридическими и практическими соображениями, этической и философской теорией, общественными движениями (такими как движение за гражданские права и движение за права пациентов). ИС – это и юридическая доктрина, и этическая концепция, и клиническая практика. Неудивительно, что и сегодня существует напряжение между тем, что является нравственно желательным, юридически обязательным и реально выполнимым в клинической практике.

Важно, чтобы пациент понимал предоставленную ему информацию. Для истинного информированного согласия важна не столько раскрытая информация, сколько **степень достигнутого понимания**. К сожалению, в клинической практике раскрытие информации отделено от понимания.

В американском законодательстве было разработано **три стандарта для достижения понимания**, позволяющих определять характер и количество информации, которая должна быть раскрыта.

Самый ранний из них – это **стандарт «профессиональной практики»** - пациенту нужно дать столько информации, сколько принято в медицинской практике. То, что должен раскрыть врач определяется тем, что раскрыл бы любой другой врач при таких же обстоятельствах.

Более современный стандарт – это **стандарт «объективного или разумного человека»**, который предусматривает, чтобы пациенту была дана информация, которую любой разумный человек в той же ситуации нашел бы уместной и необходимой для принятия информированного решения.

И третий стандарт **«субъективный»** - сосредоточен на информационных потребностях определенного, конкретного пациента, а не абстрактного разумного человека.

Какой стандарт использовать? В США наиболее широко используется стандарт «разумного человека», в Великобритании – стандарт профессиональной практики, а в Германии – субъективный стандарт.

В российском законодательстве правило информированного согласия прописано в ст.ст. 20 и 22 ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Важнейшим универсальным правилом, действующим в любой из рассмотренных моделей, является **правило конфиденциальности или соблюдения врачебной тайны**.

Правило таково: **информация, которую медицинский работник получает в связи с исполнением своих профессиональных обязанностей, не может быть передана третьим лицам без разрешения пациента**.

Правило конфиденциальности, или сохранения врачебной тайны, позволяет установить между пациентом и врачом максимально открытые, доверительные отношения. В беседе с врачом пациент рассказывает такие подробности, которые часто скрывает от близких, друзей, которых стесняется сам. Сохранение врачебной тайны гарантирует ему спокойствие и профессиональную помощь.

В международном кодексе медицинской этики в разделе "Обязанности врача по отношению к больному" говорится: "Врач должен сохранять абсолютную секретность во всем, что касается пациентов,

которые ему доверяют". Аналогичная этическая норма содержится во всех этических кодексах, как международных, так и российских.

В законодательстве также действует правовая норма об обязанности соблюдения врачебной тайны (ст. 13 ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

Субъектами соблюдения врачебной тайны являются не только врачи, а все медицинские работники, а также, а также лица, которым сведения стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей.

С согласия гражданина или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях. При этом ученый должен позаботиться о сохранении тайны личности пациента.

Исчерпывающий перечень случаев, когда допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя содержится в ст.13 ФЗ №323-ФЗ. Но и в этих случаях, во-первых сведения предоставляются только совершенно определенным лицам, предусмотренным законодательством, и во-вторых, эти лица также обязаны соблюдать конфиденциальность.

Порядок предоставления информации, представляющей врачебную тайну, предусмотрен законодательством. Так, например, в случае предоставления сведений по запросу правоохранительных органов, врач может предоставлять информацию только официальному лицу на основании официального письменного запроса, в отношении конкретного дела. Грубой ошибкой является сообщение информации о пациенте следователю и дознавателю только на основании того, что он таковым является. Врач обязан всегда сообщить своему пациенту, что врачебная тайна раскрыта.

И еще один важный аспект – предоставление информации родственниками пациента. Общее правило, безусловно, действует и в этой ситуации. **Нельзя без согласия пациента предоставлять информацию родственникам! Тем более супругу!** Только с разрешения пациента. Он может запретить это или должен указать, с кем именно можно обсуждать состояние его здоровья. Более того, сегодня форма информированного согласия даже предусматривает специальную графу, где надо указать, кому из родственников предоставляется информация.

