

Всемирная Медицинская Ассоциация

РУКОВОДСТВО ПО МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКЕ



WMA

ethique medicale
medizinske etika
orvosi etika
إخلاقيات الطبية
医の倫理
meditsinska etika
lekařský etika
醫徳
Læknisfræðileg siðfræði
medische ethiek
medizinske Ethik
medical ethics
إخلاقيات طبية
醫德
醫療概念
ethique
אתיקה רפואית
医の倫理
medisinsk etikk
Medicine
ética médica
الأخلاقيات الطبية
醫療概念

Всемирная Медицинская Ассоциация (ВМА) представляет репрезентативный голос врачей, в соответствии с их специализацией, местонахождением или практическим опытом. Миссия ВМА – помочь человеческому сообществу достичь как можно более высоких стандартов при оказании медицинской помощи, решении этических, научных, образовательных вопросов, а также решении вопросов, связанных с правами человека в области здравоохранения. Этический Комитет ВМА был создан в 2003 году для координации и развития деятельности этических комитетов и расширения активности ВМА по трем направлениям: связь с другими международными организациями, занимающимися этическими проблемами, помощь коллегам посредством проведения конференций и создания сайта ВМА, разработка и создание новых материалов для образовательных программ в области этики, таких, как данное руководство.



Всемирная Медицинская Ассоциация
B.P.63,01212 Ferney-Voltaire Cedex, France
e-mail: wma@wma.net
fax: (+33) 450 40 59 37 wma.net
www.wma.net

John Reynold Williams

Manual Medicine Ethic

World Medical Association
World Health Communication Associates, UK
2005

Всемирная медицинская ассоциация
Российское медицинское общество

Джон Р. Уильямс

Руководство по медицинской этике

*Русское издание под редакцией
Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина, Л.А. Михайлова*

Рекомендуется Учебно-методическим объединением
по медицинскому и фармацевтическому образованию
вузов России в качестве учебного пособия
для студентов медицинских вузов



Москва
Издательская группа
«ГЭОТАР-Медиа»
2006

УДК 614.253-111=03.161.1

ББК 51.1(2)

М42

Научная редакция:

Ю.М. Лопухин, докт. медицинских наук, проф., действ. член РАМН;

Б.Г. Юбин, докт. философских наук, проф., член-корр. РАН;

Л.А. Михайлов, канд. медицинских наук.

Уильямс Дж. Р.

М42 Руководство по медицинской этике / Под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юбина, Л.А. Михайлова; пер. с англ. Булыгиной Т.В., Васильевой Л.Л. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 128 с.

ISBN 5-9704-0115-3 (рус.)

ISBN 92-990028-0-0 (англ.)

Книга посвящена практическим вопросам медицинской этики, с которыми сталкиваются врачи и другие работники здравоохранения в своей профессиональной деятельности. Рассматриваются различные возможные точки зрения на предмет и сущность этики в здравоохранении, проблемы отношений врача и пациента, врача и его коллег, участия врачей и пациентов в научных исследованиях.

Главное отличие руководства от большинства монографий, сборников и статей по биоэтике, вышедших в последние десятилетия XX и начала XXI века, состоит в отсутствии длиннот, связанных с историей, философскими и социологическими отступлениями и медицинскими деталями. Это делает книгу доступной для массового читателя-медика и позволяет усвоить главное: принципы, логику и мораль современной медицинской этики. Книга рекомендована в качестве учебного пособия для студентов медицинских вузов.

УДК 614.253-111=03.161.1

ББК 51.1(2)

ISBN 5-9704-0115-3 (рус.)

ISBN 92-990028-0-0 (англ.)

© World Medical Association

© World Health Communication Associates, UK

© Оформление. Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие к русскому изданию	8
Предисловие	10
Введение	12
• Предмет медицинской этики	12
• Зачем изучать медицинскую этику?	14
• Медицинская этика, медицинский профессионализм, права человека и законы	14
• Заключение	17
ГЛАВА 1 • Основные черты медицинской этики	18
• Что особенного в медицине?	20
• Что особенного в медицинской этике?	21
• Кто решает, что этично?	23
• Меняется ли медицинская этика?	24
• Меняется ли медицинская этика в зависимости от страны?	26
• Роль ВМА	27
• Как ВМА решает, что именно этично?	28
• Как отдельные люди решают, что именно этично?	29
• Заключение	33
ГЛАВА 2 • Врач и пациент	34
• Что особенного в отношениях врач-пациент?	36
• Уважение и равенство обращения	37
• Коммуникация и согласие	41
• Принятие решений за недееспособных пациентов	45
• Врачебная тайна	48
• Вопросы, связанные с началом жизни	53
• Вопросы, связанные с окончанием жизни	54
• Разбор ситуации	57

ГЛАВА 3 • Врач и общество	58
• Что особенного в отношениях врач-общество?	60
• Двойная лояльность	62
• Распределение ресурсов	64
• Общественное здравоохранение	68
• Глобальное здравоохранение	70
• Разбор ситуации	73
ГЛАВА 4 • Врачи и коллеги	74
• Вызовы власти врачей	76
• Взаимоотношения с коллегами лечащего врача; учителя и студенты	78
• Сообщение о небезопасных и неэтичных действиях	80
• Взаимоотношения с другими работниками здравоохранения	82
• Кооперация	83
• Разрешение конфликтов	85
• Возвращаясь к изучению дела	87
ГЛАВА 5 • Этика и медицинские исследования	88
• Важность медицинских исследований	
• Исследования и медицинская практика	
ГЛАВА 6 • Заключение	104
• Ответственность и привилегии врачей	106
• Обязанности по отношению к себе	109
• Будущее медицинской этики	110
Приложение А — Глоссарий	112
Приложение В — Ресурсы в сети Интернет, посвященные медицинской этике	114
Приложение С	117
Приложение D — Усиление преподавания этического блока в медицинских образовательных учреждениях	119

Приложение Е — Дополнительные учебные ситуации	121
• Совет по контрацепции для несовершеннолетних	121
• Недоношенный ребенок	122
• ВИЧ-инфекция	123
• Лечение заключенного	124
• Решение о прекращении поддержания жизни	125
• Подборки учебных ситуаций	126

ПРЕДИСЛОВИЕ К РУССКОМУ ИЗДАНИЮ



Ю.М. Лопухин

"Руководство по медицинской этике", написанное Джоном Р. Уильямсом - председателем комитета по медицинской этике Всемирной медицинской ассоциации, безусловно, вызовет живой интерес российского медицинского сообщества и станет настольной книгой каждого российского врача.

В отличие от большого количества монографий, сборников и статей по биоэтике, вышедших в последние десятилетия XX и начала XXI века, в предлагаемом врачебному сообществу руководстве отсутствуют исторические, философские и социологические отступления, избыточные медицинскими деталями. Это позволяет врачу освоить главное: принципы, логику и мораль современной медицинской этики.

Стремительно развивающаяся во всех отношениях медицинская наука и практика ставит сегодня перед врачом множество этических вопросов. По мнению автора, их решение возможно тремя путями: иррациональным, основанным на повиновении, приказе, инструкции, интуиции, чувствах; рациональным, основанным на оценке вероятных последствий; либо на представлениях о долге и обязанностях медика. В книге показано, что далеко не все этические проблемы современной медицины, в частности, организации здравоохранения, имеют однозначное решение. Не определена еще допустимость проведения многих исследований, таких как тотальное генетическое типирование и этические последствия трансплантации стволовых клеток. В книге рассматриваются такие сложные вопросы, как аборты, являющиеся, по мнению автора, своеобразным убийством, эвтаназия и ее альтернатива - паллиативное лечение, направленное на то, чтобы окончание жизни происходило с минимальными страданиями. Особое внимание уделено испытаниям и внедрению в практику новых лекарственных средств, со многими негативными явлениями в деле производства препаратов: контрафактной продукцией, предоставлением фирмами ложных сведений результатов испытаний, коррупцией и т.д.

Красной нитью через все "Руководство" проходит мысль о том, что при решении любой этической проблемы, касающейся врачебной тайны, эпидемиологической ситуации, информированного согласия, решения врачебных и общественных конфликтов и т.п., на первый план должны быть поставлены интересы пациента, а не науки, не общества и не бизнеса. Врач, утверждает автор, должен обладать тремя главными качествами: сочувствием к больному, компетентностью и самостоятельностью. К сожалению, в последние годы все больше и больше развитие самостоятельности при становлении врача сдерживается эталонами и инструкциями.

В России всегда уделяли большое внимание этическим проблемам в медицине, начиная от М.Я. Мудрова, Н.И. Пирогова, В.А. Манассеина, Н.Н. Петрова, Б.В. Петровского. Важно отметить, что в трудах русских ученых этика всегда рассматривалась как неотъемлемая составная часть всей врачебной культуры.

В последние годы вышел ряд ценных монографий по медицинской этике на русском языке: ("Биомедицинская этика", в 3-х томах, под редакцией Покровского В.И. и Лопухина Ю.М., 1997-2003 гг.; "Этика сестринского дела" - Иванюшкин А.Ю., 1998; "Медицинская этика" - Яровинский М.Я., 1999; "Философия биомедицинских исследований", под редакцией Юдина Б.Г., 2000; "Медицинская этика" - Кэмпбелл А., Джиллет Г. и Джонс Г., 2004; "Биоэтика" - Сгрэгга Э. и Тамбоне В., 2000).

В заключение хотелось бы выразить надежду, что знакомство российских врачей и ученых с этой книгой оживит работу этических комитетов научных и лечебных организаций, врачебных обществ по медицинским специальностям, региональных общественных организаций и в целом всего Российского медицинского общества, поможет в организации систематической работы в этом направлении.

Настоящее руководство снабжено электронными адресами основных Международных организаций, занимающихся проблемами биоэтики, что дает возможность читателю быть в курсе новых разработок в области биоэтики.

Академик РАМН Ю.М. Лопухин
Член-корр. РАН Б.Г. Юдин
Д-р Л.А. Михайлов

ПРЕДИСЛОВИЕ

Невероятным кажется, что, хотя основатели медицины, такие, как Гиппократ, создавали свои работы более 2000 лет назад, в медицине до сих пор нет признанного всеми курса, посвященного медицинской этике. Данный учебник ставит своей целью этот пробел восполнить.

Идея создания такого учебника возникла на 51-й Генеральной Ассамблее Всемирной Медицинской Ассамблеи в 1999 году. Собравшиеся врачи, представлявшие национальные медицинские организации со всего земного шара, решили «настойчиво рекомендовать всем медицинским институтам мира включить в программы обязательный курс Медицинской этики и прав человека». Наряду с этим была начата работа по созданию базового курса по медицинской этике для студентов-медиков и врачей, основанного на концепциях, принятых странами — членами ВМА. Данный учебник и явился результатом разработок и консультаций, координированных Комитетом ВМА по этике.

Современное здравоохранение столкнулось с рядом исключительно сложных и многогранных этических дилемм, и со многими из них врачи зачастую не способны адекватно справляться. Данная книга разработана специально для того, чтобы описать и структурировать этические принципы в текущей практике и предоставить инструментарий для решения подобных проблем. Это не набор «правильных и неправильных» ответов, но попытка помочь совести медика, которая и является основой для принятия любых профессиональных решений. С этой целью в книге будут представлены несколько ситуаций, которые должны способствовать индивидуальному пониманию сути проблемы и могут быть использованы для обсуждения внутри коллектива.

Как врачи, мы осознаем, какой привилегией является возможность быть вовлеченным в отношения врач—пациент — уникальные отношения, позволяющие обогащать научные знания и помогать человеку на основе этики и доверия. Настоящая книга построена таким образом, чтобы затронуть различные виды отношений, в которых участвует врач, но основой являются отношения врача и пациента. В последнее время эти отношения переживают определенный кризис из-за недостатка ресурсов и в силу других не менее важных причин. Эта

книга показывает значимость как проблемы так и путей ее решения в медицинском сообществе.

Любое обсуждение вопросов, связанных с медицинской этикой, важно обсуждать в аспекте прав пациента. Так как только врач, обладая медицинскими знаниями, может полноценно представлять его интересы. Большинство национальных медицинских организаций признают, что при принятии решений о лечении прежде всего необходимо учитывать интересы каждого конкретного пациента. Данный курс ВМА по медицинской этике можно считать успешным, только если он поможет подготовить студентов-медиков и врачей к решению многочисленных этических проблем, возникающих в каждодневной работе, и нахождению эффективных способов ПРИОРИТЕТНОГО УЧЕТА ИНТЕРЕСОВ ПАЦИЕНТА.

И в заключение несколько слов о ВМА.

