

# **ДЕОНТОЛОГІЯ В МЕДИЦИНІ**

## **Частина 3**

***Методичні вказівки  
для самостійної роботи студентів  
з курсу за вибором***

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**Харківський національний медичний університет**

# **ДЕОНТОЛОГІЯ В МЕДИЦИНІ**

## **Частина 3**

***Методичні вказівки  
для самостійної роботи студентів  
з курсу за вибором***

Затверджено  
Вченою радою ХНМУ.  
Протокол № 10 від 30.09.2021.

**Харків  
ХНМУ  
2021**

Деонтологія в медицині. Ч. 3 : метод. вказ. для самост. роботи студентів з курсу за вибором / упоряд. Т. В. Ащеулова, Т. М. Амбросова, Н. М. Герасимчук. Харків : ХНМУ, 2021. 44 с.

Упорядники    Т. В. Ащеулова  
                      Т. М. Амбросова  
                      Н. М. Герасимчук

## **Тема 7. Лікарська таємниця: визначення, суть, основні правові документи, що гарантують дотримання лікарської таємниці в Україні і в світі**

**Актуальність теми.** Питання забезпечення лікарської таємниці завжди займали важливе місце в діяльності медичних працівників. Одним з обов'язків лікаря є збереження конфіденційності інформації про хворого, його таємниці. Останнім часом у зв'язку зі впровадженням комп'ютерних технологій обробки медичної інформації та розвитком корпоративних інформаційних систем захист інформації від несанкціонованого доступу стає надзвичайно актуальним.

**Загальна мета.** Уміти демонструвати знання про лікарську таємницю і захист інформації, яка складає лікарську таємницю.

### **Конкретні цілі**

1. Демонструвати володіння основними принципами медичної етики і деонтології для захисту конфіденційної інформації про пацієнта з метою формування довіри до лікаря.

2. Вміти визначати вміст лікарської таємниці і її роль у професійній діяльності медичного працівника.

3. Направляти деонтологічні принципи збереження лікарської таємниці медичним персоналом на досягнення максимальної ефективності лікування.

4. Керуватися положеннями законодавчих і регламентуючих документів щодо формування моральної культури медичних працівників для захисту конфіденційності.

5. Профілактика і усунення шкідливих наслідків неякісної медичної роботи, які призводять до ятрогеній, шляхом забезпечення збереження лікарської таємниці.

### **Теоретичні питання**

1. Визначення і суть лікарської таємниці.

2. Історія становлення лікарської таємниці.

3. Принципи збереження лікарської таємниці.

4. Права пацієнта на конфіденційність інформації про стан його здоров'я.

5. Можливі обмеження права пацієнта на конфіденційність.

6. Права лікаря і пацієнта та лікарська таємниця.

7. Гарантії дотримання лікарської таємниці в «Декларації про політику в галузі забезпечення прав пацієнтів в Європі» (розділ «Інформація» 1994).

8. Гарантії дотримання лікарської таємниці в Міжнародному кодексі медичної етики.

9. Гарантії дотримання лікарської таємниці в Етичному кодексі українського лікаря, в законі України «Про інформацію» та ін.

10. Правові документи, що регламентують дотримання лікарської таємниці в Україні.

### Тестові завдання для контролю початкового рівня знань

1. Який принцип медичної етики лежить в основі дотримання конфіденційності інформації про пацієнта?  
*А. Справедливості. С. Дотримання обов'язків. Е. «Не нашкодь».*  
*В. Правдивості. Д. Автономності.*
2. Яка стаття Кримінального кодексу України регламентує відповідальність за незаконне розголошення лікарської таємниці?  
*А. № 136. В. № 138. С. № 139. Д. № 145. Е. № 319.*
3. Яка стаття Кримінального кодексу України регламентує відповідальність за розголошення відомостей про проведення медичного обстеження з виявлення зараженості ВІЛ-інфекцією?  
*А. № 131. В. № 132. С. № 137. Д. № 138. Е. № 141.*
4. Хто був автором наступних слів: «Чисто і непорочно буду я проводити своє життя і своє мистецтво, до якого б будинку я не увійшов, я увійду туди для користі хворого, будучи далекий від всього того, що має намір несправедливого і згубного, що б я не побачив або не почув відносно життя людського з того, що не слід коли-небудь розголошувати, я умовчу про те, вважаючи подібні речі таємницею».  
*А. Гіппократ. В. Авіценна. С. Гомер. Д. Горацій. Е. Кант.*
5. Які документи України регламентують збереження лікарської таємниці?  
*А. Основи законодавства України про охорону здоров'я.*  
*В. Закон України «Про інформацію».*  
*С. Етичний кодекс українського лікаря.*  
*Д. Кримінальний кодекс України.*  
*Е. Все перелічене вище.*
6. Яку відповідальність несе лікар за розголошення конфіденційної інформації про хворого?  
*А. Дисциплінарну. С. Адміністративну. Е. Все перераховане вище.*  
*В. Соціально-правову. Д. Кримінальну.*
7. Яка стаття Етичного кодексу українського лікаря (2002 р.) регламентує конфіденційність інформації про пацієнта?  
*А. № 17. В. № 40. С. № 46. Д. № 47. Е. № 145.*
8. До конфіденційної інформації про хворого відносять усе, крім:  
*А. Венеричного захворювання в активній формі.*  
*В. Інфікування ВІЛ.*  
*С. Усиновлення дитини.*  
*Д. Займаної посади.*  
*Е. Інфаркту міокарда в анамнезі.*
9. Обов'язок дотримання лікарської таємниці розповсюджується на всіх перерахованих, окрім:  
*А. Студентів-медиків. С. Медресстраторів. Е. Фармацевтів.*  
*В. Санітарів. Д. Психологів.*

10. Розголошування інформації, що є лікарською таємницею, без згоди пацієнта допускається у тих випадках, коли:

- A. При обстеженні і лікуванні пацієнт через свій стан не може висловити свого бажання.
- B. Є загроза розповсюдження інфекційних захворювань.
- C. Є запит слідчих органів і прокурора.
- D. При наданні допомоги пацієнтові у віці 17 років необхідне інформування батьків або законних представників.
- E. Є припущення, що шкоду здоров'ю завдано внаслідок протиправних дій.

### **Короткі методичні вказівки**

*Форма заняття – семінар. ермін проведення заняття – 2 год.*

Після обговорення теоретичного матеріалу студенти разом із викладачем опитують 1–2 хворих, ставлячи проблемні питання: уявлення з позиції хворого, яким повинен бути сучасний лікар, які взаємини повинні бути між лікарем і хворим, лікарем і родичами хворого. Студенти записують відповіді хворих у зошити, а потім обговорюють разом з викладачем отримані дані, висловлюють свою думку, аналізують відповіді хворих. В кінці заняття викладач підводить підсумки і перевіряє кінцевий рівень освоєння знань студентами у вигляді рішення ситуаційних завдань.

### **Теоретичний матеріал**

#### **1. Визначення і суть лікарської таємниці. Історія становлення лікарської таємниці**

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

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

Лікарська таємниця, яка існує стільки, скільки існує медицина, і до теперішнього часу залишається нерозкритою проблемою. У Стародавній Індії при обряді посвячення лікарям давали таке повчання: «Особливості

сімейного устрою не повинні розголошуватися». Середньовічний китайський кодекс лікарів спеціально відзначав, що «лікар не повинен бути балакучим». Всі стародавні лікарі були одностайні відносно збереження таємниць хворого, зокрема Гіппократ писав: «Чисто і непорочно буду я проводити своє життя і своє мистецтво, до якого б будинку я не увійшов, я увійду туди для користі хворого, будучи далекий від всього того, що має намір, несправедливого і згубного, що б я не побачив або не почув відносно життя людського з того, що не слід коли-небудь розголошувати, я умовчу про те, вважаючи подібні речі таємницею».

Вельми популярний був у лікарів минулих століть вислів: «На все погане є тільки двоє ліків: мовчання і час». Але мовчання лікаря не рівнозначне обману пацієнта. Брехню лікаря з метою підбадьорити пацієнта довгий час називали «святою брехнею». Багато відомих вітчизняних лікарів (С. П. Боткін, М. М. Петров, І. А. Кассирський та ін.) вважали і вважають, що «свята брехня» просто необхідна вмираючому і не тільки від раку, але і від будь-якого іншого захворювання тому, що вона полегшує його агонію і сприймається ця брехня як благодіяння. Крім того, вважалося, що «свята брехня» лікаря може бути тим додатковим, найважливішим компонентом лікування, зарядом оптимізму, який здатний зумовити сприятливий результат.

