МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДЦИИНИ №2 ТА МЕДСЕСТРИНСТВА

ЯРОЩУК АЛІНА ВІТАЛІЇВНА

ОЦІНКА РІВНЯ ЗНАНЬ З БІОЕТИКИ СЕРЕД МЕДИЧНОГО СЕРЕДОВИЩА

223-медсестринство

Освітньо-кваліфікаційна робота

на здобуття ступеня магістра

Науковий керівник:

доктор медичних наук, професор

Оспанова Тетяна Сунгашевна

Харків 2020

ЗМІСТ

ВСТУП3

РОЗДІЛ 1. Теоретичні основи становлення біоетики…..……..5

1.1. Історія виникнення 5

1.1.1. Яке ж визначення біоетики є найбільш прийнятним? 6

1.1.2. Як же забезпечити впровадження біоетичних принципів? 9

1.2. Витоки та природа біологічної етики 13

Філософія як об'єкт біоетики14

1.3. Основні біоетичні проблеми сучасності 16

Біоетичні аспекти вмирання та евтаназії 20

Право людини на життя від моменту запліднення25

Біоетичні проблеми новітніх репродуктивних технологій32

Біоетичні аспекти трансплантології 35

Біоетичні аспекти медичної генетики та генної терапії 46

РОЗДІЛ 2. Матеріали і методи. 54

РОЗДІЛ 3. Результати даних досліджень 56

РОЗДІЛ 4. Обговорення результатів дослідження70

ВИСНОВКИ 75

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ76

ДОДАТОК 1……80

ВСТУП

Актуальність теми

Біоетика як система поглядів, уявлень, норм і оцінок, що регулює поведінку людей з позицій збереження життя на Землі, відіграє дедалі більшу роль у суспільстві. Сьогодні це розділ філософської дисципліни, який вивчає проблеми моралі стосовно всього живого. Однак біоетичні принципи досі не стали обов'язковими для всієї світової спільноти. З огляду на це особливої ваги набувають зусилля науковців і всієї громадськості, спрямовані на розв'язання нагальних завдань у галузі біоетики [13].

Виникнення такого нового, оригінального напряму в етиці, як біоетика, датується кінцем 20 століття. Біоетика не тільки пов’язана з медициною, але й впливає на взаємодію в площині лікар-пацієнт та має ширше світоглядне значення через вплив на уявлення про життя і смерть.

Пусковим механізмом для створення цього напрямку стала поява нових етичних принципів. Це відбувалось на тлі значних досягнень у галузі біології, які потребували революційних змін в системі моральних та культурних цінностей. Саме ці революційні події призвели до виникнення питань, з якими людству не доводилось стикатись раніше. Революція зачепила як базові питання, що стосувались буття людини та мали суттєве значення для традиційної культури, так і ті, що до того часу являли собою велику таємницю для людства: моральне ставлення до нового життя, саму концепцію народження дітей та еротичності стосунків, відношення до смерті та сутності життя і т.д.

Біоетика – це галузь, що займається розглядом моральних проблем сучасних напрямків медицини, що пов’язані з рішеннями щодо здоров’я та продовження існування людини. В умовах сьогодення будь-який етап життя людини – запліднення, пологи, народження і смерть – може бути змінений шляхом стороннього впливу з боку родичів та лікарів пацієнта. Біоетика призвана визначити межі використання нових знань, що стосуються

вирішення проблем смерті або підпорядкування живих сил природи, адже сучасний ступіть розвитку людства дозволяє робити речі, що виходять за межі моральних норм [4, 7].

Основні питання, які розглядаються біоетикою:

- «Шокова терапія» як метод впливу на поведінку,
- Сурогатне материнство,
- Етичне питання абортів,
- Трансгендерні операції,
- Застосування евтаназії та штучного продовження життя,
- Торгівля дітьми,
- Клонування,
- Генна інженерія,
- Трансплантологія.

Принципи сучасної медицини в першу чергу спрямовані на поліпшення якості лікування, в яке входить і дотримання етичних аспектів у взаєминах "медичний працівник - пацієнт".

Реформування національної системи охорони здоров’я в Україні потребує подальшого удосконалення медичної освіти, виховання та формування світогляду медичних працівників [8].

Для підготовки майбутнього спеціаліста необхідно ґрунтовне оволодіння біоетичними знаннями. При цьому біоетику слід розглядати не тільки і стільки як теорію, а як дієвий практичний інструмент етичної легітимності прийнятих рішень [5].

Розуміння і використання біоетичних норм в сучасних методах дослідження і лікування медичними працівниками на різних рівнях дозволяє досягти більш якісних результатів лікування пацієнта.

Саме тому **метою** нашої роботи стало вивчення відношення медичних працівників до актуальних питань біоетики та оцінка рівня їх знань.

Завдання дослідження:

1. Розглянути теоретичні основи становлення ідей біоетики та основні біоетичні проблеми сучасності
2. Вивчити значення розуміння етичних аспектів медичними працівниками, які займають різні посади, виявити основні тенденції їх ставлення до роботи
3. Вивчити розуміння основних етичних аспектів студентами медичного закладу
4. Уточнити відношення до питань ведення невиліковних хворих та евтаназії серед медичних працівників різних категорій та студентів
5. Вивчити відношення медичних працівників та студентів – медиків до прогресивних медичних технологій (клінічних експериментів на тваринах, генетичних досліджень)

Об’єкт дослідження: біоетика як наука

Предмет дослідження: рівень знань з біоетики серед медичних працівників

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СТАНОВЛЕННЯ БІОЕТИКИ

1.1. Історія виникнення

Біоетика як напрямок з’явилась у кінці 20 століття. Саме тоді люди почали розуміти, що неможливо досягти найвищого ступеня розвитку без моральності та правил, що будуть спрямовані на захист не кожного окремого індивіда, а на підтримання життя на Землі на триваліший період часу.

Книга, написана американським вченим В.Р. Поттером у 1969 році, мала назву «Біоетика – міст у майбутнє» та стала першим літературним джерелом біоетичних знань. Зараз ця назва здається зовсім не перебільшеною, бо саме

біоетика допомагає будувати майбутнє у тому вигляді, який є необхідним людству.

1.1.1. Яке ж визначення біоетики є найбільш прийнятним?

Біоетика або етика життя – це галузь прикладної етики, філософської течії, що займається вивченням проблематики моральності, насамперед тої, що стосується людини та всього живого, визначає межі припустимості дій по відношенню до живого з точки зору моралі. Кажучи по-іншому: біоетика – це гармонійне втілення передових досягнень біології та медицини, поєднаних з духовною складовою, в одному науковому напрямку.

Питання, вирішенням яких займається біоетика, не можна віднести до однієї дисципліни, їх вирішенням займаються фахівці з галузей біології, медицини, екології, філософії, правознавства, а також представники релігійних суспільств. Співпрацюючи один з одним, вони узагальнюють погляди науки, суспільства, релігії, звертаючи увагу на традиції та національні особливості, що потрібно для розробки загального зведення моральних норм, принципів та правил, які потребують дотримання у робочій площині.

Найсуттєвіші з цих правил фіксуються у вигляді законодавчих актів, які вносяться до міжнародних документів, конвенцій, декларації та хартій. Соціально-економічні умови Політика держави та громадська думка з часом починають впливати не вигляд цих принципів норм та правил що призводить до часткової їх видозміни.

Яскравим прикладом таких видозмін можна вважати проблему абортів у різних країнах. Наразі держави не мають спільної позиції на цей рахунок – десь аборти повністю заборонено, десь це питання вирішується особисто кожною людиною, проте позиція християнської церкви вкрай негативна, бо штучне переривання вагітності вважається вбивством, яке відбувається ще до народження. Засудження церкви поширюється ще й на байдужість та легковажність, з якою здійснюються аборти, та той факт, що часто це відбувається як наслідок меркантильного та прагматичного відношення до

життя. У США питання абортів часто є причиною активних дискусій серед населення.

Виникнення біоетики не відбувалося в один і той же час. Формуванню біоетики як напрямку передувала еволюція поглядів на медичну етику та лікарську деонтологію. Ще Гіппократ склав зведення етичних норм та правил медицини, які актуальні і сьогодні під час проголошення Клятви кожним майбутнім лікарем. Праця видатного лікаря Сходу, вченого-енциклопедиста Авіценна – "Канон науки про лікування", також описує велику кількість етичних принципів. У праці мова йде про зосередження зусиль лікаря на запобігання захворювання та врахування індивідуальних особливостей та унікальності кожної людини.

Розвиток і доповнення етичних норм, а також їх неухильне виконання, були притаманні і українським вченим та лікарям, зокрема, М. Максимовичу-Амбодику, Д. Самойловичу, М. Пирогову, В. Образцову, М. Стражеску, Ф. Яновському, Д. Заболотному, О. Богомольцю. Застосування нових методів діагностики для них було можливо, лише після ретельного дослідження тактики лікування і профілактики на експериментальних тваринах, а також часто методом автоексперименту.

Безкорисливість у служінні людям, самопожертва під час виконання свого обов'язку – були загальними рисами українських лікарів. При цьому ми бачимо які зміни відбуваються в медицині зараз, як поступово втрачаються риси лікарської майстерності, клінічне мислення, але збільшується розвиток технологічної, дослідницької, експериментальної медицини. На сьогоднішній день дотримання правил, про які говорять медична етика та деонтологія, не є достатнім для підтримання певних стосунків лікарів і хворих, родичів хворого та взаємодії між лікарями.

Сучасна проблематика полягає в таких питаннях як трансплантація, використання стовбурових клітин, штучне запліднення, терапія шляхом генної інженерії, використання тканин ембріону для лікування, трансгендерні операцій, застосування генномодифікованих організмів задля виготовлення

харчової продукції, і , звичайно, можливість створення клонів людини і тварини. Ці теми є актуальними для сьогодення та обговорюються навіть серед представників урядів розвинених держав, що дуже ускладнює застосування тезису сформульованого ще Гіппократом: “Noli nocere!” Наразі відбувається посилене використання медичних технологій, що розширює діапазон лікарських втручань.

Але зростає не лише користь, але й ризики. Це призводить до того, що лікарі часто не мають змоги знайти рішення проблеми “користі і ризику”. Нові медичні технології мають велику кількість невідомих моментів та моментів, які не можна передбачити, також не можна не сказати про загрозливий вплив на оточуюче середовище технічних виробів, які несуть загрозу всьому живому на планеті.

Тобто, розвиток науково-технічного прогресу в медичній та біологічний галузях, та зміни в середовищі існування людства стали причиною нових проблем, які не підпадають під юрисдикцію традиційних поглядів медичної етики та деонтології, бо мають розглядатись в ширшому сенсі. Біоетика є новим етапом еволюційного розвитку медичної етики. Але це визначення не можна називати повним. Біоетика - погляд на нові можливості медичної та біологічної наук з філософської точки зору та розглядання їх у взаємодії з правами людини. З іншої ракурсу, це ще й спроба знайти шляхи зробити медицину більш гуманною та справедливою.

Втілення у життя біоетичних принципів не повинно відбуватися лише в площині добрих намірів. Суспільство повинно бути зацікавлене в тому, щоб принципи біоетики регулювалися на законодавчому рівні та контролювалися державою.

Важливість загального контролю виконання етичних норм під час проведення медико-біологічних досліджень в нашій країні ще треба усвідомлювати. Інколи біоетика нашими громадянами трактується як фактор, що стримує дослідження, що проводяться лікарями та біологами. Це не є правдою. Біоетика не є фактором, який щось стримує, слідування біоетичним

принципам лише закріплює авторитет медицини та біології як науки, а також авторитет системи охорони здоров'я, бо це забезпечує більш тісний зв'язок із громадою. Відсутність укривання особливостей етапів проведення експериментів, лікування в лікарнях та наукових закладах не тільки стимулює до більш відповідального ставлення до своїх дій, але й виступає своєрідним захистом прав та гідності усіх сторін, що беруть участь в цих процесах, як лікарів так і пацієнтів.

Нерідко можна почути думку, що біоетика це норма, яка можлива лише у випадку високорозвинених країн, для нас же вона поки є недоступною. Виникає питання, яка кількість грошей потрібна для того, щоб слідувати нормам моралі та скільки грошей повинно бути у держави, щоб ці принципи стали звичними, а не дивакуватими та спотвореними.

Дійсно, повне заперечення впливу рівня життя на моральність населення було б не обачливим. Але наразі прямий зв'язок між ними невизначений. Більший вплив у цьому випадку мають особливості виховання та вікові традиції. Проте визначення остаточних чинників, що вплинули на формування рівня загальної етики суспільства в цілому та окремих його індивідів це більше філософське питання. Зрозумілим є те, що неприпустимо відкладати проблему застосування норм моралі та біоетики під час проведення досліджень та під час практики лікарів до моменту появи коштів. Це призводить лише до консервації відсталості суспільства.[1, 3]

1.1.2. Як же забезпечити впровадження біоетичних принципів?

Досвід закордонних країн показує, що головне, щоб в наявності була належна правова база, в якій не тільки б декларували принципи, а й передбачали шляхи для контролювання їх виконання. В Україні в наявності поки немає такої бази, тому її створення ще повинно здійснитись. Але у нас немає права на очікування. “Основи законодавства про охорону здоров'я”, а точніше окремі їх статті, повинні використовуватись. Наукові проекти, які

передбачають вивчення засобів діагностики на людині та нових медичних технологій, повинні контролюватись біоетичною експертизою. Це здійснюється комітетами з біоетики, які в ідеалі мають функціонувати , як частина кожного наукового закладу, де такі дослідження можуть бути проведені, а також як частина лікувально-профілактичних установ. Такі комітети складаються не лише з найвпливовіших працівників цих установ, але й з вихідців громади.

В наш час перед біоетикою постає ще одна не менш суттєва проблема - вона повинна активно протистояти проти знахарства, або так званого цілительства, яке насправді є відвертим шаманство, адже такі методи лікування набули широкого попиту серед населення України та несуть велику шкоду здоров'ю громадян.

Біоетичні комітети повинні мати такий основний принцип - перш за все необхідно поважати життя та гідність будь-якою людини здорової чи хворої. Саме інтереси кожного індивіда повинні ставитись на вищу сходинку, ніж інтереси науки та суспільства. Хтось повинен захищати людину від її появи на світ і до моменту поки вона його не покине. Це питання дуже часто є приводом до дискусії. Але ,без сумніву, коли жертвою суспільних інтересів виступають інтереси людей це є прямим шляхом до метаморфоз з перетворенням особистості на гвинтик, адже такі приклади вже є в нашій історії.

Перед тим як проводити експеримент установами повинно бути передбачене гуманне ставлення до експериментальних тварин. Саме цей показник буде демонструвати наскільки висока організація цього експерименту з біоетичної точки зору. Для того, щоб зрозуміти, яку організацію можна назвати високою, треба згадати досліди, які проводив експериментатор і фізіолог І. П. Павлов. Навіть зараз його дослідження та операції можна назвати вершиною гуманного ставлення до експериментальних тварин. В селі Колтуші стоїть пам'ятник собаці, який він спорудив за власні гроші.

Інститутам та окремим групам вчених, які брали участь у проектах на здобуття міжнародних грантів, повинно бути знайома ситуація, коли біоетична експертиза необхідна для подачі документів і без неї вони навіть не розглядаються. У Сполучених Штатах Америки конгресом було засновано Національний Комітет при Президентові країни. Саме він займається розробкою системи контролю за виконанням етичних норм і правил у державі. Згідно федерального закону на рівній місцевості(IRB) до складу комітетів, окрім фахівців, повинні входити правознавці та представники суспільства, а експертиза повинна здійснюватися за спеціально передбаченою процедурою та охоплювати всі дослідження, що проводилися та проводяться на людях. Законом було надано таким комітетам право відхилити проект або заборонити проведення дослідів, коли виявлено порушення біотичних норм та правил.

Серед європейських держав у комітетів біоетики більша Існує тенденція на консультативний характер і вони не мають права на заборону певних досліджень. Але, не дивлячись на цей момент, вони мають достатньо високий рівень авторитету для того, щоб мати вплив на контроль за дотриманням біоетичних норм при експериментах на людях, а також в лікувальній практиці. У листопаді 1996 року комітетом Ради Європи було прийнято" Конвенцію про захист прав і гідності людини", яка надає роботі комітетів певного високого рівня. В Угорщині, Чехії, Польщі, тобто країнах Східної Європи, де комітети вже вступили в силу є тенденція до запозичення досвіду країн, які вже пройшли цей шлях, але існуюча модель не копіюється, а формується нова, яка враховує особливості національних традицій та культури.

Комітетом всесвітньої організації охорони здоров'я було узагальнено діяльність біоетичних комітетів що функціонували в різних країнах на різних рівнях і на цій основі було розроблено деталізовані повний перелік рекомендацій стосовно їх функціонування.

Нещодавно у цьому напрямку було розпочато роботу і у нас в країні. Почали діяти комітетом біоетики при президіях Національної академії наук та АМН України також було запропоновано проект про біоетичну експертизу та

біоетику, почали налагоджуватись зв'язки з громадою, встановлення контактів з міжнародними організаціями, які несуть відповідальність за цю справу, а також співпраця з комітетами певних країн. Без сумніву, це тільки початок.

Всім фахівцям, що будуть працювати у галузі біоетичної експертизи, попереду належить зробити повсякденну клопітку роботу по вивченню біоетичних принципів, адже зараз ними володіють не всі робітники із галузей біології та медицини. Навіть зараз виникають певні труднощі, тому зрозуміло, що вони будуть і в майбутньому. Основна проблема в тому, що базова ідея біоетики - це спроба всеціло захистити права, свободу та гідність людини, але зараз до неї не звикли. як медики, так і суспільства вцілому.

Як відомо, певні основні положення біоетики викликають велику кількість дискусій, насамперед, це поняття про те, що благо та інтерес кожного окремого індивіда повинен стояти на першому місці перед цілями, що ставлять перед собою наука та суспільство. Введення біоетичної експертизи передбачає під собою прозорість в діяльності науково-дослідницьких установ, лікарень та діяльності окремих осіб, а також більш тісних їх зв'язок із суспільством і громадою. Такі поняття як проведення біотичної експертизи ,заповнення протоколу наукового дослідження, підписання інформаційної згоди, дотримання гуманного ставлення до тварин, що беруть участь в експерименті, та обговорення біоетичних проблем на суспільному рівні - повинні стати нормою.

На сьогоднішній день, коли Україна вступила в Раду Європи, коли ми почали рухатись назустріч до європейської спільноти, стає все дедалі складніше відкладати впровадження біоетичних принципів у дослідницькі та лікарські установи. Це відбувається через те, що дотримання біоетики є одним з чинників, який вказує на розвиток і цивілізованість держави. Також це пов'язано з тим, що країни, які виробляють лікарські засоби і медичні прилади та апарати повинні керуватись з країною- імпортером одними і тими самими правилами, щодо біоетичних норм. Цей момент не повинен мати подвійного дна, але, на жаль, це може періодично траплятись.

Основною руховою силою у цьому питанні повинні бути люди, що зацікавлені у тому, щоб збудувати цивілізоване суспільство. Це повинні бути діячі науки і клініцисти, діячи зі сфери охорони здоров'я, пацієнти, до яких відносяться і хворі, і здорові люди. Біоетика це дуже важливий заклик 21 сторіччя, який допоможе нам зробити кроки назустріч новому суспільству. [2,6,18]

1.2. Витоки та природа біологічної етики

Етична свідомість базується головним чином на моральному виборі та відповідальності, яку людина несе за нього. Моральним вибором називають постійний процес, а не одномоментну акцію. Саме з цього випливає постійне сумління, корекція, постійність пошуку та боротьба і незадоволеність собою. Ситуацією морального вибору можна вважати лише надзвичайно важкий та відповідальний момент у житті людини. І цей вибір робить людину не завжди вільною у своїх вчинках. Іноді треба піти проти власних бажань заради виконання морального обов'язку. Сьогодні деякі особи намагаються поширити моралізаторські демагогії у суспільстві. Того дотримуватись громадської думки або погоджуватися з нею це дії, які можуть призвести до набуття людиною рис конформізму або аморальності.

Той ступінь прогресу, якого досягли медико-біологічні науки призводить до того, що народжуються нові проблеми морального характеру. Людина нашої сучасності не лише використовує блага теперішнього світу для контролю свого існування, але й намагається покращувати або змінювати свою природу, пояснюючи це тим, що має достатньо знань для цього. Але логічним буде питання: чи має ця сучасна людина право і чи має вона достатню кількість знань для цього? Адже наші сучасні дії будуть впливати і на майбутні покоління також.

Не дивлячись на те, що біоетичні проблеми в медичному комплексі переживають певну редукцію, зараз предмет біоетики починає розширювати свої кордони тим, що біоетика вона пов'язана не тільки із традиційною та

класичною етикою, яка деяким може здаватись застарілою, а й з сьогоденням. Певний вклад і поштовх для розвитку біоетики поклав Альберт Швейцер, а саме його роботи, в яких він пояснює етику як відповідальність за безмежну кількість живих істот. Кожна форма життя вона повинна бути священною і саме життя сприйматись як найвища цінність.