Всемирная медицинская ассоциация (ВМА) — единственная международная организация, объединяющая всех врачей мира и осуществляющая свою деятельность как Всемирный врачебный парламент. Решения, принимаемые ВМА, являются составной частью норм международного права и регулируют деятельность врачей во всех странах. Профессиональное управление медицинской деятельностью в большинстве стран осуществляется врачами через национальные врачебные организации, основанные на индивидуальном членстве врачей, что позволяет создать идеальные условия для развития этической культуры каждого врача в отдельности и медицинского сообщества в целом. То, что Россия в лице Российского медицинского общества (РМО) стала в 2002 г. членом ВМА, имеет принципиальное значение для каждого российского врача. В течение 54 лет врачи России были практически изолированы от деятельности этой влиятельной международной организации, однако теперь через членство в РМО они имеют возможность стать полноправными членами всемирного медицинского сообщества, а значит, активно участвовать в его деятельности и находиться под его защитой. И чем быстрее в России будет создана сильная и авторитетная корпорация медицинских работников, тем более востребованными станут знания в области медицинской этики, тем быстрее врачебное сообщество осознает свою нравственную, гражданскую и профессиональную ответственность за здоровье нации.

ВВЕДЕНИЕ

ПРЕДМЕТ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

Рассмотрим следующие медицинские случаи, которые могут произойти практически в любой стране:

1. Врач П., опытный хирург, заканчивает ночную смену в небольшой районной больнице. Мать привозит в больницу молодую девушку, после чего немедленно уезжает, сообщив медицинской сестре, что ей необходимо смотреть за остальными детьми. У пациентки влагалищное кровотечение и сильная боль. После осмотра врач П. решает, что причиной мог стать самопроизвольный выкидыш или аборт. Врач проводит выскабливание и просит сестру уточнить у пациентки, может ли та позволить себе оплачивать нахождение в больнице до тех пор, пока выписка не станет безопасной. Врач К. заступает на место врача П., который уходит домой, не поговорив с пациенткой.
2. Врач С. сильно расстраивается, когда пациенты до или после визита к ней консультируются по той же проблеме у другого врача. Она считает это потерей времени и вредным для здоровья пациентов и поэтому решает поставить пациентов перед выбором: либо они прекращают визиты к другим врачам по той же проблеме, либо она перестает их принимать. Кроме этого, она намеревается обратиться в свою медицинскую ассоциацию, чтобы та пролоббировала в правительстве запрет на подобное поведение пациентов.
3. Врач В., недавно назначенный анестезиологом в городской госпиталь, обеспокоен поведением главного хирурга в операционной. Хирург использует устаревшие методы работы, что приводит к большей длительности операций, более сильным послеоперационным болям и более длительному восстановительному периоду. Кроме этого, он часто позволяет себе грубые шутки в отношении пациентов, которые нервируют ассистентов хирурга. Будучи младшим членом команды, врач В. не склонен критиковать хирурга лично или жаловаться на него руководству. Однако он чувствует, что должен что-то сделать для улучшения ситуации.
4. Врач Р., терапевт в небольшом провинциальном городе, привлечен для участия в клинических испытаниях несте-

роидного противовоспалительного препарата против остеоартрита. За каждого привлеченного участника клинических испытаний согласно условиям полагается определенная денежная сумма. Организатор испытаний заверил врача Р., что получены все необходимые одобрения и разрешения, в том числе и от этического комитета. Врач Р. никогда не участвовал в подобных проектах и польщен предоставленной возможностью, особенно материальным вознаграждением. Он соглашается, не уточняя деталей относительно научной или этической стороны эксперимента.

В каждом из приведенных примеров присутствуют этические аспекты. Здесь встают вопросы о том, как должен себя вести и принимать решения врач — не научные или технические вопросы типа «как лечить диабет», но вопросы о ценностях, правах и ответственности. Врачи сталкиваются с ними не реже, чем с научными или техническими.

В медицине, вне зависимости от специальности, на одни вопросы ответить намного легче, чем на другие. Наложение гипса или простого шва для привыкшего к этим процедурам специалиста не представляет никаких сложностей. Противоположностью может стать неопределенность или разногласия относительно того, как лечить ту или иную болезнь — возможно, даже вполне «обычную», как, например, туберкулез или гипертонию. Точно так же и вопросы медицинской этики могут быть разной сложности. На некоторые из них ответ может быть весьма легок — главным образом это случается, если есть некий консенсус относительно «правильного» поведения в определенной ситуации (например, врач должен спрашивать согласия пациента на предмет его участия в исследованиях). Остальные же намного более сложны, особенно те, в которых нет общепринятой модели поведения или если все возможные альтернативы имеют отрицательные стороны (например, проблема распределения ограниченных медицинских ресурсов).

Итак, что же такое этика и как она помогает врачу решать подобные проблемы? Прежде всего, этика есть систематизация норм поведения — внимательный и систематический сбор и анализ поведенческих решений в прошлом, настоящем и будущем. Нормы поведения оперируют такими понятиями, как «права», «обязанности» и «польза» и прилагательными «плохой-хороший», «правильный-неправильный» и «справедливый-несправедливый». В таком контексте этика касается преиму-

«...этика есть систематизация норм поведения — внимательный и систематический сбор и анализ поведенческих решений в прошлом, настоящем и будущем»

щественно знания, а нормы поведения — выбора тех или иных действий. И связаны они оказываются тем, что этика пытается найти рациональное обоснование выбору одного варианта поведения перед другим.

Так как этика имеет дело со всеми аспектами человеческого поведения и механизмами принятия решений, она является очень обширной и сложной областью знаний со множеством разделов и подсекций. Данная книга фокусируется на медицинской этике, — разделе этики, который за-

нимается нормами поведения в медицинской практике. Медицинская этика тесно связана, но не идентична *биоэтике* (*био-медицинской этике*). В то время как медицинская этика сосредотачивается главным образом на вопросах, возникающих в медицинской практике, биоэтика является очень широким предметом, занимающимся проблемами норм поведения, возникающими с развитием биологических наук в целом. Биоэтика также отличается от медицинской этики тем, что не требует принятия определенных традиционных ценностей, которые, как мы увидим в главе 2, являются фундаментальными в медицинской этике.

ЗАЧЕМ ИЗУЧАТЬ МЕДИЦИНСКУЮ ЭТИКУ?

«Пока врач успешно практикует, этика лишняя».

«Этику изучают в семье, а не в медицинском институте».

«Медицинскую этику изучают, наблюдая за действиями опытного врача, а не по лекциям и конспектам».

«Этика важна, но наш учебный план и так переполнен — так что места для нее найти не получится».

Это лишь некоторые отговорки, по которым этике не отводится одна из главных ролей в учебных планах медицинских школ. Каждое из этих высказываний, безусловно, имеет здоровое зерно — но лишь частично. Все чаще медицинские школы по всему миру осознают, что они должны выделять достаточное количество времени и ресурсов преподаванию этики. И в этом направлении существует заметная поддержка со стороны

Всемирной Медицинской Ассоциации и Всемирной Федерации Медицинского Образования (см. приложение С).

Эта книга наглядно покажет важность этики в медицинском образовании. В целом, можно сказать, что этика всегда была и остается неотъемлемой частью медицинской практики. Такие этические принципы, как уважение к человеку, информированное согласие (согласие пациента на основании полной информации) и врачебная тайна являются основой взаимоотношений врача и пациента. Однако реализация данных принципов в конкретных ситуациях зачастую оказывается проблематичной, так как врачи, пациенты, члены их семей и прочий медицинский персонал могут расходиться во мнениях, что является правильным в конкретной ситуации. Изучение этики готовит студента к пониманию сложных ситуаций и рациональному решению возникающих дилемм. Этика, кроме того, важна при взаимодействии врачей с обществом и коллегами и при проведении медицинских исследований.

«Изучение этики готовит студента к идентификации сложных ситуаций и решению возникающих дилемм на основе рациональности»

МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА, МЕДИЦИНСКИЙ ПРОФЕССИОНАЛИЗМ, ПРАВА ЧЕЛОВЕКА И ЗАКОНЫ

Как будет показано в главе 1, этика была составной частью медицины по меньшей мере со времен Гиппократов, греческого врачевателя V в. до н.э., которого считают основоположником медицинской этики. Со времен Гиппократов идет понимание медицины как профессии, при овладении которой врачи дают публичную клятву в том, что будут чтить интересы пациентов выше своих собственных (подробнее см. главу 3). В этой книге станет очевидной тесная связь этики и профессионализма.

В последнее время на медицинскую этику оказали значительное влияние последние достижения прав человека. В мире плюрализма и множества культур с различными традициями основные соглашения в области прав человека создают для медицинской этики основы, не ограниченные национальными или культурными границами. Кроме того, врачи зачастую име-

ют дело с медицинскими проблемами, вызванными нарушениями прав человека, как, например, вынужденная миграция или пытки. Таким образом, врачи оказываются в зависимости от результатов споров о том, является ли право на здравоохранение одним из базовых прав человека, так как ответ на этот вопрос в каждой конкретной стране определяет, кто имеет право на услуги здравоохранения. В этой книге мы подробно разберем, как вопросы прав человека влияют на медицинскую практику.

«Зачастую этика предписывает более высокие стандарты поведения, нежели закон, а в отдельных случаях — даже предписывает нарушать законы, предполагающие незитичное поведение»

Медицинская этика также тесным образом связана с законом. В большинстве стран существует законодательство, регулирующее этические аспекты работы врача в обращении с пациентом и при исследованиях. Кроме этого, медицинские регулирующие и лицензирующие органы имеют право наказывать нарушителей этических норм. Но этика и закон — это не одно и то же. Зачастую этика предписывает более высокие стандарты поведения, нежели закон, а в отдельных случаях — даже предписывает врачу нарушать законы, предполагающие незитичное поведение. Кроме этого, законы в различных странах значительно отличаются, в то время

как этика есть понятие универсальное и не зависит от национальных границ. Поэтому здесь мы сосредоточимся на этике, а не на законодательстве.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Медицина является одновременно и наукой, и искусством. Научная ее часть занимается тем, что можно пронаблюдать и измерить — опытный врач по симптомам узнает болезнь и знает, как вылечить пациента. Но наука в то же время имеет и свои границы, особенно в отношении человеческой индивидуальности, культуры, религии, прав, свобод и ответственности. Медицина как искусство предполагает применение медицинской науки и технологий к индивидуальным пациентам, семьям и сообществам — уникальным и неповторимым. Во многом отличия между различными пациентами, семьями и сообществами не являются физиологическими, и поэтому основную роль играют гуманитарные и социальные науки, и в том числе этика. Бесспорно, этика сама по себе многое заимствует и из других областей — так, например, инсценировка реальной ситуации может быть намного более эффективной, чем сухое описание сути проблемы.

Эта книга даст лишь базовое представление о предмете медицинской этики и ее центральных вопросах. Она должна стимулировать читателя к самостоятельному анализу этических аспектов медицины и в особенности того, как разрешать этические дилеммы, возникающие в каждодневной практике. Список специализированных ресурсов, которые помогут в этом, приводится в приложении В.

**ГЛАВА 1 —
ОСНОВНЫЕ ЧЕРТЫ
МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ**





ЦЕЛИ

После изучения этой главы вы сможете:

- объяснить, почему этика важна для медицины;
- указать основные источники медицинской этики;
- показать наличие разных подходов к решению этических проблем, включая свой собственный.

ЧТО ОСОБЕННОГО В МЕДИЦИНЕ?

Практически во всей обозримой истории и почти во всех странах мира быть врачом означало нечто особенное. Люди приходили к врачам за помощью в самых трудных ситуациях, чтобы избавиться от боли и страданий и вернуться в обычной жизни. Они позволяли им осматривать себя, прикасаться и манипулировать любимыми частями своего тела, даже самыми интимными. Они делали это потому, что верили в лучшие намерения врача.

«...в целом можно говорить о тенденции к снижению авторитета врача — многие сегодня чувствуют, что сегодня уважение к нему уже не то, что было раньше»

Статус врача в различных странах и даже в разных районах одной страны отличается. Однако в целом можно говорить о тенденции к снижению авторитета врача — многие сегодня чувствуют, что сегодня уважение к нему уже не то, что было раньше. В некоторых странах контроль над здравоохранением постепенно переходит от врачей к менеджерам и бюрократам, многие из которых рассматривают врачей скорее как препятствие, нежели партнера в реформировании здравоохранения. Пациенты, которые некогда безропотно

выполняли все указания врача, сегодня просят его аргументировать свои предписания, если те отличаются от полученных у другого врача или найденных в Интернете. Некоторые процедуры, которые раньше были уделом исключительно врачей, сейчас выполняются медсестрами или фельдшерами.

«...чтобы соответствовать ожиданиям и студентов — будущих медиков, и пациентов, важно, чтобы врач знал и был примером базовых ценностей медицины...»

Несмотря на происходящие изменения статуса врача, медицина продолжает быть профессией, высоко ценимой заболевшими людьми, нуждающимися в ее помощи. Кроме этого, она продолжает быть привлекательной для большого числа одаренных, усердных и преданных своему делу студентов. Для того чтобы соответствовать ожиданиям и студентов — будущих медиков, и пациентов, важно, чтобы врач знал и был примером базовых ценностей медицины и в осо-

бенности сочувствия, компетентности и самостоятельности. Эти ценности, наряду с фундаментальными правами человека, и составляют основу медицинской этики.

ЧТО ОСОБЕННОГО В МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКЕ?

Сочувствие, компетентность и самостоятельность необходимы не только в медицине. Однако от врачей ожидают их в гораздо большей степени, чем от представителей других профессий.