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

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

**2. Принципи збереження лікарської таємниці. Права пацієнта на конфіденційність інформації про його стан здоров'я. Можливі обмеження права пацієнта на конфіденційність**

Найважливішими обов'язками лікаря є відданість інтересам пацієнта, професійна чесність і збереження в таємниці інформації, що стосується

пацієнта. *Право хворого на збереження лікарської таємниці* – один з аспектів широкої правової і етичної категорії – права кожної людини на невтручання в сферу приватних інтересів. Порушення лікарської таємниці, як писав лікар і письменник В. В. Вересаєв, «на практиці, в рядовій масі лікарів, веде до страхітливої легковажності, до обурливої зневаги до самих законних прав хворого», адже, по суті, мова йде про *втручання лікаря в особисте життя хворого*, що само по собі є серйозною етичною проблемою. Після 1917 р. зневага до лікарської таємниці стала в СРСР державною політикою. Нарком охорони здоров'я Н. А. Семашко оголосив лікарську таємницю пережитком старої кастової лікарської практики і старих дурних забобів, підкресливши, що радянську охорону здоров'я тримає «твердий курс на знищення лікарської таємниці як пережитку буржуазної медицини». Сучасна деонтологія заперечує необхідність безмежного втручання в інтимний світ пацієнта.

Разом з тим для визначення діагнозу і вибору оптимальних засобів лікування лікар повинен знати умови і спосіб життя хворого, особливості його психічного стану. Нерідко на користь хворого лікареві доводиться коректувати його морально-психологічні установки, обмежувати або стимулювати ті або інші потреби, рекомендувати змінити спосіб життя. Необхідність такого втручання підвищує *моральну відповідальність* лікаря, вимагає від нього високих етичних якостей. Хворий повинен бути абсолютно упевнений в його чесності, порядності, здатності зберегти лікарську таємницю. Ввіряючи лікареві своє життя, пацієнт сподівається на милосердя, співчуття до себе. Він повинен почувати до лікаря *довіру*. Пацієнт і його родичі повинні бути упевнені, що надана ними інформація не стане надбанням інших людей і не нашкодить їм в майбутньому, що гідність пацієнта буде збережена і захищена. Якщо погодитися з тим, що етичне кредо медика є його *професійний обов'язок*, що вимагає вважати благо пацієнта пріоритетною метою, то *збереження лікарської таємниці* є одним з проявів цього *обов'язку* і *принципу конфіденційності*, що базується на *довірі* і відвертості пацієнта. Імператив *нерозголошення лікарської таємниці* – це адекватна морально-етична відповідь медика на *довіру* і *відвертість* хворого, що забезпечує надійність їх довірчих відносин. Окрім прямої заборони на розголошення лікарської таємниці *імператив її нерозголошення* включає ряд етичних аспектів, вказуючи необхідність ситуативного підходу до даного питання. Це, зокрема, проблеми *суб'єкта* і *меж* збереження лікарської таємниці.

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

#### ***Перелік випадків законного розголошення лікарської таємниці без згоди пацієнта***

З відома громадянина або його законного представника допускається передача відомостей, складових лікарської таємниці, іншим громадянам, зокрема посадовим особам, на користь обстеження і лікування па-



цієнта для проведення наукових досліджень, публікацій в літературі, використання цих відомостей у навчальному процесі та з іншою метою.

Надання відомостей, складових лікарської таємниці, без згоди громадянина або його законного представника допускається в наступних випадках:

1. При обстеженні і лікуванні громадянина, не здатного внаслідок свого стану висловити свою волю.

2. При загрозі розповсюдження інфекційних захворювань, масових отруєнь і поразок.

3. За запитом органів дізнання і слідства, прокурора і суду у зв'язку з проведенням розслідування або судовим розглядом.

4. У разі надання допомоги неповнолітньому у віці до 15 років для інформування його батьків або законних представників.

5. За наявності підстав, які дозволяють вважати, що шкода здоров'ю громадянина спричинена в результаті протиправних дій.

***Примітка.** Перелік з цих п'яти випадків розголошення лікарської таємниці без згоди хворого і / або його законного представника є по закону вичерпним, тобто тільки в перерахованих вище випадках розголошення лікарської таємниці є законним. Лікар зобов'язаний дотримувати лікарську таємницю за винятком тих випадків, коли він повинен виконувати обов'язки страхового лікаря, визначати стан страхового лікаря, визначати стан здоров'я за запитом влади, виконувати обов'язки судово-медичного експерта і коли він виявляє заразне захворювання. Вважається, що таємниця розголошена, якщо інформація про хворобу хворого стане відомою хоча б одній людині.*

**У Женевській декларації Всесвітньої медичної асоціації (ВМА) (1948)**, що вважається Клятвою Гіппократа лікаря ХХ ст., це положення ще більш конкретизоване. «Я поважатиму довірені мені секрети навіть після смерті мого пацієнта». Розуміючи, як складно зберегти в умовах великого медичного колективу лікарську таємницю, М. М. Блохін рекомендував: «Якщо вирішено повідомити хворому певні відомості про його хворобу, то всі члени колективу повинні бути чітко інформовані про те, що саме відоме хворому і в якій формі слід з ним розмовляти». Нерідко хворі утримуються від питань про свою хворобу або про характер операції при зустрічі з лікарем, який лікує, але ведуть розмови з палатною сестрою. Середній медичний персонал повинен бути строго інформований про те, в яких межах можна вести розмови з хворим про його хворобу. На питання хворого про операційні знахідки або про результати проведення будь-яких досліджень медична сестра повинна радити хворому звернутися безпосередньо до лікаря, не беручи на себе складних пояснень, але прагнучи при цьому підбадьорити хворого і вселити йому віру в одужання. Велику шкоду може нанести психіці хворого неправильна поведінка не тільки середнього, але і молодшого обслуговуючого персоналу. Добре виховані кадри треба виховувати не тільки зі спеціальності, але і з точки зору медичної деонтології.

В той же час необхідно відзначити, що такі рекомендації суперечать не тільки основним положенням всіх сучасних міжнародних документів про права пацієнтів, але й основоположним принципам медичної етики.

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

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

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

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

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

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

2.4. *Інформація повинна надаватися пацієнтові з урахуванням рівня його розуміння і з мінімальним вживанням незнайомої для нього спеціальної термінології. Якщо пацієнт не володіє мовою, що вживається в даній*

місцевості, для нього слід знайти яку-небудь можливість перекладу необхідної інформації.

2.5. Пацієнти мають право не бути інформованими, якщо вони чітко виявили таке бажання.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.4. У ситуаціях, коли необхідна згода законного представника пацієнта, але є екстрені показання до проведення медичного втручання,

здійснення даного втручання без згоди законного представника допустимо в тих випадках, коли така згода не може бути отримана в необхідні терміни.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Документи України, що регламентують збереження лікарської таємниці. Гарантії дотримання лікарської таємниці в Етичному кодексі українського лікаря.**

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

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

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

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

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

1. Лікар не має права розголошувати без дозволу пацієнта або його представника відомості, отримані в ході обстеження і лікування, а також сам факт звернення по медичну допомогу.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Лікар повинен сприяти усвідомленню і реалізації відповідального відношення пацієнта до процесу обстеження і лікування.

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

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

### **Основи законодавства України про охорону здоров'я**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

При використанні інформації, що складає лікарську таємницю, в навчальному процесі, науково-дослідній роботі, зокрема у випадках їх публікації в спеціальній літературі, повинна бути забезпечена автономність пацієнта.

Розголошення лікарської таємниці найчастіше відбувається в результаті необережності, самовпевненості або недбалості медичних працівників.

Кримінальний кодекс України містить статтю про визначальну міру відповідальності за розголошення відомостей, складових лікарської таємниці.

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

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

Таємниця розповсюджується на всі відомості, отримані в процесі звернення і лікування хворого (діагноз, методи лікування, прогноз та ін.). Медична інформація про пацієнта може бути розкрита: за явно вираженою письмовою згодою самого пацієнта; на вмотивовану вимогу органів дізнання, слідства, прокуратури і суду; якщо збереження таємниці істотно загрожує здоров'ю і життю пацієнта і (або) інших осіб (небезпечні інфекційні захворювання); у разі залучення до лікування інших спеціалістів, для яких ця інформація є професійно необхідною.

Лікар повинен стежити за тим, щоб особи, що беруть участь у лікуванні хворого, також дотримували професійну таємницю. Особи, що користуються правом доступу до медичної інформації, зобов'язані зберігати в таємниці всі отримані про пацієнта відомості.

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

### **Ситуаційні задачі для контролю кінцевого рівня знань**

1. До лікаря звернувся хворий, якого лікує його колега по відділенню, з проханням пояснити правильність призначеного лікування. Дії лікаря:

- A. Відповісти на питання пацієнта.
- B. Відмовити хворому у відповіді.
- C. Розповісти про це колезі, який займається хворим.
- D. Відповісти хворому після ради з лікарем, що лікує.
- E. Всі відповіді вірні.



2. При опиті хворий повідомляє лікарю подробиці свого особистого життя. Після прийому лікар з колегами обговорюють отриману інформацію. Оцініть дії лікаря:

- А. Лікар зобов'язаний зберігати лікарську таємницю.*
- В. Лікар може обговорювати з колегами інформацію про хворого.*
- С. Лікар може обговорювати інформацію про хворого, що є лікарською таємницею, тільки з колегами.*
- Д. Лікар не має права обговорювати з колегами інформацію про хворого.*
- Е. Лікар має право обговорювати інформацію про хворого тільки з його дозволу.*

3. У пацієнта виявлено невиліковне захворювання. Він просить лікаря не повідомляти про це членам сім'ї. Як повинен поступити лікар?