Единственное исключение, когда информация **без согласия пациента** может быть предоставлена **родственникам** – это ситуация **неблагоприятного прогноза**. Эта ситуация в российском законодательстве предусмотрена ст. 20 ФЗ №323-ФЗ, где перечислен круг родственников. Здесь решение – за врачом. Если врач понимает, что правда нанесет вред пациенту, врач обсуждает состояние здоровья пациента с кем-то из родственников. При этом он должен исходить из содержания заполненной со слов пациента графы о лицах, кому данная информация может быть предоставлена.

Если пациент находится в состоянии, не позволяющим ему выразить свою волю, то и в этом случае ситуация **не обсуждается с родственниками!** Медицинское вмешательство по экстренным показаниям в этом случае осуществляется в порядке, предусмотренном ст.ст.20, 22 ФЗ №323 **без согласия** и соответственно **без предоставления информации**. Решение принимают врачи - или коллегиально, если есть такая возможность, или единолично. Но не родственники!

Разглашение врачебной тайны чревато серьезными осложнениями в жизни пациента. Врач не должен вмешиваться в личные, семейные и родственные отношения пациента. В случае, если он считает что какая-то информация должна стать достоянием какого-то лица, он должен побеседовать с пациентом и убедить его поговорить с этим лицом, либо получить согласие пациента на беседу.

Конечно, это не относится к ситуациям, составляющим перечень исключений, предусмотренным ст. 13 ФЗ №323, например, если есть угроза распространения инфекционных заболеваний. Но и в случае, когда имеются обстоятельства из перечня исключений, врач должен действовать в соответствии с предусмотренным законодательством порядком.

Контрольные вопросы

1. Назовите не менее 10 нравственных качеств личности врача
2. Каково значение слова в искусстве врачевания?
3. Что такое этикет?
4. В каких документах содержатся этические требования к личности врача?
5. Назовите нравственные качества личности врача во взаимоотношениях с коллегами.
6. Назовите основные модели взаимоотношений «врач – пациент». Дайте характеристику каждой из них
7. Какие различают стандарты для достижения понимания предоставленной пациенту информации?
8. Допускается ли предоставления не всей правды пациенту о состоянии его здоровья?

9. Допустимо ли предоставление информации о состоянии здоровья пациента его родственникам?
10. В каких случаях допускается без согласия пациента передача сведений, составляющих врачебную тайну?

Тема: «Нравственные проблемы» в биоэтике (6ч)

План

1. Биоэтические проблемы медицинского вмешательства в репродукцию человека
2. Биоэтические проблемы смерти и умирания

Основные понятия: эмбрион человека, аборт, суррогатное материнство, эвтаназия, паллиативная помощь, хоспис

Краткие тезисы

Биоэтические проблемы медицинского вмешательства в репродукцию человека. Современные международные нормы утверждают за каждым человеком право на здоровье, на рождение и воспитание детей и право самостоятельно распоряжаться этими ценностями.

При проведении консультаций, диагностических и лечебных действий реализация прав по планированию семьи вынуждает врачей и пациентов распутывать сложнейший узел морально-этических, юридических и социальных проблем. Основные из них таковы:

- Правовой статус эмбриона человека.
- На каком этапе развития эмбрион должен считаться человеком.
- Правомерны ли и в каких пределах манипуляции с половыми клетками и эмбрионом человека в лечебных и исследовательских целях.
- Правомерно ли прерывание беременности вообще; если да, то по каким показаниям: медицинским, социальным или достаточно только желания женщины; на каких сроках возможно.
- Правомерна ли консервация половых клеток.
- Каковы юридические и моральные основания суррогатного материнства.

Ни одна из этих проблем сегодня не имеет единого решения. Каждая из них ветвится на множество мелких вопросов, столь же сложных и противоречивых.

Этические, социальные и религиозные проблемы аборта. Существуют две противоположные точки зрения на аборт:

1. Это личная проблема женщины, никого более она не касается, и вмешиваться никто, кроме врача не должен.
2. Это убийство, а потому это сложнейшая этическая проблема, касающаяся каждого человека.