Сочувствие, понимание и забота о чужих проблемах жизненно необходимы в медицинской практике. Для того чтобы решать проблемы пациента, врач должен уметь определить симптомы, проявляющиеся у него и вызывающую болезнь, и желать помочь ему в скорейшем выздоровлении. Пациенты намного лучше относятся к лечению, если видят, что врач понимает их проблему и лечит ПАЦИЕНТА, а не его болезнь.

Также от врача ожидают и требуют высокой **компетенции**. Ее недостаток может привести к смерти или серьезной болезни пациента. Для достижения высокого уровня компетентности врачи проходят долгий период обучения, но учитывая высокую скорость развития медицинской науки, поддержание уровня своих знаний на современном уровне — нелегкая задача для любого врача. Кроме этого, врач должен развивать не только свои научные знания и технические навыки, но и этические знания и навыки — ведь с изменениями в медицине, в социальной или политической сфере возникают и новые этические вопросы и проблемы.

Самостоятельность является базовой ценностью медицины, претерпевшей со временем наибольшие изменения. Прежде сам врач при лечении мог свободно выбирать способ лечения пациента. Медицинское сообщество самостоятельно разрабатывало и регулировало стандарты медицинского образования и медицинской практики. Как будет показано далее, оба этих типа медицинской автономии (врачи и сообщество) во многих странах подверглись вмешательству со стороны правительств и властей, взявших на себя контроль за деятельностью врачей. Несмотря на это, врачи до сих пор ценят свою независимость хотя бы в рамках профессии и стараются ее всячески защищать, насколько это возможно. В то же время была широко признана самостоятельность пациента, то есть его единолич-

ное право на принятие решений, оказывающих существенное воздействие на весь процесс лечения. В этой книге будут приведены примеры потенциальных конфликтов, возникающих из столкновения таких принципов, как самостоятельность врача и уважение собственного выбора и прав пациента.

Кроме приверженности этим базовым ценностям, медицинская этика отличается от общей, применимой ко всем, тем, что она *открыто провозглашается* в клятве, как, например, в Женевской декларации Всемирной Медицинской Ассоциации и/или кодексе. Клятвы и кодексы могут отличаться в различных странах и даже в рамках одной страны,

ЖЕНЕВСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ ВСЕМИРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АССОЦИАЦИИ

Будучи принятым в медицинскую профессию:

- Клянусь посвятить свою жизнь служению человечеству
- Буду должным образом чтить и уважать своих учителей
- Буду работать благородно и согласно совести
- Высшей ценностью для меня будет здоровье пациента
- Буду уважать и хранить в тайне секреты, в которые был посвящен, даже после смерти пациента
- Всеми доступными мне средствами буду поддерживать честь и благородные традиции медицинской профессии
- Мои коллеги станут для меня сестрами и братьями
- Не допущу, чтобы возраст, болезни или инвалидность, вероисповедание, национальность, пол, политические предпочтения, раса, сексуальная ориентация или социальное положение пациента влияли на выполнение моего долга
- Буду хранить величайшее уважение к человеческой жизни с самого ее начала и не буду использовать свои медицинские знания против законов человечности
- Я даю эту клятву добровольно и искренне

но они имеют много общего, прежде всего обещания врача чтить интересы пациента выше собственных, не дискриминировать пациентов по полу, религии или иным чертам, хранить врачебную тайну и оказывать медицинскую помощь всем нуждающимся.

КТО РЕШАЕТ, ЧТО ЭТИЧНО?

Этика *плюралистична*. Люди могут иметь различные точки зрения на то, что является правильным, а что — нет; и даже если они придут к одному мнению, обосновывать это они могут по-разному. В некоторых обществах подобные разногласия считаются нормальными и существует значительная свобода в выборе своих действий с условием, что они не нарушают прав другого человека. Однако в более традиционных обществах мнение относительно этики консервативнее и в пользу одного из способов поведения может выступать давление общества, иногда даже подкрепленное законом. В таких обществах главную роль в определении этического поведения играют культура и религия.

Таким образом, ответ на вопрос «кто решает, что этивно для людей в целом?» будет разным для разных обществ и может отличаться даже в рамках одного общества. В либеральных обществах индивид располагает значительной свободой для определения, что для него является этическим, хотя, несомненно, на его решение повлияют семья, друзья, религия, СМИ и другие внешние источники. В более традиционных обществах старейшины и главы семей обычно преобладают над индивидом при определении этичности того или иного явления.

Несмотря на эти отличия, большинство людей могут прийти к общему мнению относительно фундаментальных этических принципов, а именно — основных прав человека, сформированных во **Всеобщей декларации прав человека ООН** и других широко признанных и официально поддерживаемых документах. Права человека, особенно важные для медицинской этики — это право на жизнь, отсутствие дискриминации, пыток и жестокого или унижающего человеческого достоинство отношения, свобода слова, равный доступ к общественным услугам и, в частности, к медицинскому обслуживанию.

Для врачей до недавнего времени ответ на вопрос «кто решает, что этивно?» отличался от подобного ответа для людей в

целом. С веками медицинская профессия выработала ряд стандартов для своих членов, что нашло свой отражение в кодексах этических норм и сопутствующих документах. На глобальном уровне ВМА выпустила ряд этических стандартов поведения, ожидаемого от врача вне зависимости от того, где он живет и практикует. Во многих, если не в большинстве, стран за разработку и применение этических стандартов отвечали национальные медицинские ассоциации. В зависимости от отношения страны к медицинскому законодательству эти стандарты могли иметь статус закона.

Однако привилегия медицинской профессии определять собственные этические стандарты никогда не была абсолютной, например:

- Врачи всегда подпадали под действие общих законов, действующих в стране, и иногда наказывались за их нарушение.
- Некоторые медицинские организации испытали значительное влияние религиозных учений, которые налагают на своих последователей дополнительные обязательства, кроме применимых к врачам.
- Во многих странах в настоящий момент в организациях, разрабатывающих стандарты поведения врачей и следящих из их выполнением, велика роль участников не-врачей.

«...при принятии решений полезно знать, как поступали бы остальные в аналогичных ситуациях»

Этические директивы медицинских ассоциаций по природе своей общие; они не могут предусмотреть всех ситуаций, с которыми столкнутся врачи в своей работе. В большинстве случаев врач сам должен выбрать правильное поведение, но при принятии решений полезно знать, как поступали бы остальные в аналогичных ситуациях. Медицинские кодексы и программные заявления отражают общепринятые

взгляды на желательное поведение врачей, и им рекомендуется следовать, если нет веских причин поступить иначе.

МЕНЯЕТСЯ ЛИ МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА?

Не может быть никаких сомнений в том, что некоторые аспекты медицинской этики с годами изменились. До недавних пор врачи имели право и обязанность решать, как лечить

пациента, и не было необходимости получать информированное согласие пациента. Однако в редакции 1995 года Декларация ВМА о правах пациента начинается со слов: «В последнее время отношения между врачом и пациентом, и, шире, обществом, претерпели значительные изменения. Врач должен не только действовать согласно своей совести и всегда во имя блага пациента, но и прилагать не меньшие усилия для обеспечения самостоятельности пациента». Сейчас многие люди полагают, что они сами теперь являются основными определяющими лицами своего лечения, а роль врача ограничивается ролью консультанта или инструктора. Хотя этот акцент на роли пациента в лечении не является универсальным, он может свидетельствовать об общей эволюции отношений врач—пациент, которая приводит к иным этическим обязательствам врача, нежели раньше.

До недавних пор врачи считали себя подотчетными только себе, коллегам по профессии и господу Богу. Сегодня они также отвечают перед пациентами, третьими сторонами — больницами, медицинскими лицензирующими и регулирующими властями и зачастую — перед судами. Подотчетность всем этим сторо-

«Подотчетность всем этим сторонам зачастую может быть внутренне противоречивой...»

нам зачастую может быть внутренне противоречивой, что будет более подробно рассмотрено при обсуждении двойной лояльности в главе 3.

Но медицинская этика менялась и другими способами. До недавних пор всеми медицинскими кодексами запрещалось участие в операциях по аборту, но сейчас в ряде стран это считается допустимым в определенных обстоятельствах.

В то время как в традиционной медицинской этике ответственность врача ограничивалась ответственностью перед отдельным пациентом, сейчас уже всеми признано, что врач должен также учитывать и потребности общества, например, в случае распределения ограниченных медицинских ресурсов (см. главу 3).

Новейшие достижения медицинской науки и технологий порождают новые этические вопросы, ответа на которые в рамках старой традиционной медицинской этики нет. Искусственное оплодотворение, генетика, биоинформатика, технологии по увеличению продолжительности жизни — требуя учас-

тия врача, они несут в себе как большой полезный для пациента потенциал, так и возможный вред — в зависимости от того, как они будут применяться. Для того, чтобы помочь врачам решить, участвовать ли — и если да, то при каких условиях — в подобных мероприятиях, медицинские ассоциации должны скорее использовать различные аналитические методы, чем полагаться на традиционные кодексы этических норм.

Несмотря на эти очевидные изменения в медицинской этике, среди врачей широко распространено мнение о том, что фундаментальные ценности и этические принципы медицины не следует или, по крайней мере, не рекомендуется менять. Так как возникновение болезней у человека неизбежно, человечество будет продолжать искать сочувствующих, компетентных и самостоятельных врачей для поиска выходов из сложных ситуаций.

МЕНЯЕТСЯ ЛИ МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТРАНЫ?

Точно так же медицинская этика может и меняется с течением времени в ответ на достижения медицинской науки, технологий и общественных ценностей. По тем же самым причинам она может различаться в зависимости от страны. Например, относительно эвтаназии мнения различных национальных медицинских организаций сильно различаются. Некоторые ее не допускают, некоторые относятся к ней нейтрально, а по меньшей мере, одна — Королевская медицинская ассоциация Нидерландов — допускает ее при определенных условиях. Аналогично, некоторые национальные ассоциации поддерживают равноправие граждан в отношении доступа к медицинскому обслуживанию, а другие допускают значительное неравенство. В некоторых странах велик интерес к этическим аспектам новейших медицинских технологий, но в то же время в странах, которые к таким технологиям доступа не имеют, этот интерес сравнительно невысок. Врачи некоторых стран уверены, что правительство не вынудит их совершать что-либо незачное, в то время как в других странах соответствие этическим нормам может быть весьма затруднительным — например, обязательство хранить врачебную тайну наряду с предписаниями полиции или армии сообщать о «подозрительных» ранениях.

Хотя все эти различия могут показаться очень значительными, на самом деле сходство намного более сильно. Врачи по

всему миру имеют очень много общего и, когда они собираются вместе в организациях, подобных ВМА, они обычно все-таки достигают согласия относительно этических проблем, пусть и в результате продолжительных дебатов. Фундаментальные ценности медицинской этики, сочувствие, компетентность и самостоятельность, наряду с навыками и опытом врачей во всех областях здравоохранения обеспечивают прочный фундамент для анализа вопросов этики в медицине и выработки решений, в наилучшей степени соответствующих интересам отдельных пациентов, граждан и здравоохранения в целом.

РОЛЬ ВМА

Будучи единственной организацией, стремящейся представлять всех врачей, вне зависимости от национальности и специальности, ВМА взяла на себя роль по разработке общих стандартов по медицинской этике, применимых во всем мире. С момента своего основания в 1947 году она работала над предотвращением повтора неэтичных действий врачей в нацистской Германии и других странах. Первой целью ВМА стало обновление клятвы Гиппократова для приведения ее в соответствие с требованиями XX века. Результатом этой работы стала Женевская декларация, принятая 2-й Генеральной Ассамблеей ВМА в 1948 году. В тех пор она неоднократно пересматривалась, последний раз — в 1994 году. Второй задачей стала разработка Международного кодекса медицинской этики, который был принят 3-й Генеральной Ассамблеей и пересматривался в 1968 и 1983 годах. В настоящий момент идет работа по очередному обновлению Кодекса. Следующей задачей стала разработка этических принципов проведения исследований на людях. Это заняло намного больше времени, чем работа над предыдущими двумя документами. Принципы были приняты в 1964 году в Хельсинкской декларации. Этот документ также имеет несколько редакций, последняя из которых относится к 2000 году.

«...ВМА взяла на себя роль по разработке общих стандартов по медицинской этике, применимых во всем мире»

Кроме этих программных документов, ВМА разработала директивы по более чем 100 отдельным вопросам, большинство

из которых по природе своей относятся к этике, остальные — к социо-медицинским вопросам, в том числе медицинскому образованию и системе здравоохранения. Ежегодно ВМА пересматривает какие-либо из уже выпущенных директив или выпускает новые.

КАК ВМА РЕШАЕТ, ЧТО ИМЕННО ЭТИЧНО?

Достижение международного консенсуса по противоречивым этическим вопросам является задачей крайне сложной даже в рамках такой сравнительно однородной группы, как врачи.

«Достижение международного консенсуса по противоречивым этическим вопросам является задачей крайне сложной...»