- А. Постаратися переконати пацієнта в тому, що його позиція не конструктивна.*
- В. Виконати прохання пацієнта.*
- С. Розповісти родичам і попередити їх, що хворий не повинен дізнатися, що їм відомий діагноз.*
- Д. Зробити так, щоб родичі дізналися діагноз від третіх осіб.*
- Е. Відмовитися виконати прохання хворого.*

4. 17-річна дівчина звертається до сімейного лікаря і повідомляє, що вагітна, просить не говорити про це батькам і зробити аборт. Як повинен діяти сімейний лікар?

- А. Переконати дівчину поінформувати батьків і разом вирішити проблему.*
- В. Доповісти батькам.*
- С. Доповісти батькам, але не говорити про це пацієнтці.*
- Д. Виконати прохання пацієнтки.*
- Е. Послатися на неповноліття пацієнтки і відмовитися обговорювати проблему без батьків.*

5. Чоловікові 42 років за життєвими показаннями проведена операція – поперечна симпатикоектомія з приводу артеріїту нижніх кінцівок без попередження про можливі ускладнення. В результаті операції наступила повна імпотенція. Оцініть дії лікаря:

- А. Лікар не зобов'язаний посвячувати хворого в подробиці лікування.*
- В. Лікар зобов'язаний попередити хворого про можливі наслідки лікування, що проводиться.*
- С. Хворий має право знати всі подробиці майбутньої операції.*
- Д. Лікар повинен був погоджувати лікування з пацієнтом.*
- Е. Лікар зобов'язаний попередити родичів пацієнта про можливі наслідки операції.*

6. При влаштуванні на роботу в рекламне агентство додатково до стандартного медичного обстеження адміністрація вимагає провести тест на ВІЛ/СНІД і надати результати за місцем роботи. Дії працівника:

- А. Виконати вимогу.*

*В. Погодитися, але за умови не розголошувати результати тесту.*

*С. Категорично відмовитися, оскільки дослідження на ВІЛ/СНІД тільки добровільне і його результати строго конфіденційні.*

*Д. Звернутися до слідчих органів, до суду.*

*Е. Всі відповіді вірні.*

**7.** Молодий чоловік 23 років добровільно обстежувався на ВІЛ/СНІД, про що згадав у розмові з батьками. За місцем обстеження прийшов батько з вимогою надати йому результати тесту на підставі споріднених зв'язків з обстеженим. Якими будуть дії медперсоналу?

*А. Доповісти про результати тесту на ВІЛ/СНІД.*

*В. Повідомити після встановлення за документами спорідненого зв'язку.*

*С. Не повідомляти батькові, а повідомити за місцем роботи/навчання.*

*Д. Відмовити в наданні інформації, оскільки результати повідомляються обстеженому строго індивідуально і конфіденційно.*

*Е. Видати результат тесту після дозволу завідувача лабораторії.*

**8.** Хворий на СНІД просить не розповідати про його діагноз родичам. Який з правових документів регламентує відповідальність лікаря перед пацієнтом?

*А. Закон України «Основні законодавства України про охорону здоров'я».*

*В. Міжнародний кодекс медичної етики.*

*С. Кримінальний кодекс України (ст. 145).*

*Д. «Міжнародна декларація про права людини».*

*Е. «Гельсінська декларація прав людини».*

**9.** Молодий чоловік, у якого є венеричне захворювання, збирається одружитися і просить лікаря не повідомляти про його захворювання дівчині. Як повинен поступити лікар?

*А. Виконати прохання пацієнта.*

*В. Провести бесіду з пацієнтом про необхідність лікування до шлюбу.*

*С. Самостійно призначити лікування.*

*Д. Розповісти дівчині «по секрету» або через третю особу.*

*Е. Повідомити в кожно-венеричний диспансер, щоб хворий пройшов курс лікування*

**10.** Чоловік 36 років дивиться по телевізору репортаж з НДІ судинної хірургії, в якому йде мова про проведення пластики аорти з протезуванням аортального клапана. Розповідають, що однією з причин розвитку недостатності аортального клапана може бути перенесене венеричне захворювання (сифіліс). В одному з епізодів чоловік впізнав себе, коли він дійсно перебував на лікуванні, але не пам'ятає, щоб у нього брали дозвіл на зйомку. Хто несе відповідальність за розголошення інформації про операцію, а, тим більше, про можливу причину захворювання?

*А. Лікуючий лікар.*

*В. Завідувач відділення.*

*С. Тележурналіст.*

*Д. У пацієнтів, які беруть участь в епізодах, не обов'язково брати дозвіл на зйомку.*

*Е. Без вказівки прізвища конкретного хворого дана інформація не є конфіденційною.*

## **Тема 8. Лікарська помилка: визначення, суть, види лікарських помилок. Поняття про лікарські правопорушення і юридична відповідальність за них**

**Актуальність теми.** Навіть сучасна медицина ще далеко не досконала. У діагностично-лікувальному процесі виникає багато проблем і труднощів, які можуть бути вирішеними не абсолютно точно, а лише приблизно. Тому лікарі, навіть ті, які мають якісну професійну підготовку і великий науково-практичний стаж, можуть допустити помилки у своїй роботі. В різні часи свого розвитку суспільство висувало до лікаря високі вимоги, які передбачали недопущення в його діяльності професійних помилок. Лікарські помилки були, є і, на жаль, будуть, але ставлення до них в моральному і правовому аспекті не може бути рівнозначним. Тому розгляд лікарських помилок, причин їх виникнення та профілактика є актуальною темою в підготовці лікарів.

**Загальна мета.** Забезпечення можливості студентів засвоїти загальні питання лікарських помилок: визначення поняття «Лікарська помилка», їх класифікація, джерела виникнення, їх профілактика. Студенти повинні засвоїти, що лікар не застрахований від професійних помилок, але ж якщо він допустив помилку, то треба її визнати, виправити, проаналізувати причину виникнення і більше не допускати. Лікар несе морально-правову відповідальність перед людьми і суспільством.

### **Конкретні цілі**

1. Засвоїти поняття «Лікарської помилки».
2. Засвоїти класифікацію лікарських помилок.
3. Засвоїти причини виникнення лікарської помилки.
4. Засвоїти профілактику виникнення лікарської помилки.
5. Визначити і засвоїти морально-правові аспекти і відповідальність за лікарські помилки.

### **Теоретичні питання**

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

## Тестові завдання для контролю початкового рівня знань

1. Яка стаття Кримінального кодексу України регламентує відповідальність за несумлінне виконання професійних обов'язків, які викликали зараження ВІЛ-інфекцією та іншими невиліковними захворюваннями?  
*А. № 131. В. № 132. С. № 133. Д. № 138. Е. № 139.*
2. Лікарська помилка – це:  
*А. Сумлінна помилка лікаря.  
В. Несприятливий результат унаслідок професійного неуцтва лікаря.  
С. Результат недбалості в роботі лікаря.  
Д. Несприятливий результат лікарського втручання, який лікар не міг передбачити і якому не міг запобігти.  
Е. Неправильна дія лікаря, що суперечить загальноприйнятим правилам у медицині.*
3. «Людині властиво помилятися, але нікому, крім дурня, не властиво упиратися в своїй помилці». Хто автор цього виразу?  
*А. Гомер. В. Горацій. С. Цицерон. Д. Цельс. Е. Кант.*
4. Нещасний випадок – це:  
*А. Несприятливий результат лікарської діяльності, обумовлений обставинами, яких лікар не міг передбачити і яким не міг запобігти.  
В. Несприятливий результат унаслідок професійного неуцтва лікаря.  
С. Результат недбалості в роботі лікаря.  
Д. Сумлінна помилка лікаря у своїй діяльності.  
Е. Неправильна дія лікаря, яка суперечить загальноприйнятим в медицині правилам.*
5. Визначити вид лікарської помилки: неправильно поставлений діагноз при атиповій клінічній симптоматиці.  
*А. Діагностична. Д. Деонтологічна.  
В. Тактична. Е. Це не помилка, а нещасний випадок.  
С. Технічна.*
6. Яка стаття Кримінального кодексу України регламентує відповідальність за службу недбалість?  
*А. № 138. В. № 368. С. № 141. Д. № 319. Е. № 367.*
7. Які дії лікаря пов'язані з негативними наслідками?  
*А. Лікарська помилка.  
В. Нещасний випадок, злочин.  
С. Лікарська помилка, нещасний випадок.  
Д. Недбалість, злочин, лікарська помилка.  
Е. Лікарська помилка, нещасний випадок, злочин.*
8. Хто вперше в історії медицини ввів поняття «Лікарська помилка»?  
*А. Гіппократ. В. Мудров. С. Вересаєв. Д. Пирогов. Е. Боткін.*
9. Основна причина лікарських помилок:  
*А. Недостатність знань і досвіду у лікаря.  
В. Обмеження діагностичних можливостей лікаря.*

*С. Несумлінне відношення до своїх обов'язків.*

*Д. Лабораторні артефакти.*

*Е. Недостатній рівень культури лікаря.*

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

*А. Діагностичні.*

*С. Технічні.*

*Е. Логічні.*

*В. Тактичні.*

*Д. Деонтологічні.*

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

*А. Професіоналізм і досвід роботи.*

*В. Висока компетентність.*

*С. Сумлінне відношення до своїх обов'язків.*

*Д. Аналіз попередніх помилок.*

*Е. Все перелічене вище.*

**12.** Яке покарання передбачене за професійний службовий злочин (недбале ставлення медичного працівника до своїх обов'язків)?