Доминирующим с древнейших времен было негативное отношение к аборту и врачей, и церкви, и большинства населения. Наши предки знали, что существо, которое вынашивает в себе женщина, становится человеком задолго до своего появления на свет. Поэтому уже в клятве Гиппократова содержится осуждение абортов. Государство в разные эпохи подходило к этой проблеме практически, в зависимости от потребности в населении – то не обращало внимания, пуская дело на самотек, то вводило жесткие законодательные меры, вплоть до тюремного заключения и смертной казни. Объективности ради, следует заметить, что эти меры мало влияли на количества абортов.

Можно условно выделить **три основных позиции** в подходах к решению проблем репродукции человека: либеральная, умеренная и консервативная.

Либеральная точка зрения постепенно укрепляет свои позиции в европейском общественном мнении. Ее суть: женщина имеет право распоряжаться собственным телом, в том числе принимать решение об аборте.

Умеренная точка зрения тоже по-своему логична: зародыш постепенно накапливает качество человека, и необходимо рассматривать баланс интересов его и матери конкретно для каждого триместра.

Консервативная точка зрения проста и категорична: аборт есть умышленное убийство, и никакого морального оправдания быть не может. Зародыш с момента зачатия – это личность, имеющая основные права человека и, прежде всего, право на жизнь. Самая крайняя консервативная позиция – любой аборт недопустим, исключений нет.

Всемирная медицинская ассоциация (ВМА) в 1983 г. предпринимает попытку определить общие ориентиры в этой противоречивой проблеме и вырабатывает достаточно взвешенную **Декларацию о медицинских абортах**, основные положения которой таковы:

1. Основополагающий моральный принцип врача – уважение к человеческой жизни с момента ее зачатия.

2. Неоднозначность выбора определяется разными религиозными и нравственными позициями, причем любое решение требует уважения.

3. Определение отношения к этому вопросу и правила его решения в данном государстве вне компетенции медицины; врачи должны лишь обеспечить защиту своим пациентам и отстоять собственные права в обществе.

4. В тех странах, где медицинские аборт разрешены законом, компетентные специалисты могут делать их на легальном основании.

5. Если личные убеждения не позволяют врачу рекомендовать или сделать медицинский аборт, он должен перепоручить пациентку компетентному коллеге.

Российское законодательство предусматривает право женщины на аборт по ее воле до 12 недель, искусственное прерывание беременности по социальным показаниям – до 22 недель, и по медицинским показаниям – независимо от сроков. Эти правила предусмотрены ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Перечень социальных показаний был утвержден Правительством РФ. В 2003 году он сокращен до четырех: наличие решения суда о лишении или ограничении родительских прав, беременность в результате изнасилования, пребывание женщины в местах лишения свободы, наличие инвалидности 1-2 группы у мужа либо смерть супруга в период беременности. Перечень медицинских показаний – приказом Минздрава РФ.

Ни кодекс врачебной этики, ни Клятва российского врача, текст которой содержится в ФЗ №323, не содержат обязательства, аналогичного того, что был в клятве Гиппократова относительно запрета на аборт. Однако, в том же ФЗ №323 предусмотрено право врача отказаться от проведения операции по искусственному прерыванию беременности без объяснения причин, с вязи с личными убеждениями и передать пациентку компетентному коллеге.

Биоэтические проблемы т.н. «новых репродуктивных технологий (НРТ)». Технологии репродукции человека таковы: **искусственное оплодотворение, экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), «суррогатное материнство».**

Искусственное оплодотворение, по мнению его оппонентов, есть безответственное отношение к высшему дару каждого здорового человека – участвовать в сотворении и продлении жизни. Это способ обмануть природу, скрыть свою физическую неполноценность. Это опасно для общества и будущих поколений, ибо невозможно гарантированно предотвратить участие лиц с психическими, сексуальными, наследственными дефектами.