ВМА стремится к тому, чтобы программные документы в области этики отражали общее мнение, установив ценз в 75% голосов для принятия нового или редакции существующего документа на ежегодной Ассамблее. Необходимым условием для достижения подобной степени согласия является широкое обсуждение предварительных версий и внимательный учет всех комментариев, полученных Комитетом ВМА по медицинской этике

и иногда специальной рабочей группой по вопросу, отражение этого в следующей версии проекта и дальнейшие согласования. Процесс может быть весьма длительным в зависимости

от сложности и новизны темы. Например, последний пересмотр Хельсинкской декларации начался в начале 1997 года, а закончился только в октябре 2000. Но даже после этого оставались спорные разделы, которые далее изучались Комитетом по медицинской этике и соответствующими рабочими группами.

«По некоторым вопросам, ...позиция отдельных врачей может навязываться в противовес мнениям правительств, администраторов систем здравоохранения и коммерческих предприятий»

Хорошая организация процесса необходима, но не достаточна для получения качественного продукта. При принятии решения, что именно этично, ВМА опирается на предыдущие традиции медицинской этики, отражен-

ные в более ранних документах. Также принимаются во внимание альтернативные мнения по рассматриваемой проблеме как от национальных и международных организаций, так и от отдельных специалистов по этике. По некоторым вопросам, как, например, информированное согласие, ВМА принимает решение на основании мнения большинства. В других, как, например, врачебная тайна, позиция отдельных врачей может навязываться в противовес мнениям правительств, администраторов систем здравоохранения и коммерческих предприятий. Отличительной чертой подхода ВМА к этике является приоритетность отдельного пациента или объекта исследования. Согласно Женевской декларации, врач обязуется, что «высшей ценностью для него будет здоровье пациента». А Хельсинкская декларация гласит: «при медицинских исследованиях на человеке соображения его благополучия и здоровья должны превалировать над интересами науки и общества».

КАК ОТДЕЛЬНЫЕ ЛЮДИ РЕШАЮТ, ЧТО ИМЕННО ЭТИЧНО?

Для отдельных врачей и студентов-медиков медицинская этика — это не просто механическое следование рекомендациям ВМА или других медицинских организаций. Эти рекомендации обычно по природе своей очень общие, и необходимо решать, применимы ли они к конкретному случаю или нет. Кроме этого, в практике возникает множество этических дилемм, не рассмотренных медицинскими ассоциациями. В конечном счете конкретный человек может принять свое собственное решение и реализовать его.

«И только конкретный человек может принять свое собственное решение и реализовать его»

Существует множество способов анализа этических дилемм, подобных описанным в начале книги. Их можно разделить на две категории: рациональные и нерациональные. Важно отметить, что нерациональные не значит иррациональные, это определение просто обозначает подходы, не использующие систематические рассуждения при принятии решения.

Нерациональные подходы:

- Повиновение является обычным основанием для принятия этических решений, особенно по отношению к детям и

людям, служащим в рамках авторитарных структур (например, армия, полиция, некоторые религиозные организации и проч.). Дилеммы решаются путем следования установленным правилам или действующим инструкциям вне зависимости от того, согласны вы с ними или нет.

- **Имитация** аналогична повиновению в том, что использует суждение о правильности или неправильности, высказанное другим человеком. Дилеммы решаются путем следования примеру ролевой модели. Это, наверное, наиболее распространенный способ изучения медицинской этики молодыми врачами, при котором ролевой моделью выступает старший коллега, а способом изучения этики является наблюдение и усвоение увиденных ценностей.
- **Чувство или желание** является субъективным подходом к принятию этических решений. Правильным кажется то, что подсказывают чувства или удовлетворяет желание, неправильным — то, что кажется неверным или противоречит чувствам. Мерило этики должно присутствовать в каждом человеке но, безусловно, может сильно отличаться от человека к человеку или даже в одном человеке с течением времени.
- **Интуиция** — это спонтанное ощущение правильного поведения в конкретной ситуации. Она не является систематической или содержательной и направляет действия простой вспышкой или озарением. Аналогично чувству или желанию, она может сильно отличаться от человека к человеку или даже в одном человеке с течением времени.
- **Привычка** является очень эффективным способом принятия этических решений, так как нет необходимости каждый раз повторять систематический процесс выработки решения при возникновении этической дилеммы, аналогичной возникавшей ранее. При этом привычки бывают как плохие (обманывать), так и хорошие (говорить правду). Кроме этого, ситуации, изначально кажущиеся аналогичными, могут требовать весьма различных действий.

Рациональные подходы:

Будучи системой нравственных законов, этика признает приоритетность нерациональных подходов к принятию решений и поведению. Однако в основном она концентрируется на рациональных подходах. Это:

- **Деонтология** — поиск убедительных правил, которые смогут стать основанием для принятия этических решений. Примером такого правила может стать правило «относиться ко

всем людям одинаково». Основание может быть как религиозным (например, вера в равенство всех божьих существ), так и не связанным с религией (например, люди носят в себе практически одинаковые гены). Однажды выработанные правила далее применяются к конкретным ситуациям, и тогда появляется множество поводов для разногласий (например, подразумевает ли запрет на убийства отказ от абортов и смертной казни).

- **Консеквенциализм** — принятие этических решений на основании анализа возможных последствий и результатов различных вариантов действий. Правильным в таком случае признается то решение, которое приводит к наиболее желательным результатам. Одной из наиболее известных форм консеквенциализма является **утилитаризм**, использующий в качестве эталона меру полезности или возможную пользу. Другими вариантами измерения результатов могут быть QALY (срок дожития, скорректированный на качество жизни) или DALY (срок дожития, скорректированный на нетрудоспособность). Сторонники консеквенциализма не могут использовать общие принципы — их слишком сложно применять и выбирать приоритеты. Кроме того они в любом случае не учитывают то, что имеет значение при принятии решений — результаты. Однако подобное неиспользование принципов допускает обвинения, что консеквенциализм согласен с утверждением «цель оправдывает средства», то есть, например, может оказаться возможным жертвовать правами человека ради достижения общей цели всего общества.
- **Принципализм** — как ясно из названия, для принятия решения руководствуется этическими принципами. Этические принципы применяются в конкретных случаях и ситуациях для определения того, что было бы правильно сделать с учетом как правил, так и последствий. Принципализм оказал значительное влияние на недавние споры об этике, особенно в США. Четыре принципа, а именно уважение самостоятельности, сочувствие, ненанесение вреда и справедливость, были признаны наиболее важными при принятии этических решений в медицинской практике. Принципы, несомненно, играют важную роль в механизме рационального принятия решений. Однако выбор именно этих четырех принципов и приоритетность самостоятельности над остальными являет собой отражение западной либеральной системы ценностей и отнюдь не универсален. Кроме

того, эти принципы в конкретной ситуации могут друг другу противоречить, поэтому необходима выработка критериев или процесса разрешения таких конфликтов.

- **Этика добродетели** фокусируется больше не на принятии решения, а на характере принимающего решение и его выражении в поведении. Добродетель есть один из типов морального превосходства. Как уже указывалось выше, одной из добродетелей, необходимых для врача, является сочувствие. Кроме того, это честность, осмотрительность и самоотверженность. Врачи, обладающие этими добродетелями, с большей вероятностью примут правильное решение и хорошо его реализуют. Однако зачастую даже добродетельные люди не могут определиться, как себя вести в конкретной ситуации, и не застрахованы от принятия неправильных решений.

Ни один из этих четырех или иных предложенных подходов не смог добиться всеобщего признания. Люди различаются в своих предпочтениях относительно рациональных способов принятия решений — как и относительно нерациональных. Это частично может быть объяснено наличием как сильных сторон, так и недостатков у каждого из них. Возможно, сочетание всех четырех подходов, собравшее в себя все лучшие черты каждого из них, и является наилучшим способом рационального принятия этических решений. Этот «идеальный» способ будет выделять наиболее важные и применимые к данной ситуации правила и принципы и использовать их насколько возможно широко. Кроме этого, будут учитываться последствия всех возможных альтернатив и будут определяться наиболее желательные из них. Наконец, будет производиться проверка того, насколько безупречно поведение индивида (врача) как при принятии решения, так и при его реализации. Такой процесс мог бы включать следующие шаги:

1. Определить, является ли данная проблема этической.
2. Определить, есть ли общий способ решения подобных вопросов, рекомендуемый медицинской ассоциацией или иными авторитетными источниками.
3. Рассмотреть возможные альтернативы с точки зрения того, каким принципам и ценностям они удовлетворяют.
4. Обсудить предлагаемые действия с теми, на кого они окажут влияние.
5. Принять окончательное решение и действовать в соответствии с ним.
6. Оценить свое решение и быть готовым вести себя по-другому в подобной ситуации в будущем.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При работе с отдельными вопросами медицинской этики полезно помнить, что врачи за долгое время своей работы, скорее всего, множество раз сталкивались с аналогичными ситуациями, и накопленный ими опыт может оказаться крайне полезным. ВМА и другие медицинские организации продолжают эту традицию и, обобщая опыт, предлагают рекомендации по этике поведения врачей. Однако, несмотря на консенсус по общим вопросам, могут возникать разногласия относительно действий в том или ином конкретном случае. Кроме этого, мнение врача может значительно отличаться от мнения пациента или третьих сторон. В первую очередь в решении подобного этического конфликта важно понять различные подходы к принятию ответственных решений — как врача, так и остальных участников дискуссии. Это позволит наилучшим образом выработать свою линию поведения и разъяснить ее остальным.

ГЛАВА 2 — ВРАЧ И ПАЦИЕНТ



A man with glasses and a white lab coat is speaking at a podium. He is looking to the left of the frame. The background is a plain, light-colored wall.

ЦЕЛИ

После изучения этой главы вы сможете:

- объяснить, почему все пациенты заслуживают уважения и равенства в обращении;
- определить основные элементы информированного согласия;
- объяснить, как должны приниматься решения в отношении пациентов, не способных самостоятельно принимать их;
- объяснить причины необходимости сохранения врачебной тайны и выделить допустимые исключения;
- определить основные этические вопросы, возникающие в связи с началом и окончанием жизни;
- обобщить аргументы за и против эвтаназии (помощи в самоубийстве), понять разницу между ними и паллиативным лечением или отказом от лечения.

СИТУАЦИЯ № 1

Врач П., опытный хирург, заканчивает ночную смену в небольшой районной больнице. Мать привозит молодую девушку в больницу, после чего немедленно уезжает, сообщив медицинской сестре, что ей необходимо смотреть за остальными детьми. У пациентки влагалищное кровотечение и сильная боль. После осмотра П. решает, что причиной мог стать выкидыш или самостоятельный аборт. Врач проводит расширение шейки матки и выскабливание и просит сестру уточнить у пациентки, может ли та позволить себе оплачивать нахождение в больнице до тех пор, пока выписка не станет безопасной. Врач К. заступает на место врача П., который уходит домой, не поговорив с пациенткой.

ЧТО ОСОБЕННОГО В ОТНОШЕНИЯХ ВРАЧ—ПАЦИЕНТ?

Отношения врач—пациент являются краеугольным камнем в медицинской практике и, соответственно, медицинской этике. Как уже было отмечено ранее, Женевская декларация требует от врача, чтобы «здоровье пациента было высшим

**«...здоровье
пациента
было высшим
приоритетом»**

приоритетом», а Международный кодекс медицинской этики утверждает, что «врач обязан быть максимально предан пациенту и использовать на его благо все свои научные знания». Как уже было описано в главе 1, в последние годы и в законодательстве, и в этике происходит широкомасштабный отказ от тради-

ционной патерналистской модели отношений врача и пациента, при которых врач решает, а пациент принимает эти решения. Но так как многие пациенты неспособны или не хотят принимать решения относительно своего лечения, воплощение принципа самостоятельности пациента зачастую весьма проблематично.

Не менее сложны и другие аспекты отношений — например, обязанность врача сохранять конфиденциальность в эру компьютеризации медицинских записей и регулируемого медицинского обслуживания или долг врача по сохранению жизни перед лицом просьб об ускорении смерти.

В этой главе будут рассмотрены шесть наиболее часто встречающихся в медицинской практике проблем: уважение и равенство обращения; общение и согласие; принятие решений за недееспособных пациентов; врачебная тайна; вопросы, связанные с началом жизни; вопросы, связанные с окончанием жизни.

УВАЖЕНИЕ И РАВЕНСТВО ОБРАЩЕНИЯ

Принцип того, что все люди заслуживают уважения и равенства обращения, признан сравнительно недавно. Во многих обществах нормой было непочтительное обращение и отсутствие равенства в обращении в отношении различных людей и групп. Одним из примеров этого может служить рабство, существовавшее в США и европейских колониях до XIX века и до сих пор сохраняющееся в отдельных частях мира. Прекращение дискриминации не-белых жителей в таких странах, как ЮАР, относится к еще более недавней истории. В большинстве стран до сих пор чувствуется недостаточное уважение и отсутствие равенства в отношении женщин. Кроме того, широко распространена дискриминация на основании возраста, инвалидности или сексуальной ориентации. То есть можно говорить о том, что существует определенное сопротивление призыву относиться ко всем людям как к равным.