*А. Позбавлення волі на строк до 3 років.*

*В. Виправні роботи строком до 2–3 років.*

*С. Штраф до 300 гривень.*

*Д. Відсторонення від виконання обов'язків.*

*Е. Всі варіанти вірні.*

### **Короткі методичні вказівки**

*Форма заняття – семінар. Термін проведення заняття – 2 год.*

На початку заняття викладач формулює мету і цілі заняття, перевіряє готовність студентів до заняття за допомогою тестових завдань. Далі студенти відповідають на контрольні питання. Після цього викладач разом зі студентами починає опитувати хворого (необхідно підібрати хворого з «проблемою», який неодноразово перебував на лікуванні в медичних установах). Опитування хворого проводять за допомогою анкети, яку студент склав, виконуючи НДРС. Крім того, студенти разом із викладачем аналізують історію хвороби, амбулаторну карту, якщо є – архівні документи хворого. Потім обговорюють отримані дані: виділяють відповідно до класифікації лікарські помилки, виявлені в процесі обстеження і лікування хворого, обговорюють їх причини та шляхи уникнення.

### **Теоретичний матеріал**

**У чому полягає природа «лікарської помилки», «права на помилку» і відповідальність за неї?**

Аналізу етично-етичного сенсу поняття «**Лікарська помилка**» приділяли увагу багато відомих лікарів, письменників, діячів охорони здоров'я, демонструючи різні підходи і оцінки цього феномена.

*М. І. Пирогов* вважав, що молодому лікареві-практикові «украї потрібне», по-перше, *уміння визнавати власні помилки*, аналізувати конкретні випадки і «вважати причиною помилки своє незнання або свою

недосвідченість». Тільки така етична позиція може деякою мірою спокутувати «брак», що трапляється в медичній роботі. Будь-які особисті міркування тут повинні бути нижче за етичні аргументи і доцільність. По-друге, визнаючи лікарські помилки безумовним злом, М. І. Пирогов виступав проти *етичної капітуляції*, проти визнання їх злом неминучим, вважаючи це не гідним високого звання лікаря. Оптимістична, життєстверджуюча етика М. І. Пирогова непримиренна до зла лікарських помилок і разом з тим розглядає їх як джерело збагачення власного досвіду лікаря і сукупного досвіду медицини. Тільки досягаючи максимуму повчального зі своїх професійних помилок, лікар може відшкодувати зло своєї помилки. По-третє, вимога бути чесним перед самим собою у М. І. Пирогова не героїзм і винятковість, а *професійна етична норма* лікаря. Тільки нещадна самокритика своїх помилок може бути адекватною розплатою за їх високу ціну. Відношення М. І. Пирогова до професійних помилок – етичний ідеал для кожного лікаря. Відступ від нього є відступом від вимог медичної етики.

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

Поняттю «Лікарська помилка» за своїм змістом близьке поняття «*Нещасний випадок*». У клінічному сенсі вони означають різновиди несприятливих результатів лікування, неправильного лікування, в морально-етичному – поразку лікаря в боротьбі за життя і здоров'я пацієнта, що ввірився йому, і, звичайно, нещастя хворого, його близьких. У юридично-правовому сенсі акцент зазвичай робиться на винності лікаря і його відповідальності, тому диференціація понять «Нещасний випадок» або «Лікарська помилка» для юридичних органів самостійного значення не має. Разом з тим наявність в медичній практиці лікарських помилок і нещасних випадків як неминучих явищ, супутніх лікуванню, жодною мірою не повинно означати

**«права лікаря на помилку».** Подібне право могло б породжувати професійну *недобросовісність*, яка тягне за собою зазвичай неправильні діагнози основного і супутніх захворювань, недооцінку хірургічного ризику, оперативного втручання, що запізнилося, та ін. Теза про «право лікаря на помилку» неспроможна і з логічної, і зі світоглядної точки зору. З погляду логіки: не можна наявне видавати за належне; професійні помилки лікарів – «прикрий брак» – трапляються через неконтрольовані лікарем обставини, а не «по праву». З погляду світоглядного: якщо професійна діяльність лікаря свідомо орієнтується на помилки, вона втрачає свою гуманістичну природу. Ідея «права на помилку» деморалізує лікарів, тому з позиції біомедичної етики відношення до професійних помилок повинне бути непримиренним.

### **Поняття «Лікарська помилка»**

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

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

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

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

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

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

Під нещасним випадком в медичній практиці прийнято сприймати несприятливий результат лікарського втручання, пов'язаний із випадковими обставинами, які лікар не міг передбачити або яким не міг запобігти, наприклад індивідуальна непереносимість лікарського препарату. На відміну від нещасних випадків лікарські помилки і карані упуцнення (професійні злочини) пов'язані з неправильними діями медичного персоналу, що суперечать загальноприйнятим в медицині правилам. Різниця між лікарською помилкою і професійним злочином полягає в причинах і умовах їх

виникнення. Основним критерієм для віднесення оцінюваної дії до однієї з перерахованих груп є ознака її правильності або неправильності, а також причина. Головним критерієм лікарської помилки є помилка лікаря, що витікає з певних об'єктивних умов: добросовісна, заснована на недосконалому сучасному стану медичної науки, методів дослідження, на особливому перебігу захворювання у хворого або недоліку знань і досвіду у лікаря, але без елементів халатності, недбалості і професійної неписьменності. Таким чином, лікарські помилки пов'язані з об'єктивними умовами і обставинами, що пом'якшують провину лікаря.

Відмінною рисою лікарської помилки є сумнівність дій лікаря, прагнення надати допомогу хворому, хоча за своєю суттю його дії були помилковими.

### **Класифікація лікарських помилок**

Умовно виділяють наступні види помилок:

**1. Діагностичні.** Вони полягають у тому, що хворобу не розпізнано або розпізнано помилково, результатом чого нерідко є тяжкі наслідки.

**2. Тактичні.** До них відносяться помилкові визначення свідчень до операції, неправильний вибір часу проведення операції, її об'єму та ін.

**3. Технічні.** Вони обумовлені неправильним використанням медичної техніки, передозуванням препарату при проведенні наркозу, забутими чужорідними тілами у порожнинах і ранах та ін.

У окрему групу виділені **деонтологічні (поведінкові) помилки**, які часто є причиною не тільки конфліктів між лікарем і хворим або його родичами, але і побічно діагностичних, тактичних і технічних помилок. Одним з наслідків деонтологічних помилок є ятрогенні захворювання. При несприятливому результаті лікування саме деонтологічні помилки нерідко враховуються родичами в першу чергу, що породжує численні скарги і вимоги про залучення лікаря, що допустив цю помилку, до кримінальної відповідальності. Навпаки, відомі випадки, коли при несприятливому результаті лікування, але дотриманні лікарем правил медичної деонтології родичі померлого хворого ставали захисниками лікаря, оскільки бачили, що лікар зробив все, що було в його силах, і сам важко переживав те, що відбулося. Разом з тим, якщо лікарі не дотримуються правил медичної деонтології, то конфлікти між ними і родичами хворого часто виникають навіть при правильному лікуванні. У цих випадках родичі померлого хворого, приголомшені горем, прагнуть знайти винних і нерідко діють, виходячи з принципу «Post hoc – ergo propter hoc» («Після цього – значить, внаслідок цього»). Необхідно відзначити, що відповідальність медичних працівників за порушення прав громадян у сфері охорони здоров'я може бути цивільною, кримінальною, адміністративною і дисциплінарною. З погляду лікаря і пацієнта найбільш важливими з них є цивільна і кримінальна.

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



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

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

### **Основні причини виникнення лікарської помилки**

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

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

Інше джерело помилок – відхилення клінічного перебігу хвороби від класичних описів, атиповий перебіг. «Кількість помилок у міру підвищення кваліфікації швидше збільшується, ніж падає» (І. В. Давидовський). Це пояснюється залученням висококваліфікованих фахівців до консультацій і лікування пацієнтів з особливо складними захворюваннями.

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

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

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

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

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

І. В. Давидовський під терміном «помилка» мав на увазі «сумлінну оману лікаря». Але як відрізнити добросовісну помилку від недобросовісної або такої, що відбувається через неуцтво? З цього визначення можна дійти висновку, що головним суддею для вирішення питання про відповідальність за допущену помилку є совість самого лікаря.