Біоетику також часто називають екологічною етикою, і за мету вона бере створення у людини відчуття індивідуальної та суспільної відповідальності за сьогодення перед нащадками. Якщо традиційно етика у своїх ідеалах була більше сконцентрована на людині та її поглядах, то біоетика поширюється і на біосферу та все живе, тобто на природу.

Екологія, медична деонтологія та біотехнології у поєднанні з традиційною етикою створюють погляди біоетики. Саме тому породжується велика кількість біоетичних дискусій, бо для повного її розуміння необхідне поєднання природно-наукових та соціогуманітарних культур.

Але попри поширену думку біологічна етика не намагається втримати або заборонити новітні технології, з якими пов'язуються наше майбутнє. Мова йде лише про прискіпливу та тривалу експертизу, незалежний громадський контроль для визначення можливих досліджень і виключення тих, що можуть призвести до негативних наслідків для людини та довкілля. Адже кожний індивід має право на інформацію про продукцію споживання, тому всі факти повинні бути відкритими та об'єктивним. Біоетика не забороняє прогрес, але прагне його контролювати для забезпечення захисту людства від негативних наслідків прогресу. Тому кожна цивілізована держава повинна популяризувати думку щодо поглибленого вивчення питань біоетики.

1.2.1. Філософія як об'єкт біоетики

Невід'ємною складовою будь-яких дискусій з приводу ролі етики в медицині є філософські узагальнення. Викладання філософії потребує ґрунтовних знань з біоетики. Саме філософічне вчення є корисним інструментом, який допоможе сформувати гуманістичні стратегії в лікуванні.

Викладання філософії відбувається лише із застосуванням етичних правил, що стосуються філософської освіти.

Трохи інша думка у філософів, які працюють в Гарварді. Усіх хто має хист до філософії завчасно попереджають, що треба підготувати собі "додатковий аеродром", адже роботу по спеціальності чистий філософ навряд чи знайде.

Але навіщо тоді заглиблюватись у філософію та отримувати професійну освіту у цій сфері, якщо працювати по спеціальності не вийде? Немає однозначної відповіді. Філософи Гарварду звертають увагу, що ґрунтовні знання в сфері філософії допоможуть і в житті, адже саме філософія вчить заглиблюватись і бачити питання у більш широкому сенсі.

Але зрозуміло, що більш широкий сенс оточуючих речей це недостатня обіцянка для опанування нової професії. Гарвардський викладацький склад каже своїм студентам, що для них гарним варіантом буде опанування паралельно з філософією ще іншої сумісної спеціальності в іншій галузі, наприклад, журналістиці, праві, письменництві, медицині, бізнесі тощо.

Гарним рішенням також вважають паралельне здобуття магістратури аспірантури у галузі філософії та ступеня бакалавра в іншій спеціальності. Викладачі Гарварду пропонують студентам, які навчаються в департаменті філософії перейти на подвійну орієнтацію, тобто вивчати і філософію і іншу дисципліну, яка не завжди може бути гуманітарною.

Але в Україні на прикладі Києво-Могилянської академії трохи інша система філософської освіти. Тут вона ніби абстрагована від іншого світу і є окремою реальністю, у якій навчаються студенти, у найкращому випадку її позиціонують як можливість духовно самовдосконалюватися.

Гарвард пропонує студентам філософію у поєднанні з іншими науками. Вітчизняна модель робить філософію ізольованою, підштовхує студентів до повернення у минуле і вивчення вічних філософських питань, відокремлюючи їх від сьогодення та відштовхуючись від комунікації із новими інтелектуальним сьогоденням. Це призводить до формування такого

психологічного стану, який називають філософською інтоксикацією. Саме тому біоетика філософської освіти повинна бути сформована.

1.3. Основні біоетичні проблеми сучасності

Сучасні біологія і медицина не уявляються нам без нових досліджень та експериментів, що ведуть за собою провадження передових досягнень науки. Біоетикою було сформовано ряд етичних вимог до експериментів що проводяться людиною. Перш за все, особа, що бере участь в експерименті повинна йти на це добровільно. Людський ембріон, діти та особи, що не можуть самостійно вирішувати свою долю, як наприклад психічно хворі або непритомні, не можуть брати участь в експериментах. Фізіологічна цілісність органів і тканин людини, їх природний розвиток та формування людини як особистості не повинні порушуватись під впливом експерименту.

На доклінічній стадії експерименту повинна проводитись теоретична підготовка, лабораторна діагностика та попередні експерименти на лабораторних тваринах для того, щоб вплив на людину був мінімальним. Гідність людини, цінність, життя і здоров'я, а також ж її національні особливості повинні бути враховані. Якщо експеримент проводиться таким чином, то його можна розглядати лише як вираз медичної солідарності, а й посильну допомогу до розвитку медицини.

“Noli nocere!” є основним принципом медицини і медичної етики здавна. Найчастіше цей принцип пов'язується етикою Гіппократа. Але будь-який медичний працівник погодитися із висловом В. Ламберта що існують хворі допомогти яким не можна, але немає таких, яким не можна нашкодити. Звісно відомо, що певне лікування може завдати більшої шкоди, ніж сама хвороба. Мова йде про побічну дію певних лікарських засобів також негативні ефекти, які виникають при одночасному застосуванні декількох препаратів, а також ж про те, що неможливо передбачити розмір користі і точно сказати про можливі ризики після медичного втручання.

В кінці 20 століття з'явився такий об'єкт юридичних розглядів, як отримана інформована згода на проведення медичного втручання, а також практика участі людини в медичних експериментах. Деякі лікарі вважають, що кваліфікована клінічна практика не передбачає повної інформованості пацієнта, але їх думку переважає те, що юридична вимога про надання інформація має місце бути, бо будь-який факт може вплинути на свідоме рішення пацієнта. Якщо певна конкретна ситуація вимагає протиріччя між принципами про автономію пацієнта та ,наприклад, принципом “не нашкодь”, то виникає потреба порушити якийсь з них. Прикладом такої ситуації може бути оголошення конкретного діагнозу для безнадійного пацієнта. У цьому випадку пацієнт отримує більше шкоди від автономного рішення, ніж користі, адже це вплине на його психічну та моральну мотивацію боротись з хворобою. У цьому випадку, якщо пацієнт не виказує ж бажання дізнатись свій діагноз лікар, може його не казати, таким чином ідучи проти принципу про автономії пацієнта.

Законодавством деяких країн передбачено право пацієнта знати свій діагноз, але у цьому випадку ця інформація повинна бути повідомлена делікатно. Важливим моментом є те, що принцип поваги автономії стосується не всіх, а лише ті хто від самого початку може діяти автономно, тобто цьому принцип не підлягають діти молодше 15 років, психічнохворі пацієнти, пацієнти, що перебувають в алкогольній або наркотичної ейфорії. У даний час є нормальним те, що дорослий автономний пацієнт має юридичне право не йти на медичне втручання, якщо немає на це бажання, а лікарня не отримала його добровільної згоди. Але треба розуміти, що будь-яке приховування інформації від пацієнта може вплинути на його рішення, тому це є недопустимим. Але для того, щоб мати право самому визначати свою долю, у пацієнта повинен бути доступ до всієї необхідної інформації, тобто лікарі повинні її надавати. У відносинах лікар-пацієнт отримання інформаційної згоди про медичне втручання від пацієнта є недавньої практика. З традиційного погляду медичної етики інформування хворого про ризики або

перевагу альтернативного методу діагностики та лікування не є обов'язком лікаря.

Лише у 1972 році інформована згода була юридично підкріплена, і з того часу привертає особливу увагу людей, що працюють в галузі біоетики. Нюрнберзький процес, який продемонстрував свідчення жахливих експериментів, що відбувались у концтаборах, зробив це питання одним із передових в біоетиці. Але слід відзначити, що згода пацієнта отримана перед проведенням хірургічного втручання була нормою для вітчизняної та світової практики.

Відштовхуючись від цього принципу зрозуміло, участь людини у медичному або біологічному експерименті, а також ж медичне втручання повинно попереднього включати в себе отримання добровільної згоди та підтвердження інформованості про пацієнта про умови та наслідки передбачених дій. Також пацієнт повинен бути інформований про наявність альтернативи та, якщо мова йдеться про експеримент, про подібні випробування, що проводилися даною установою, а також про його захист у випадку, якщо якісь інформаційні моменти були спотворення.

На даний момент отримана згода від пацієнта, який долучається до експерименту або бере участь в клінічному випробуванні препарату є нормою. Принцип правдивості та повної інформованості забезпечує максимальне залучення та довіру серед пацієнтів та лікарів, а принцип про забезпечення конфіденційності охороняє їх від зовнішнього втручання експеримент. Принцип медичної таємниці повинен працювати і тут, інформація, яку надає пацієнт лікарю повинна залишатися лише в їх компетенції без передачі стороннім особам, звісно, якщо на це не отримано згоду.

Клятва Гіппократа каже, що лікар повинен змовчати проте, що не варто коли-небудь розголошувати. Але така постановка фрази допускає те, що певна інформація може підлягати розповсюдженню. Конфіденційним повинен залишатись діагноз пацієнта, також його результати клінічних аналізів, і все що пацієнт розповість лікарю під час обстеження. Також інформація про

родичів пацієнта або його близьких, навіть не медична, повинна залишатись у таємниці.

У законі передбачено лише невелику кількість випадків, коли ця інформація може бути передана стороннім особам. Наприклад, коли пацієнт не має змоги самостійно приймати рішення і треба інформувати сторонніх осіб для того, щоб вони прийняли рішення за нього, це може бути через порушення свідомості або неповноліття пацієнта. Мінімальним віком, з якого пацієнт має право вирішувати свою долю є 15 років. Якщо підлітку більше 15 років, інформацію можна розголошувати лише за його згоди. Також не можна приховувати діагноз, який несе загрозу епідемії або поширення інфекційних захворювань, ураження, отруєння. Також у разі, якщо лікар може припустити, що здоров'я пацієнта було порушено внаслідок дій, що підлягають правового розгляду, як приклад, ураження певним видом зброї або насилля.

Конфіденційність повинна бути, і захищати соціальний статус пацієнта. Адже певні діагнози не можуть сприйматись суспільством адекватно і несуть певну загрозу соціальній взаємодії пацієнта з іншими людьми, а також можуть стати для нього клеймо у суспільстві. До цієї низки належать психічні розлади, наявність ВІЛ-інфекції, злоякісні пухлини, генетичні вади ,гомосексуальна орієнтація пацієнта, венеричні хвороби, сексуальні розлади все це у разі розголошення може нести соціальний шкоду життю пацієнта. Певні діагнози, які є невиліковними, наприклад, злоякісні пухлини, можуть вплинути на кар'єрний ріст пацієнта. А певні відомості про їх ВІЛ-позитивність, якщо мова йде про пацієнтів, що працюють з людьми, може різко зменшити кількість їхніх відвідувачів, але насправді ніякої шкоди оточуючим вони не несуть.

Порушення конфіденційності в площині лікар-пацієнт має нести за собою покарання у вигляді кримінального провадження за статтею 145 Кримінального кодексу України. Згідно неї лікар, що розголосив конфіденційну інформацію, карається штрафом до 50 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян, або громадськими роботами на термін до 240

годин, або позбавленням можливості вести лікарську діяльність до 3 років, або виправними роботами на термін до 2 років. [12,19]

1.3.1. Біоетичні аспекти вмирання та евтаназії

Людське існування характерне тим, що воно має забарвлення у вигляді сенсу життя та певного ставлення людини до смерті, на відміну від інших живих організмів. Але за весь час свого існування людство таке не прийшло до однозначного висновку, як вже треба ставитись до смерті. Є дві думки - смерть або сприймають як те, що неодмінно станеться з кожним із нас, або як щось, що викликає страх.

20 століття стало переломним моментом у формуванні відношення людини до смерті. Раніше її розглядали як однозначний кінець, який є природним. Певні захворювання через відсутність медикаментів та якісного лікування були невиліковними, люди в середньому жили дуже мало, а висока дитяча смертність вважалася нормою. Нові технології, антибіотики значно збільшили термін життя людей. Певну популярність почала здобувати думка щодо штучного сповільнення старіння та відстрочення смерті. Смерть стала не домашньою особливістю, а ставалась із людьми, які перебували під наглядом стаціонарів та хоспісів, де мали належну емоційну, духовну та медичну підтримку. Але серйозного етичного забарвлення набула проблема погіршення якості життя з метою його продовження.

У людини з'явився вибір - або приймати терапію або відмовлятися від неї та не продовжувати своє життя. І звісно етика не могла залишити це питання без огляду. Якщо відмова від лікування можлива, то в чому відмінність між евтаназією та таким підходом, і як з етичної точки зору можна оцінити саму евтаназію. Також увагу до вмирання і смерті привернув стрімкий розвиток трансплантології, необхідною умовою для якої є отримання донорських органів. Але ж смерть це процес при якому зупиняється спільне функціонування всіх систем навіть, якщо життя продовжує існувати в окремо взятих клітинах організму. Тобто після смерті організм перестає

функціонувати. Під такою роботою розуміють поєднану діяльність усіх систем під впливом, наприклад, ендокринного контролю або певну внутрішню реакцію на зовнішні подразники (як зміна температури).

Людство дійшло до того, що певні моменти діяльності системи організму можуть бути штучно замінені без зміни статусу організму при цьому (як наприклад застосування апаратів ШВЛ). Чи можна назвати людину без свідомості живою? Бо ж якщо немає свідомості - життя людини вже немає того сенсу що було раніше.

1968 року комітет гарвардського медичного університету запропонував низку тестів, які дозволяються лікарям казати про смерть мозку. На думку цих експертів, коли констатували смерть мозку, людину технічна можна вважати мертвою. І завершувати підтримку функції організму за допомогою сторонніх приладів. Таким чином, якщо мозок є мертвим, але системи дихання та кровообігу організму все ще працюють у нормі, то пацієнту повинно бути діагностовано смерть. Серце, що припинило свою роботу може бути запущене внаслідок реанімаційних заходів, але при цьому кисневе голодування мозку може вбити цей важливий орган і тоді дихання та робота серця вже не можуть вважатися достовірними факторами для констатації смерті.

Наразі є три принципи відносно того, що можна вважати смертю - це смерть серця, смерть головного мозку та смерть вищих відділів мозку. Законодавчі проекти багатьох країн рівноцінно розцінюються смерть мозку та традиційну прийняту смерть (за зупинкою діяльності серця та відсутністю самостійного дихання). Тобто вмирання мозку є необоротним процесом, який призведе до деструкції речовин та відсутності можливості усвідомлення контакту людини з навколишнім середовищем, а з часом і припинення роботи серця та інших систем організму. Тобто з часом смерть мозку призведе до традиційної смерті із зупинкою серцевої діяльності та дихання, це може відбутися через кілька днів, а може навіть через тижні. Коли діагностовано смерть мозку штучна підтримка організму за допомогою терапії може бути припинена.

Рішення про відключення людини від апаратів штучної підтримки життєдіяльності повинні прийматися лише кваліфікованим лікарем-реаніматологом після попереднього обговорення комісією, але ніхто не має права примушувати лікаря відключати пацієнта від апаратів, як і він не має права змушувати своїх підлеглих робити це. Також лікар може обмежити терапію, дозволити пацієнту самостійно піти з життя.

Біоетичний аналіз зосереджує свою увагу на процесі вмирання, адже саме цей процес часто буває тривалим, і не завжди безболісним. Саме його виділяють і називають головним аспектом смерті. Евтаназія повинна розглядатись успіх як засіб проти страху перед смертю. Тобто суть евтаназії в тому, що не існує інших засобів допомогти пацієнту, коли він особисто і все його оточення знають про подальше близьке відходження в інший світ, і коли ніхто не може йому допомогти.

Термін евтаназія означає примусову, але болісну смерть, яка допомагає безнадійно хворим, що перебувають в термінальному стані припинити страждання. Цей термін можна вживати і в широкому і вузькому розумінні. Евтаназією у вузькому сенсі називають активні дії, що спрямовані на полегшення страждань хворого. Тобто мається на увазі вбивство з гуманною метою. Наприклад, введення завеликої дози препарату(летальної дози) для того, щоб полегшити страждання термінального хворого. Але певні дії, наприклад, відключення пацієнта від апаратів життєзабезпечення не є евтаназією у вузькому сенсі цього слова. Звісно, частіше це слово вживається у вузькому значенні, але в широкому сенсі це мається на увазі не тільки сам процес вбивства, але й дозвіл на вбивство, звісно ж гуманною метою. Використовуючи евтаназію як термін в широкому сенсі слід розуміти різницю між активною і пасивною евтаназією.

Міжнародний скандал спричинила історія про американського лікаря, якого звали Джек Кеворкян. Він був відомий як “доктор смерть”. Він застосував евтаназію по відношенню до 130 термінальних хворих, які страждали від болю і прийняли рішення піти з життя таким шляхом. Він казав,

що його тривала лікарська практика переконала його в тому, що людина має повне право на вільне розпорядження своїм життям навіть, якщо це стосується смерті, адже це буде лише її рішення і тоді лікар-гуманіст повинен виконати своє священне завдання перед цією людиною і допомогти їй піти з життя безболісно. Цього лікаря було засуджено на 7 років за 131 акт евтаназії у вузькому розумінні.

Певна кількість людей і лікарів є прихильниками активної евтаназії, вони вважають, що невиліковна хвороба, нестерпні страждання та наявність інформованої добровільної згоди пацієнта можуть бути підставою для проведення евтаназії. Також іноді аргументами можуть бути певні економічні, вікові, психологічні та моральні причини. Але право на життя є одним з базових прав людини.

Всі міжнародні правові акти, які кажуть нам про права людини, та всі Конституції країн охороняють саме це право. Третя стаття Конституції України каже про те, що життя людини її здоров'я це найважливіша соціальна цінність, так само як права і свободи людини, і саме гарантії їх захисту повинні визначати зміст та напрямок діяльності держави. Відповідати за свою діяльність держава буде лише перед людиною. 27 стаття наполягає на дотриманні права на життя всіма державними установами. Законом в Україні евтаназія ніяк не прописана, але Кримінальний та Цивільний кодекс України, Основи законодавства України про охорону здоров'я передбачають певний врегулювання цього питання. Сьогодні евтаназія за добровільною згодою пацієнта може бути проведена в Нідерландах, Бельгії, Люксембурзі та деяких штатах США.

У випадку України евтаназію на правовому рівні слід починати розглядати із статті 139, яка передбачає кримінальну відповідальність лікаря у разі ненадання відповідної допомоги хворому. Також ця стаття має коментар, який каже, що якщо особа, що не надала допомогу усвідомлювала наслідки своїх дій або навіть бажала їх, то цей злочин повинен бути кваліфікований як навмисний. Тобто, такий медичний працівник буде підпадати вже під 115

статтю Кримінального кодексу України - навмисне вбивство. І за це його протиправні дії будуть каратися позбавленням волі на 7-15 років. Адже вбивство іншої людини є найтяжчим злочином, який може бути скоєний проти іншої особи. Суспільство знаходиться в небезпеці через поширеністю вбивств, адже сам процес вбивства ігнорує природу людини, її право на життя.

Стаття 52 Основ законодавства України про охорону здоров'я каже про допомогу, яка повинна бути надана хворому, що знаходиться в критичному стані. Тобто будь-який критичний хворий підлягає кваліфікованій медичній допомозі. Ці заходи мають бути припинені лише у разі констатації смерті. МОЗ України визначає критерії для констатації смерті згідно міжнародних вимог. Евтаназія класифікується як третя частина статті 52, про те, що медичні працівники не мають права здійснювати евтаназію як навмисне прискорення смерті або процесу вмирання для невиліковно хворого навіть з метою заподіяти його стражданням. Тобто в Україні, якщо буде виявлено факт здійснення евтаназії медичного працівника буде притягнуто до відповідальності і ніякий мотив не буде змінювати становища медика.

Статтею 3 Конституції України гарантується невід'ємне право на життя та охорону здоров'я і медичну допомогу для громадян, що гарантується 49 статтею. Медицина повинна стояти на службі захисту здоров'я громадян. Основний закон України забороняє проведення евтаназії.

Під паліативною терапією розуміється певне пом'якшення термінального хворого та його забезпечення потрібною кількістю лікарської підтримки. Методи паліативного лікування спрямовані лише на підтримання задовільного стану хворого, а не на виявлення хвороби і лікування.

Паліативною терапією забезпечується догляд за важкохворими його охорона від негативних умов довкілля агресії хвороби. Цей вид лікування немає під собою продовження життя, а лише його підтримання.

Питання евтаназії в Україні відкрито не обговорюється через панування християнської церкви, але проблема допомоги невиліковним та немічним людям залишається актуальною. Будинки-інтернати, що існують в Україні, не

вичерпують проблему певних категорій населення. Певна кількість хоспісів, що символізують опіку держави, частково можуть допомогти. Хосписи вперше з'явились у Великобританії і були вперше оформлені юридичного у Сполучених Штатах Америки.