Постепенное и продолжающееся до сих пор усвоение человечеством принципа равенства людей началось в XVII—XVIII веках в Европе и Северной Америке. Основными движущими силами были две противостоявшие идеологии: новое понимание христианской веры и антихристианский рационализм. Первой из них обязаны своим возникновением Война за независимость и Билль о правах в США, второй — Великая французская революция и связанный с ней прогресс в политике.

Под влиянием двух этих факторов демократия победила и стала постепенно распространяться в другие страны мира. Она основывается на вере в политическое равенство всех мужчин (а позднее, и женщин) и, соответственно, их равного права на выражение своего мнения относительно желаемого правления.

В XX веке в рамках представлений о правах человека концепция равенства людей была значительно уточнена. Одним из первых документов, принятых ООН после ее основания, была **Всеобщая декларация прав человека (1948)**, гласившая в своей первой статье: «Все люди рождаются свободными и равными в своем достоинстве и правах». Многие другие международные и национальные организации выпускали документы о правах — либо всех людей, либо жителей определенной страны, либо определенной группы (права ребенка, права пациента, права потребителей и проч.). Для реализации обозначенных в этих документах прав создавались различные организации. Однако, к сожалению, на сегодня права человека соблюдают не во всех странах.

В медицине многие годы существовали взаимоисключающие взгляды на равенство пациентов и их прав. С одной стороны, врачам было запрещено, «чтобы возраст, болезни или инвалидность, вероисповедание, национальность, пол, политические предпочтения, раса, сексуальная ориентация или социальное положение пациента влияли на выполнение врачебного долга» (**Женевская декларация**); с другой стороны, врачи оставляли за собой право отказать в приеме пациенту за исключением необходимости экстренной помощи. И хотя причинами отказа могут быть загруженность или недостаток знаний без необходимости мотивировать свой отказ, врач может с легкостью фактически дискриминировать пациентов, не будучи в этом уличенным. И единственным способом предотвращения подобных нарушений прав человека может быть только совесть врача, а не законы или дисциплинарные нормативы.

Даже если врач не покушается на уважение и всеобщее равенство при выборе пациента, он все же может делать это в своем отношении и обращении с пациентом. Случай, описанный в начале главы, иллюстрирует эту проблему. Как уже говорилось в главе 1, сочувствие, одна из основных ценностей в медицине, является необходимым условием построения хороших отношений при лечении. Сочувствие основывается на уважении достоинства и ценностей человека и в то же время реагирует на уязвимость пациента перед лицом болезни. Если пациент ощущает сочувствие со стороны врача, он с большей вероятностью поверит в то, что врач действует в его интересах, и это доверие внесет свой вклад в процесс лечения.

Под доверием, необходимым в отношениях между врачом и пациентом, обычно понимается уверенность в том, что врач не

оставит пациента, за лечение которого взялся. **Международный кодекс ВМА по медицинской этике** предполагает, что единственным поводом для прекращения отношений врача и пациента может стать необходимость во враче с другими способностями: «Врач обязан быть максимально предан пациенту и использовать на его благо все свои научные знания. Если осмотр или лечение больного выходят за рамки компетенции врача, он должен пригласить другого специалиста с требуемыми навыками». Однако существует множество других причин, по которым врач может захотеть прервать отношения с пациентом — например, переезд или прекращение практики, отказ или неспособность пациента оплачивать услуги врача, антипатия между врачом и пациентом, отказ пациента следовать рекомендациям врача и проч. При этом причины могут быть как уважительными, так и неуважительными. При попадании в подобную ситуацию врачу следует, прежде всего, проконсультироваться в Кодексе этики или ином документе и подробно проанализировать свои мотивы. Врач должен быть готов обосновать свое решение для себя, для пациента и, при необходимости, для третьей стороны. Если причина достойная, врач должен помочь пациенту найти другого врача или, если это невозможно, предупредить его о прекращении лечения, чтобы тот мог сам найти адекватное альтернативное медицинское обслуживание. Если же причина является неуважительной — например, расовые предрассудки — врач должен принять против этого меры в отношении себя самого.

«...в отношениях между врачом и пациентом ...врачи ...должны быть готовы обосновать свое решение для себя, для пациента и, при необходимости, для третьей стороны»

Многие врачи, особенно в государственной медицине, зачастую не могут выбирать, кого им лечить. Некоторые пациенты агрессивны и представляют собой угрозу для безопасности врача. Другие могут быть противны из-за своего антиобщественного поведения. Лишены ли такие пациенты своего права на уважение и равное отношение или врач должен прилагать дополнительные, возможно, даже героические усилия к тому, чтобы установить и поддерживать с ними привычные отношения врача и пациента? С такими пациентами врач должен балансировать между собственной безопасностью и безопасностью сво-

их коллег и своим долгом по лечению пациента. Он должен всячески пытаться находить способы выполнить оба эти требования; и если это окажется невозможным — попытаться использовать иные средства для лечения пациента.

Другая проблема, связанная с принципом уважения и равного отношения ко всем пациентам возникает при работе с инфекционными больными. Зачастую здесь фокусируются на СПИДе не только из-за того, что это заболевание смертельно, но и из-за того, что оно связано с предвзятостью общественного мнения. Однако существует множество других инфекционных заболеваний, которые передаются медицинским работникам даже более легко, чем СПИД. Некоторые врачи в таких случаях не решаются на инвазивные процедуры, так как опасаются возможности заражения. Однако медицинские кодексы этики не делают исключения для инфекционных больных в требовании к врачам относиться ко всем пациентам одинаково. Положение ВМА о профессиональных обязанностях врачей при работе с пациентами, больными СПИДом, гласит:

Пациенты, больные СПИДом, имеют право на квалифицированную медицинскую помощь с сочувствием и уважением человеческого достоинства.

**«Человек,
зараженный
СПИДом, нуждается
в профессиональном
лечении»**

Согласно этическим нормам, врач не может отказать пациенту в лечении в рамках своей компетенции только из-за сероположительности пациента.

Медицинская этика не допускает дискриминации пациентов исключительно исходя из их сероположительности. Человек, зараженный СПИДом, нуждается в профессиональном лечении.

Врач, не способный обеспечить лечение и уход, требуемые этими больными, должен указать пациенту на врачей и учреждения, обладающие такой возможностью. До тех пор, пока ссылка не сделана, врач должен обслуживать пациента в меру своих возможностей.

Интимная природа отношений врача и пациента может привести к сексуальному влечению. Фундаментальным правилом традиционной медицинской этики является избегание такого рода влечений. Клятва Гиппократов содержит следующую фразу: «В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы

больного, будучи далек от всего намеренного, несправедливого и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами...» В последние годы многие медицинские ассоциации заново сформулировали этот запрет сексуальных отношений между врачом и его пациентом. Причины этого те же, что и во времена Гиппократов 2500 лет назад. Пациент уязвим и верит, что врач будет с ним хорошо обращаться. Он может не противостоять сексуальным порывам врача, опасаясь, что отказ приведет к ухудшению отношения к нему. Кроме этого, оценка пациента врачом может быть искажена субъективным отношением.

Второй аргумент также применим к лечению врачом членов своей семьи, что крайне не рекомендуется кодексами медицинской этики. Однако, как и для других норм этики, реализация принципа очень сильно зависит от конкретных обстоятельств. Например, врачи-одиночки, работающие в удаленных местностях, могут и обязаны оказывать медицинскую помощь членам своей семьи, особенно в экстренных случаях.

КОММУНИКАЦИЯ И СОГЛАСИЕ

Информированное согласие является одним из основных принципов современной медицинской этики. По всему миру в юридических и этических нормах было закреплено право пациента на принятие решений, касающихся его лечения. В Декларации прав пациента ВМА записано:

Пациент имеет право на свободу принятия решений, касающихся его. Врач при этом должен проинформировать пациента о последствиях этих решений. Находящийся в здравом уме совершеннолетний пациент имеет право дать или не дать согласие на любые диагностические процедуры и терапию. Пациент имеет право на получение всей необходимой для принятия решений информации. Пациент должен четко понимать цель любого теста или процедуры, что могут означать результаты и что будет следовать из соответствующего согласия.

Необходимым условием информированного согласия является хорошая коммуникация между врачом и пациентом. Во времена главенства врача в процессе лечения коммуникация строилась сравнительно просто: она состояла исключительно из указаний врача, какие процедуры должны быть проведены. Сегодня коммуникация требует от врача гораздо больших

усилий. Врач должен предоставить пациенту всю информацию, необходимую для принятия решений. Это подразумевает объяснение сложных медицинских диагнозов, прогнозов и режимов лечения простыми, доступными для обычного человека словами, причем пациент должен осознать все возможные способы лечения, включая достоинства и недостатки каждого. Кроме этого необходимо ответить на все возникающие вопросы, с уважением принять любое решение пациента и, по возможности, его аргументацию. Немногие от рождения обладают хорошими коммуникативными способностями — их необходимо сознательно развивать и поддерживать.

Двумя главными сложностями в коммуникации врача и пациента являются язык и культура. Если врач и пациент не могут говорить на одном языке, им потребуется переводчик. К сожалению, во многих ситуациях поблизости не оказывается достаточно квалифицированных переводчиков, и врач должен отыскать наиболее подходящего для этого человека. Культура, включающая язык, но являющаяся намного более широким явлением, обуславливает и другие возможные аспекты общения. Из-за разницы понимания природы и причин болезни пациенты могут не понимать поставленного им диагноза и предлагаемых врачом способов лечения. В таких случаях врач должен прилагать все разумные усилия для понимания лечения пациентами и объяснять свои рекомендации в наиболее доступных для них терминах.

Если врач успешно справился с предыдущей задачей — сообщил пациенту всю необходимую информацию, а также ответил на все вопросы относительно диагноза, прогноза дальнейшего развития болезни и возможных путей лечения, пациент имеет все необходимое для информированного согласия на дальнейшее лечение. Хотя термин «согласие» означает принятие предлагаемого лечения, он также относится и к отказу от лечения и выбору между различными его способами. Дееспособный пациент имеет право отказаться от лечения, даже если отказ приведет к его инвалидности или смерти.

«Дееспособный пациент имеет право отказаться от лечения, даже если отказ приведет к его инвалидности или смерти»

Свидетельство согласия может быть как явным, так и неявным (подразумеваемым). Явное согласие дается в устной или письменной форме. Под неявным согласием понима-

ется поведение пациента, демонстрирующее его желание подвергнуться определенной процедуре или лечению. Например, неявным согласием на взятие крови из вены является подавание руки. При лечении, которое сопряжено с риском или более чем легким дискомфортом, предпочтительнее получить явное согласие пациента.

Существуют два исключения, не требующие информированного согласия пациента:

- Ситуации, когда пациенты добровольно передают свое право на принятие решения врачу или третьей стороне. Из-за сложности вопросов или в силу полной уверенности пациента в действиях врача пациент может сказать: «Делайте, что считаете необходимым». Врач не должен всячески стремиться к подобным просьбам и обязан предоставлять пациенту хотя бы базовую информацию о возможных путях лечения и всячески стимулировать самостоятельное принятие решения пациентом. Однако, даже если после подобного стимулирования самостоятельного принятия решения пациентом тот оставляет право выбора за врачом, врач должен действовать исходя из интересов пациента.
- Ситуации, в которых раскрытие информации пациенту может нанести ему вред. В таких случаях действует традиционный принцип «therapeutic privilege» — он позволяет врачу не сообщать пациенту часть информации, если она может нанести ему значительный физический, психологический или эмоциональный вред — например в случае, если пациент попытается совершить самоубийство, узнав о неизлечимой болезни. Это право открывает возможности для значительных злоупотреблений, поэтому врач должен пользоваться им только при крайней необходимости. Нужно всегда исходить из того, что пациент способен узнать любые факты, и оставлять за собой право на несообщение части информации лишь в случаях, если это будет менее вредно для пациента, чем открытие ему всей правды.

В некоторых культурах принято, что обязательство врача сообщать пациенту правду не действует в случае с неизлечимыми болезнями. Предполагается, что, узнав это, пациент отчаится и оставшееся время он проживет еще более несчастным, чем в случае, если бы у него была надежда на выздоровление. По всему миру широко распространена практика, при которой родственники пациента просят врача не сообщать ему, что он

умирает. В силу этого врач должен принимать во внимание как культурные, так и личностные факторы, сообщая плохие новости, особенно о надвигающейся смерти. Однако все шире признается право пациента на информированное согласие, и основной обязанностью врача является помочь пациенту это право реализовать.

В соответствии с последними тенденциями рассматривать здравоохранение как услугу, а пациентов — как ее потребителей, пациенты и члены их семей зачастую требуют доступа к медицинским услугам, которые, по мнению врачей, не являются необходимыми. Примеров такого типа множество — от антибиотиков при вирусных заболеваниях до перспективных, но еще не одобренных лекарств и медицинских операций. Некоторые пациенты заявляют о своем «праве» на любые медицинские процедуры, которые могут пойти им на пользу, и зачастую врачи действуют лишь согласно своим обязательствам помочь пациенту, даже будучи уверенными в том, что данная процедура не произведет никакого медицинского эффекта на состояние пациента. Эта проблема встает особенно остро в ситуациях ограниченности медицинских ресурсов — когда «нецелесообразное» или «бесполезное» лечение одних пациентов мешает лечению других.