Кількість лікарських помилок, які щорічно здійснюються лікарями, дуже велика. Наприклад, тільки в Німеччині, за остаточною оцінкою організації із захисту прав пацієнтів, вона становить 100 тис випадків на рік.

### **Профілактика лікарських помилок**

Лікарській помилці при нагоді необхідно запобігати. Однією з форм попередження лікарських помилок є **консиліуми**.

Існують і інші заходи попередження помилок. Один шотландський король з урахуванням неминучості помилок, змушував лікаря перед роботою на батьківщині практикувати 20 років за кордоном, переважніше у ворожих країнах, зменшуючи тим самим їх населення.

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

Зробивши помилку, лікар не повинен **виправдовуватися, заперечувати її і відсторонятися від останньої**.

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

Лікар повинен постійно підвищувати свій професійний рівень, зокрема враховуючи свої помилки. На деонтологічному конгресі в Парижі в 1976 р., до клятви Гіппократа було зроблено єдине доповнення: **«Присягаюся навчатися все своє життя!»**

Велика увага приділяється деонтологічним помилкам, оскільки вони можуть стати прямою причиною конфлікту між лікарем і хворим або його родичами, але побічно, і причиною помилок діагностичних, тактичних і технічних, а також ятрогенних захворювань.

У всьому світі створенні і отримали широке визнання етичні комітети.

**Етичні комітети – це нова форма боротьби з помилками медиків, особливо з тими, які не стали з різних причин предметом судового роз-**

гляду. Етичний комітет – це колективна совість медичної установи із залученням громадської думки. До його складу обов'язково повинні входити юристи, священники і громадські діячі. В той же час, висновки колег, які входять до складу етичного комітету лікарні, наукового центру – це найкращий спосіб аналізу причин тієї або іншої помилки. У зарубіжних країнах жоден суд не прийме до розгляду позов відносно лікаря або медичної установи без висновку етичного комітету. І треба сказати, що працювати їм доводиться з повним навантаженням.

### **Ситуаційні задачі для контролю кінцевого рівня знань**

**1.** Хворому 54 років з нирковою колькою не зробили інфузійну урографію, що призвело до розвитку гідронефрозу лівої нирки, обумовленого обтурацією конкрементом. Назвати вид лікарської помилки.

- A. Тактична. C. Діагностична. E. Випадкова.  
B. Технічна. D. Кримінальна.*

**2.** У хворого на УЗД виявлені зміни правої нирки, що визнані лікарем як пухлина нирки, інші дослідження більше не проводили. Хворий був прооперований, але ні пухлини, ні інших змін нирки не виявлено. Яке порушення припустив лікар в своїй діяльності відносно хворого?

- A. Лікарська помилка. C. Нещасний випадок. E. Лікарський злочин.  
B. Небалість. D. Халатність.*

**3.** У хворого на УЗД виявлені зміни правої нирки, що визнані лікарем як пухлина нирки, інші дослідження більше не проводили. Хворий був прооперований, але ні пухлини, ні інших змін нирки не виявлено. Яку лікарську помилку зробив лікар?

- A. Діагностичну. C. Технічну. E. Злоякісну.  
B. Тактичну. D. Кримінальну.*

**4.** Хворий скаржиться на біль в епігастральній ділянці, нудоту, печію. При УЗД органів черевної порожнечі патології не виявлено. Через добу хворий поступає в стаціонар з діагнозом «Проривна виразка шлунка». Яка лікарська помилка була допущена лікарем?

- A. Діагностична. C. Технічна. E. Доброякісна.  
B. Тактична. D. Суб'єктивна.*

**5.** У хворого епізодично виникає біль в поперековій ділянці праворуч. При обстеженні аналіз сечі і УЗД нирок без патології. Через місяць хворий вмирає. При розтині діагностовано рак правої нирки з метастазами в заочеревинний простір. Назвати вид лікарської помилки.

- A. Тактична. C. Об'єктивна. E. Випадкова.  
B. Суб'єктивна. D. Логічна.*

**6.** У хворого епізодично виникає біль в поперековій ділянці ліворуч. При обстеженні аналіз сечі і УЗД нирок без патології. Через місяць хворий вмирає. При розтині діагностовано рак лівої нирки з метастазами в заочеревинний простір. Назвати вид лікарської помилки.

- А. Технічна.                      С. Об'єктивна.                      Е. Все перелічене вище.*  
*В. Діагностична.                      Д. Злоякісна.*
- 7.** Лікар не діагностував своєчасно захворювання через його атипичний перебіг, хворий помер. Оцініть дію лікаря.  
*А. Злочин.                      С. Лікарська помилка.                      Е. Недбалість.*  
*В. Нещасний випадок.                      Д. Помилкова думка.*
- 8.** Медсестра, виконуючи призначення лікаря, переплутала зовні схожі флакони і ввела хворому замість гепарину 1,5 мл інсуліну, внаслідок чого у хворого розвинулася гіпоглікемічна кома. Оцініть дію медсестри.  
*А. Службовий злочин, халатність.*  
*В. Лікарська помилка.*  
*С. Нещасний випадок.*  
*Д. Дії медсестри не вважаються помилкою.*  
*Е. Погіршення стану хворого не є наслідком помилки медсестри.*
- 9.** Хворий з гнійним апендицитом пізно прооперований, унаслідок чого розвинувся перитоніт. Визначити вид лікарської помилки.  
*А. Тактична.                      С. Технічна.                      Е. Це не помилка,*  
*В. Діагностична.                      Д. Деонтологічна.                      а професійна халатність.*
- 10.** У хворого під час нападу серцевої астми після введення в/в строфантину відбулася зупинка серця. Причини того, що трапилось: у коробці з етикеткою «Строфантин К» потрапила одна ампула стрихніну, який був введений хворому. Оцінити:  
*а) вид лікарської діяльності:*  
*А. Лікарська помилка.                      В. Нещасний випадок.                      С. Професійне порушення.*  
*б) якщо це помилка, то визначити її вид:*  
*А. Діагностична.                      В. Тактична.                      С. Технічна.                      Д. Деонтологічна.*
- 11.** Хворий на цукровий діабет поступив у стаціонар із гіпертонічним кризом. Черговий лікар приймального відділення забув указати в діагнозі супутнє захворювання і призначити цукрознижуючі препарати. Вночі у хворого розвинулася діабетична кома. Оцінити:  
*а) дії чергового лікаря:                      б) міру відповідальності:*  
*А. Лікарська помилка.                      А. Адміністративне стягнення.*  
*В. Професійне порушення.                      В. Кримінальна відповідальність, ст. 140.*  
*С. Нещасний випадок.                      С. Кримінальна відповідальність, ст. 367.*

### **Тема 9. Біомедична етика в сучасному суспільстві, її предмет, статус і коло проблем**

**Актуальність теми.** Сьогодні одним з найбільш актуальних завдань є узгодження проблем, які виникають на стику принципово різних за своєю специфікою і призначенням природничих, суспільних, економічних наук, з одного боку, і етики, з іншого. Серед окремих галузей прикладної етики однією з найбільш актуальних сьогодні є нова міждисциплінарна галузь –

біоетика. Виникнувши відносно недавно, вона набуває все більшої значущості. Її метою є вивчення умов, при яких можливе збереження життя на землі.

**Загальна мета.** Забезпечити можливість студентів засвоїти теоретичні аспекти біоетики: поняття, предмет, причини виникнення і принципи. Уміти використовувати принципи біоетики в клінічній практиці.

#### **Конкретні цілі**

1. Демонструвати знання про основні поняття і предмет біоетики.
2. Знати причини виникнення, історію і традиції біоетики.
3. Вміти визначити принципи біоетики та їх роль у професійній діяльності медичного працівника.
4. Демонструвати володіння основними принципами біоетики.

#### **Теоретичні питання**

1. Біоетика і біомедична етика: статус, суть і коло проблем.
2. У якому співвідношенні знаходяться біоетика, біомедична і медична етика?
3. Що відрізняє і об'єднує біоетику і біомедичну етику?
4. Основні принципи і норми біомедичної етики.
5. Якими етичними нормами регулюються біомедичні дослідження?
6. Обов'язкова вимога біомедичної етики.
7. Вплив принципів біомедичної етики на експериментальні дослідження.
8. Правові документи, що регламентують дотримання принципів біоетики в Україні.