1982 року конгресом США було затверджено поправку до закону про соціальне забезпечення та встановлення державної плати на допомогу особам, що перебувають в хоспісах і знаходяться у віці понад 65 років. Хосписи не медичні заклади але, вільні спілки. Вони опікуються над людиною, як над особистістю, що знаходиться в скрутному становищі. В Америці на відміну від Європи хосписи зосереджені на тому, щоб допомогти хворим померти удома. Духовні, психологічні та медичні, соціальні аспекти є головними комплексами допомоги хоспісів. 1997 року у Львові було засновано перший хоспіс. [11,23]

1.3.2. Право людини на життя від моменту запліднення.

Репродукція людини завжди ставала приводом для існування певних біоетичних проблем в медицині та суспільстві. Небажана вагітність або неможливість зачаття і виношування дитини формують морально-етичні та соціально-правові проблеми перед людством. Із розвитком нових технологій репродукції кількість проблем лише збільшується. Право людської істоти на життя стосується і будь-якого ембріона, який з моменту запліднення має таке право. Всі інші права будуть зводитись до цього базового. Це право не може бути обмежене певною кількістю діб, що пройшли від моменту зачаття, і є важливим із самого початку. Воно розглядається як право пренатальної опіки. Батьки повинні бажати дитину, і не намагатися зробити її об'єктом експериментів або наслідком штучного запліднення. Ембріон має право юридичного догляду. Тобто права ембріона не мають якоїсь законодавчої підстави, якщо держава не визначає його як суб'єкт права та не дає йому певної тілесної недоторканності. Дитина, а точніше її тіло, не може бути використана для трансплантації органів дорослій особи тільки якщо немає місця

спонтанний викидень. Також дитина не може бути предметом комерційних маніпуляцій.

Людський ембріон повинен бути трактований як окрема особа від моменту зачаття і тому саме з цього моменту повинні визнаватись його права, перше з яких право на життя. Шлях людини з моменту запліднення яйцеклітини сперматозоїдом і до відходження в інший світ повинен бути захищений правом на недоторканність людського життя.

Звертаючи увагу на вищевказані моменти біоетика розглядає аспекти біологічного та антропологічного статусу ембріону людини. Проблема визначення сутності людського ембріону є не теоретичною проблемою біологічного, філософського характеру, яка призначена для обговорення вузьким колом науковців, а є базою моментів, на основі яких повинні сформуватись закони держави про захист життя з самого моменту запліднення.

1991 року в Україні набула чинності Конвенція про права дитини, у її преамбулі міститься посилання на Декларацію прав людини та наводиться положення, у якому мова йде про те, що внаслідок фізичної та розумової незрілості дитини, вона потребує спеціальної охорони та опіки, мова йде про якісний правовий захист до і після народження.

Українським законодавством не забороняється проведення аборту. Як указано в 200 статті Цивільного кодексу та 5 статті Основ законодавства України про охорону здоров'я - аборт може бути проведений, якщо термін вагітності не більше 12 тижнів і жінка має бажання на проведення оперативного втручання. Певні випадки, які передбачені законодавством вагітність може дозволити переривання вагітності на терміні від 12 до 22 тижнів. 2004 року цей термін продовжено до 28 тижнів. Певні зміни у цьому законодавстві свідчать про підвищену увагу до збереження здоров'я жінок та життя плоду.

До 2006 року визначали, що вагітність може бути перервана на строці до 12 тижнів ще через наявність певних медичних або соціальних показників.

Цей перелік соціальних показників був дуже широким і передбачав такі моменти як розлучення, перебування у місцях позбавлення волі або наявність трьох і більше дітей.

З 2006 року велику кількість немедичних причин на проведення аборту убрали із законодавства. Але в ньому залишилися такі пункти як вік жінки, що є вагітною, - якщо він є меншим за 15 років або більшим за 45, то аборт на терміні до 12 тиждень може бути проведений. Того самого 2008 року Міністерство охорони здоров'я України затвердило інструкцію щодо проведення етапів оперативного втручання за штучного переривання вагітності. Для вагітних надається інформація про можливі наслідки для репродуктивного здоров'я жінки, а також можливі ускладнення після аборту. Це написано для того, щоб сприяти прийняттю рішення щодо збереження життя як дитини так і здоров'я жінки. Але попри все жінка у першому триместрі вагітності може прийняти рішення щодо її переривання навіть без ґрунтовних медичних показників. Цей момент потребує більш серйозної уваги чинного законодавства.

Етичною проблемою аборту є визначення певного терміну і причини, коли проведення аборту може бути дозволено згідно етичних норм. Причиною на проведення аборту може бути:

- певний вид загрози життю вагітної у разі збереження цієї вагітна загроза здоров'ю вагітної фізичному або психічному у разі збереження вагітності
- якщо вагітна є незаміжньою народження дитиною йде в розходження з нормами і традиціями
- можливість народження дитини з серйозними вадами розвитку
- вагітність, яка є результатом статевого зв'язку з характером зґвалтування або інцесту
- якщо народження дитини несе загрозу благополуччю жінки або її родини, включаючи дітей народжених внаслідок минулих вагітностей

Останній пункт найчастіше стосується ситуації, коли жінка прагне кар'єрного росту, а народження дитини на думку молодої сім'ї може або порушити гармонійні відносини в родині або спричинити сильне фінансове навантаження.

Етичне питання аборту може оцінене бути з двох поглядів - консервативного та ліберального. У консервативному понятті аборт це таке втручання, яке ніколи не буде виправдано, і він можливий лише у разі, якщо йдеться мова про пряму загрозу життю вагітної. Ліберальний погляд каже про те, що аборт є прийнятним на будь-якому періоді розвитку плоду та незалежно від причини, яка спіткає вагітну на цей крок.

У нас в країні аборт без медичних показників робляться лише до 12 тижня вагітності. Після цього строку нервові клітини плода розвиваються настільки, що він починає отримувати вищу нервову інтерактивну здатність, тобто аборт проведений до цього терміну можна порівняти з припиненням терапії внаслідок смерті мозку. 22- 24 тижні стають моментом формування відділів головного мозку майбутньої дитини.

Люди, що притримуються точки зору, що певних моральних якостей плід набуває саме з цього моменту вважають неприпустимим аборт пізніше 24 тижня. Знову ж таки мотивуючи це тим, що мозок плоду вже набуває певного розвитку на цей момент. Релігійні конфесії Ісламу, Іудаїзму, Християнства притримуються консервативних поглядів на питання аборту, тобто вони є переконаними в тому, що аборт є недопустимим на будь-яких термінах.

У Православній церкві аборт розглядається як дуже тяжкий гріх, прирівнюють до вбивства. Поширеність та спроби виправдати аборти церква розглядає як моральну деградацію суспільства та загрозу майбутнім поколінням. Церква каже про безцінність людського життя і неможливість вирішувати жінкою долі плода. Крім того аборт несе загрозу не тільки плоду, але й матері. Своїм священним обов'язком церква вважає захист такої вразливої людської істоти як ненароджена дитина.

У Католицтві гідність та життя людини на будь-якому її етапі розвитку повинно захищатись. Ісламські богослови вважають, що пророком Моххамедом було виказано думку про те, що через 120 днів Господь наділяє дитину ангелом і вдихає в неї душу. Тому Ісламом передбачене штучне переривання вагітності лише до цього терміну і тільки в разі необхідності.

Іудеї вважають, що душа поселяється в ембріон на 40 день розвитку. До цього моменту ембріон є просто клітиною або групою клітин. Але попри це іудеї прирівнюють аборт до навмисного вбивства.

На даний момент розвитку цивілізації аборт є найпоширенішим за всю відому історію людства. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я щороку в світі здійснюється більше, ніж 53 мільйони абортів. 1948 року Японія переробила свій законодавчий підхід до питання абортів. 1977 року 35 країнами було прийнято ліберальну думку стосовно питання абортів та введення цієї думки на законодавчому рівні.

У кінці 20 століття 40 країнами було змінено правову доступність абортів. Наразі аборт є найбільш доступним у країнах, де велика чисельність населення це Китай, Індія, держави колишнього СРСР, Японія, США, Канада, Туреччина, Єгипет, Нігерія, Пакистан та Мексика. За даними 1991 року на території колишнього Радянського Союзу було проведено 10-13 мільйон штучних переривань вагітності щороку серед 70 мільйонів жінок фертильного віку. Слід зазначити, що 6 мільйонів абортів з цих, вважалися нелегальними.

Серед європейських країн можна розрізнити 4 типи законів відносно аборту:

1 - це найбільш ліберальне ставлення до аборту, яке наявне в більшості країн.

2 - можливість аборту за наявності медичних або соціальних показань (Англія, Угорщина, Ісландія, Люксембург, Фінляндія та Кіпр).

3 - аборт можливий лише у випадку явної загрози здоров'ю вагітної (Іспанія, Польща, Швейцарія).

4 - аборти радикально заборонені і можливі лише у виключеному випадку небезпеки, яку вагітність несе для жінки (Мальта, Північна Ірландія).

98 % країн дозволяють аборт, якщо він несе загрозу для життя жінки, 62% - з метою захищення фізичних та психологічних критеріїв її здоров'я, 42 % - якщо вагітність настала внаслідок зґвалтування, 40 % - якщо виявлено вади розвитку плода, 29% - за передбаченням економічних та соціальних показників, лише 21% за особистим проханням жінки.

2006 року у Нікарагуа законодавством було заборонено штучне переривання вагітності навіть у разі загрози життю вагітної. Вперше аборти були легалізовані більшовицькою Росією 1920 року. Аборти, стерилізація та контрацепція були частиною фашистської програми щодо населення на окупованих територіях.

Легалізовано аборт було і в Радянському Союзі. Станом від 5 серпня 1954 року було відмінено кримінальну відповідальність штучне переривання вагітності для вагітних. 1977 року конгресом Сполучених Штатів Америки було затверджено «Акт про аборти, методи стерилізації та контрацепції» з метою контролю нелегальних абортів. Це мало на меті здійснення абортів лише за медичними показниками, але призвело до того, що дозволеність аборту стала чинником, що збільшив їх кількість.

Останні десятиліття є дуже ліберальними стосовно питання абортів. Різні країни легалізують різні причини для проведення абортів - це можуть бути і ризик для здоров'я життя матері або дитини, вагітність внаслідок інцесту або зґвалтування або патологічні відхилення у плода, також матеріальне та соціальне становище майбутньої родини та внаслідок неефективного користування контрацептивами, також, якщо жінка бажає добровільно перервати вагітність знаходячись при цьому в першому триместрі і якщо на це є медичні передумови на більш пізньому етапі розвитку плода.

Штучне переривання вагітності може бути здійснене лише лікарем гінекологом, який має належну для цього кваліфікацію і лише у спеціальній лікарні, яка передбачена законодавством країн. Для запобігання збільшення

кількості нелегальних абортів їх дозволяють на ранніх термінах вагітності за бажанням жінки і лише на терміні до 12-28 тижнів.

Якщо аборти проводиться згідно медичних показників, вони повинні визначатись компетентними лікарями, які підтвердять, що вагітність несе реальну загрозу життю жінки.

За визначенням Всесвітньої організація охорони здоров'я - здоров'я є станом повного фізичного, розумового та соціального благополуччя. Тут не йдеться мова про наявність або відсутність захворювань або непрацездатність. Відповідно до цього прихильники абортів аргументують це так, що будь-який аборт, який здійснюється на прохання жінки є доцільним з точки зору її здоров'я. В Індії аборти дозволено під тезисом, що навіть неефективне вживання контрацептивів може завдати важкою розумовою травми жінці.

1970 року деякі країни Європи та Азії дозволили проведення аборту за бажанням, якщо це відбувається до 12 тижня вагітності. У нас масові аборти відбувається через статтю 281 пункт 6 Цивільного кодексу України від 2003 року. Ця стаття каже про можливість проведення аборту до 12 тижнів вагітності за бажанням та з 12 по 22, якщо це передбачено законодавством. Законодавство розглядає аборт як звичайне оперативне втручання, що веде до створення нового відношення до людського ембріона.

В Україні з 1996 року зареєстровано від'ємні показники приросту населення, тобто реєструється більша кількість померлих, ніж народжених. І проблема абортів у нації є також. На момент 1997 року Україна посіла третє місце за кількістю абортів в світі. Зараз присутня тенденція до скорочення кількості населення України. Це пов'язано із спадом народжуваності та збільшенням кількості абортів, яка досягає 1 мільйону 200 тисяч рік. З 2001 по 2006 рік чисельність України зменшилась від 52 мільйонів до 46 мільйонів 778 тисяч. ООН каже, що в Україні щорічно 500-700 тисяч жінок роблять аборти, а народжують близько 400 тисяч. МОЗ каже - на одну тисячу народжених дітей припадає 139 абортів. Жінки віком від 10 до 14 років щорічно роблять 400-500 абортів, у віці 15-17 років - 35 тисяч, 600 тисяч у віці 18-49 років. Дуже

часто аборти є причиною подальшого безпліддя. Перша вагітність у жінок часто закінчується абортом і призводить до подальшої безплідності та підвищення рівня захворюваності .

Аборт не лише підриває державний статус, але й впливає на сім'ю та моральний образ кожної окремої родини. Наслідки аборту такі:

- для жінок зростає імовірність отримати психологічну травму фізичну або безпліддя
- зростає кількість викиднів, передчасних пологів, число дітей, що народжуються з численними вадами через хвороби матерів
- порушення психологічного здоров'я жінки, зниження моральної єдності подружжя, втрата жінкою власної гідності та сімейної гармонії
- підлітки мають змогу вести раннє статеве невпорядковане життя, через це зростає кількість матерів-одиначок
- у країні виникає проблема демографічної кризи [2, 23]

1.3.3. Біоетичні проблеми новітніх репродуктивних технологій

Останнім часом репродуктивна медицина набуває більшого розвитку, зараз за допомогою нових технологій можна боротися із безпліддям, але це призводить і до появи не тільки до позитивних наслідків, таких як відновлення народжуваності, а й до появи нових етичних проблем.

Репродуктивні технології введені для того, щоб за допомогою проведення певних маніпуляцій замінити різні етапи репродуктивних процесів. Ситуація, коли подружжя не може мати дітей є суттєвою підставою до появи серйозних психологічних травм. Багато пацієнтів ставляться до цього, як до певного покарання, на яке вони не заслуговували, і звертаються за медичною допомогою.

Основне біоетичне питання в цій ситуації - чи може лікар брати на себе відповідальність за створення вагітності. З одного боку технічний прогрес дозволяє проведення екстракорпорального запліднення, але чи будуть діти, що з’являться на світ таким шляхом, такими самими як діти, що були зачаті

природнім способом. Всесвітньою медичною асоціацією було висунуто тезис про позитивність нових технологій, адже це дозволяє вирішити проблему безпліддя сім'ям, що не можуть, але хочуть мати дітей.

"Заява про штучне запліднення і трансплантацію ембріонів" була прийнята 1987 року у Мадриді, у ній зазначалось, що у разі безпліддя, що не може бути вилікувано медикаментозним та хірургічним шляхом, при імунологічній несумісності, або наявності перешкод для злиття гамет, та невідомих причин безплідності, використання репродуктивних технологій може бути виправдане. Дії лікаря мають бути обґрунтовані з етичної та законної сторони і проводитися лише за згоди пацієнтів і повної їх інформованості.

Пацієнтам, які проходять репродуктивну терапію надається таке саме право на нерозголошення та недоторканність особистого життя, як і в інших випадках, а доля всіх яйцеклітин, що не були запліднені під час терапії, повинна визначатися лише пацієнтами. Процес вибору статі майбутньої дитини повинен відбуватися без стороннього втручання, але це не є актуальним у випадку можливості захворювань зчеплених зі статтю. Повинен бути відсутній комерційний підхід до справи, тобто продаж яйцеклітин та проговорено відмову лікаря від подібних маніпуляцій.

Також дуже важливим питанням для біоетики є процес вибору донора сперми - забезпечення анонімності для нього, та визначення певних обов'язків та прав. До донорів висунуті такі вимоги: це чоловіки, що вже мають дітей, та здають сперму лише за медичними показниками та для гетеросексуальних пар, а також ці чоловіки повинні бути обстежені на захворювання, що передаються статевим шляхом. Умовами донорства сперми, яйцеклітин та ембріонів є забезпечення медичної таємниці, анонімності донора та збереження таємниці інформації про саму процедуру запліднення.

Наказом МОЗ передбачено певне кодування сперми задля конфіденційності інформації для донорів та реципієнтів, і цей код вноситься у медичні картки обох сторін. Але тоді постає питання - як у цьому випадку

можна забезпечити конфіденційність, якщо встановлення відповідності кодів у картках не є складною задачею, також питання інформованості подружжя щодо певних захворювань або особливостей, що може мати донор, а також добровільність процесів. В останньому пункті мова йде про те, що до донорства можуть бути залучені лише чоловіки, що йдуть на це добровільно, а для штучного запліднення лише жінки, що мають на це бажання. Також важливим питанням є вибір сперми для запліднення, тобто врахування побажань подружжя щодо національності та основних рис донором, а також сумісність за фізіологічними особливостями донора та реципієнта.

Стаття 155 Сімейного кодексу України передбачає, що батьками будуть здійснюватися їх права та виконуватись обов'язки, які ґрунтуються на повазі до прав дитини та її власної гідності. Стаття 123 того самого кодексу визначає, що штучне запліднення дружини може бути проведене лише за письмовою згодою її чоловіка, у державному реєстрі він буде записаний як батько народженої дружиною дитини. Якщо мова йдеться про ембріон, що був зачатий чоловіком, який на даний момент знаходиться в шлюбі та іншою жінкою, і був імплантований в організм дружини, то дитину вважають рівною тій, що походить від цього подружжя. У цьому випадку материнство не може бути оспорено. Також батьківство не може оспорювати особа, що на момент реєстрації себе батьком знала, що не є біологічним батьком дитини, а також особа, що дала письмову згоду на штучне запліднення дружини. У даному випадку походження дитини вважають однозначним попри те, що біологічно вона не є дитиною обох учасників подружжя.

Також біоетичне суспільство турбує таке явище як сурогатне материнство, яке на даний момент не є повністю задекларованим з юридичної та етичної точок зору. В умовах, коли наприклад у жінки відсутня матка, і вона не може бути матір'ю такий шлях дітонародження може існувати, але з етичної точки зору є певні сумніви щодо його доцільності. Кожний етап сурогатного материнства повинен бути врегульований як з правового, так і з ететичного боку. Наслідками сурогатного материнства може бути невизначеність

психологічних проблем, що можуть виникнути у дитини, що народжена сурогатною матір'ю та наявність негативного впливу сурогатного материнства на сімейні стосунки в парі, також проблеми, які можуть виникнути у родини реципієнта у випадку, якщо сурогатна матір почне пред'являти права на дитину.

В Україні не існує певних законодавчих проектів, які обмежують сурогатне материнство. Але у проекті “Про репродуктивні права і гарантії їхнього здійснення” передбачається закріплення за українцями права на сурогатне материнство у випадку, якщо цього потребують певні медичні показники. Цей документ прописує права та обов'язки обох сторін як біологічної так і сурогатної. [22, 24, 26]

1.3.4. Біоетичні аспекти трансплантології

Медицина, біологія, екологія, філософія, психологія, соціологія, культурологія тощо - всі ці науки залучаються до біоетичних дискусій щодо співвідношення життя і смерті. Сучасною біоетикою переглядаються питання як негативного ставлення до процесів вмирання та смерті, так і можливостей абстрактного оптимістичного ставлення до життя, не враховуючи його психологічні, тілесні, соціальні особливості та якості. в якомусь сенсі це пов'язано з тим, що останнім часом смерть почали пояснювати як біомедичний феномен.

Певний час приблизно до 19 століття констатація смерті це була задача не лікарів, а священиків або найманців. Але з плином часу цей обов'язок закріпився за представниками медичної сфери. Спочатку це було просто право, а потім стало основною задачею представників цієї професії. Паралельно з цим виникла проблема визначення точного часу вмирання, адже раніше з цим була певна проблема.

Тисячоліттями критеріями смерті були - серцева діяльність, дихання або зміна чутливості, а точніше відсутність цих аспектів у людини. Уявлення про смерть були недосконалими через то, що були відсутні певні знання про

функціонування як окремих системи органів так і всього організму в цілому, а відсутність певних органів прирівнювалась до смерті і всього організму.

1965 року у Марселі відбувся колоквіум щодо питань життя і смерті. Там було здійснено спробу роз'яснити ті критерії, за якими можна було б судити про смерть людини. Внаслідок цього колоквіуму було виділено два різних стани вмирання - перший назвали тривалою комою, другий - незворотною комою. Тривала кома визначається як стан, коли вегетативні, тобто рослинні функції організму, залишаються збереженими. Другий стан - це безповоротна втрата функції мозку, яка діагностується як смерть мозку, а це ототожнюється з смертю всього організму, адже з часом він буде втрачати всі можливості до функціонування. 1968 року в Женеві на засіданні Всесвітньої організації охорони здоров'я та ЮНЕСКО було затверджено таке поняття як “смерть мозку”. Трансплантологія, реаніматологія, анестезіологія та медична діагностика отримали великий поштовх у своєму розвитку після затвердження цього поняття.