Принято считать, что наиболее продуманная схема донорства генетического материала при искусственном оплодотворении должна предусматривать, что:

- донорами могут стать только мужчины, имеющие детей;
- искусственная инсеминация проводится только по медицинским показаниям и только для гетеросексуальных пар;
- все доноры обследуются на наличие заболеваний, передающихся половым путем;
- обязательно проводится генетический анализ гамет для установления возможных хромосомных заболеваний.

Эти правила реально действуют в некоторых европейских странах.

ЭКО. Среди новых репродуктивных технологий особое место занимает **экстракорпоральное оплодотворение** с переносом эмбриона. Показание к применению – абсолютное бесплодие женщины.

Почти каждый этап применения метода ЭКО требует решения сложных моральных проблем. Каков статус эмбриона? Оправдан ли выбор пола? Как быть с избыточными оплодотворенными яйцеклетками? Могут ли «лишние эмбрионы» стать материалом донорства, объектом научных исследований? Ряд этих и подобных вопросов продолжают активно обсуждаться, некоторые решены законодательно и в **документах ВМА.**

Так в «Положении об оплодотворении in vitro и трансплантации эмбрионов», принятом ВМА в 1987 г. говорится, что применение метода ЭКО оправдано, когда другие методы лечения бесплодия неэффективны. Этот метод может быть полезен как для отдельных пациентов, так и для общества в целом, не только регулируя бесплодие, но и способствуя исчезновению генетических заболеваний и стимулированию фундаментальных исследований в области человеческой репродукции и контрацепции. **С этических позиций метод ЭКО оправдан**, ибо реализует неотъемлемое право женщины быть матерью, иметь ребенка.

Этические и юридические сложности **суррогатного материнства** хорошо демонстрируют следующий факт: у ребенка, родившегося таким способом, может оказаться 5 родителей: 3 биологических (мужчина-донор, женщина-донор, женщина-донор матки) и 2 социальных (кто сделал заказ). Кроме того, необходимость социального контроля каждого этапа суррогатного материнства диктуется опасностью коммерциализации деторождения. К сожалению, в российском законодательстве правовая регламентация каких-либо проблем суррогатного материнства отсутствует.

В условиях демократизации и расширении прав человека специфическую актуальность и необходимость обсуждения приобретает желание представителей сексуальных меньшинств иметь детей.

Этические аспекты смерти и умирания. Тема смерти - пограничная в философии, медицине, праве.

Медицина всегда была сосредоточена на эмпирической стороне проблемы смерти, философия искала ее смысл, право в основном определяло юридические последствия наступившей смерти. Этика, философия и право объединились и сконцентрировались на проблеме эвтаназии. Вопрос об эвтаназии - один из наиболее сложных вопросов врачебной нравственности, врачебного долга.

В современной биоэтике под **эвтаназией** обычно понимают умышленное ускорение наступления смерти неизлечимого больного с целью прекращения его страданий.

Сторонники "эвтаназии" отождествляют ее с понятием "легкой смерти", противники - с убийством.

Можно выделить три значения, определяющих понятия "эвтаназия" из "Краткого оксфордского словаря". Первое - "спокойная и легкая" смерть, второе - "средство для этого", третье - "действия по ее осуществлению".

Определение голландского законодательства: **эвтаназией** называется всякое действие, направленное на то, чтобы положить конец жизни той или иной личности, идя навстречу ее собственному желанию, и выполненное незаинтересованным лицом.

Эвтаназия — неоднозначное действие. Прежде всего, различают активную и пассивную эвтаназию. **Активная эвтаназия** — это введение врачом летальной дозы препарата. При **пассивной эвтаназии** прекращается оказание медицинской помощи с целью ускорения наступления естественной смерти. Западные специалисты, например, Совет по этике и судебным делам Американской Медицинской Ассоциации, вводят понятие **«поддерживаемое самоубийство»**. От активной эвтаназии оно отличается формой участия врача. **«Поддерживаемое самоубийство»** — это содействие врача наступлению смерти пациента с помощью обеспечения необходимыми для этого средствами или информацией (например, о летальной дозе назначаемого снотворного). Кроме этого, вводится градация «добровольной», «недобровольной» и «непреднамеренной» (невольной) эвтаназии.