Нецелесообразность и бесполезность может пониматься следующим образом: в некоторых ситуациях врач может определить, что лечение с медицинской точки зрения «нецелесообразно» или «бесполезно», если нет оснований полагать, что

оно приведет к выздоровлению или улучшению состояния или если у пациента не может быть никаких улучшений. В остальных случаях целесообразность и польза лечения могут быть определены только на основании субъективного мнения пациента о своем состоянии и самочувствии. В общем же пациент должен участвовать

«...врач не обязан предлагать пациенту «нецелесообразное» или «бесполезное» лечение»

в процессе определения целесообразности в каждом конкретном случае, но в исключительных обстоятельствах подобные осуждения могут быть не в его интересах. При этом врач не обязан предлагать пациенту «нецелесообразное» или «бесполезное» лечение.

Принцип информированного согласия, среди прочего, включает право пациента на выбор из нескольких вариантов лече-

ния, предложенных врачом. В последнее время все больше споров в этике, законодательной практике и политике идет о том, в какой степени пациенты и члены их семей имеют право требовать медицинские услуги, не рекомендованные лечащим врачом. До тех пор, пока данный вопрос не будет разрешен на уровне правительств, медицинских страховых компаний и медицинских профессиональных организаций, врачам придется самостоятельно решать, следует ли удовлетворять просьбы о лечении, не являющимся необходимым. При этом если врач уверен, что такое лечение принесет больше вреда, чем пользы, он должен в этом лечении отказываться. Также врач не должен стесняться отказать, если вероятность полезного действия лечения минимальна; при этом, однако, не следует сбрасывать со счетов возможный эффект плацебо. Если же кроме этого возникает проблема ограниченности медицинских ресурсов, врач должен обратить на это внимание того, кто занимается их распределением.

«...в какой степени пациенты и члены их семей имеют право требовать медицинские услуги, не рекомендованные лечащим врачом?»

ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ ЗА НЕДЕЕСПОСОБНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Многие пациенты не способны самостоятельно принимать решения относительно себя — например, дети, больные, подверженные психическим или нервным расстройствам, больные, временно находящиеся в бессознательном состоянии или в коме. Для таких пациентов необходим кто-то, кто сможет принять решение вместо них — таким человеком может быть врач, либо кто-либо еще. Этические вопросы возникают, во-первых, при определении того, кто будет принимать решение вместо такого пациента и, во-вторых, при выборе критериев принятия решений за недееспособных пациентов.

Во времена главенства врача в процессе лечения врач признавался подходящим кандидатом на роль принимающего решения — он мог консультироваться с семьей пациента относительно вариантов лечения, но окончательное решение оставалось за ним. По мере того, как во многих странах пациентам давали право называть того, кто будет принимать от их лица

решения, когда они станут недееспособны, врачи постепенно эту власть теряли. Кроме этого, в некоторых странах установлен и ранжирован в убывающем порядке список тех, кто имеет право становиться такого рода правопреемником (например, супруг, совершеннолетние дети, брат или сестра и т.д.). В этих случаях врач принимает решения вместо пациента, только если правопреемник не может быть найден, что часто происходит в экстренных ситуациях. Декларация о правах пациента ВМА говорит по этому поводу следующее:

«Если пациент находится без сознания или в ином состоянии, не позволяющем ему выразить свою волю, по возможности должно быть получено информированное согласие оговоренного законом правопреемника. Если правопреемник недоступен, в ситуациях, требующих немедленного медицинского вмешательства, подразумевается согласие пациента, за исключением случаев, когда на основании явных предыдущих действий и мнения пациента можно бесспорно утверждать, что пациент от подобного вмешательства в такой ситуации отказался бы».

Проблемы возникают в случае, если правопреемники, например, члены семьи, не имеют общего мнения или, если такое мнение есть, но, по мнению врача, противоречит интересам пациента. В первом случае врач должен стать посредником, но если разногласия все же останутся неурегулированными, они могут быть решены иными способами — например, голосованием или решением главы семьи. В случае серьезных разногласий между врачом и правопреемником (второй случай), Декларация прав пациента гласит: «Если установленный законом правопреемник или лицо, назначенное пациентом, запрещает проводить лечение, которое, по мнению врача, в интересах пациента, то врач должен оспорить данное решение в соответствующем предусмотренном законом или иными положениями порядке».

Рассмотренные в предыдущем разделе принципы и процедуры информированного согласия применимы к правопреемникам пациента так же, так и к самому пациенту. За врачом остается обязанность предоставить правопреемнику всю информацию, необходимую для принятия решения. Это подразумевает объяснение сложных медицинских диагнозов, прогнозов и режимов лечения простыми, доступными для обычного человека словами, причем пациент должен осознать все возможные

способы лечения, включая достоинства и недостатки каждого. Кроме этого необходимо ответить на все возникающие вопросы, с уважением принять любое решение пациента и, по возможности, его аргументацию.

Главными критериями, используемыми при принятии решений за недееспособного пациента, являются его предпочтения, если они известны. Эти предпочтения могут содержаться как в предварительных указаниях, так и могут быть сообщены правопреемнику, врачу или иному представителю медицинского персонала. В случае, если предпочтения недееспособного пациента неизвестны, решения относительно лечения должны приниматься исходя из интересов пациента с учетом: (а) диагноза и прогноза развития болезни; (б) известных ценностей пациента; (в) информации, полученной от значимых для пациента людей и тех, кто мог бы помочь определить его предпочтения; и (г) особенностей культуры и религии пациента, которые могут повлиять на принятие решения о лечении. Данный подход менее строг, чем в случае наличия предварительных указаний, но позволяет правопреемнику пациента с учетом известных решений или отношения к жизни в целом делать предположения о том, какое решение принял бы пациент в данной ситуации.

Сложно оценить способность к принятию решений, особенно в отношении детей и тех, чьи силы могут быть подорваны острой или хронической болезнью. Человек может быть способен принимать решения относительно только некоторых аспектов жизни. Точно так же способность к принятию решений может быть непостоянной. Хотя такие пациенты могут не быть дееспособны с точки зрения закона, при принятии решений за них их мнение также должно приниматься во внимание. Декларация прав пациента ВМА говорит об этом следующее: «Если пациент несовершеннолетний или в силу иных причин не признается законом дееспособным, в случаях, оговоренных законом, требуется согласие оговоренного законом правопреемника. Однако при этом пациент в соответствии со своими возможностями должен также участвовать в процессе принятия решения».

Нередко родители, в силу сильного возбуждения или беспокойства,

**«...пациент
в соответствии
со своими
возможностями
должен также уча-
ствовать
в процессе
принятия решения»**

неспособны принять продуманное и обоснованное решение относительно возможных вариантов лечения. Однако при этом они могут выразить свое отношение к определенным вариантам лечения — например, отвергнуть внутривенное питание. В подобных случаях это мнение должно приниматься всерьез, хотя оно должно также рассматриваться с позиций общих целей лечения.

Совершенно особый класс этических проблем возникает при работе с пациентами, страдающими психическими или нервными расстройствами, которые могут представлять собой опасность для окружающих. Необходимо максимально полно учитывать их права, в особенности право на свободу. Однако для предотвращения возможного вреда другим или самим себе они могут принудительно содержаться или подвергаться лечению. При этом важно отличать принудительное заключение и принудительное лечение: некоторые защитники прав пациентов отстаивают их право на отказ от лечения, даже если в результате они должны будут быть подвергнуты изоляции. Признанной законом причиной отказа от лечения в таком случае может быть болезненный эффект предыдущего лечения — например, серьезные побочные эффекты психотропных препаратов. Принимая решения от лица такого пациента, врач должен убедиться, что он действительно представляет собой для окружающих опасность, а не просто беспокойство. Врач должен попытаться установить отношение такого пациента к лечению и причины такого отношения, даже в том случае, если в итоге мнение пациента не будет учитываться.

ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА

Еще со времен Гиппократов краеугольным камнем медицинской этики было обязательство врача хранить в тайне информацию о пациенте. Клятва Гиппократов гласит: «Что бы при лечении — а также и без лечения — я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной». Клятва Гиппократов и некоторые более поздние версии не допускают для врачебной тайны никаких исключений. Например, Международный кодекс медицинской этики ВМА требует от врача «уважать и хранить в тайне секреты, в которые был посвящен, даже после смерти пациента». Однако в других кодек-

сах отвергается подобное абсолютистское отношение к врачебной тайне. Возможно, вероятные причины отхода от принципа конфиденциальности — просто призыв уточнить, что же на самом деле есть врачебная тайна.

Ценность, приписываемая врачебной тайне, формируется из трех источников: суверенитет человека, уважение других и доверие. Суверенитет относится к врачебной тайне в том смысле, что персональная информация о человеке принадлежит этому человеку и не может передаваться третьим лицам без его согласия. Если человек передает кому-либо персональную информацию — например, врачу или медсестре — или если информация становится известной в результате медицинского анализа, получившие данную информацию должны хранить ее в тайне, если иное не предусмотрено согласием пациента.

Врачебная тайна также важна из-за того, что любой человек заслуживает уважения. Один из путей выражения своего уважения — хранение в тайне личной информации. В медицине личная информация зачастую раскрывается, но это должно быть лишь поводом к нераспространению этой информации дальше. Все люди разные и поэтому нельзя предполагать, что все люди хотят, чтобы к ним относились так, как мы бы хотели, чтобы относились к нам. С осторожностью необходимо подходить к определению того, какую часть информации человек хотел бы сохранить в тайне, и разглашение какой части информации он считает допустимым.

Доверие является неотъемлемой частью отношений врача и пациента. Для получения лечения пациент должен раскрыть личную информацию врачу или иным лицам, которые могут быть ему совершенно неизвестны. Для этого должны существовать веские гарантии, что информация, полученная врачом, не будет разглашена. Основой этого доверия являются этические и законодательные стандарты конфиденциальности, которые должны соблюдаться медиками. Без веры в то, что переданная информация останется в тайне, пациент может рассказывать не все, а это, в свою очередь, затруднит работу врача и, более глобально, достижение целей, стоящих перед медициной.

«...Международный кодекс медицинской этики ВМА требует от врача уважать и хранить в тайне секреты, в которые был посвящен, даже после смерти пациента»

Декларация о правах пациента ВМА излагает право пациента на врачебную тайну следующим образом:

- Вся информация о состоянии пациента, диагнозе, прогнозе состояния, предпринятом лечении и иная личная информация о пациенте должна храниться в тайне даже после смерти пациента. Исключение может быть сделано только для родственников пациента в той части информации, которая указывает на возможные опасности для их здоровья.
- Конфиденциальная информация может разглашаться только при наличии явного согласия пациента и в случаях, предусмотренных действующим законодательством. Информация может передаваться поставщикам медицинских услуг исключительно при необходимости и в минимально возможных объемах, если иное не было явно согласовано с пациентом.
- Вся персонализированная информация должна быть защищена. Защита при этом должна соответствовать выбранному способу хранения информации. Аналогично должны быть защищены люди, от которых может быть получена данная информация.

Как сказано в этой Декларации ВМА, существуют несколько исключений — некоторые из них достаточно прозрачны, некоторые приводят к возникновению сложных этических проблем.

В большинстве учреждений здравоохранения часто происходят «рутинные» нарушения конфиденциальности: врачам, медсестрам, лаборантам, студентам и проч. требуется доступ к истории болезни для соответствующего лечения или, в случае студентов, для обучения тому, как лечить; если врач и пациент не могут говорить на одном языке, им потребуется переводчик; если пациент недееспособен, информация о нем должна быть предоставлена другому человеку для принятия решения от его лица и для его лечения; врачи информируют членов семьи и о причинах смерти. Все эти нарушения конфиденциальности обычно оправданы, но их количество должно быть сведено к минимуму, а лица, имеющие доступ к конфиденциальной информации, должны знать о необходимости не распространять эту информацию дальше, чем того требуют интересы пациента. При этом, по возможности, пациенты должны быть предупреждены, что такие исключения из принципа врачебной тайны имеют место.

Другой общепризнанной причиной нарушения конфиденциальности является соответствие требованиям закона. Например, во многих странах существуют законы об обязательном сообщении о пациентах с определенными болезнями, находящихся в состоянии опьянения или подозреваемых в жестоком обращении с детьми. Врач должен знать об установленных законом требованиях к разглашению информации. Однако законодательные требования могут вступать в противоречие с правами человека, со-

«...врач должен критически оценивать законодательные требования в области нарушения конфиденциальности и убедиться в их оправданности перед тем, как им следовать»

ставляющими основу медицинской этики. Таким образом, врач должен критически оценивать законодательные требования в области нарушения конфиденциальности и убедиться в их оправданности перед тем, как им следовать.

Если врач склоняется к выполнению требований закона и раскрытию части информации о пациенте, желательно, чтобы он обсудил с пациентом необходимость раскрытия информации и заручился его поддержкой. Например, желательно, чтобы пациент, подозреваемый в жестоком обращении с ребенком, самостоятельно сообщил обо всем соответствующим организациям в присутствии врача или чтобы врач перед тем, как передавать информацию властям, получил на это согласие пациента. Если же подобное сотрудничество невозможно или если у врача есть основания полагать, что промедление с сообщением властям влечет за собой серьезный риск для здоровья ребенка, врачу следует немедленно поставить в известность органы защиты детей и проинформировать пациента о том, что это было сделано.