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

##### **1. Що таке «Біоетика»?**

- А. Наука про правові, етичні і соціальні наслідки науково-технічного прогресу.*
- В. Наука про особливості розвитку медицини в період науково-технічного прогресу.*
- С. Наука про лікарську діяльність з використанням досягнень науково-технічного прогресу.*
- Д. Система правових законів, що регламентують діяльність лікаря в умовах науково-технічного прогресу.*
- Е. Система норм і принципів проведення клінічних наукових досліджень.*

##### **2. Ким вперше був запропонований термін «біоетика»?**

- А. Гіпократом.*
- В. Мудровим.*
- С. Поттером.*
- Д. Боткіним.*
- Е. Павловим.*

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

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

4. Яка стаття Кримінального кодексу України регламентує відповідальність за незаконне проведення дослідів над людиною?  
*А. № 140. В. № 141. С. № 142. Д. № 145. Е. № 189.*
5. Нові технології, що вимагають біоетичного розгляду:  
*А. Все перераховане. Д. Клітинна теорія.  
 В. Репродуктивна медицина. Е. Генна інженерія.  
 С. Трансплантація органів.*
6. Основні принципи біоетики, сформульовані Т. Бошем і Д. Чайлдресом:  
*А. Автономія. С. Справедливість. Е. Все перераховане вірно.  
 В. Не нашкодь. Д. Роби добро.*
7. Основні правила біоетики включають все перераховане, крім:  
*А. Інформованої згоди. С. Достовірності. Е. Конфіденційності.  
 В. Правдивості. Д. Справедливості.*
8. У якому документі затверджені основні принципи і правила біоетики?  
*А. Міжнародний кодекс медичної етики.  
 В. Етичний кодекс українського лікаря.  
 С. Токійська декларація (1975).  
 Д. Конвенція про права людини і біомедицину.  
 Е. Конвенція з захисту прав та достоїнства людини у зв'язку  
 зі впровадженням досягнень біології і медицини.*
9. Дати визначення поняття «Медична етика»:  
*А. Система норм і правил поведінки і морального виду медперсоналу.  
 В. Система норм і правил поведінки медичних працівників у суспільстві.  
 С. Наука про взаємини лікаря і хворого.  
 Д. Комплекс правил поведінки і взаємин в професійній діяльності лікаря.  
 Е. Система професійних, правових, морально-етичних принципів поведінки лікаря.*

### **Короткі методичні вказівки**

*Форма заняття – семінар. Термін проведення заняття – 2 год.*

На початку заняття викладач формулює мету і цілі заняття, перевіряє готовність студентів до заняття за допомогою тестових завдань. Далі студенти відповідають на контрольні питання.

Студенти доповідають про основні етапи розвитку біоетики. Далі йде обговорення загальних принципів біоетики. Підкреслюється особливість відносин між лікарем і хворим. Звертається увага студентів на те, що перед сучасним лікарем ставляться нові морально-етичні вимоги, і це пов'язано з розвитком медичної науки, появою нових складних методів діагностики і лікування, розвитком клінічного експерименту.

Після обговорення теоретичного матеріалу студенти разом із викладачем опитують 1–2 хворих, ставлячи проблемні питання: уявлення з позиції хворого, яким повинен бути сучасний лікар, які взаємини повинні

бути між лікарем і хворим, лікарем і родичами хворого, що хворий знає про офіційні документи, які регламентують роботу медичних працівників та його права. Студенти записують відповіді хворих у зошити, а потім обговорюють разом із викладачем отримані дані, висловлюють свою думку, аналізують відповіді хворих. В кінці заняття викладач підводить підсумки і перевіряє кінцевий рівень освоєння знань студентами у вигляді рішення ситуаційних завдань.

### **Теоретичний матеріал**

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

#### **1. Біоетика і біомедична етика: статус, суть і коло проблем**

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

#### **Основні особливості біоетики**

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

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

3. *Публічність*: її проблеми виникають у публічних сферах життя, в зонах *інституційної* поведінки, де вчинки мають усвідомлений і суспільно

значущий характер (для медичної етики характерніша «закритість», корпоративність). БЕ включає широкий спектр соціальних питань, пов'язаних з суспільною охороною здоров'я, безпекою праці, етикою контролю над демографічними процесами. Значною мірою вона орієнтована на процеси ухвалення рішень, є сферою етичної оцінки практичних дій, на яких реально будується організація медичної практики і системи охорони здоров'я.

### **Причини і умови виникнення біоетики**

Виникнення біоетики пов'язане з рядом обставин.

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

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

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

**Біомедична етика (БМЕ)** – етико-прикладна дисципліна, предметом якої є етичне відношення суспільства в цілому і професіоналів (медиків і біологів) особливо до *Людини*, її життя, здоров'я, смерті і яка ставить перед собою завдання зробити їх охорону пріоритетним правом кожної людини. Біомедична етика є систематичним дослідженням людської поведінки в світлі моральних цінностей і принципів у рамках наук про життя і здоров'я людини. Якщо біоетика акцентує свою увагу на проблемах Життя будь-якого Живого, то біомедична етика конкретизує принципи біоетики стосовно Людини, має *інтеграційний* характер, концентруючи в собі загальні біоетичні проблеми, вимоги «традиційної» медичної етики і «нові» етичні колізії, пов'язані з розвитком медицини і біотехнології. Конкретні біомедичні *ситуації і казуси* вона перетворює на *прецеденти*, що стають підставою для етичних узагальнень, висновків і подальших рекомендацій.



Коло *основних проблем* біомедичної етики: встановлення статусу і ролі моральних цінностей у професійній діяльності медиків і біологів; вирішення етичних колізій в конкретних ситуаціях, що виникають у процесі біомедичних досліджень і лікування хворих; етична регуляція міжособових відносин в системі вертикальних і горизонтальних зв'язків у сфері медицини.

Свої проблеми біомедична етика вирішує не на професійно-корпоративній, а на ширшій основі, із залученням представників інших професій і широкої громадськості. Головним у біомедичній етиці є формування у майбутніх фахівців здатності до рефлексії над проблемами життя і смерті людини, стійкої орієнтації і готовності в своїй практичній діяльності керуватися принципами і нормами біомедичної етики, поєднувати відчуття і розум, інтуїцію і логіку, емоційну пристрасть і інтелектуальну напругу. Досягнення цієї мети припускає чітке визначення кола проблем, що обираються для біомедичної етики і виховань фахівця. Зі всієї різноманітності тематики, продиктованої розвитком біології, практикою медицини і охорони здоров'я, вибираються найбільш фундаментальні проблеми, що відповідають принципам системного і цілісного підходів. Аналіз етичних ситуацій у межах біомедичної етики вимагає також вичленення зі всього об'єму спеціальних знань найбільш «етично орієнтованих» розділів і подальше «забезпечення» їх етико-гуманітарними коментарями. *Завдання біомедичної етики* полягає не тільки в тому, щоб описувати переломлення, трансформацію моральних норм в професійному середовищі, але і в тому, щоб виявити способи їх реалізації в конкретних клінічних і дослідницьких ситуаціях, що мають свої межі і що піддаються цілеспрямованому контролю. У цьому плані найважливіша *функція біомедичної етики* – перемищення моральних цінностей з ідеальної, умоглядної сфери в практичну, що допоможе підняти медицину до рівня загальних моральних вимог, не допускаючи відступів від них під прикриттям специфіки конкретних ситуацій. Найважливіші практичні питання організації біомедичної етики: *чому* необхідно учить, *кого* слід учить і *хто* повинен цим займатися.

## **2. У якому співвідношенні перебувають біоетика, біомедична і медична етики?**

*Біоетика* з'являється на тлі *медичної етики*, що діє тисячоліттями, а точніше – *медичної деонтології*, що давно визначила свою нішу в системі загальномедичних і етичних знань. Питання полягало, здавалося б, лише в розділі сфер їх впливу, але ситуація ускладнялася тим, що практично одночасно в науковий оборот вводиться ще одне поняття – *біомедична етика*. При цьому біоетику і біомедичну етику, які нещодавно з'явилися, почали ототожнювати одну з другою і медичною етикою, практично не розмежовуючи ці поняття. Одночасно і паралельно з виникненням цих біо-медико-етичних напрямів, незалежно від них в етиці висувається ще одне нове поняття і напрям – *екологічна етика* – як відповідь на ту екологічну ката-

строфу, що загрожує світу, і пов'язану з нею проблему всього живого. Майже одночасна поява цих галузей етики опиняється в руслі сучасної практико-орієнтувальної етики і відповідає всім її вимогам, а можливість розділити їх «сфери впливу» дозволяє визначити їх *суть, специфіку, статус і ієрархію*, в якій місця і залежності розподіляються таким чином:

- *біоетика* – *практична етика*, орієнтована на вироблення і встановлення етично-розуміючого відношення до Життя взагалі і будь-якого Живого, на турботу про права біоса на основі швейцарського принципу благоговіння перед Життям;

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

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

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

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

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

### **3. Що відрізняє і об'єднує біоетику і біомедичну етику?**

Як і біоетика, *біомедична етика* відрізняється від традиційної медичної етики (у тому числі і деонтології). Вона включає круг проблем, що виходять за її рамки: наприклад, проблеми трансплантації, суїциду, психічної «норми» і патології і ряд інших «відкритих» проблем. Крім того, вона вирішує свої питання не на вузькоспеціальній, корпоративній, а на ширшій науковій і соціальній основі. *Взаємозв'язок біоетики і біомедичної етики* обумовлений перш за все тим, що сьогодні багато досліджень і дій фахівців у сферах біології і медицини зачіпають безпосередні життєві інтереси людини. Тому потрібна моральна визначеність відносно проблем життя і смерті, всього, що входить у проблемне поле біоетики. Разом із тим смисловим ядром біомедичної етики, своєрідною призмою, через яку визначається етичний зміст медичних маніпуляцій і біологічних досліджень, є медична практика, що виходить за рамки біоетики. Крім того, якщо на рівні біомедичної етики можливі і навіть необхідні взаємовиключні точки зору, «відкриті» проблеми, плюралізм думок і відсутність згоди на нормативному рівні, то біоетика прагне до визначеності і нормативності. При цьому, якщо вирішення «відкритих» проблем біомедичної етики здійснюється, як правило, на індивідуальному рівні, то їх реалізація у сфері біоетики переходить на рівень інституційної, публічної значущості і тому повинна залежати від рішення не тільки професіоналів, але і всього суспільства. Разом із тим за своєю метою, завданням і проблемами біоетика і біомедична етика настільки близькі одна одній, що має сенс розглядати їх в єдиному контексті як комплементарні, взаємодоповнюючі.