Добровольная эвтаназия осуществляется по просьбе компетентного пациента. При этом под компетентностью понимается способность пациента, осознавать и понимать ситуацию, принимать решение. **Недобровольная эвтаназия** проводится с некомпетентным пациентом на основании решения родственников, опекунов и т. п.

Хосписы и паллиативная помощь – вот цивилизованный выход для смертельно больных пациентов. Если мы хотим помочь безнадежно больным и страдающим людям, имеет смысл не оправдывать право на самоубийство для них и право на убийство для врача. Хоспис - это «альтернатива социально-опасному представлению» о гуманности активной эвтаназии. Хоспис - специальная клиника для безнадежно больных, где создаются все условия для облегчения страданий человека. Впервые создание хосписов началось в Великобритании: в XIX веке в Дублине был основан монашеский орден сестер милосердия, которые заботились об умирающих. Спустя примерно сто лет, в 1967 году, недалеко от Лондона был построен первый хоспис современного типа – Приют Св. Христофора

Умирание — это особое время человеческой жизни и медицина должна помочь человеку по-человечески умереть. В хосписе личность пациента, его желания и эмоции выдвинуты на первый план. Хоспис – это такие условия жизни пациента, такое качество жизни человека, когда самодостаточным и актуальным является именно настоящее, а не будущее. Таким образом, умирание становится для человека временем осмысленной жизни, возможностью принять смерть достойно.

Каждый врач, каждая медсестра, все, кто решается посвятить себя работе в хосписе, обязательно должны обрести некоторый личный опыт философского и религиозного постижения границы между жизнью и смертью. Врач паллиативной помощи исповедует следующее этическое кредо: если невозможно прервать или даже замедлить развитие болезни, качество жизни больного становится более важным, чем ее продолжительность.

Несмотря на то, что оказание паллиативной помощи не требует высокой технологии, она считается на Западе довольно дорогой – преимущественно за счет высоких временных затрат персонала.

О движении помощи умирающим – можно говорить как о своеобразном цивилизационном факторе в современном мире:

Во-первых, право пациента на избавление от боли, на достойную смерть – это одно из гражданских прав личности.

Во-вторых, хосписы в определенном смысле могут сыграть роль своего рода социального лекарства для нашего общества в целом.

В-третьих, исключительно благотворное влияние хосписы окажут на всю остальную нашу медицину, реабилитируя в наш век высокотехничной, крайне специализированной медицины этическую ценность древней медицинской заповеди «Salus aegroti suprema lex» («Благо больного превыше всего»).

Контрольные вопросы

1. Дайте определение понятия ятрогения
2. Что является основанием юридической ответственности медицинского работника?
3. Как минимизировать случаи причинения вреда здоровью пациента?
4. Перечислите основные подходы к проблеме абортот
5. Каковы особенности медицинской помощи смертельно больным пациентам?
6. Что вы знаете о хосписах?
7. Каково этическое кредо паллиативной помощи?

Тема: «Нравственные» проблемы в биоэтике (продолжение) (6ч)

План

1. Биоэтические проблемы применения инновационных методов в медицине
2. Биоэтические проблемы медицинской генетики
3. Биоэтические проблемы трансплантологии

Основные понятия: клиническое исследование, этическая экспертиза, евгеника

Краткие тезисы

Как мы уже выясняли, острый интерес к биомедицинской этике возник первоначально в связи с использованием человека в качестве испытуемого в клинических исследованиях. Постепенно сформировалась строгая **концепция этической экспертизы клинических и доклинических исследований (КИ)** на основе соблюдения принципов и правил биоэтики.

Основной этический принцип КИ – кантовский принципа: человек не средство, а цель. Врач, проводящий исследование, обязан руководствоваться приоритетом блага пациента над общественной пользой и научными интересами.