Кроме предусмотренных законом нарушений врачебной тайны этический долг может требовать от врача поделиться конфиденциальной информацией с теми, чье здоровье поставлено пациентом под угрозу. Это возможно в двух случаях: когда пациент сообщает своему психиатру, что собирается причинить вред другому человеку или когда врач уверен, что ВИЧ-положительный пациент собирается продолжать незащищенные сексуальные контакты с супругой (супругом) или иными партнерами.

Главным условием разглашения врачебной тайны в случаях, не предусмотренных законом, является неотвратимость, серь-

езность (и необратимость) ожидаемого вреда, предотвратить который невозможно иными способами, кроме как путем раскрытия конфиденциальной информации. Причем этот вред должен превосходить вред, вызванный разглашением конфиденциальной информации. Для сравнения двух зол врачу необходимо оценить и сравнить серьезность вреда в каждом случае и вероятность его наступления. В случае возникновения каких-либо сомнений врач должен обратиться к соответствующему специалисту за консультацией.

В случае, если врач решил, что обязанность предупреждать об опасности оправдывает несанкционированное разглашение врачебной тайны, возникают следующие два вопроса: кому рассказать и как много рассказывать. Вообще говоря, раскрыть возможно только ту часть информации, которая необходима для предотвращения прогнозируемого вреда и только тем, кому эта информация нужна для предотвращения вреда. Должны приниматься разумные усилия по минимизации вреда для пациента, наносимого разглашением врачебной тайны. Рекомендуется, чтобы врач сообщил пациенту о возможности нарушения врачебной тайны, если это будет сделано на благо пациента или какой-либо потенциальной жертвы. При этом, по возможности, желательно заручиться поддержкой пациента.

В рассмотренном выше случае с ВИЧ-положительным пациентом сообщение супругу или текущему сексуальному партнеру не может быть признано незэтичным и, несомненно, оправдано в случае, если пациент не намерен сообщать о себе лицам, находящимся под угрозой. В таком случае при разглашении врачебной тайны должны быть соблюдены следующие условия: партнер под угрозой заражения ВИЧ и у него нет иных реальных способов узнать об этом; пациент отказывается сообщать о ВИЧ своему партнеру; пациент отказался от посредничества врача в сообщении партнеру о ВИЧ; и врач поставил пациента в известность о своем намерении рассказать партнеру пациента про ВИЧ.

Особняком стоит проблема врачебной тайны при лечении подозреваемых или осужденных за какое-либо преступление. Хотя врачи, оказывающие заключенным медицинскую помощь, серьезно ограничены в своих действиях, они должны прилагать все усилия к тому, чтобы лечить данных пациентов так же, как они лечили бы других. В частности, они должны хранить врачебную тайну, не раскрывая тюремным властям деталей состояния здоровья пациента, не получив от него на то согласия.

ВОПРОСЫ, СВЯЗАННЫЕ С НАЧАЛОМ ЖИЗНИ

Многие наиболее заметные вопросы медицинской этики связаны с началом жизни. В рамках данной книги эти вопросы не могут быть разобраны очень подробно, но имеет смысл хотя бы их обозначить, чтобы их можно было идентифицировать как этические по своей природе и соответственным образом с ними работать. Каждый из этих вопросов является предметом подробного анализа со стороны медицинских организаций, специалистов в области этики и правительственных консультативных органов. Во многих странах создано законодательство, регулирующее работы с данными проблемами.

- **Контрацепция** — хотя все шире признается право женщины контролировать свою фертильность, включая предотвращение нежелательной беременности, врачи до сих пор работают с такими сложными вопросами, как требование контрацепции от сексуальных меньшинств и разъяснение рисков различных методов контрацепции.
- **Искусственное оплодотворение:** для пар (и отдельных лиц), которые не могут забеременеть естественным путем, разработаны специальные методы искусственного оплодотворения, как, например, внутриутробное оплодотворение или пересадка эмбриона, широко практикуемые в медицинских центрах. Другой альтернативой может быть суррогатное вынашивание. Но все эти технологии вызывают множество вопросов как на уровне конкретного человека, так и на уровне государственной политики.
- **Внутриутробный генетический скрининг** — в настоящее время стали возможными генетические тесты для определения генетических отклонений плода и определения его пола. В зависимости от их результатов могут приниматься решения о продолжении или прерывании беременности. Врач должен уметь определить, когда такой тест можно предлагать и как объяснить пациенту полученные результаты.
- **Прерывание беременности** — этот вопрос долгое время был одним из наиболее спорных во всей медицинской этике, причем как для врачей, так и для властей. Заявление ВМА «О прерывании беременности по медицинским показаниям» признает многообразие мнений по этому вопросу и заключает, что «ответ на этот вопрос лежит на совести и убеждениях каждого конкретного человека, которые необходимо уважать».

- Плод, находящийся в серьезной опасности — в силу недоношенности или врожденных пороков некоторые плоды могут иметь крайне негативный прогноз при выживании. Поэтому должно быть принято крайне сложное решение — пытаться ли продлить его жизнь или дать умереть.
- Вопросы, связанные с проведением исследований — это вопросы, связанные с получением новых эмбрионов или использованием «свободных» бластоцистов (не используемых для оплодотворения) для получения стволовых клеток и дальнейшего их применения для лечения, или для тестирования новых технологий искусственного оплодотворения, или для проведения экспериментов на плоде.

ВОПРОСЫ, СВЯЗАННЫЕ С ОКОНЧАНИЕМ ЖИЗНИ

Круг вопросов, связанных с окончанием жизни, весьма обширен — от попыток продления жизни умирающих пациентов с помощью экспериментальных технологий, как, например, пересадка органов животных, до попыток преждевременного прекращения жизни путем эвтаназии или самоубийства с медицинской помощью. В этих границах лежит огромное множество вопросов, касающихся применения или прекращения лечения, потенциально продляющего жизнь, уход за безнадежными пациентами и следование предварительным распоряжениям пациента.

Особого внимания требуют два вопроса: эвтаназия и самоубийство с медицинской помощью.

- **Эвтаназия** обозначает сознательное и умышленное действие, направленное на прерывание жизни другого человека, и предусматривает следующие условия: объект действия — дееспособный и располагающий всей полнотой информации человек, имеющий неизлечимое заболевание и добровольно попросивший о прерывании своей жизни. Субъект действия знает о состоянии объекта и его желании умереть и совершает действие, основной целью которого является прерывание жизни объекта эвтаназии; действие производится из сострадания и без материальной заинтересованности.
- **Самоубийство с медицинской помощью** обозначает сознательное и намеренное предоставление человеку информации или инструментов, необходимых для совершения самоубийства, в том числе информирование о смертельной дозе лекарства, прописывание и предоставление этой дозы.

Несмотря на практические и, в некоторых странах, юридические различия между эвтаназией и самоубийством с медицинской помощью, зачастую их рассматривают как равноценные с этической точки зрения.

В приведенных определениях эвтаназия и самоубийство с медицинской помощью отличаются от уклонения от или прекращения неподходящего, бесполезного или неуютного лечения или паллиативного лечения, даже если эти действия укорачивают оставшуюся жизнь.

Просьба об эвтаназии или помощи в самоубийстве может возникать в результате страданий пациента, которые тот расценивает как невыносимые — пациент готов скорее умереть, чем продолжать жить с такими страданиями. Кроме этого, многие пациенты полагают, что у них есть право умереть, и даже на помощь в этом. При этом врач рассматривается как наиболее подходящий помощник для смерти, так как он располагает знаниями и лекарствами, достаточными для быстрой и безболезненной смерти.

Понятно, что врачи неохотно выполняют просьбы об эвтаназии или помощи в самоубийстве, так как подобные действия во многих странах считаются противозаконными и запрещены в большинстве медицинских кодексов этики. Этот запрет был частью клятвы Гиппократова и был повторен в Декларации об эвтаназии ВМА:

«Эвтаназия, преднамеренное прерывание жизни пациента, даже совершенное по просьбе пациента или его ближайших родственников, противоречит медицинской этике. Это, однако, не отменяет требования об уважении желания пациента не нарушать естественного приближения смерти в финальной стадии болезни».

Отрицание эвтаназии и самоубийства с медицинской помощью не означает, что врач не может ничего поделать с угрожающей жизни пациента болезнью на поздней стадии, лечение которой бесполезно. В последнее время разработаны технологии паллиативного лечения для облегчения боли и повышения качества жизни пациента. Паллиативное лечение применимо к пациентам всех воз-

«...врач не должен оставлять умирающего пациента и должен продолжать заботиться о нем, даже если лечение уже бесполезно»

растов — от ребенка с раком до пожилых людей, приближающихся к смерти. Главным аспектом паллиативного лечения, требующим особого внимания, является контролирование болевых ощущений. Врач, работающий с умирающим пациентом, должен иметь необходимые для этого навыки, а также, при необходимости, возможность консультаций со специалистами по паллиативному лечению. Кроме этого, врач не должен оставлять умирающего пациента и должен продолжать заботиться о нем, даже если лечение уже бесполезно.

Приближение смерти, несомненно, вызывает огромное множество этических вопросов как для пациентов, так и для их правопреемников и врачей. Возможность продления жизни с помощью лекарств, реанимационных мероприятий, радиологических процедур и интенсивной терапии требует принятия решений относительно того, когда их начинать применять и когда заканчивать, если они больше не действуют.

Как уже говорилось в отношении коммуникации и согласия, дееспособный пациент имеет право отказаться от любого медицинского лечения, даже если этот отказ приведет к смерти. Люди весьма различны по своему отношению к смерти — некоторые готовы на все ради ее отдаления вне зависимости от того, какие страдания и боль это может причинить; другие настолько хотят умереть, что отказываются даже от элементарных процедур, которые могут сохранить им жизнь — например, от применения антибиотиков при бактериальной пневмонии. Однако врач, приложив все усилия к тому, чтобы предоставить пациенту информацию о возможных способах лечения и вероятностях их успеха, должен уважать решение пациента относительно начала или продолжения любого лечения.

Большие проблемы связаны с прерыванием жизни недееспособных пациентов. Несомненно, проблема будет намного проще, если пациент ясно и заблаговременно изложил свои пожелания, например, в предварительных распоряжениях, даже несмотря на то, что такие указания зачастую расплывчаты и должны интерпретироваться с учетом текущего состояния пациента. Если же пациент не оставил никаких пожеланий, соответствующий его правопреемник должен использовать другие критерии для принятия решений, а именно, интересы пациента.

РАЗБОР СИТУАЦИИ

В соответствии с описанным в данной главе анализом отношений врач—пациент, врач П. совершил несколько ошибок: (1) **КОММУНИКАЦИЯ** — он не предпринял никаких попыток общения с пациенткой для выяснения причин данного состояния, возможных вариантов лечения или ее возможности оплатить лечение в больнице в течение реабилитационного периода; (2) **СОГЛАСИЕ** — он не получил от нее информированного согласия на лечение; (3) **СОСТРАДАНИЕ** — общение с ней не свидетельствует о сочувствии ее состоянию. Хирургическое вмешательство, проведенное врачом, возможно, было выполнено на высоком профессиональном уровне, и он мог очень устать к концу рабочей смены, но это не извиняет нарушений им этических принципов.

ГЛАВА 3 —
ВРАЧ И ОБЩЕСТВО





ЦЕЛИ

После изучения этой главы вы сможете:

- определить противоречия между обязательствами врача перед пациентами и обществом, а также определить причины их возникновения;
- определить и решать этические вопросы, связанные с распределением ограниченных медицинских ресурсов;
- определить ответственность врача в отношении общественного и глобального здравоохранения.

СИТУАЦИЯ № 2

Врач С. Сильно расстраивается, когда пациенты до или после визита к ней консультируются по той же проблеме у другого врача. Он считает это потерей времени и вредным для здоровья пациентов и поэтому решает поставить пациентов перед выбором: либо они прекращают визиты к другим врачам по той же проблеме, либо она перестает их принимать. Кроме этого, она намеревается обратиться в свою медицинскую ассоциацию, чтобы та пролоббировала в правительстве запрет на подобное поведение пациентов.

ЧТО ОСОБЕННОГО В ОТНОШЕНИЯХ ВРАЧ—ОБЩЕСТВО?

Медицина — это профессия. Термин «профессия» имеет два сходных, но различных значения: (1) занятие, характеризующееся посвящением себя благополучию других, высокими моральными стандартами, комплексом знаний и навыков и высокой степенью самостоятельности; и (2) общность индивидов, занимающихся данным занятием. Так, термин «медицинская профессия» может относиться как к медицинской практике, так и к врачам в целом.