#### ***У чому полягає суть медичної етики, її особливостей?***

**Біомедична етика** – новий міждисциплінарний науковий напрям, що об'єднує медико-біологічні знання і загальнолюдські моральні цінності. *Міждисциплінарність* біомедичної етики виявляється в постійному розширенні її проблемного поля завдяки включенню в неї етичних, філософських, правових компонентів. Біомедичну етику об'єднують різні системи цінностей: біологічні (фізичне існування, здоров'я, свобода від болю), соціальні (рівні можливості на отримання всіх видів медичних послуг), екологічні (усвідомлення самоцінності природи, її унікальності), особові

(безпека, самоповага) та ін. *Особливий статус біомедичної етики* визначається «відкритим», «граничним» характером її проблем. З одного боку, це вимагає кожного разу приватних, *ситуативних* рішень і відповідно індивідуального морального вибору і особистої відповідальності, з іншого, створюється певний прецедент, який забезпечує прикладній біомедичній етиці можливість переходу і єднання з універсальною і глобальною біоетикою. На вивченні цих особливостей і механізму їх практичного застосування базується **концептуальна модель біомедичної етики**.

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

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

- *нормативний*, в рамках якого досліджуються специфіка і «працездатність» загальнолюдських моральних цінностей в медицині;
- *ситуативний*, такий, що обґрунтовує необхідність морального вибору і ухвалення рішень в різних біомедичних ситуаціях і казусах;
- *експериментальний*, такий, що припускає розповсюдження моральних принципів на біомедичні дослідження і їх етичну експертизу;
- *деонтологічний*, регулюючий функції і принципи поведінки лікаря у взаєминах по вертикалі (у системі «лікар–хворий») і по горизонталі (у системі «лікар–лікар»);
- *інституційний*, пов'язаний із необхідністю вирішення соціальних і професійних проблем охорони здоров'я і роллю біоетичних комітетів як спеціальних інститутів у цьому процесі.

Визначення цих аспектів дозволило обрислити *контури проблемного поля* і виявити **коло нормативно-етичних проблем** біомедичної етики, причому не одне, а декілька, які, переплітаючись і взаємодоповнюючи один одного, визначають зміст біомедичної етики. Основними проблемними колами біомедичної етики є наступні:

- модифікація традиційних моральних принципів і цінностей у професійній діяльності медичних працівників і біологів – *нормативно-етичне коло*;
- етичні колізії в конкретних ситуаціях – казуси, що виникають в процесі біомедичних досліджень і лікування хворих – *ситуативне коло*;
- «нові» міжособові відносини в системі вертикальних і горизонтальних зв'язків у сфері сучасної медицини – *деонтологічне коло*.

### **У чому полягають основні проблеми першого кола біомедичної етики?**

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

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

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

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

***Які проблеми складають зміст другого кола біомедичної етики?***

**Друге коло проблем біомедичної етики – ситуативне**, пов'язане зі специфікою, розвитком і сучасними досягненнями медицини, яке виявляється кожного разу в конкретних, неповторних випадках і позначається на визначеній, нерідко унікальній людській долі. Однією з особливостей біомедичної етики як галузі прикладної етики якраз і є те, що вона сконцентрована переважно на аналізі цих окремих випадків – *медичних казусів*,

порушеного життя, і здоров'я людини, і покликана виявити і проаналізувати моральні *сторони конкретних ситуацій*. Численність і варіативність подібних ситуацій породжує так звані «**відкриті**» *питання*. До них відносяться:

- проблема евтаназії, що стала актуальною в результаті значних досягнень медицини з продовження життя людини, а отже, і її страждань;
- питання трансплантації і пов'язані з ними проблеми реанімації;
- етично-правові проблеми штучного запліднення і переривання вагітності, встановлення критеріїв норми і патології людського зародка;
- проблема передбачення і запобігання негативним наслідкам медико-біологічних, особливо генетичних досліджень і експериментів на людині; визначення міри відповідальності дослідника і ступеня ризику випробовуваного.

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

**Які проблеми відносяться до третього кола біомедичної етики?**

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

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

**На яких принципах ґрунтується концептуальна модель біомедичної етики?**

Вимоги практичної медицини і біології, з одного боку, і соціально-гуманістичні очікування суспільства, з іншого, призвели до необхідності розробки *універсальних етичних принципів* – фундаментальних понять біомедичної етики, на базі яких виробляються конкретні моральні норми поведінки лікаря, медика-дослідника і їх пацієнтів. Міжнародна громадськість і науково-медичне співтовариство веде постійну роботу в цьому напрямку. Це етичні принципи біомедичних досліджень Нюрнберзького кодексу (1947), Гельсінської декларації (1964), Міжнародної Конвенції Ради Європи «Про права людини в біомедицині» (1997), Загальної Декларації ЮНЕСКО про біоетику і права людини (2005) та ін. Гельсінська декларація включає в число основних такі принципи біоетики, як принцип *автономії*

особи, інформованої згоди і конфіденційності. У інших медичних кодексах наголошується також прагнення до забезпечення блага пацієнта, що базується на фундаментальних демократичних цінностях, таких, як солідарність, співучасть, співчуття, ідея комунікалістських інтересів (Б. Дженнінгс). «Класичними» вважаються принципи біоетики, запропоновані Т. Бічампом і Дж. Чилдресом – так звані «Джорджтаунські мантри» (за назвою університету в США, в якому працюють автори): *пошана автономії особи, справедливість, неспричинення зла, орієнтація на благо* (роби добро). Етичні принципи європейської біоетики і біоправа, розроблені в рамках дослідницького проекту Єврокомісії, – «принципи Кемпа» (за іменем координатора і автора концептуальних ідей) – як основоположні визначають автономію особи, людську гідність, цілісність і уразливість людини. Принцип автономії особи визнається всіма авторами без винятку і ставиться на перше місце.

**Які моральні принципи біомедичної етики відносяться до принципів суб'єкт-суб'єктного ряду?**

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

**Які принципи біомедичної етики відносяться до принципів суб'єкт-об'єктного ряду?**

З розвитком медицини і залученням до біомедичних досліджень і маніпуляцій все більшої кількості людей, особливу роль починають грати принципи *суб'єкт-об'єктного – «пасивного»* порядку, при якому простежується *асиметрія* в системі охорони здоров'я. З одного боку, пацієнти потрапляють у все більшу залежність від медицини, з іншого – передбачається все більша турбота суспільства і фахівців (лікарів і дослідників) про дотримання етичних вимог по відношенню до залежних від них пацієнтів. Особливе місце в цьому ряду займає пошана **гідності особи**. У біомедичній **етиці** цей принцип охоплює навіть більше ситуацій, ніж принцип автоном-

ності, який припускає усвідомлену *дієздатність* і самостійність особи. Пошана ж людської *гідності* в біомедичній етиці пов'язана не тільки з усвідомленням *своєї* гідності, але і з такими ситуаціями, коли людина може бути не в змозі виразити свою волю і не здатна до автономних дій. З повагою до гідності особи безпосередньо пов'язаний принцип цілісності, висунутий європейськими біоетиками. Необхідність захищати психофізичну цілісність людини, мінімізувати її порушення вимагає сьгодні розробки етичних і правових норм, що відносяться, зокрема, до втручання в генетичну структуру індивіда, до маніпуляцій з психікою людини, до проблеми використання органів і тканин людського тіла.