Этическая основа научных исследований сформулирована в **Нюрнбергском кодексе и Хельсинкской декларации (ВМА, 1964г.)** «Этические принципы проведения медицинских исследований с участием человека в качестве субъекта». Следует назвать и **Конвенцию о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине (ВМА, Овьедо, 1997 г.)**.

Исследования на людях делятся на два вида: медико-биологические исследования (неклинические) и клинические исследования. **Медико-биологические исследования** изучают реакцию, изменение состояния организма здоровых людей при воздействии определенных внешних факторов. Такие исследования дополняют и совершенствуют научные данные, но к лечению болезней прямого отношения не имеют. **Клинические исследования** проводятся в процессе лечения заболеваний. Эти исследования проходят по четким правилам, исключающим искажающие результат моменты. Всякое исследование этично, когда оно осмысленно, хорошо организовано.

Различая же понятия «**исследование**» и «**испытание**», проф. Н.Седова предлагает соотнести их как общее и частное. Содержательно исследование включает в себя как теоретический, так и эмпирический уровни, а испытание – это только эмпирические наблюдения, оформленные протокольными предложениями. В документах и в литературе эти понятия, к сожалению, зачастую используются как синонимы.

Этапы клинического исследования. Клинические исследования (КИ) начинаются с постановки проблемы, затем следует изучение литературы, выдвижение гипотезы и теоретический анализ, затем – лабораторная эмпирическая проверка и только потом – испытание с привлечением человека. Клиническое исследование полностью подчиняется логике научного познания в медицине.

Клинические исследования на людях могут, согласно названным выше документам, проводиться врачами в следующих случаях:

- если они служат улучшению здоровья пациентов;
- если они вносят существенный вклад в медицинскую науку и практику;
- если результаты предшествующих исследований и данные научной литературы не свидетельствуют о риске развития осложнений.

Можно назвать, предусмотренные названными документами, основные нормы проведения научных исследований с участием человека:

- Полное и доступное информирование пациента и получение его явного согласия, выраженного письменно
- Исследователь должен гарантировать право пациента на отказ от продолжения исследования на любом этапе и по любым мотивам. Испытуемый может почувствовать не только физическую боль, но и эмоциональный дискомфорт, страх, предубеждение.

- Если испытание наносит ущерб здоровью или опасно для жизни пациента, оно должно быть немедленно прервано. Настаивание на его продолжении принесет скорее вред и исказит результаты исследований.
- В том случае, если пациент не может дать осознанное согласие на участие в исследовании, оно может быть получено в письменной форме от законного представителя. Подобные исследования могут проводиться только в интересах самого пациента, ради спасения его жизни, восстановления или поддержания его здоровья.

КИ проводятся в четыре этапа на основе рекомендаций по результатам испытаний на животных. Им предшествуют этапы теоретической и лабораторной разработок.

Задачи исследования, его план, методы, потенциальные польза и вред, вероятные осложнения должны быть четко сформулированы и представлены на рассмотрение этическому комитету. Любые биомедицинские исследования должны проводиться квалифицированными в научном плане специалистами. Кроме того, испытатели должны застраховать свою ответственность на случай причинения неумышленного вреда здоровью испытуемых.

Биоэтические проблемы медицинской генетики. В 1995 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) распространила документ, который называется «Резюме по этическим аспектам медицинской генетики». «Резюме» содержит основные тезисы более обширного документа «Программы генетики человека ВОЗ». В указанных документах обобщен международный опыт по этическим проблемам, возникающим в исследовательской и клинической практике в области генетической патологии в связи с внедрением в здравоохранение современных био- и геномных технологий. Поскольку это касается этической регламентации профессиональной деятельности врачей, то все вопросы в этих документах рассматриваются в триединстве их генетического, юридического и социального аспектов.