Зараз трансплантологія є наукою, що перебуває в стані бурхливого розвитку. Щороку здійснюється більше 40 тисяч операцій по пересадці органів, а спеціалісти в галузі прогнозування кажуть, що в певному проміжку майбутнього кожна друга операція буде мати трансплантаційний характер. І хоча це нова галузь в медицині її початок датується ІІІ століттям нашої ери, операцією, яку було проведено святими Космою та Даміаном, які замінили уражену гангреною кінцівку ногою чоловіка, що помер незадовго до цього.

Батьком сучасної експериментальної трансплантології вважається Алексіс Каррель, який у 1912 році був удостоєний Нобелівської премії за пересадку життєвоважливого органа, такого як серце. Його дослідження були спрямовані на вивчення трансплантації органів, на консервацію органів та накладання судинних анастомозіз. Ним були розроблені основні принципи щодо консервування донорських органів та їх перфузії.

Перша трансплантація органів від однієї людини до іншої була здійснена 1933 року в Херсоні Ю. Ю. Вороним. Основоположником радянської

трансплантології вважаються В.П. Деміхова, який 1951 року пересадив донорське серце собаці. 1967 року хірургом ПАР Крістіаном Бернардом, який є попередньо проходив стажування у В.П. Деміхова, а також в інших світових клініках, вперше було здійснено вдалу трансплантацію серця людині. Як раніше зазначалося початок цій операції заклав ще Алексіс Каррель, але його операції носили більше експериментальний, ніж практичний характер. Після вдалого проведення першої операції з трансплантації серця, було зроблено більше 40 тисяч таких операцій. Валерій Іванович Чумаков 1987 року вперше провів вдалу пересадку серця в Росії. Він був представником Російської академії наук.

1983 року управлінням США з контролю за якістю медикаментів і продуктів харчування було проведено випробування з використання циклоспорину, який є важливим фармацевтичним препаратом, що допомагає запобігти відторгненню трансплантованих органів. Ця подія стала дуже важливою у розвитку трансплантології та давала шанс на збільшення вдалих трансплантацій.

2008 року вперше проведено трансплантацію органу, що був вирощений із стовбурових клітин, операція проведена професором Паоло Макіаріні в одній із клінік Барселони. Пацієнтка - доросла жінка із трахеєю, що постраждала внаслідок туберкульозу. Створення нової трахеї відбувалося за складною технологією: медиками була використана трахея людини, що нещодавно померла, далі було нейтралізовано живі клітини, що залишились в органі, і введено стовбурові клітини у волокнисту тканину трахеї, клітини було взято із кісткового мозку реципієнтки. Попередньо клітини розвивалися в спеціальному біореакторі протягом чотирьох днів Після чого трахею можна було використати для операцій. Вже через місяць після трансплантації кровопостачання пересадженого органу було відновлено повністю.

Американець Тоні Хьюсман є рекордсменом, що прожив 30 років після трансплантації серця і помер від раку.

В Україні є така тенденція щодо очікування органів для трансплантації - щорічно 2-2,5 тисяч осіб очікують нирки для трансплантації, приблизно 1-1,5 тисячі чекають на серці та печінку. Такий попит на трансплантації нирок пов'язаний з тим, що Державною цільовою програмою розвитку трансплантології у нас в країні розписано, що лікування хронічної ниркової недостатності за допомогою діалізу є дуже дорогим. Лікування для одного пацієнта шляхом цього методу детоксикації коштує близько 80 тисяч на рік. У світі існує тенденція, що трансплантація нирок більш вигідна, ніж лікування за допомогою діалізу (трансплантація коштує приблизно 50000 грн). До того ж, вдала трансплантація призводить до покращення якості життя пацієнта та навіть повної соціальної адаптованості, а діаліз є лише тимчасовим методом.

Але в сфері трансплантації не все так добре - за статистикою приблизно 20% всіх людей, що чекають на трансплантацію помирають раніше, ніж черга дійде до них. Не менше 150 тисяч громадян економічно розвинених країн потребують трансплантації.

Нирки, печінка, серце, підшлункова, залоза, легені, кишки, рогівка ока, кісткові тканини, шкіра, серцевий клапан, кровоносні судини - це перелік органів і тканин, які можуть бути трансплантовані. Також було вдало проведено невелику кількість операції з пересадки кінцівок (верхніх кінцівок або передпліччя). Найбільшого успіху сягають операції з трансплантації нирок, якщо операція була проведена від живого донора то 90% пацієнтів після року виживають, 82 % - якщо пересадку здійснювала від мертвого донора. У разі трансплантації однієї легені виживають 74 % пацієнтів, у разі подвійного трансплантування - 86%, 80% - після року після трансплантації печінки.

Бурхливий розвиток трансплантології призвів до того, що виникла потреба в етичному та правовому врегулюванні стосунків між донорами та реципієнтами. Перед операцією важливе обговорення таких важливих проблем:

- Перша - пошук обґрунтувань до морального прийняття факту пересадки органів від однієї людини до іншої.
- Друга - це розробка регламентованої бази, що буде врегульовувати етичні та законодавчі моменти процедури отримання донорських органів.
- Третя - принципи прийняття рішень щодо того, хто буде реципієнтом донорського матеріалу, адже органів не вистачає на всіх нужденних.

Принципи морального дозволу пересадки від людини до людини і від тварини до людини тісно пов'язується з різницею в світоглядах та релігії у різних представників суспільства. І хоча існують певні психологічні, моральні та релігійні питання - більшість представників західних конфесій вважають прийнятною пересадку, навіть якщо мова йдеться про трансплантацію серця, адже цей орган традиційно розглядається як місце, в якому розташовується людська душа.

Питання прийняття трансплантація з моральної точки зору тісно пов'язане з критеріями, за якими встановлюється факт смерті потенційного донора. Змінюється концепція смерті, адже з'являються нові критерії, такі як смерть мозку. Тобто смерть розглядається як процес, що може відбуватися протягом певного проміжку часу. Велика кількість експертів дотримується думки, що суть в недосконалості законодавства.

Інститут хірургії та трансплантології імені А. А. Шалімова провів опитування серед українців - було визначено що один з восьми родичів, який втратив близьку людину, погодився б на її трансплантацію, для порівняння у Сполучених Штатах Америки більше дев'яноста відсотків опитуваних дали позитивну відповідь щодо трансплантації органів померлого родича.

Наразі основним джерелом органів для трансплантації є донорство від трупів. З юридичної точки зору є три види регулювання процесів взяття органів у померлої людини: це рутинне вилучення, за принципом презумпції згоди і за принципом презумпції незгоди. Перший процес полягає в переході прав на померлу людину до держави. Така схема

роботи була у колишній радянській системі з 1932 року по 1992 рік. Наразі діють два останні принципи.

Розвиток пересадки органів дуже залежить від законодавчого врегулювання принципів презумпція згоди і незгоди. Перший полягає в тому, що донор перебуваючи живим погодився бути донором після своєї смерті. У Фінляндії, Швеції, Бельгії, Франції, Італії прийнята схема роботи за презумпцією згоди. Презумпція незгоди навпаки полягає в тому, що людина не погоджується бути донором перебуваючи в живому стані, а якщо цієї незгоди немає, то відповідно вона стає донором після смерті. Німеччина, США, Великобританія та деякі країни Латинської Америки працюють за схемою презумпції незгоди.

На думку науковці в галузі трансплантології робота за схемою презумпції незгоди є більше передовою і передбачає письмову відмову бути донором для кожного громадянина. [6, 7, 17]

Відмова від донорства заноситься до спеціальної бази. Якщо ж в базі її немає, це прирівнюється до згоди на пересадку органів. Це система передбачає те, що у разі відсутності відмови думка родичів не береться до уваги. Країни Європи мають спеціальні трансплантаційні центра, в яких міститься вся інформація, що стосується пересадок - як відмови від донорства, так і інформація про реципієнтів, що потребують трансплантації. Така загальна інформаційна база забезпечує швидке реагування у випадку наявності донорського органу, адже наприклад після смерті донора його серце може бути пересаджене лише протягом 5 годин.

Німеччина намагається ввести в практику таку схему - якщо людина погоджується стати донором після своєї смерті, то вона отримує право на першорядне реципієнство у разі необхідності, це право завіряється відповідним документом, який видається в центрі трансплантології. Якщо певні релігійні, національні, моральні погляди або власне бажання не дозволяють людини бути донором після смерті, то вона підписує угоду про відмову, яка надходить до спеціальною установи, яка виступає координуючим

центром для всіх трансплантаційних клінік. У разі якщо є відомості про офіційна або припущену вірогідність наявності відмови від трансплантації, то органи померлого не можуть бути використані для подальшої пересадки.

Важливим моментом тут є те, що думка родичів ніяк може впливати на проведення або відсутність донорства, адже все здійснюється відповідно до документів, що було підписані померлим ще до його смерті. Це важливе тим, що у момент стресу, після втрати близької людини, родичі не можуть мислити адекватно і перебувають у стані афекту. Якщо б лікарям приходилось тривалий час чекати рішення родичів, то велика кількість можливих донорських матеріалів була б втрачена. До того ж з етичної точки зору, вимагати від близьких прийняття такого складного рішення в момент страждання є некоректним.

За подібною схемою працюють і латиноамериканські, скандинавські та азіатські країни. Але саме в США, Німеччині та Великобританії законодавством передбачений повний контроль громадян над власним тілом, тобто держава не може пред’являти свої права на тіло, навіть після смерті людини. Якщо людина не могла бути компетентною у прийнятті такого рішення, то право його прийняти переходить до її сурогатних представників. У разі відсутності документів про згоду на потенційне донорство - операція не проводиться. Така політика демонструє ліберальну філософію держав та роботу принципів про згоду та повну інформованість в дії. Згода повинна підписуватись лише добровільно, і будь-які види примусу чи психологічний, фізичний чи матеріальний впливи, роблять її недійсною. Надання згоди родичами потенційного донора може відбуватись лише в тому випадку. коли останній знаходиться у стані повної неспроможності здійснити це самостійно, що може бути спричинено критичним станом хворого на момент прийняття рішення.

Питанням, що викликає найбільше всього дискусій і є найскладнішим з тих, що стосуються трансплантології, є момент розподілу отриманих донорських матеріалів серед реципієнтів, адже кількість людей, які

знаходяться в чергах на трансплантацію значно перевищує кількість донорських органів і тканин. Більше ніж 80 тисяч осіб наразі знаходяться в листах очікування органів в США.

Доступність органів може бути підвищена лише у випадку знаходження альтернативи донорським органам, наприклад, вдосконалення технологій взяття органів від тварин, або створення штучних органів і тканин. Але зараз, коли дефіцит ще існує, рішення, щодо вибору кандидатів на трансплантацію приймається відповідно до етичних та соціальних принципів.

Серед хворих вибирають тих, які за принципом соціальної користі мають найбільший шанс на успіх операції, тобто тих, хто має більше шансів на покращення якості життя і одужання після проведеного оперативного втручання. Перед проведення трансплантації перевіряється сумісність донора та реципієнта за HLA-гістосумістністю тканин (у разі проведення трансплантації нирок). Визначено, що найбільші показники сумісності виявляються у європеоїдів, молодого віку, чоловічої статі.

Велика кількість фахівців в галузі трансплантології підтримують визначення гістосумісності для підбору реципієнта, але їм протиставляється протилежна думка з боку не фахівців. Вони кажуть, що такий підбір робиться з точки зору науки, і робить неможливим принцип наявності рівних прав у всіх людей, на їх думку, навіть такий об'єктивний фактор як сумісність організмів донора і пацієнта не може бути вирішальним. коли робиться вибір, що вплине на подальше життя реципієнта. Сумісність впливає лише на тривалість приживання пересадженого органу та вірогідність відторгнення, то не може бути основним моментом для того. щоб зробити вибір реципієнта. Згідно з поглядами соціальної справедливості пацієнти повинні знаходитись в рівних умовах, незалежно від їх генотипа, раси, статі, віку та типу HLA.

Збільшити рівноправ’я у цьому питанні можна за допомогою введення додаткових критерії оцінки пацієнтів - тривалість перебування в списку очікування, невідкладність хворого, та наявність антитіл після попереднього контакту з матеріалом донора, адже цей фактор може призвести до

неприживання органу та різко знижує вірогідність позитивного результату операції.

Після оцінки всіх наявних питань та протиріч ВООЗ розробила перелік принципів, які визначають умови проведення трансплантації.

1. Донорські матеріали можуть вилучатись з трупа або організму живої людини лише в разі отримання відповідної згоди донора на оперативне втручання.

2. Констатація смерті донора може бути проведена лікарями, які не будуть брати участь у будь-якому етапі трансплантації та не мають особистої зацікавленості в подальшому оперативному втручанні, вони повинні бути незалежними експертами, що констатують смерть донора об'єктивно, повинен бути мінімізований будь-який сторонній вплив суб'єктивних факторів.

3. Взяття органів повинно відбуватись переважно з трупів, або з організму живих донорів, що є генетично близькими до реципієнтів.

4. При взятті донорських органів живого донора він повинен підписати відповідну згоду, та підтвердити, що знає не тільки про наслідки і ризики для свого здоров'я, але й про перспективи одужання реципієнта.

5. Живі неповнолітні особи не можуть бути донорами у будь-якому випадку.

6. Донорство - не комерційний процес, повинна бути виключена будь-яка виплата можливому донору, так само як і пошук донорів не повинен бути фінансово декларований, можлива оплата будь-якого етапу донорства є неприпустимою. У разі, якщо медичні працівники мають сумніви щодо добровільного прийняття рішення донора та мають підозри на наявність комерційних процесів, пов'язаних з операцією, вони не тільки мають повне право відмовитись від участі в процесі оперативного втручання, але й повинні це зробити. Матеріальні можливості реципієнтів не повинні впливати на доступність для них донорських органів.

Неприпустимість будь-яких комерційних процесів є особливо важливою для галу нейротрансплантології. Цей напрям дає перспективи на одужання

пацієнтів з тяжкими ураженнями нервової системи, а саме з діагнозами хвороби Альцгеймера, Паркінсона, Геттінгтона, епілепсії, шизофренії, дитячого церебрального паралічу та наслідками ішемічного інсульту та черепно-мозкових травм. У випадку цих захворювань для лікування використовують фетальні матеріали мозкової тканини, тобто - тканини ембріону.

В Європі використання цих джерел отримання донорських тканин регулюється “Основними етичними принципами використання людської ембріональної тканини для експериментальних досліджень та клінічної нейротрансплантації” станом від 1994 року. Найважливіші положення документа:

1. Ембріон, який буде використовуватися для взяття тканини, повинен бути отриманий внаслідок спонтанного або медичного аборту, у випадку останнього - рішення про оперативне втручання повинна приймати вагітна жінка самостійно без стороннього впливу на неї, особливо, з боку трансплантологів.

2. Жінка має бути проінформована про можливість використання тканин ембріона з донорською метою, у разі її згоди на це повинен бути відповідний письмовий документ, в якому ця згода завірена юридично.

3. Вагітна не має права знати дані реципієнта, а її участь повинна бути добровільною та не мати під собою комерційної мети.

Останній пункт виключає можливість проведення абортів за договором або з метою матеріального(фінансового) збагачення. Новим напрямком трансплантології, що набув значного розвитку за останнє десятиліття є застосування стовбурових клітин для пересадки.

Для такого виду трансплантації можуть бути використані алогенні ембріональні стовбурові клітини, які були отримані з абортного ембріону або ембріонів, які не були використані для імплантаційного внутрішньоматкового запліднення екстаркорпоральним шляхом. Також можуть бути використані аутологічні або алогенні клітини, джерелом яких слугує пупковий канатик,

гемопоетичні стовбурові або частково детерміновані клітини вже народженого організму. [8, 16, 17].

В Україні отримання та використанні в клінічній практиці тканин та органів ембріона не є прийнятним з етичної та правової точок зору. Так само немає і документів, в яких прописані принципи використання органів, що були вирощені зі стовбурових клітин або штучно виготовлених органів. Так само відсутні будь-які інструкції щодо визначення якості стовбурових клітин та наслідків, які можуть виникнути після невдалої клітинної терапії, та особи, які будуть нести відповідальність за ці наслідки.

Отримання добровільної згоди на використання ембріону та його тканин і органів повинно бути проведено в письмовому вигляді і без примусу. Для жінок, що стають донорами ембріонального матеріалу прийнято використовувати презумпцію згоди, яка передбачає використання ембріону з донорською метою у разі підписання відповідних документів. Ця згода має під собою будь-яку відмову від абортивного матеріалу, тобто після проведення процедури жінка не буде мати прав на ембріон, який у подальшому буде підлягати не похованню, а знищенню.

Використання стовбурових клітин має певні ризики для донора, до них належать - відсутність гістосумісності, невідомий вплив на репродуктивні показники реципієнта, можливість зараження матеріалу на культуральних середовищ будь-якими інфекційними агентами з подальшим потраплянням їх в організм реципієнта, також збільшений ризик появи новоутворень. Зрозуміло, що для повного впровадження цих технологій в клінічну практику, повинні бути проведені попередні експерименти з метою визначення наявності або відсутності вищезгаданих впливів.

Один з етичних моментів, які стосуються трансплантаційної медицини це приховування даних про донора і реципієнта. Родини обох сторін не повинні мати інформацію один про одного, задля уникнення непередбачуваних наслідків такого знання, лікарська таємниця у цьому випадку має велику роль. [12, 29, 30].

1.3.5. Біоетичні аспекти медичної генетики та генної терапії

Медична генетика є наукою, яка дуже щільно пов'язана з етикою. Це можна пояснити тим, що при будь-якому генетичного дослідження увазі піддається не тільки пробанд, тобто конкретна людина, яка прийшла на генетичну консультацію, а й вся сім'я цієї людини, а скринінгові дослідження взагалі досліджують популяції в цілому.

Внаслідок генетичного дослідження можуть бути отримані результати, які будуть впливати не тільки на життя одного покоління, а й на можливих нащадків пробанда. Генетичні експерименти несуть вплив на структуру всієї популяції. Медико-генетична програма має під собою на увазі участь кількох сторін - дослідника, лікаря, донора, реципієнта, пацієнта та членів сімей. До того ж, робота генетиків може цікавити соціальні служби, адже вона впливає на пошук роботи, страхування життя, майнової власності та здоров'я. Біоматеріал підлягає різним видам опрацювання - його можуть брати, вивчати, технологічно трансформувати або надавати іншим особам, які виступають дослідниками, лікарями чи іншими представниками наукового суспільства, також в організм може вводитись певна генетична інформація. Інформація отримана таким шляхом може бути збережена, передана, поширена і знищена. І знову повторюсь, має місце інформація, до якої причетна не одна людина, а кілька, як піддослідний, пацієнт, члени їх сімей та інші.

Особливістю генетичної етики є те що не лише людина, яка наразі піддається обстеженню виступає суб'єктом цього предмету, а її нащадки в кількох наступних поколіннях також є суб'єктами предмету генетично етики. Всесвітньою організацією охорони здоров'я було сформовано основні етичні принципи, які стосуються генетики, документ має назву “Рекомендоване міжнародне керівництво з етичних проблем у медичній генетиці та медико-генетичній службі”, його було прийнято 1997 року в Женеві.

Основними етичними принципами, що можуть бути застосовані до медичної генетики є:

- людина має право сама вирішувати питання, що будуть стосуватися її тіла, психіки та емоцій, тобто повинна визнаватися автономія особи.
- всі люди повинні знаходитись в однакові доступності до суспільних благ. Мова йдеться про медицину, охорони здоров'я, технології тобто все, що робиться на кошти суспільства, які отримані шляхом оподаткування. Повинна існувати справедливість у вигляді рівної частки кожної особи, яка платить податки, в благах, що повинні належати суспільству
- перш за все повинна відбуватися оцінка ризиків, яких можуть завдати особі певні дії медичного працівника і лише потім ризики повинні зіставлятися із користю
- вислів Гіппократа “не нашкодь” повинен не лише обмежуватись відсутністю шкоди, але й розповсюджуватись на надання користі.

Вищеописані принципи можна назвати основоположними у всіх розділах біоетики. Суб'єктами біоетики на тлі медичної генетики є медико-генетичні консультації. Перш за це відбувається тому, що під час такого консультування лікар-генетик втручається в таємницю сім'ї. Сімейні захворювання, розумові відсталості, вади розвитку, кількість та результат вагітностей, наявність близькоспоріднених шлюбів - все це повинно враховуватися при зборі анамнезу, хоча і є сімейною таємницею. Такі питання повинні обговорюватися лише у разі повного гаранту конфіденційності та такту.

Лікар повинен проявляти максимальну повагу до хворих та їх сімей, які звернулись до нього на консультацію. Інформація про медико-генетичне консультування повинна надаватися простою та зрозумілою мовою. При цьому вона повинна мати такий обсяг, який цікавить людей, що звернулась на консультацію. У разі, якщо пацієнти не зацікавлені в певній інформації, лікар не повинен її надавати, адже це може призвести до зайвих питань і, як наслідок, ускладнень.