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

### **5. Якими етичними нормами регулюються біомедичні дослідження?**

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

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

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



## **6. Гуманне відношення до тварин – обов'язкова вимога біомедичної етики.**

При проведенні наукових досліджень за участю тварин в основу «етичного експерименту» повинні бути покладені рекомендації конвенції Євросоюзу, засновані на *принципах* «3 R»:

1. Reduction – скорочення кількості тварин, використовуваних для отримання наукової інформації.

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

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

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

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

**Комітет з етики (етичний комітет)** як спеціальний структурний підрозділ виникає в 50-х рр. XX ст. в США з метою проведення офіційної *етичної експертизи* досліджень, що фінансуються з федерального бюджету, причому обов'язковій етичній експертизі підлягають не тільки біомедичні, але і психологічні, антропологічні й інші дослідження, що проводяться на людині або тварині. З 1967 р. етичні комітети створюються для проведення незалежної етичної експертизи і контролю, обов'язкових для всіх біомедичних досліджень, при лікарнях і дослідницьких установах Великобританії. З розширенням практики біомедичних досліджень їх *етичний супровід*, здійснюваний етичним комітетом, стає у всьому світі нормою. Сьогодні кожен дослідницький проект повинен дістати схвалення *незалежного комітету з етики* – прийнятий висновок комітету з етики, що підтверджує факт проведення експертизи документації з клінічного випробування і є дозволом на його проведення в даній лікувально-профілактичній установі відповідно до інструкцій цього комітету, а також правил GCP і контрольної-дозвільних інстанцій. В даний час етичні комітети активно функціонують в Росії, Україні, Литві. У Білорусі діяльність етичних комітетів координується Центром експертиз і випробувань в охороні здоров'я. Комітети з етики створюються при державних організаціях охорони здоров'я як експертна рада. Розглядають питання забезпечення прав, безпеки і охорони здоров'я осіб, що беруть участь у клінічних випробуваннях, схвалюють програму (протокол) клінічних випробувань, оцінюють кваліфікацію дослідників і наявність умов для проведення випробувань, а також методи

отримання згоди випробовуваних на основі їх інформування. У своїй діяльності комітети з етики керуються принципом «роби добро», а також принципами незалежності, компетентності, відвертості, плюралізму, об'єктивності, конфіденційності, соціальної справедливості, колегіальності.

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

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

Під медичним втручанням мають на увазі профілактичну, діагностичну, біологічну або психологічну дії, що призводять або можуть призвести до змін в організмі людини. Стаття 42 закону України № 2801-ХІІ «Загальні умови медичного втручання» передбачає «Медичне втручання допускається тільки у тому випадку, коли воно не може принести шкоду здоров'ю пацієнта».

Право на отримання інформації пацієнтом також регламентоване законом України № 2801-ХІІ – стаття 39 «Обов'язок надання медичної інформації». З даної статті випливає, що лікар зобов'язаний у доступній формі пояснити пацієнтові про стан його здоров'я, обґрунтувати мету запропонованих діагностичних і лікувальних заходів, відобразити прогноз розвитку захворювання і згадати про наявність ризику для життя і здоров'я пацієнта.

Метою інформування пацієнта в кінцевому підсумку є заключний етап отримання інформованої згоди пацієнта на медичне втручання – стаття 43 закону України № 2801-ХІІ «Згода на медичне втручання».

### **Ситуаційні задачі для контролю кінцевого рівня знань**

**1.** Молода жінка з першою вагітністю відмовляється від абортів за медичними показаннями. Взаємини в сім'ї міцні і доброзичливі, довгождана вагітність. Аналіз навколоплідної рідини з точністю до 60 % показав природжене розщеплювання хребта. Вагітна відмовляється від абортів. Який принцип біоетики дозволяє лікарям відмовитися від абортів?

*А. «Не нашкодь».*

*Д. Автономності пацієнта.*

*В. Конфіденційності.*

*Е. Правдивості.*

*С. Дотримання обов'язку.*

2. Молода жінка поступила у відділення для добровільного переривання вагітності. Їй пропонують за 48 год до проведення аборту ввести випробувані речовини з метою вивчення їх тератогенної дії на 12-тижневий зародок. За якої умови можливе проведення цього дослідження?

*А. Інформування матері.*

*В. Згода матері.*

*С. Дозвіл комітету з етики.*

*Д. Оформлення інформаційної угоди.*

*Е. Випробування на вагітних заборонено.*

3. На розгляд комісії з питань біоетики внесена пропозиція щодо проведення медичних експериментів на ув'язнених, засуджених на тривалий термін позбавлення волі. Які правові документи регламентують вирішення комісії?

*А. «Нюрнберзький кодекс» (1947).*

*В. «Токійська декларація прав людини» (1975).*

*С. «Попередні міжнародні етичні вимоги з біомедичних досліджень за участю людини» (1982).*

*Д. «Конвенція з захисту прав і достоїнства людини у зв'язку з впровадженням досягнень біології і медицини» (1997).*

*Е. «Інспекція і оцінка проведення етичної експертизи» (2002).*

4. На розгляд комісії з питань біоетики внесена пропозиція щодо проведення медичних експериментів на ув'язнених, засуджених на тривалий термін позбавлення волі. Який принцип біоетики порушений?

*А. Автономності пацієнта.*

*Д. Пошани і достоїнства людини.*

*В. Конфіденційності.*

*Е. «Не нашкодь».*

*С. Правдивості.*

5. Хірург регулярно проводить тестування на ВІЛ, не інформуючи про це самих хворих. У разі отримання позитивного результату хірург відмовляється їх оперувати. Які права пацієнта порушує хірург?

*А. Право пацієнта знати всю інформацію про своє захворювання.*

*В. Право отримання лікарської таємниці.*

*С. Право пацієнта на конфіденційність інформації.*

*Д. Принцип інформованої угоди.*

*Е. Права пацієнта не були порушені*

6. У районній лікарні лікар не діагностував своєчасно інфаркт міокарда тому, що не знав, як розшифрувати ЕКГ. Оцінити дію лікаря:

*А. Нещасний випадок.*

*Д. Лікарський злочин.*

*В. Недбалість.*

*Е. Технічна помилка.*

*С. Лікарська помилка.*

## Література

1. Алексеєнко А. П., Лісовий В. М. Соціально-філософські та етичні проблеми медицини. Харків : Колегіум, 2010. 340 с.
2. Бильченко О. С. Врачебная этика и медицинская деонтология. Харьков, 2005. 197 с.
3. Врачи, пациенты, общество. Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций. Киев : Изд-во «Сфера», 1999.
4. Гиппократ. Этика и общая медицина / под ред. С. Ю. Трохачева ; пер. с древнегреч. В. И. Руднева. Санкт-Петербург : Азбука, 2001. 348 с.
5. Грандо А. А. Врачебная этика и медицинская деонтология. Киев : Высшая школа, 1988. 168 с.
6. Деонтология в медицине : в 2 т. / под общ. ред. Б. В. Петровского. Москва, 1988. Т. 1. Общая деонтология. 352 с. Т. 2. Частная деонтология. 416 с.
7. Зильбер А. П. Этика и закон в медицине критических состояний. Петрозаводск : Изд-во Петрозавод. ун-та, 1998. 360 с.
8. Законодательные основы профессиональной деятельности медицинских работников (сборник официальных документов). Москва, 1995.
9. Ковалёва О. Н., Лесовой В. Н. Биоэтические аспекты клинической практики и научных исследований. Харьков, 2006. 95 с.
10. Ковальова О. М., Вітенко І. С., Лісовий В. М. Біоетика. Харків, 2006. 203 с.
11. Кривоносов М. В., Алексеєнко А. П., Кратенко І. С. Філософські та соціально-екологічні проблеми медицини. Харків, 2002. 215 с.
12. Лихтенштейн Э. И. Помнить о больном. Киев : Высшая школа, 1978. 176 с.
13. Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций. Киев : Изд-во «Сфера», 1998. 121 с.
14. Турак Й. А. Этические и правовые основы медицинского вмешательства с точки зрения врача-практика. Ужгород : Закарпатье, 2002.
15. Уголовный Кодекс Украины. Харьков, 2002.
16. Харди И. Врач, сестра, больной: психология работы с больными. Будапешт : Изд-во академии наук Венгрии, 1988. 338 с.

## Еталони відповідей

### Тема 7

#### Еталони відповідей на тестові завдання

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Д	Д	В	А	Е	Д	А	Д	Д	Д

#### Еталони відповідей на ситуаційні задачі

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
В	А	А	А	В	С	Д	С	Е	А

### Тема 8

#### Еталони відповідей на тестові завдання

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>
А	А	С	С	А	Е	Е	Д	А	Д	Е	Е

#### Еталони відповідей на ситуаційні задачі

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
А	А	В	С	С	Е	С	В	А	А, С	А, А

### Тема 9

#### Еталони відповідей на тестові завдання

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
А	С	В	С	А	Е	Е	Д	В	А

#### Еталони відповідей на ситуаційні задачі

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Д	Д	С	А	А	С

*Навчальне видання*

# **ДЕОНТОЛОГІЯ В МЕДИЦИНІ**

## **Частина 3**

***Методичні вказівки  
для самостійної роботи студентів  
з курсу за вибором***

Упорядники    Ащеулова Тетяна Вадимівна  
                    Амбросова Тетяна Миколаївна  
                    Герасимчук Ніна Миколаївна

Відповідальний за випуск    Т. В. Ащеулова



Редактор Е. Є. Депрінда  
Коректор Є. В. Рубцова  
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 2,8. Зам. № 21-34157.

---

**Редакційно-видавничий відділ  
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022  
izdatknmurio@gmail.com**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.