Целью медицинской генетики, говорится в документе, являются диагностика, лечение и профилактика наследственных болезней. Научные исследования осуществляются для достижения этой цели. В основе медико-генетической практики должны быть следующие общие **этические принципы:**

- уважение личности: долг врача уважать самоопределение и выбор автономной личности и защита лиц с ограниченной дееспособностью (например, детей, лиц с умственной отсталостью, с психическими болезнями). Принцип уважения личности должен быть основой любых взаимоотношений профессионала-генетика и консультирующегося;
- польза: обязательное обеспечение благополучия личности, действуя в ее интересах и максимизируя возможную пользу;
- непричинение вреда: обязанность уменьшить и по возможности исключить вред, причиняемый личности;
- взвешенность: необходимость так сбалансировать риск от предпринимаемых действий, чтобы получение пользы имело большую вероятность, чем нанесение вреда пациентам и членам их семей;
- справедливость: справедливое распределение пользы и бремени.

Подобные документы разработаны и разрабатываются также другими международными организациями. Многие врачи, генетики и юристы говорят о необходимости выработать специальный **медико-генетический кодекс**, который бы регламентировал соответствующие права, ответственность и нормы поведения сторон в данных вопросах.

Биоэтические проблемы трансплантологии

Трансплантация, возникновение которой примерно датируется 1954 годом, вывела хирургию на совершенно новый уровень развития и породила огромное количество неведомых ранее этических и правовых проблем.

В 1992 году был сделан важный шаг на пути формирования юридических основ трансплантологии – принят «Закон РФ о трансплантации органов и (или) тканей человека». В нем, в частности, законодательно утверждался единый принцип констатации смерти человека – **критерий мозговой смерти**, врачи получили право забора органов для трансплантации от индивидов, находящихся в этом состоянии.

Закон установил правило **презумпции согласия** потенциальных доноров и их родственников, что в целом аналогично правовым нормам большинства европейских стран. Был введен **запрет на куплю-продажу органов** для трансплантации.

Вместе с тем закон регламентирует лишь самые общие правила врачей, реципиентов, доноров и их родственников. Остается значительное число проблемных ситуаций, которые требуют более тонкой и детальной этической квалификации и правового регулирования.

Первый коренной вопрос, который возникает в связи с трансплантологией – морально ли тратить средства на развитие этого направления хирургии. Пересадка органов – очень дорогостоящая операция, потребляет значительные ресурсы здравоохранения. В российских больницах дефицит самых простых лекарственных средств, инструментария, оборудования. Морально ли пренебрегать интересами и здоровьем тысяч граждан ради спасения десятков?

В этой ситуации приходится обращаться к разрабатываемому биоэтикой принципу справедливости и решать сложное диалектическое противоречие жизни конкретным анализом конкретной ситуации. С одной стороны, трансплантология – самое перспективное направление роста медицины, разрабатывает новейшие технологии высшей сложности, которые стимулируют развитие многих областей практической медицины. Этим можно оправдать некоторое перераспределение ресурсов в пользу трансплантологии. С другой стороны, с позиций высокой справедливости, неприемлема ситуация, при которой для спасения одного больного будут истрачены сотни тысяч рублей, а детские больницы не получают средств для гарантируемой законом бесплатной медицинской помощи. Понятно, почему справедливость распределения скудных ресурсов здравоохранения, является постоянным предметом обсуждения.

Для реализации принципа справедливости и равноправия граждан при распределении органов для трансплантации, в России руководствуются тремя достаточно обоснованными критериями: степенью совместимости пары донор-реципиент; экстренностью ситуации; длительностью нахождения реципиента в «листе ожидания». Все три критерия достаточно объективны.

Контрольные вопросы

1. Назовите основные документы, посвященные этике клинических исследований.
2. Каков основной этический принцип клинических исследований?
3. Перечислите основные этические и правила клинических исследований. Отражены ли они и в законодательстве?
4. Кто осуществляет этическую экспертизу? Каковы ее цель и предмет?
5. Кто относится к ранимым категориям испытуемых, в отношении которых введены ограничения и запреты?
6. Назовите основной международный документ, содержащий тезисы по этическим аспектам медицинской генетики
7. Перечислите этические принципы медицинской генетики
8. В каком документе перечислены этические принципы при трансплантации органов человека? Назовите эти принципы (не менее 8)