Під час проведення медико-генетичної консультації можуть виникнути питання про летальність хвороби, носія мутації, спроби знайти винних - вони всі відносяться до складних питань. Лікар-генетик повинен розуміти, що відповіді на ці питання повинні бути в нього, але казати їх пацієнту як зайву інформацією не треба. Медична таємниця повинна бути захищена, адже певна інформація може призвести до посягань на сім'ю з боку роботодавців, страхових компаній або шкіл.

Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендує використовування недирективного підходу до консультування, за винятком тих випадків, коли захворювання можна вилікувати. Пацієнтам, що пройшли консультацію, можна запропонувати генетичне тестування. Під тестуванням мається на увазі вивчення певних особливостей генетичного коду окремої особини. Тестування зазвичай застосовуються для окремої особи, а не для популяції. Коли мова йде про дослідження певних особливостей популяції, то застосування тестування не є доцільним, тому тоді використовуються методи скринінгу, тобто популяція досліджується на певні ознаки, що треба виявити.

Оскільки ці процеси пов'язані із взаємодією людей вони повинні бути врегульовані з етичної точки зору. У країнах, де налагодженні організаційні та юридичні системи це питання стоїть особливо гостро. Генетичного скринінгу або тестування повинні бути піддані особи, що йдуть на це добровільно за винятком масового безкоштовного скринінгу серед новонароджених для виявлення хвороб обміну речовин, адже раннє виявлення цих патологій може допоможе запобігти розвитку їх у подальшому житті дитини.

Але якщо мова йде про подальшу процедуру, то для її проведення потрібна інформована згода людини, яка буде брати участь у цьому процесі. Інформована згода це розуміння того, що людина буде вступати в контакт з лікарем-генетиком або певним дослідником на добровільній основі, але при цьому цей фахівець зобов'язаний забезпечити адекватну і доступну інформацією. Інформація повинна бути в такій кількості, яка допоможе

людині прийняти самостійне рішення, а відповідно того, на що вона може, а нащо не може піти. Найважливішою частиною будь-якого генетичного дослідження є забезпечення конфіденційності інформації, яка буде надана пацієнту.

Правила фіксується у всіх документах, що регламентують генетичну діяльність з біологічної точки зору. Відповідно до правил, інформація стосовно генетичного статусу особи може бути передана тільки цій особі, її опікунами або людям, що офіційно представляються особу, а також лікарям, які її лікують. Без відома цієї особи інформація не може бути передане певній третій стороні чи то органи освіти, працевлаштування, страхування, адже інформація може призвести до дискримінації особи у зв'язку з її генетичним статусом. Наявність інформаційної згоди та конфіденційності є особливо важливим фактором при проведенні пресимптоматичного тестування, тобто виявленні здорових на перший погляд особин, якими було успадковане ген пізньої маніфестації, так само і при тестуванні особи на мультифакторіальні захворювання, тобто на носійство генів, яке не завжди детермінує подальшу хворобу.

Пренатальна діагностика повинна бути надана всім, хто її потребує і також підлягати контролю етичних та моральних принципів. У разі необхідності такої перевірки згідно медичних показань, вона має бути проведення незалежно від того, як ставиться сім'я до абортів. Адже пренатальне виявлення хвороби допоможе підготувати сім'ю до народження хворої дитини. Всі питання повинні бути роз'яснені лікарем під час пренатальної діагностики. При виявленні хвороби у разі такого тестування можливо поставити питання аборту. Думки медиків, пацієнтів та спільноти розходяться на рахунок цього питання в залежності від особливостей культури, навіть коли мова йде про невиліковну хворобу плода.

Для України актуальним є питання етично справедливого розподілу ресурсів для генних тестувань та інших матеріалів, що стосуються генетики. Зрозуміло, що всі процедури генної терапії підпорядковуються базовим

правилам безпеки щодо проведення будь-яких генно-інженерних маніпуляцій. Але якщо це стосується робіт, що проводяться з людиною, то її генетична безпека повинна відповідати підвищеним вимогам. ВООЗ, ЮНЕСКО і Рада Європи визнають етично можливою лише терапію у використанні по відношенню до соматичних клітин.

Останніми роками це питання було особливо актуально через розробку програми “Геном людини”, яка передбачає розшифрування генетичного коду людської особи, також суттєвий вплив на розвиток етичних принципів щодо генної-інженерії несе клонування, а також робота із стовбуровими клітинами.

Права і свободи громадян стосовно нових досягнень генетики та біологічних технологій захищаються загальною “Декларацією про геном людини і права людини”, яка була прийнята ЮНЕСКО в 1977 році. Цей документ був першим актом у біологічні сфері, який би гарантував захист права та основні свобод людини, при цьому враховуючи забезпечення свободи досліджень. Адже вільне проведення будь-якого дослідження дуже тісно пов'язане з принципом свободи думки.

Основною метою для досліджень геному є позбавлення людей від страждань, а також загальне покращення статусу здоров'я окремої людської особи і людства в цілому. Ці проблеми непокоять і Раду Європи тому 1977 році було прийнята “Конвенція про захист прав і гідності людини у зв'язку із застосуванням досягнень біології і медицини”. Документ підкреслює важливість геному, адже він є основою всієї біологічної спільноти людей на нашій планеті. Можливі проведення наукових досліджень повинні передбачати попередню оцінку небезпек і переваг цього дослідження для людства. Ця перевірка повинна бути дуже ретельно, щоб визначити чи є необхідність цього дослідження.

Одна з найголовніших проблем, яка стоїть перед генною інженерією - це можливість втручання в геном не тільки окремої особи, а її майбутніх нащадків, змінюючи їх спадковість. Також цілком можливе потрапляння

модифікованих конструкцій в статеві клітини, з різкою зміною геному майбутніх поколінь. Основні етичні проблеми генної терапії:

- які межі застосування терапії, наскільки далеко вона може зайти
- організація медико-генетичного консультування
- чи можливе нав'язування суспільству певних генетичних норм
- чи є загроза створення генетично нових і більш ідеальних істот, ніж людина
- чи можна вважати генну інженерію перспективною та економічно виправданою

Можна передбачити те, що найближчим часом генна інженерія буде рухатись вперед, долаючи межі сучасних медицини та біології. Тобто цей напрям повинен бути врегульованим з етичної та моральної точок зору, адже напряму стосується людини. На тлі міжнародного правового поля генну терапію вважаються одними з об'єктів, що належить до загальної системи біобезпеки. Під цим поняттям розуміють заходи, що забезпечують нешкідливе створення, використання та передачу організмів, що були змінені за допомогою біологічних технологій.

1992 року Ф. Андерсоном було сформульовано 3 умови, які наразі вважаються основними для дозволу проведення клінічного випробування з генної терапії. По-перше, попередньо в експерименті за участю тварин повинно бути доведено, що ген може потрапити саме в клітині-мішені і функціонувати в них, другий момент - експресія гену повинна залишатися після перенесення в нове середовище, а його ефективність у цьому середовищі не повинна змінюватись, і третій момент - включення нового гену в клітину не повинно призводити до негативних наслідків організму. Ці прості на перший погляд умови не мають змоги вважатись універсальним правилом. Кожен конкретний експеримент повинен попередньо визначати, на яких термінах ген може ефективно зберігатись клітини, визначати рівень експресії цього гена та потенційні ризики для пацієнта, які повинні паралельно оцінюватись із користю, яка може бути надана за допомогою лікування. Цей

аналіз може бути проведений лише відповідним медичним комітетом. Налагоджена їх робота дозволить попередити велику кількість досліджень, що не є обґрунтованими та реалістичними.

В США таку систему контролю називають “Системою дозвільних заходи для процедур генної терапії”. Спочатку протоколи щодо генного лікування розглядаються в комітетах біологічної безпеки, що розташовується в закладах лікування, де буде проведена відповідна терапія. В разі ухвалення їх направляють Національний інститут здоров'я. Тільки після цього, якщо протокол було затверджено, його публікують в журналі “Генна терапія людини”. Така практика по контролю за генно-інженерними дослідженнями присутня також в Європі. [24, 33]

Україна перебуває у стані становлення та регламентації генно-інженерної діяльності. За останні роки в світі широкого розповсюдження отримала плодова терапія або по-іншому фетальна. Мова йде про використання тканин та органів ембріону, що був отриманий внаслідок аборту, для лікування. Подібні медичні маніпуляції стають причиною появи багатьох етичних проблем.

Відомо, що така терапія є не безкоштовною і проводиться лікарями. Це вже серйозна етична проблема. 21 стаття конвенції Ради Європи про заборону фінансової вигоди каже про те, що тіло або частини тіла людини не повинні бути використані в комерційних цілях або бути джерелом отримання матеріальної вигоди. Інше питання, яке також розглядає біоетика - це отримання інформованої згоди жінки, що є донором фетальних тканин.

Тканини, що були отримані внаслідок штучно проведеного аборту не можуть бути використані для терапії або інших цілей, якщо попередньо не було отримано згоду вагітної на їх використання. Це каже перша стаття - закон про трансплантацію. Ще одна етична проблема фетальної терапії це можливість перенесення тканинами ембріону певних інфекційних захворювань, які можуть передаватися до реципієнта. Тобто перед проведенням фетальної терапії повинно бути підтверджено, що донор немає

таких захворювань як ВІЛ-інфекція, гепатит А,В,С, наявності парвовірусів, вірусів простого герпесу, цитомегаловірусів та інших. Люди, що проводять дослідження або застосовують в клініці фетальну терапію повинні знаходитись в тісному зв'язку з етичними комітетами свого регіону, де вони практикують свої методи. Адже використання ембріонів з лікувальною метою - це є не тільки галузь медичних питань, але й правових.

Також не можна не зазначити думку церкви на цей рахунок. Безумовно вона є радикально негативною, церквою не приймається використання людських ембріонів, навіть якщо вони були отримані внаслідок штучного або природного аборту. Ряд країн розглядає це питання під іншим кутом. Законодавством Швеції передбачено, що тканини, які вилучені з абортовану ембріону можуть використовуватися з медичною метою, але для цього необхідно отримати згоду жінки, яка є біологічною матір'ю ембріону, для цього вона повинна бути добре інформована про наслідки наступних маніпуляції та шляхи використання спеціальних тканин плода. Але не всі країни так ліберально ставляться до цього питання. В Іспанії вважається, що аборт ніколи не повинен робитися з метою отримання ембріональних тканин або з будь-якою іншою метою, яка має на увазі використання тканин, отриманих внаслідок цієї медичної маніпуляції.

Також законодавством і політикою певних країн взагалі заборонено дослідження на фетальних тканинах. Зазвичай це обґрунтовується тим, що з самого початку зародження ембріон має такі самі права ,як і народжена людина. Цим законодавством вони розглядаються і прирівнюються до вже народжених дітей, які мають право на захист своїх моральних особливостей.

Також існує проблема генетичної паспортизації, адже вона може мати на увазі велику кількість проблем етичного характеру. Всі дані, наведені вище, підкреслюють проблему конфіденційності, яка не може бути надійно забезпечена в цій галузі. Не потребує доведення той факт, що в разі наявності або відсутності генетичних захворювань будь-яка інформація про пацієнта повинна бути скрита для уникнення можливих трагедій соціального та

виробничого характеру. Сьомою статтею загальної декларації вимагається збереження лікарської таємниці. 2003 року в Парижі на Генеральній конференції ЮНЕСКО було прийнято рішення про суворий контроль забору будь-якої інформації, яка стосується геному людини задля забезпечення безпеки і конфіденційності кожної особистості, яка підлягає медико-генетичні консультації. [24,19]

РОЗДІЛ 2
МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Нами було проведено анонімне анкетування 138 осіб - віком від 18 до 55 років, чоловічої і жіночої статі (23,2% та 76,8% відповідно), які працюють на посадах лікаря (13,77%), медичної сестри (18,84%), медсестер-бакалаврів і магістрів (26,81%), молодшої медичної сестри (16,67%), студентів 1 та 3 курсів Харківського Національного медичного університету (23,91%). Переважаючу кількість респондентів склали особи жіночої статі віком 18-25 років, що за професією є медичними сестрами, медичними сестрами (бакалаврами) та молодшими медичними сестрами. Серед осіб чоловічої статі найбільша кількість респондентів це студенти віком від 18-25 років.

В ході дослідження пропонувалося відповісти на 22 питання, які відображають розуміння та використання принципів і правил біоетики, а також ставлення до питань евтаназії, ведення безнадійних хворих, досліджень на людях та інше.

Методи досліджень:

- було проведено теоретичний аналіз наукових закордонних та вітчизняних джерел з метою отримання інформації про відображення стану біоетики та її застосування в сучасній медичній практиці;
- вивчались статистичні дані щодо галузей, біоетичні проблеми яких були описаних в роботі (право людини на життя з моменту запліднення, біоетичні проблеми трансплантології);

- було проведено дослідження за авторською методикою анкетування. Анкетування включало в себе двадцять два питання з варіантами відповіді, тобто анкетування закритого типу. В анкетуванні застосовувались питання, що мали альтернативний та неальтернативний характер.
- Перший формат питань використовувався з метою дізнатись:

✓ Соціальний блок питань до респондента (його професія, вік, стать),

✓ модель роботи респондента (колегіальна, контрактна, інженерна, патерналістська),

✓ ставлення респондента до біоетичних питань:

➢ «Ваше ставлення до евтаназії»,

➢ «Чи усвідомлюєте Ви, що у своїй роботі слідуєте правилам біоетики?»

➢ «Чи має пацієнт право на евтаназію?»,

➢ «Чи вважаєте Ви, що пацієнт з невиліковною хворобою має право знати свій діагноз?»

➢ «Чи повинен лікар абсолютно повно інформувати пацієнта щодо його реального стану здоров'я, навіть при невиліковних хворобах?»

➢ «Чи припустимо залишати хворого в термінальній стадії невиліковної хвороби помирати вдома?»,

➢ «Чи згодні Ви з тим, що хворим в термінальній стадії невиліковної хвороби допустиме введення наркотичних засобів «на прохання»?»,

➢ «Як Ви вважаєте, чи лікарі, інший медичний персонал та спеціалісти МОЗ здатні забезпечити адекватне спостереження та лікування невиліковно хворим пацієнтам?»,

➢ «Ваше ставлення до клінічних випробувань препаратів»,

➢ «Чи є прийнятними клінічні випробування на тваринах?»

➢ «Ваше ставлення до досліджень в галузі генетики людини»

- Питання другого формату (неальтернативні) використовувались для визначення:

- ✓ знань респондента в певній галузі:
  - «Чи знаєте Ви наступні принципи біоетики?»
  - «Чи знаєте Ви наступні правила біоетики?»
  - «Чи знаєте Ви наступні моделі взаємовідношень?»
- ✓ думки респондента щодо біоетичних питань:
  - «Що на Вашу думку являє з себе евтаназія?»
  - «Хто має право провести евтаназію (якщо б це було дозволено законодавством)?»
  - «По відношенню до кого евтаназія є припустимою, на Вашу думку?»
  - «Чи припустимі клінічні випробовування на людях?»

- Усі питання анкети мали прямий характер та стосувались особистої думки або знань респондентів.
- Після проведеного анкетування його результати піддавались статистичній обробці.

Матеріали досліджень:

- джерелом інформації слугували вітчизняні та іноземні літературні примірники;
- питання для анкетування базувались на актуальних проблемах біоетики.

РОЗДІЛ 3
РЕЗУЛЬТАТИ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

В опитуванні взяли участь 138 респондентів, що працюють в медичній галузі.

Відсотковий розподіл за професією серед опитаних 32 осіб (23%) чоловічої статі (рис. 3.1):

- ✓ Лікар – 28%
- ✓ Медичний брат – 13%

- ✓ Медичний брат – магістр – 9%
- ✓ Медичний брат – бакалавр – 0%
- ✓ Молодший медичний брат – 0%
- ✓ Студент – 50%

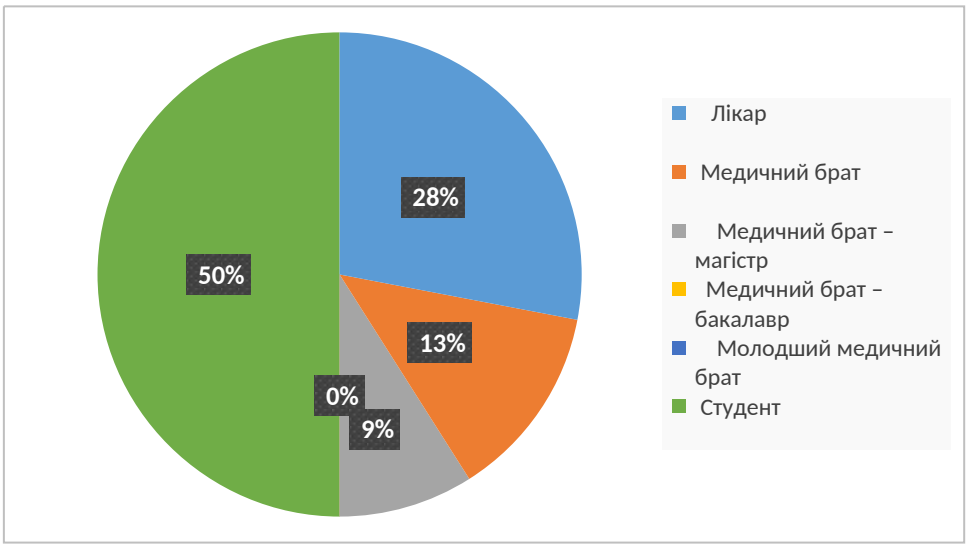


Рис. 3.1. Розподіл за професією осіб чоловічої статі

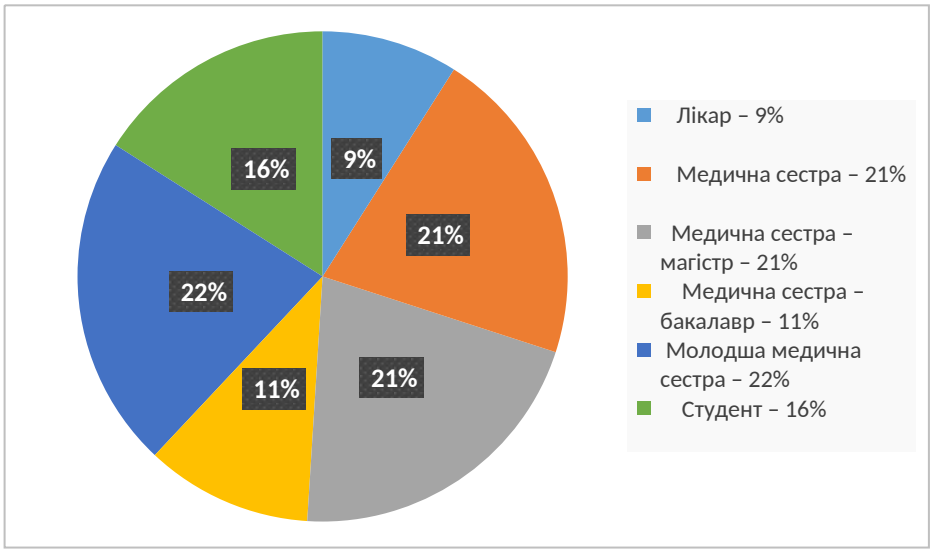


Рис. 3.2. Розподіл за професією осіб жіночої статі

Серед 106 осіб жіночої статі (77%) професії розподілялися наступним чином (рис. 3.2):

- ✓ Лікар – 9%

- ✓ Медична сестра – 21%
- ✓ Медична сестра – магістр – 21%
- ✓ Медична сестра – бакалавр – 11%
- ✓ Молодша медична сестра – 22%
- ✓ Студент – 16%

За віком респонденти розподілялися наступним чином (рис. 3.3, 3.4. 3.5):

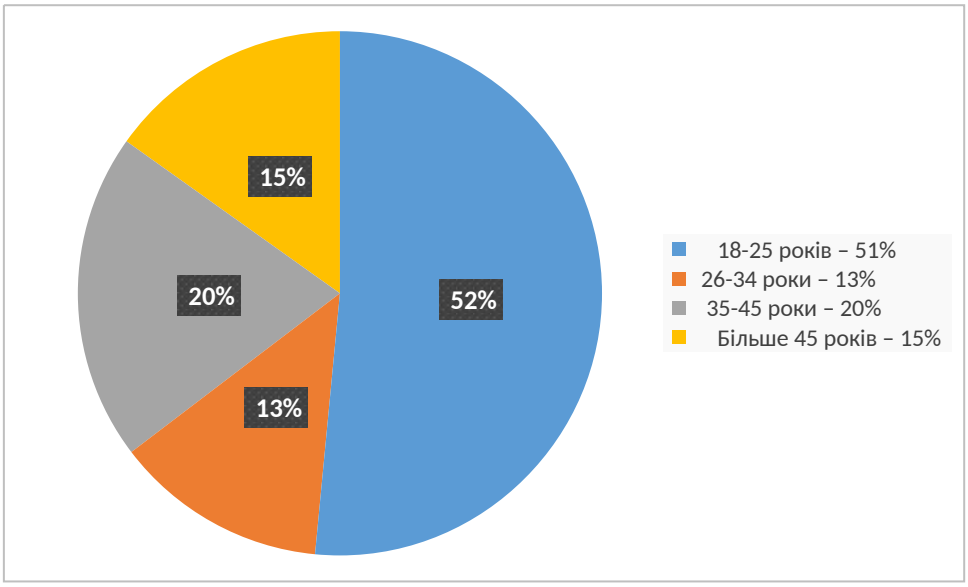


Рис. 3.3. Відсотковий розподіл за віком серед опитаних (загальна вибірка)

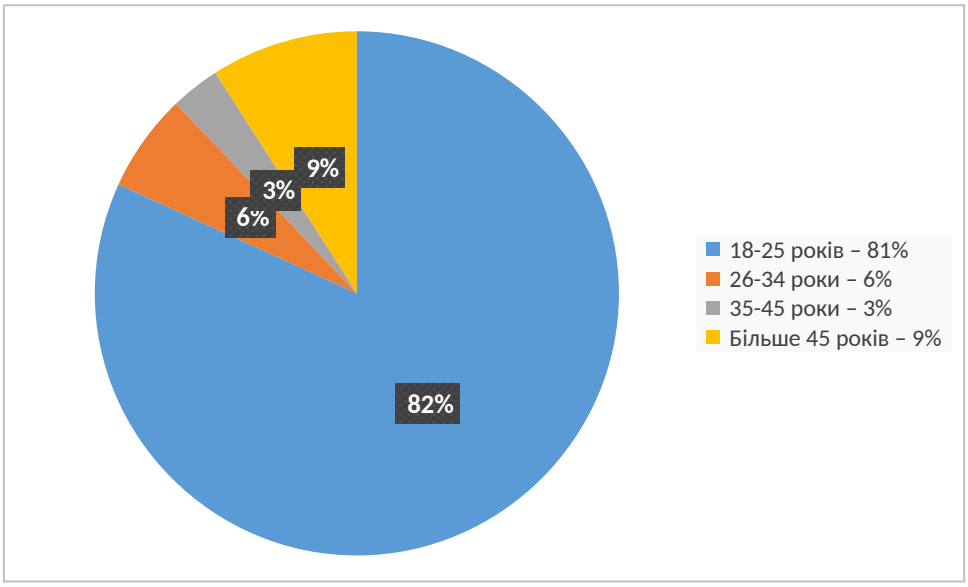


Рис. 3.4. Відсотковий розподіл за віком серед опитаних осіб чоловічої статі

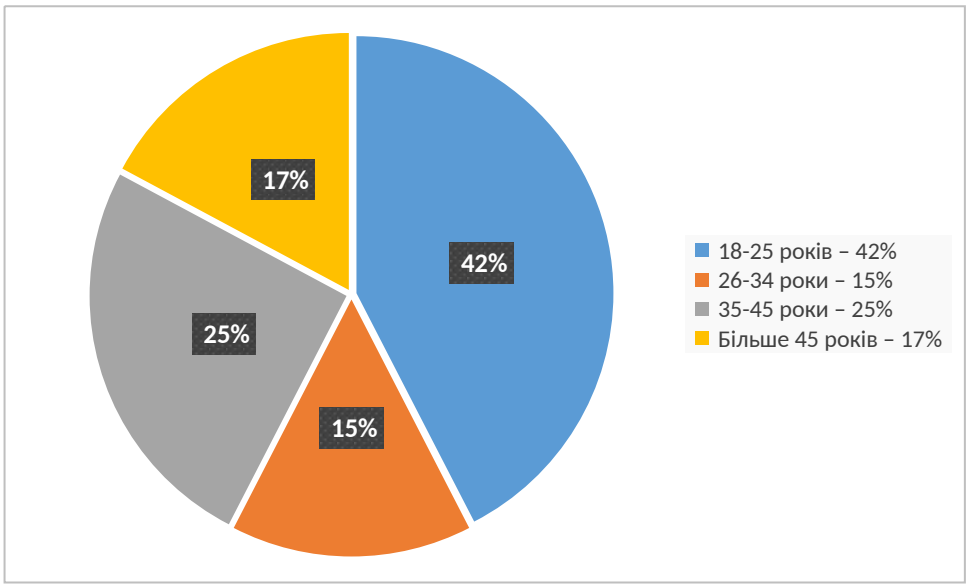


Рис. 3.5. Відсотковий розподіл за віком серед опитаних осіб жіночої статі

До принципів і правил біоетики знайомі більше ніж 97% опитаних, причому знання даних аспектів на більш високому рівні спостерігається в медсестер - магістрів і бакалаврів (77,7% повністю володіють даними поняттями), серед лікарів цей показник - 62,5%, найнижчі показники за цим критерієм спостерігаються в групі медсестер і молодших медсестер (28% та 13% відповідно).

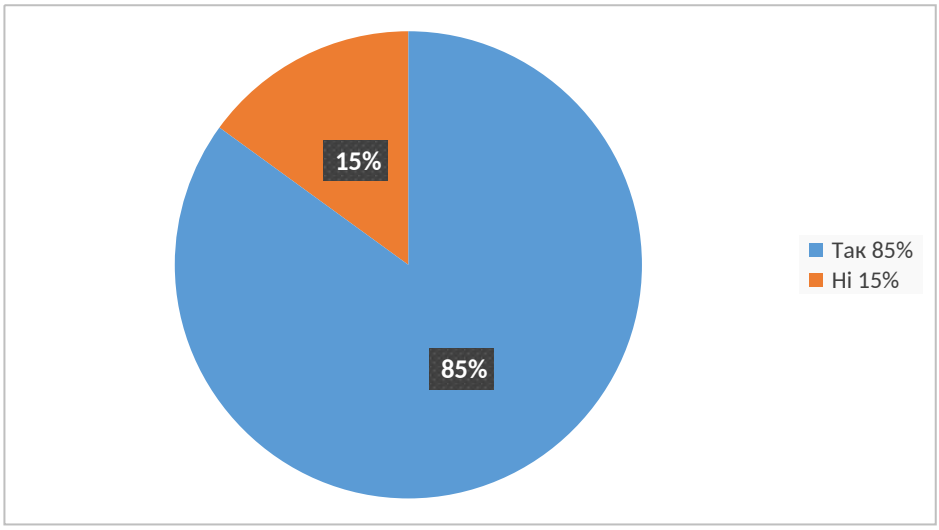


Рис. 3.6. Використання правил біоетики у роботі

На питання «Чи усвідомлюєте Ви, що у своїй роботі слідуєте правилам біоетики?» позитивну відповідь обрали 85% опитуваних, негативну - 15% (рис. 3.6).

Позитивну відповідь обрали 84% лікарів, 80% медичних сестер, 100% медсестер бакалаврів та магістрів и лише 56% молодших медсестер.

На питання «Чи знаєте Ви наступні принципи біоетики?» (неальтернативне питання), переважна більшість респондентів обрали: тільки варіант 2 «не нашкодь» - 28% опитуваних; всі чотири - 28% опитуваних (рис. 3.7).

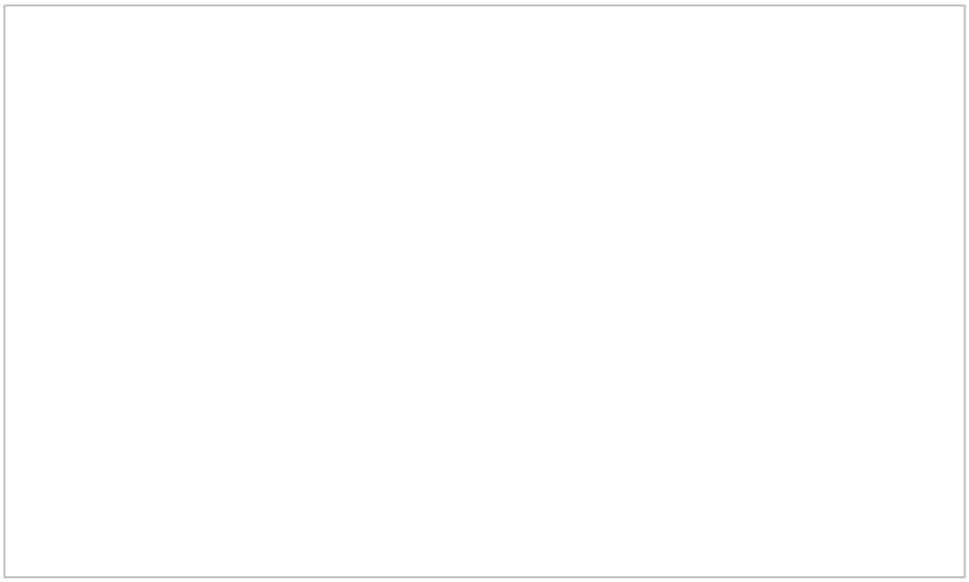


Рис. 3.7. Рівень знань принципів біоетики

На питання «Чи знаєте Ви наступні правила біоетики?» (неальтернативне питання), переважна більшість респондентів обрали:

- ✓ Тільки варіант 1 «конфіденційності» обрали 30% опитуваних
- ✓ Всі три варіанти (2 – «правдивості», 3 – «інформованої згоди») обрали 35% опитуваних
- ✓ Інші варіації вибору склали до 5% кожна

Даний показник також має тенденцію до зниження від студентського рівня знань (ймовірно знання від вивчення предмета «Біоетика»), лікарського (необхідність підписання інформованої згоди при обстеженні та лікуванні

пацієнта, необхідність повідомляти діагноз, не завжди сприятливий для пацієнта і тощо) до медсестер та молодших медичних сестер.

В тій чи іншій мірі теоретичними знаннями про моделі взаємовідносин між лікарем і пацієнтом володіють всі респонденти.

На питання «Чи знаєте Ви наступні моделі взаємовідношень?» (неальтернативне питання), переважна більшість респондентів (43%) обрали варіант «колегіальна» (рис.3.8.)

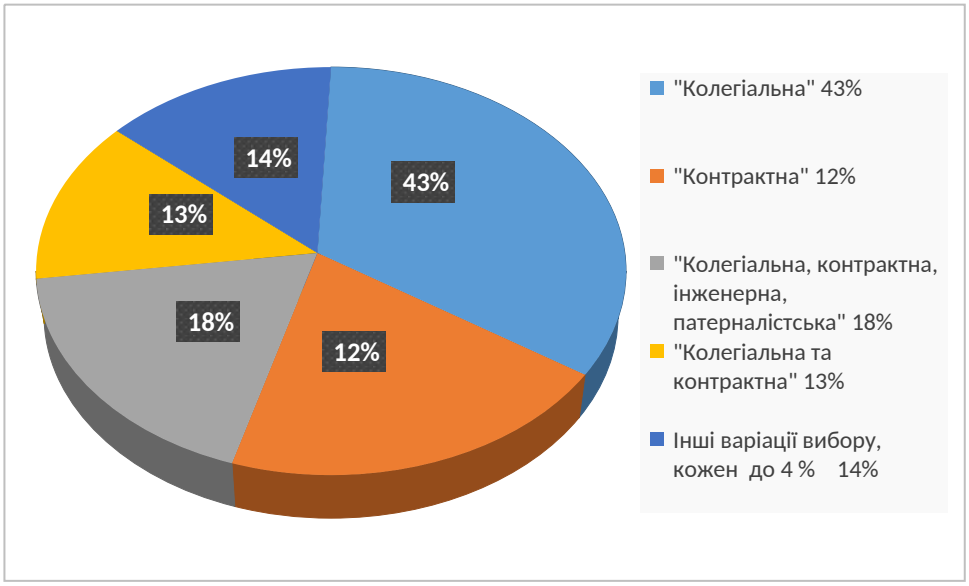


Рис. 3.8. Рівень знань моделей взаємовідносин із пацієнтами

На питання «До якої моделі найбільше відноситься Ваша робота з пацієнтом» (рис. 3.9) більшість респондентів обрала «колегіальну» (58%) та «контрактну» (29%).

Колегіальна модель використовується в роботі всього у 42,1% лікарів, в медсестер цей показник складає 61,54%, поряд з 56% у бакалаврів, 66,67% у магістрів та 95,65% у молодших медсестер. Найбільш високий показник у молодшого медичного персоналу пояснимо необхідністю тісної взаємодії з пацієнтом на дружньому рівні, в той час як лікарі володіють більш широкої можливістю використовувати й інші моделі у своїй роботі. 50% студентів планують використовувати також цю модель в свою практику.

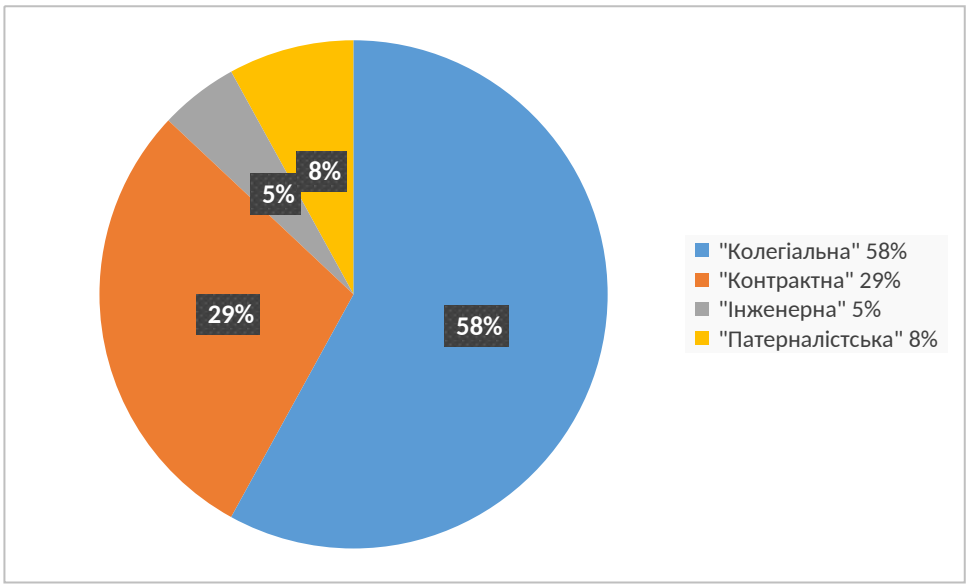


Рис. 3.9. Модель роботи з пацієнтом, що використовується у практиці

В питаннях про евтаназію відзначається тенденція до заперечення даної можливості для пацієнтів (рис. 3.10).

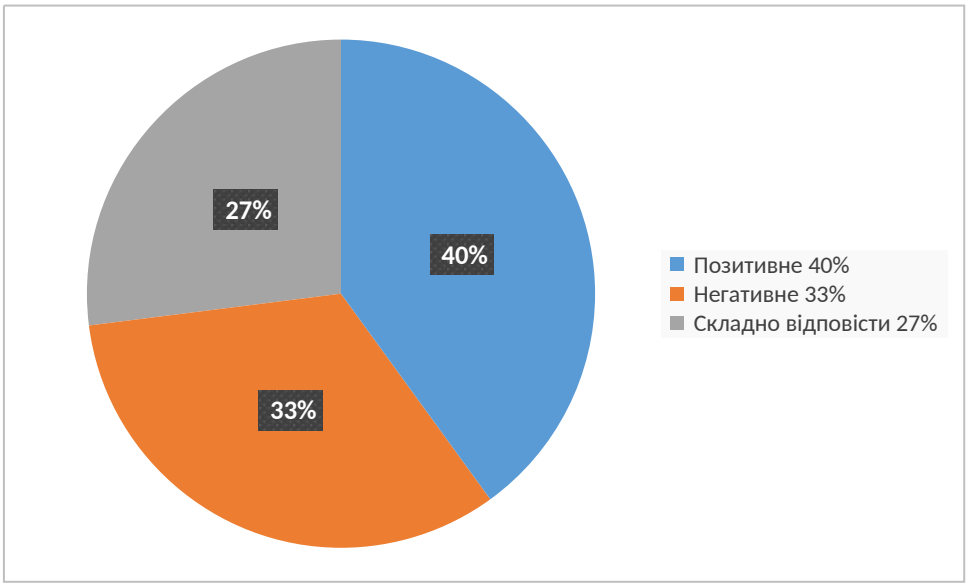


Рис. 3.10. Ставлення респондентів до евтаназії

Негативне ставлення висловили 66,6% лікарів, 23,81% медичних сестер, 50% молодших медичних сестер і всього 13,04% студентів.

На питання «Що на Вашу думку являє з себе евтаназія?» (неальтернативне питання), переважна більшість респондентів обрали:

- ✓ Тільки варіант 1 «допомога нужденному» обрали 49% опитуваних
- ✓ Тільки варіант 4 «слабкість духа пацієнта» обрали 8% опитуваних
- ✓ Тільки варіант 5 «гріх» обрали 14% опитуваних
- ✓ Варіанти 4 і 5 обрали 7% опитуваних
- ✓ Інші варіації вибору (2 - «економічна вигода для родичів та держави», 3 - «полегшення для родичів») склали менше 4%

На питання «Чи має пацієнт право на евтаназію?» більшість респондентів обрала позитивну відповідь (рис. 3.11.).

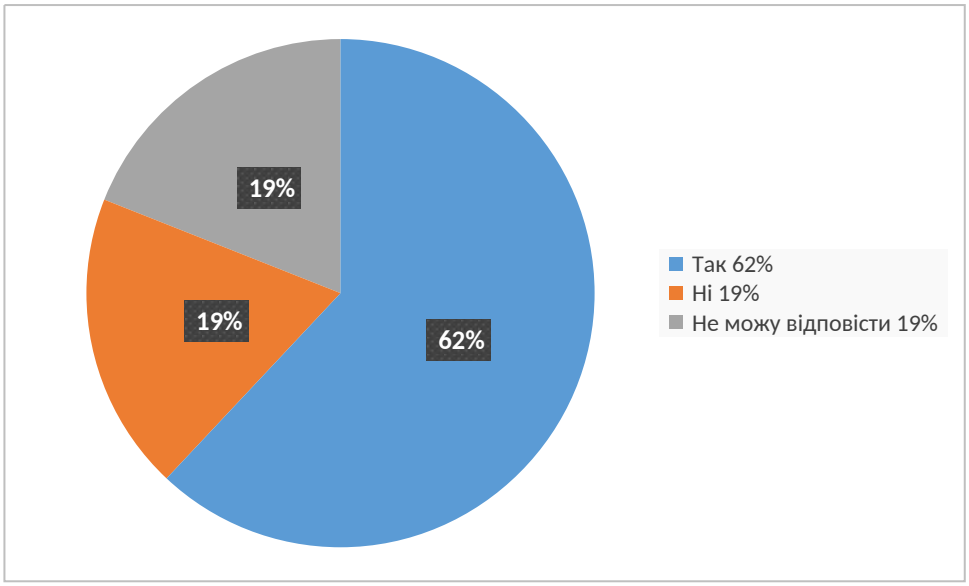


Рис. 3.11. Право пацієнта на евтаназію

Абсолютна більшість опитаних (59%) вважають, що, за умови легалізації евтаназії в Україні, необхідно, щоб дану процедуру проводив лікар або медична сестра. Участь в евтаназії родичів пацієнта допускають лише 11% респондентів (рис. 3.12.) .

На питання «По відношенню до кого евтаназія є припустимою, на Вашу думку?» (неальтернативне питання), переважна більшість респондентів обрали:

- ✓ Тільки варіант 1 «хворі невиліковними хворобами в термінальній стадії» обрали 38% опитуваних
- ✓ Тільки варіант 5 «ні до кого» обрали 28% опитуваних

✓ Варіанти 1 і 2 «новонароджені, що мають вади, несумісні з життям» обрали 22% опитуваних

✓ Інші варіації вибору (3 - «люди похилого віку», 4 – «люди старечого віку») склали менше 4% .



Рис. 3.12. Хто має право провести евтаназію (якщо б це було дозволено законодавством)?

По відношенню до людей похилого і старечого віку евтаназію вважають неприйнятною всі 100% респондентів.

Дискутабельним у всьому світі залишається питання "брехні во спасіння" в медицині. Найчастіше це проявляється або у відвертому спотворенні інформації щодо невиліковного діагнозу у пацієнта, або в приховуванні всієї правди про діагноз.

Однак загальносвітова практика, в тому числі і на законодавчому рівні, суворо засуджує дану тактику ведення пацієнта. Вважається, що пацієнт має право досконально знати свій діагноз. У нашому дослідженні ми постаралися з 'ясувати ставлення до даної проблеми в середовищі медпрацівників.

На питання «Чи вважаєте Ви, що пацієнт з невиліковною хворобою має право знати свій діагноз?» більшість респондентів вважають, що пацієнти мають право знати свій діагноз (рис. 3.13, 3.14).

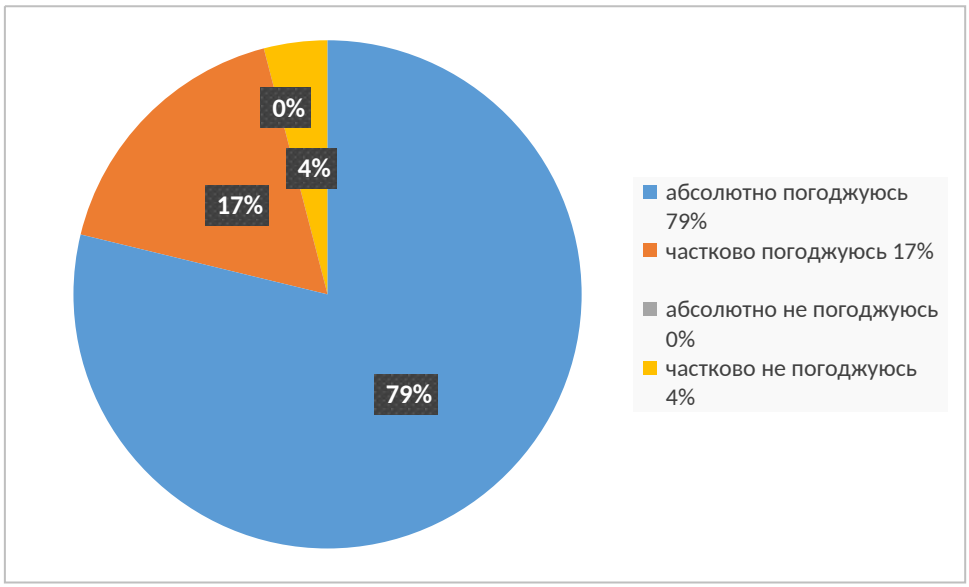


Рис. 3.13. Відношення респондентів до права пацієнта з невиліковною хворобою знати свій діагноз

На питання «Чи повинен лікар абсолютно повно інформувати пацієнта щодо його реального стану здоров'я, навіть при невиліковних хворобах?» 68% респондентів обрали позитивну відповідь (рис. 3.14).

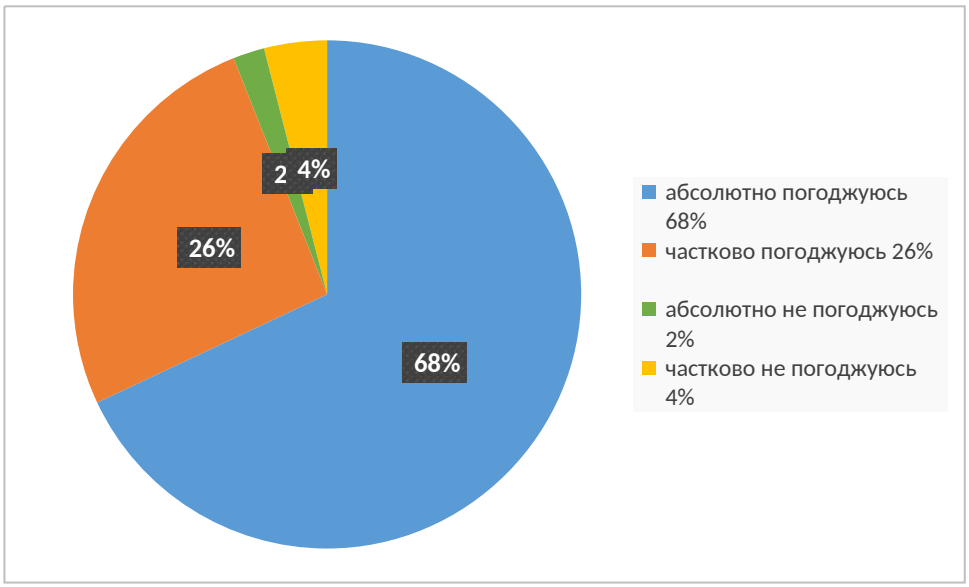


Рис. 3.14. Відношення респондентів до необхідності повної інформації стосовно стану здоров'я хворого

Стосовно питань паліативної допомоги пацієнтам результати проведеного дослідження є суперечливими (рис. 3.15): 50% опитаних вважають, що пацієнт в термінальній стадії невиліковної хвороби може перебувати вдома, в той час як більш за 41% впевнені, що пацієнти в такому стані повинні отримувати допомогу і догляд в умовах спеціалізованих установ.

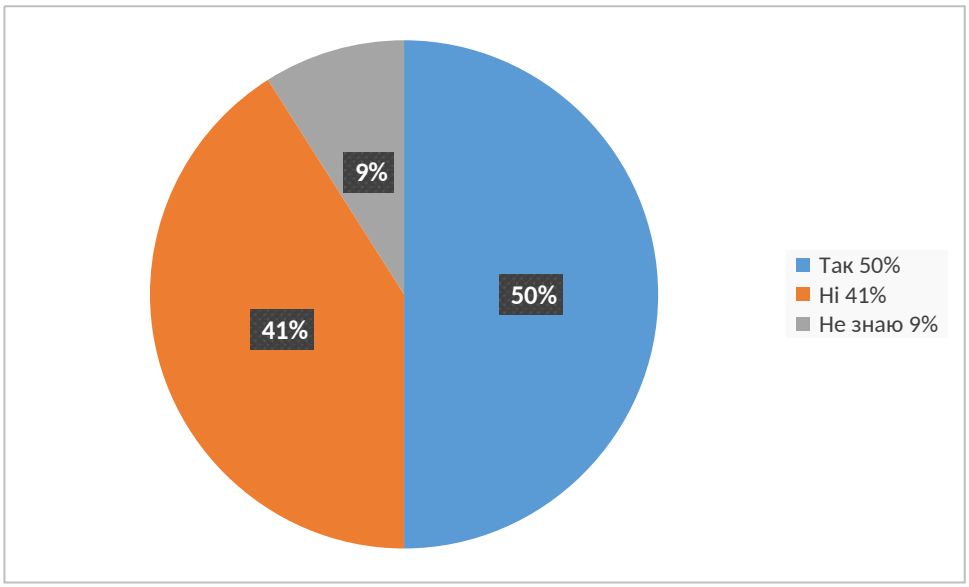


Рис. 3.15. Відповідь респондентів на питання «Чи припустимо залишати хворого в термінальній стадії невиліковної хвороби помирати вдома?»

Понад 80% респондентів дотримуються думки, що пацієнт в термінальній стадії невиліковної хвороби при необхідності має право на призначення наркотичних препаратів "на прохання" (рис. 3.16).

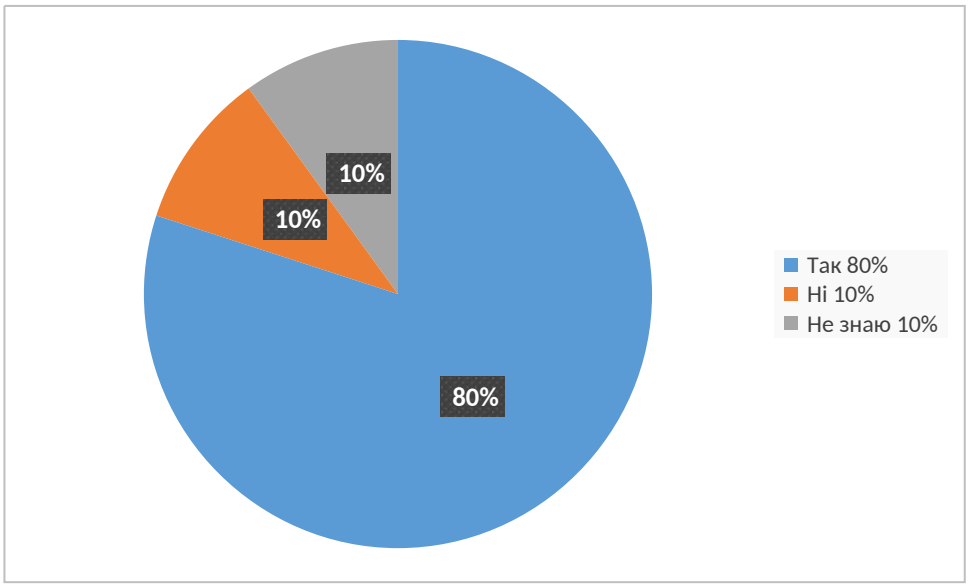


Рис. 3.16. Відношення респондентів до можливості введення наркотичних засобів «на прохання»

На питання «Як Ви вважаєте, чи лікарі, інший медичний персонал та спеціалісти МОЗ здатні забезпечити адекватне спостереження та лікування

невиліковно хворим пацієнтам?» лише 56% респондентів обрали позитивну відповідь (рис. 3.17). Це відображає гостру необхідність перегляду тактики ведення таких пацієнтів на законодавчому рівні.

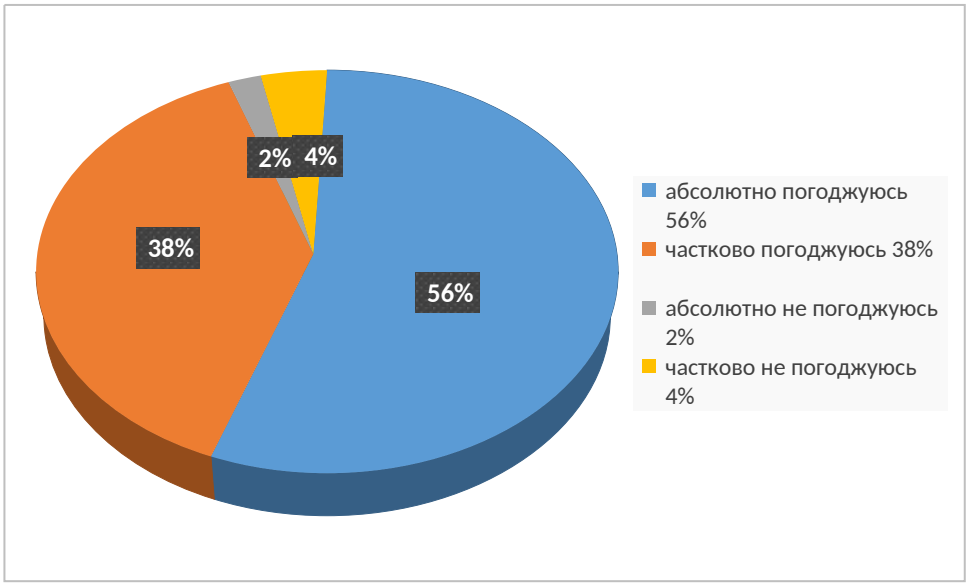


Рис. 3.17. Відношення респондентів до здатності медичних працівників забезпечити адекватний догляд за невиліковно хворими

Клінічні дослідження препаратів є гострою темою в сучасному медичному світі. На питання «Ваше ставлення до клінічних випробувань препаратів?» більшість респондентів обрали позитивну відповідь (рис 3.18).

Але, ставлення до клінічних досліджень відрізнялося у представників різних категорій медичних працівників. Так, 100% опитаних лікарів і 66,67% медичних сестер-магістрів вважають клінічні дослідження необхідними і важливими; серед медичних сестер-бакалаврів цей показник склав 84,6%; серед медичних сестер - 79,9%; серед молодших медичних сестер - 43,48%, серед студентів - 67,5%.

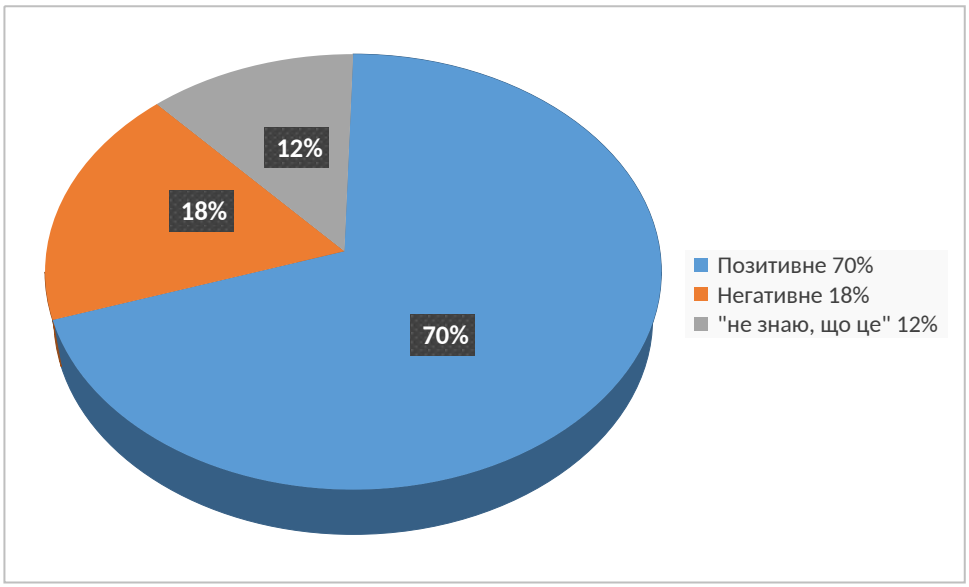


Рис. 3.18. Відношення респондентів до клінічних досліджень

Ймовірно, що закономірність, виявлена нами, відображає ступінь інформованості різних категорій медичних співробітників щодо розуміння патологічних процесів при різних захворюваннях, необхідності клінічних досліджень по етіології і патогенезу захворювань, вивчення впливу лікарських препаратів.

На питання «Чи є прийнятними клінічні випробування на тваринах?» 52% респондентів обрали позитивну відповідь (рис. 3.19).

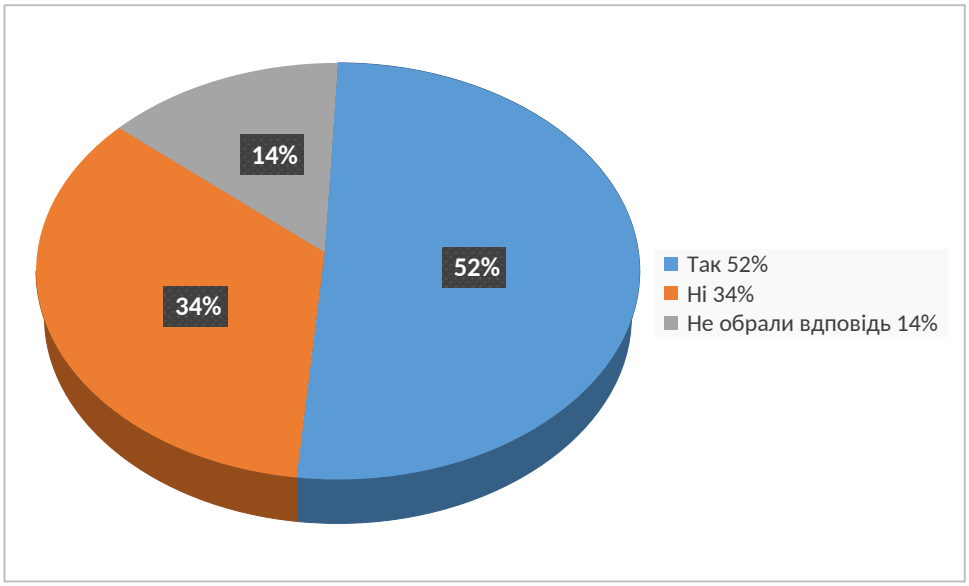


Рис. 3.19. Відношення респондентів до експериментах на тваринах

У той же час, тільки 19% опитуваних (рис. 3.20) дали позитивну відповідь на питання «Чи припустимі клінічні випробовування на людях?» (неальтернативне питання):

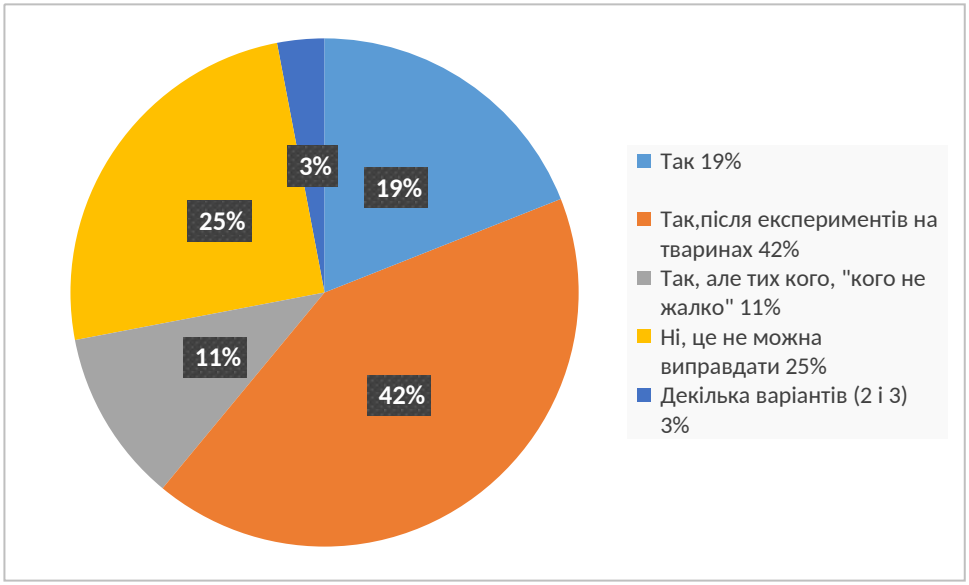


Рис 3.20. Відношення респондентів до клінічних випробуваннях на людях

У цілому, на питання «Ваше ставлення до досліджень в галузі генетики людини?» більшість респондентів обрали позитивну відповідь (рис 3.21).

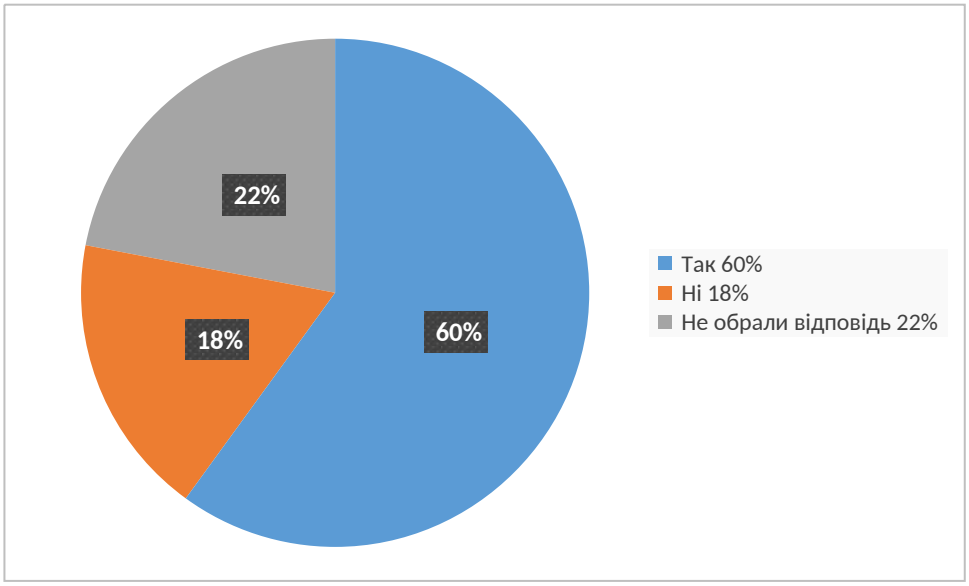


Рис. 3.21. Відношення респондентів до генетичних досліджень

Проте, відповідь на це питання відрізнявся у різних категорій медичних працівників. Так, серед лікарів і магістрів медсестер 100% підтримують даний вид досліджень, 76,9% медсестер, 80% медсестер-бакалаврів, 81,81% студентів також вважають, що вони необхідні і це прогрес в медицині. Однак 56,52% молодших медичних сестер дотримуються думки, що кожен людина створена за задумом Бога, і не людям втручатися в цей процес.

РОЗДІЛ 4
ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Науки про життя стали основним пріоритетом сьогодення. Ю.І Кундієв [14] звертав увагу наукової спільноти на те, що наприкінці XX століття людство усвідомило, що досягти істинного прогресу без високої моралі, моральних норм та правил неможливо. Так народилася біоетика. Проблеми біоетики мають міждисциплінарний характер, до їх вирішення причетні біологи, медики, екологи, філософи та правознавці, представники релігійних конфесій.

Сьогодні слово "Біоетика" придбало більш широке значення, що охоплює медичної етики або, ще ширше, етику охорони здоров'я.

Сучасна Біоетика інтегрує в єдине концептуальне ціле елементи класичної етики і досягнення медицини, біотехнології, екології, успіхи яких ініціювали низку складних проблем морального характеру [21].

Усвідомлення наслідків науково-технічного прогресу в медицині та їх наслідків для людства призвели до спроб зміни принципів освіти та виховання, зокрема, до пошуків нових підстав медичної освіти та організації процесів морального виховання всіх категорій медичних працівників у контексті сучасних досягнень біоетики, що спрямоване на підвищення конкурентоспроможності сучасної системи охорони здоров’я на світовому ринку медичних послуг [28].

Особливості сучасного світу вимагають від людства глибокої інформованості з питань можливої небезпеки, притаманної новітнім біомедичним напрямкам, формування певних етичних норм, принципів та світоглядних позицій у медичному середовищі та в суспільстві загалом, формування здоров'язберігаючих компетенцій як населення різних країн в цілому, так і, передусім, фахівців, які повинні займати лідируюче положення у цьому процесі внаслідок професійної спрямованості їх діяльності, забезпечувати фаховий супровід впровадження здоров'язберігаючих технологій у повсякденне життя людини [27].

М.О. Чащин та співавт. виділяють три рівня біоетичної освіти в країнах Східної Європи та Центральної Азії, а саме біоетичне освіта студентів медичних вишів; забезпечення біоетичній компетентності діючих медиків через систему підвищення кваліфікації і післядипломної освіти; та біоетичне просвітництво і виховання населення [31].

Однак на практиці, рівень теоретичних знань і ставлення до етичним проблемам, пов'язаних з використанням сучасних біомедичних технологій, клінічним дослідженням, життю і смерті, відрізняється у представників різних верств суспільства, що може бути пов'язано з віковими, культурними, професійними особливостями людини.

Ймовірно, трудність у розвитку біоетичної освіти пов'язана не тільки з отриманням необхідних теоретичних знань, але і з необхідністю розвитку вільного мислення людини і спеціаліста, його здатністю до самостійного відповідального вибору і орієнтації в різних життєвих ситуаціях, в тому числі і в сфері соціально - професійної діяльності.

Тому, нам було цікаво отримати дані про рівень теоретичних знань з біоетики і в, деякій мірі, застосуванні їх у практичній житті у лікарів, медичних сестер бакалаврів і магістрів, практикуючих медичних сестер та студентів медичного університету.

З цією метою ми провели анонімне анкетування 138 респондентів, які відповіли на 22 питання, що стосуються проблем біоетики.

Згідно результатам проведеного дослідження, більша частина опитаних усвідомлює необхідність використання правил біоетики у власній практиці, третина респондентів знає всі принципи та правила біоетики.

Проте, цей показник має тенденцію до зниження від студентського рівня знань (наявність курсу з біоетики у програмі навчання), лікарського (необхідність підписання інформованої згоди при обстеженні та лікуванні пацієнта, необхідність повідомляти діагноз, не завжди сприятливий для пацієнта і тощо) до медичних сестер та молодших медичних сестер. Більш високий рівень теоретичних знань принципів і правил біоетики у студентів медиків, магістрів і бакалаврів зі спеціальністю «медсестринство», мабуть, пов'язаний з вивченням такого предмету як «Біоетика». У той же час, молодший медичний персонал не володіє достатнім рівнем підготовки з етичних питань, хоча в медицині значимість молодших медичних сестер не можна недооцінювати, що вимагає вжиття відповідних заходів, зокрема, підвищення рівня знань з біоетики.

Сьогодні величезна кількість філософських, юридичних, медичних робіт присвячується праву людини на смерть, пов'язаному з термінальними станами життя. Людство зіткнулося з новою областю об'єктивної реальності: вперше предметом вивчення медицини стають не тільки хвороба й здоров'я, але і процес вмирання.

Наше дослідження дозволило з 'ясувати, як сьогодні ставляться до проблеми евтаназії представники медичного співтовариства. Нами було отримано майже рівні процентні частини по всіх варіантах відповіді, але незначно переважила «позитивна» частка. На думку половини опитаних евтаназія це «допомога нужденному». Більше половини респондентів вважають, що пацієнт має право на евтаназію і її повинен виконувати медичний працівник. Третина респондентів вважає, що «хворі в термінальній стадії невиліковної хворобі» мають право на евтаназію, ще третина вважає, що ніхто з пацієнтів не має права не евтаназію.

Негативне ставлення висловили 66,6% лікарів, 23,81% медичних сестер, 50% молодших медичних сестер і всього 13,04% студентів.

Дана динаміка можливо відображає різницю між практичною охороною здоров’я, знанням законодавства нашої країни і дискусіями на цей рахунок. Так, лікарі та медичні сестри частіше зустрічаються з законодавчими питаннями щодо пацієнта, частіше бачать так зване "медичне диво одужання", що і відображає їх негативне ставлення до самовільного відходу з життя пацієнтів. Студенти ж на заняттях в теорії розуміють необхідність позбавлення від страждань невиліковно хворих пацієнтів і єдино можливим виходом їм видається дозвіл евтаназії.

Таким чином, можна зробити висновок, що сьогодні поряд з думкою про можливість евтаназії, близько третини опитаних через складність даної проблеми ще не визначилися. Всі респонденти вважають, що евтаназія повинна бути регламентована правом.

Переважаюча більшість респондентів вважає, що пацієнт повинен знати свій діагноз, а лікар повинен інформувати його стосовно стану здоров’я у будь-яких випадках; також вони вважають, що хворому в термінальній стадії можна вводити наркотичні засоби «на прохання», а медична сфера здатна забезпечити нагляд, допомогу та лікування таким пацієнтам. Щодо припустимості залишення дома хворого в термінальній стадії думки респондентів розділились на майже рівні відсоткові частини.

Дослідження показало, що медичний персонал різного рівня не просто виконує свої професійні обов'язки, але і зацікавлений в тому, щоб допомагати термінальним хворим впоратися з їх психологічними проблемами після оголошення їм діагнозу. Велика частина студентів має схожу думку.

Клінічні дослідження препаратів є гострою темою в сучасному медичному світі. Більша частина респондентів підтримає клінічні випробування препаратів. Майже половина опитаних вважають, що допустимі клінічні випробування на тваринах, а на людях вони можуть бути проведені тільки попередніх випробувань на тваринах.

Але, ставлення до клінічних досліджень відрізнялося у представників різних категорій медичних працівників. Так, 100% опитаних лікарів і 66,67% медичних сестер-магістрів вважають клінічні дослідження необхідними і важливими; серед медичних сестер-бакалаврів цей показник склав 84,6%; серед медичних сестер - 79,9%; серед молодших медичних сестер - 43,48%, серед студентів - 67,5%. Згідно результатів опитування можна припустити, що істотна частина населення також може мати негативне ставлення до даних досліджень.

Ймовірно, що закономірність, виявлена нами, відображає недостатню ступінь інформованості різних категорій медичних співробітників щодо розуміння патологічних процесів при різних захворюваннях, необхідності клінічних досліджень по етіології і патогенезу захворювань, вивчення впливу лікарських препаратів. У свою чергу, це гальмує прогрес в медицині, обмежує можливість одужання для деяких пацієнтів, викликає негативне ставлення до лікарів і вимагає більш широкого доступу до інформації про клінічних дослідженнях для широких мас населення.

До досліджень в галузі генетики переважна більшість опитаних ставиться позитивно. Проте, відношення до ціх досліджень відрізнялося у різних категорій медичних працівників. Так, серед лікарів і магістрів медсестер 100% підтримують даний вид досліджень, 76,9% медсестер, 80% медсестер-бакалаврів, 81,81% студентів також вважають, що вони необхідні і це прогрес в медицині. Однак 56,52% молодших медичних сестер дотримуються думки, що кожен людина створена за задумом Бога, і не людям втручатися в цей процес.

Отримані результати опитувань свідчать про те, що незважаючи на неоднозначність відношення до певних біоетичних питань у суспільстві, більшість опитуваних ставиться до них так, як прийнято серед громадян передових країн світу. Беручи до уваги той факт, що вік респондентів становить переважно 18-24 роки, то ці дані можуть свідчити також про готовність нового покоління лікарів та медичних сестер до переоцінки певних

біоетичних штампів, що прийняті у нас в країні. Це дає змогу сподіватись на зміни цих штампів і на державно-правовому рівні та покращення якості медичних послуг шляхом впровадження нових досягнень біології та медицини з одночасним дотриманням принципів та правил біоетики.

Таким чином, гостро постає питання про необхідність кращої поінформованості з питань біоетики населення і різних категорій медичних працівників, зокрема. Отримані результати дослідження свідчать про важливість та доцільності викладання курсу "Біоетика" студентам-медикам, бакалаврам та магістрам за спеціальністю "медсестринство". Отримані знання допоможуть формуванню в особистості біоетичного світогляду і досягнення необхідного рівня професійної компетентності.

ВИСНОВКИ:

1. Біоетика - міждисциплінарна наука, що має широкий спектр проблематики. Прогрес медичної науки і практики актуалізує проблему етичної освіти медичних працівників різного рівня і формування біоетичної відповідальності майбутніх медичних працівників.
2. Біоетичні норми в своїй роботі використовують медичні працівники всіх рівнів, але не завжди це є усвідомлений процес. Необхідно підвищувати біоетичну культуру серед молодших медичних працівників.
3. Впровадження дисципліни "Основи біоетики" у навчальний процес студентів-медиків, бакалаврів за спеціальністю "медсестринство", продовження обговорення питань біоетики у медичних сестер магістрантів веде до розуміння сучасних етичних проблем в системі охороні здоров'я, сприяє більш високому рівню знань в галузі біоетики.
4. До евтаназії негативно відносяться більшість опитуваних, виключаючи студентів. Це питання потребує більш ретельного вивчення та обговорення на всіх рівнях, включаючи державний. Медичний персонал різного рівня не просто виконує свої професійні обов'язки, але і

зацікавлений в тому, щоб допомагати термінальним хворим впоратися з їх психологічними проблемами після оголошення їм діагнозу.

5. Велика частина студентів і лікарів вважають, що прогрес у медицині неможливий без перспективних досліджень (клінічних, генетичних). Однак необхідно підвищити рівень просвітницької роботи серед середньої та молодшої ланки медичних працівників і населення, створити загально досяжне інформаційне поле для більш повного розуміння даних моментів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Акопов В.И., Маслов Е.Н. Страдания Гиппократа (Правовые и этические проблемы современной медицины и ответственность медицинских работников). - Ростов-на-Дону: Приазовский Край, 2006. - 520 с.
2. Альбицкий В., Амбросимова М. Биомедицинская этика: вчера, сегодня, завтра // Материалы I Всероссийской научно- практической конференции "Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности", (Москва, 16 мая 2003 г.) / Под общ. ред. д.ю.н. С.Г. Стеценко. - М.: Юрист, 2003. - С. 277-278.
3. Вековшинина С.В., Кулиниченко В.Л. Биоэтика: начала и основания (Философско-методологический анализ). - К.: Сфера, 2002.-152 с.
4. Введение в биоэтику: Учебное пособие / Под общ. ред. Б.Г. Юдина, П.Д. Тищенко. М., 1988. - 384 с.
5. Волосовець О.П., Кривопустов С.П.,Логінова І.О. Біоетичні аспекти впровадження Інноваційних технологій медичної освіти // В кн. Матер. шостого національного конгресу з біоетики з міжнародною участю, Київ, 2016. – С. 83-84
6. Денисенко С.В., Глєбова Л.Ю., Назаренко С.М. Біотичні питання експериментів на тваринах // Вісник Української медичної стоматологічної академії. - 2006. - № 3. - С. 186-189.

7. Деонтология в медицине: В 2 т. Т. 1. Общая деонтология // Под. ред. Б.В. Петровского. - М., 1988. - 237 с.

8. Запорожан В.М., Аряєв М.Л., Капліна Л.Є. біоетичні аспекти освіти та виховання студентів вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладів України // В кн. Матер. шостого національного конгресу з біоетики з міжнародною участю, Київ, 2016. – С.85-86

9. Зґречча Е., Спаньйоло А. Дж., П'єтро М. Л. та ін. Біоетика / Переклад з італійської В.Й. Шовкун: Підручник. - Львів: Медицина і право, 2007. - 672 с.

10. Иванюшкин А.Я. Этика сестринского дела. - М.: ГРАНТЬ, 2003. -168 с.

11. Крилова Н.Е. Уголовное право и биоэтика: проблемы, дискуссии, поиск решений. - М.: ИНФРА-М, 2006. - 320 с.

12. Кулиниченко В.Л. Современная медицина: трансформация парадигм теории и практики: (Филос.-методол. анализ). - К.: Центр практичної філософії, 2001. — 240 с.

13. Ю. Кундієв, О. Дембновецький, М. Чащин, Р. Рудий. Біоетика — новий ступінь інтеграції природничих і гуманітарних наук // Вісн. НАН України. — 2002. — № 11. — С. 11-17.

14. Ю.І. Кундієв. Біоетика – велення часу // в кн. Антологія біоетики /за ред. Ю.І. Кундієва. – Львів: БаК, 2003. – С. 5-11

15. Кэмпбелл А., Джиллетт Г., Джонс Г. Медицинская этика: Пер. с англ.: Учеб. пос. / Под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина. — М.: ГЗОТАР-МЕД, 2004. - 400 с.

16. Медицина, этика, религия и право. Материалыї конференции / Сост. В.И. Шамшурин. М., 2000. - 244 с.

17. Москаленко В.Ф., Попов М.В. Біоетика: філософсько-методологічні та соціально-медичні проблеми. - Вінниця: Нова книга, 2005. - 210с.

18. Мохов А. А. Сочетание частных и публичных интересов при правовом регулировании медицинской деятельности. - СПб: Юридический центр Пресс, 2003. - 208 с.

19. Насінник О., Пиріг Л., Вєковшиніна С., Кулініченко В. Етичний кодекс українського лікаря (Проект). - К.: Сфера, 2002. - 24 с.

20. Нейко Є.М., Камінський В.Я., Попадинець О.Г., Нес- торенко В.Л. Місце біоетики в педагогічному процесі вищої медичної освіти // Архів клінічної медицини. - 2006. - № 1. - С. 80-81.

21. Пастухова Н.Л., Садовниченко Ю.А. Биоэтика как составляющая непрерывного образования // В кн. Матер. шостого національного конгресу з біоетики з міжнародною участю, Київ, 2016. – С. 95-96

22. Петров В.И., Седова Н.Н. Практическая биоэтика: этические комитеты в Росии. - М., 2002. - 192 с.

23. Пиріг Л І. Біоетика і сьогодення охорони здоров'я України // Ваше здоров'я. - 2003. - 4-10 квітня.

24. Поляков Г.А. Нравственная основа современного отечественного лечебного дела. - Краснодар, 2006. - 130 с.

25. Попов М.В. Аксіологія і медицина (Проблема цінностей і медицина). - К.: ПАРАПАН, 2003. - 284 с.

26. Поттер В.Р. Биоэтика: мост в будущее / Под ред. С.В. Вековшининой, В.Л. Кулиниченко. - К., 2002. - 216 с.

27. Сергета І.В., Шевчук Т.В., Панчук О.Ю., та співавт. Біоетичні аспекти формування здоров’язберігаючих компетенцій студентів вищих навчальних закладів //В кн. Матер. шостого національного конгресу з біоетики з міжнародною участю, Київ, 2016. – С.92-93

28. Сергета І.В., Шевчук Т.В. Досвід викладання основ біоетики на різних етапах здобуття медичної освіти у контексті безперервного професійного розвитку фахівців охорони здоров’я //В кн.: матеріали VII національного конгресу з біоетики, Київ, 30.09.19-02.10.2019. – С. 122-123

29. Сенюта І. Біоетичне законодавство України: перспективи становлення та розвитку // Вісник Львівського університету. - Серія юридична. - Львів, 2006. - Вип. 42. - С. 42-49.

30. Сенюта І. Правові основи біоетики // Формування особистості студентів як майбутніх фахівців лікарської справи, працівників охорони здоров'я та інших соціально-орієнтованих установ у контексті біоетики: [Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. Львів, 6-7 берез. 2003 р.] - Львів, 2003. - С. 150.

31. Чащин Н.А., Мишаткина Т.В., Пустовит С.В., Гурылева М.Э.,Сарымсакова Б.Е., Загиртдинова Ф. Образование в области биоэтики в странах СНГ // Сучасні проблеми біоетики / Редкол.: Ю.І. Кундієв (відп.ред.) та ін. – К.: «Академперіодика», 2009. – С.233−243.

32. Beauchamp T. L., Childress J. F. Principles of Biomedical Ethics, 5th ed. Oxford: Oxford Univ. Press, 2001.

33. Delgado Ramos Y. Kuok Loo J., González González E. Aspectos Bioéticos en la formación del Médico General Básico // Formacion en Ciencias de la Salud, Etica, Bioetica. Etica medica. Etica en Enfermeria. http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2419/2/Aspectos-Bioeticos-en-la-formacion-delMedico-General-Basico

ДОДАТОК 1

Шановний колего! Вам пропонується ця анкета для заповнення з метою вивчення відношення медичних працівників до питань біоетики! Опитування є анонімним, тому будь ласка відповідайте те, що думаєте саме Ви.

Будь ласка, обведіть цифру у вікні обраного Вами варіанту відповіді, а при необхідності – обґрунтуйте свою відповідь.

1.Ваша професія: ***1*** – лікар ***2*** – медична сестра ***3*** – мед сестра– бакалавр ***4*** мед сестра магістр ***5*** – молодша медична сестра ***6*** - студент

2. Вік: *7* – 18-25 ***8*** – 26-34 ***9*** – 35-44 **10** - старше 45

3. Стать: ***11*** - чоловік **12** - жінка

4. Чи усвідомлюєте Ви, що у своїй роботі слідуєте принципам біоетики?
13 – так ***14*** - ні

5. Чи знаєте Ви наступні принципи біоетики?

15– повага автономії пацієнта ***16*** – не зашкодь ***17***– справедливості ***18*** – роби благо

6. Чи знаєте Ви наступні правила біоетики?

19 – конфіденційності ***20*** – правдивості ***21***– інформованої згоди

7. Чи знаєте Ви наступні моделі взаємовідносин?

22 – колегіальна ***23***– контрактна ***24*** – інженерна ***25*** – патерналістська

8. До якої моделі більш за все відноситься Ваша робота з пацієнтом?

26 – колегіальна – медпрацівник і пацієнт вважають один одного за колег, що прагнуть досягнути однієї мети – ліквідації хвороби та захист здоров'я пацієнта;

27 – контрактна – медпрацівник усвідомлює, що у випадку значущого вибору за пацієнтом повинна залишатися свобода керувати своїм життям і своєю долею;

28 – інженерна – коли пацієнт для медичного працівника є біологічною системою, в якій виникли несправності та їх необхідно усунути;

29– патерналістська – медпрацівник виконує роль більш знаючого, досвідного, що турбується про благо іншої сторони, «батька», а інша сторона повністю приймає це верховенство та безумовно підкорюється.

9. Ваше відношення до евтаназії: ***30*** - позитивне **31** – негативне ***3 2*** – складно відповісти

10. Що, на Вашу думку, являє собою евтаназія? ***33*** – допомога тому, хто страждає ***34*** – економічна вигода для родичів чи держави ***35*** – полегшення для родичів ***36*** – слабкість духа пацієнта ***37***- гріх

11. Чи має право пацієнт на евтаназію? **38** – так ***39*** – ні ***40*** – не можу відповісти

12. Хто має право провести евтаназію (якщо було б дозволено законодавством?) ***41*** – медпрацівник ***42*** – сам пацієнт ***43*** – родичі пацієнта ***44*** - ніхто

13. По відношенню до кого евтаназія є прийнятною, на Вашу думку: ***45*** – хворі на невиліковні захворювання термінальної стадії ***46*** – новонароджені з пороками, що несумісні з життям ***47***– люди похилого віку ***48*** – люди старечого віку ***49*** - ніхто

14. Чи вважаєте Ви, що пацієнт з невиліковним захворюванням має право знати свій діагноз?

50 – абсолютно згоден ***51*** – частково згоден (пояснення_____)
52– абсолютно незгоден ***53*** – частково не згоден (пояснення_____)

15. Чи повинен лікар абсолютно повно інформувати пацієнта про його реальний стан здоров'я, навіть при невиліковних хворобах?

54 – абсолютно згоден ***55*** – частково згоден (пояснення_____)
56 – абсолютно незгоден ***57*** – частково не згоден (пояснення_____)

16. Чи є допустимим залишати хворого в термінальній стадії невиліковної хвороби залишати помирати вдома? ***58***– так **59** – ні ***60*** – не знаю

17. Чи згодні Ви з тим, що хворим в термінальних стадіях невиліковних хвороб є допустимим введення наркотичних препаратів «за вимогою»? ***61*** – так ***62***– ні ***63***– не знаю

18. Чи вважаєте Ви, що лікарі, інший медперсонал та спеціалісти МОЗ здатні забезпечити адекватне спостереження та лікування невиліковних хворих? **64** – абсолютно згоден ***65*** – частково згоден (пояснення_____)
66– абсолютно незгоден ***67*** – частково не згоден (пояснення_____)

19. Ваше відношення до клінічного дослідження препаратів: ***68*** – позитивне **69** – негативне ***70***– не знаю, що це

20. Чи є прийнятним клінічні дослідження в якості експерименту на тваринах: ***71*** – так ***72*** – ні, це не є оправданим

21. Чи є прийнятними клінічні дослідження на людях:

73 – так ***74***- так, тільки після дослідів на тваринах ***75*** – так, але тільки на тих, «кого не шкода» (осуджені на довічний термін, вмираючі люди та ін.) ***76***- ні, це не є оправданим

22. Ваше відношення до досліджень в області генетики людини:

77 – позитивне, це прогрес медицини ***78*** – негативне (кожна людина створена за задумкою Бога та не людям в це втручатися) ***79*** – Ваш варіант

Дякуємо за участь!