Медицинский профессионализм подразумевает не только отношения между врачом и пациентом, описанные в главе 2, но и отношения с коллегами и другими профессионалами в области здравоохранения, что будет более подробно разобрано в главе 4. Он также подразумевает и отношения с обществом. Эти отношения могут быть охарактеризованы как «социальный контракт», по условиям которого общество дает профессии привилегии, в том числе исключительные или приоритетные права на оказание какого-либо типа услуг и высокую степень самоорганизации, а взамен профессия соглашается использовать полученные привилегии, прежде всего на благо других и только после этого — во благо себе.

Сегодня, больше чем когда-либо, медицина является деятельностью, прежде всего общественной, а не индивидуальной.

Она действует в рамках государственных и правительственных организаций и финансирования, ее знания и методы основываются на государственных и частных разработках и открытиях, она занимается болезнями, которые по природе своей настолько же социальные, насколько и биологические.

Традиции Гиппократов в медицинской этике слабо подходят для регулирования отношений с обществом — и для их дополнения современная медицинская этика обращается к вопросам, которые возникают за рамками индивидуальных отношений врач—пациент, и предоставляет набор критериев для их решения.

Разговор об «общественном» характере медицины, немедленно порождает вопрос: что есть общество? К данной книге этот термин относится к общине или нации. Это не является синонимом правительства — правительство должно представлять интересы общества — хотя это не всегда так — но даже когда оно их представляет, оно действует ВО ИМЯ общества, но не КАК общество.

Врачи имеют различные типы отношений с обществом — в силу того, что общество и физическое окружение являются важными факторами, влияющими на здоровье пациента, и медицина как профессия, и отдельные врачи играют важную роль в здравоохранении, санитарном просвещении, защите окружающей среды и разработке законов в области здравоохранения и благополучия. Декларация прав пациента ВМА говорит об этом: «В случаях, когда законодательство, действия правительства или иной организации отказывают пациенту в [его] правах, врач должен прилагать соответствующие усилия к тому, чтобы эти права обеспечить или восстановить». Врач также призван играть основную роль в распределении ограниченных медицинских ресурсов общества и иногда не допускать пациентов к каким-либо услугам, на которые те не имеют права. Исполнение этих обязанностей может стать причиной этических конфликтов, особенно в случае, если интересы общества противоречат интересам отдельных пациентов.

«Сегодня, больше чем когда-либо, медицина является деятельностью, прежде всего общественной, а не индивидуальной»

ДВОЙНАЯ ЛОЯЛЬНОСТЬ

Когда врач имеет обязательства и подотчетен как пациенту, так и третьей стороне и когда эти обязанности оказываются несовместимы, он оказывается в ситуации «двойной лояльности».

«...в исключительных ситуациях врач может ставить чьи-либо интересы выше интересов пациента»

Третьими сторонами, требующими лояльности врача, могут быть правительство, работодатель (например, больница или иное медицинское учреждение), страховщики, военные, полиция и члены семьи пациента. Хотя Международный кодекс медицинской этики ВМА утверждает, что «врач должен проявлять к своим пациентам полную лояльность», признано, что в исключительных ситуациях

врач может ставить чьи-либо интересы выше интересов пациента. Этической проблемой является решение, когда и как защитить пациента от давления посторонних сил.

Ситуации двойной лояльности могут иметь широчайший спектр — от случаев, когда врачу необходимо принимать сторону общества, до тех, когда абсолютным приоритетом будут интересы пациента. Между этими ситуациями лежит огромная «серая зона», в которой выбор правильного поведения требует огромной мудрости.

На одном конце этого спектра находятся требования об обязательном сообщении о пациентах, страдающих определенными болезнями, находящихся в состоянии опьянения или подозреваемых в жестоком обращении с детьми. Врач должен выполнять эти требования без колебаний, хотя пациенты и должны быть проинформированы, что это произойдет.

На другой стороне спектра находятся просьбы или приказы полиции или военных участвовать в действиях, противоречащих фундаментальным правам человека — например, в пытках. В Резолюции об ответственности врачей за обнародование известных им фактов пыток или жестокого или бесчеловечного отношения 2003 года ВМА дает четкие указания врачам по поведению в подобных ситуациях. В частности, врач должен сохранять профессиональную независимость в определении интересов пациента и, насколько это возможно, должен соблюдать обычные этические требования об информированном согласии и врачебной тайне. Любое нарушение этих принципов должно

быть обосновано и пациент должен быть поставлен о них в известность. Врач должен сообщать соответствующим властям обо всех необоснованных вмешательствах в процесс лечения пациента, особенно в случае несоблюдения его фундаментальных прав. В случае отсутствия реакции со стороны властей помощь может быть оказана национальной медицинской ассоциацией, ВМА или организациями по защите прав человека.

Примерно в середине спектра лежит практика некоторых медицинских программ, которые ограничивают лечебную самостоятельность врача и сами определяют, каким образом необходимо лечить данного пациента. Хотя данные программы не всегда противоречат интересам пациента, такое возможно, и врач должен хорошо обдумать свое решение об участии в подобных программах. В случае, если у врача нет выбора, например, если не существует альтернативных программ, он должен решительно отстаивать интересы своего пациента и, через свою медицинскую ассоциацию, интересы всех пациентов, на которых распространяется подобная ограничительная практика.

Частным случаем двойной лояльности, с которым приходится сталкиваться врачам, является потенциальное или действительное противоречие между интересами коммерческой организации, с одной стороны, и пациента и общества с другой. Фармацевтические компании, производители медицинского оборудования и другие коммерческие организации часто предлагают врачам подарки и другие поощрения — от бесплатных образцов и возмещения расходов на участие в конференциях до значительных денежных вознаграждений за исследовательскую деятельность (см. главу 5) — обычным мотивом подобной щедрости компании является желание склонить врача прописывать или использовать продукцию данной компании, кото-

«Врач должен сообщать соответствующим властям обо всех необоснованных вмешательствах в процесс лечения пациента, особенно в случае несоблюдения его фундаментальных прав»

«...врач всегда должен решать все конфликты между собственными интересами и интересами пациента в пользу интересов пациента»

рая, однако, может не лучшим образом соответствовать интересам пациентов и необоснованно увеличивать расходы общества на здравоохранение. Резолюция ВМА о принципах взаимоотношений между врачами и коммерческими организациями 2004 года содержит рекомендации по поведению врачей в подобных ситуациях; кроме этого, многие национальные медицинские ассоциации разработали свои собственные рекомендации. Основным этическим принципом всех этих рекомендаций является то, что врач всегда должен решать все конфликты между собственными интересами и интересами пациента в пользу интересов пациента.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ РЕСУРСОВ

В любой стране мира, включая самые богатые, существует значительный и постоянно увеличивающийся разрыв между потребностями и запросами на услуги здравоохранения и наличием ресурсов для обеспечения этих услуг. Существование этого разрыва требует некоего рacionamento существующих ресурсов. Рационализация здравоохранения или, другими словами, распределение ресурсов существует на трех уровнях:

- На верхнем («макро») уровне правительство принимает решение, какая часть общего бюджета будет выделена на здравоохранение; какие медицинские услуги будут предоставляться бесплатно, а за какие будет взиматься плата — или непосредственно с пациентов, или из их планов медицинского страхования. В рамках бюджета на здравоохранение правительство принимает решение, какая часть пойдет на зарплаты врачей, медсестер и остального персонала, какая — на капитальные и текущие расходы больниц и прочих учреждений, сколько будет потрачено на исследования, образование и специальные программы (например, лечение туберкулеза, СПИДа) и т.д.
- На институциональном («мезо») уровне, на котором находятся больницы, клиники, агентства по здравоохранению и проч., власти решают, как распределить ресурсы: какие услуги предоставлять, сколько тратить на персонал, оборудование, безопасность, прочие текущие расходы, ремонт, расширение и т.д.
- На уровне отдельного пациента («микро») агенты системы здравоохранения — в основном врачи — принимают ре-

шения, какие тесты должны быть проведены, нужно ли направление к другому специалисту, существует ли необходимость в госпитализации пациента, требуется ли патентованное лекарство или подойдет дженерик и т.д. По некоторым оценкам, врачи контролируют до 80% расходов на здравоохранение и, несмотря на постепенное расширение управляемого медицинского обслуживания, все еще имеют значительную свободу решения, к каким ресурсам получают доступ их пациенты.

Решения, принимаемые на каждом из уровней, имеют значительную этическую составляющую, так как они основываются на определенных ценностях и оказывают значительное влияние на здоровье и благополучие как отдельных людей, так и общества в целом. Хотя на врача оказывают влияние решения, принятые на всех уровнях, наибольшая вовлеченность все-таки остается на микроуровне — соответственно на нем мы и сфокусируем наше внимание.

Как уже упоминалось выше, от врачей традиционно ожидалось действия исключительно в интересах пациента без учета интересов и потребностей других — именно на это были направлены их основные этические ценности: сочувствие, компетентность и самостоятельность. Такой индивидуалистический подход к медицинской этике пережил переход от главенства врача к самостоятельности пациента, при которой главным критерием получения или неполучения пациентом каких-либо ресурсов стало его желание. Однако совсем недавно важным фактором, влияющим на принимаемые решения, стал еще и принцип справедливости. Он подразумевает более социально-ориентированный подход к распределению ресурсов, чем подход, ориентированный исключительно на одного пациента. В соответствии с новым подходом врач несет ответственность не только за своего пациента, но, в некотором смысле, и за других тоже.

Подобное новое понимание роли врача в распределении ресурсов нашло свое отражение в этических кодексах многих национальных организаций, а также Декларации прав пациента ВМА, в которой говорится: «В условиях, когда из нескольких пациентов должен быть сделан выбор на получение определен-

**«...врач ...несет
ответственность
не только за своего
пациента, но,
в некотором смысле,
и за других тоже»**

ного лечения, которое доступно в ограниченных количествах, выбор между этими пациентами должен делаться на основе честной процедуры отбора — для этого должны быть выбраны медицинские критерии и не должна допускаться какая-либо дискриминация».

Одним из способов выполнения этого требования является отказ врача от неэкономных и неэффективных процедур, даже если пациент их требует. Слишком интенсивное использование антибиотиков является лишь одним из примеров неэкономного

«Одним из способов выполнения этого требования является отказ врача от неэкономных и неэффективных процедур, даже если пациент их требует»

и вредного расходования ресурсов; кроме того, была показана неэффективность многих других общепринятых методов лечения при их использовании в определенных обстоятельствах. Чтобы избежать подобной неэффективности, были разработаны рекомендации по клиническому применению различных методов лечения в зависимости от конкретных условий. Врач должен ориентироваться в этих рекомендациях как для предотвращения неэффективного

расходования ресурсов, так и для оптимального подбора метода лечения для каждого конкретного пациента.

Один из видов решений о распределении ресурсов, которые приходится принимать врачам — выбор между двумя и более пациентами, нуждающимися в ограниченных ресурсах, как, например, работа реанимационной бригады, единственное оставшееся место в палате интенсивной терапии, органы для трансплантации, высокотехнологические радиологические анализы и дорогостоящие лекарства. Врач, контролирующий эти ресурсы, должен определить, какие пациенты их получают, а какие — нет, при этом зная, что некоторые, не получив требуемого, могут в результате этого сильно пострадать или даже умереть.

Некоторые врачи при распределении ресурсов сталкиваются еще с одним противоречием — они формулируют общие принципы, которые окажут влияние на всех пациентов, включая их собственных. Такие ситуации происходят в больницах или других учреждениях, где врачи занимают административные должности или являются членами комитетов, разрабатывающих рекомендации и принципы работы организации. Хотя многие стараются абстрагироваться от нужд своих пациентов,

некоторые могут попытаться использовать свое положение для создания преимущества для своих пациентов перед другими, возможно, даже более нуждающимися в некоторых ресурсах.

Решая проблемы, связанные с рационированием, врач должен не только находить оптимальное соотношение между сочувствием и справедливостью, но и должен определять, какой подход к справедливости в данном случае применим. Это может быть один из четырех описанных ниже подходов:

- **ЛИБЕРТАРИСТСКИЙ** — ресурсы должны распределяться в соответствии с рыночными принципами (индивидуальный выбор с учетом способности и желания платить при игнорировании проблемы бедности).
- **УТИЛИТАРНЫЙ** — ресурсы должны распределяться по принципу максимизации общей полезности.
- **ЭГАЛИТАРНЫЙ** — ресурсы должны распределяться строго по потребностям.
- **РЕСТОРАТИВНЫЙ** — ресурсы должны распределяться так, чтобы их в больших количествах получали более слабые.

Как уже было сказано выше, врачи постепенно уходят от традиционного индивидуализма медицинской этики, проповедующего либертариистский подход, к более социально-ответственной концепции своей роли. Однако, даже если либертариистский подход будет в целом отвергнут, специалисты по медицинской этике до сих пор не пришли к единому мнению относительно того, какой из трех оставшихся подходов будет доминировать. Ясно, что, будучи примененным к описанным выше условиям, каждый из подходов даст совершенно различные результаты — будь то выбор анализов для проведения, решение относительно привлечения другого специалиста, госпитализации пациента, решение об использовании брендированного препарата или дженерика, определение того, кто получит орган для трансплантации и т.д. Утилитарный подход окажется, наверное, самым сложным для конкретных врачей — ведь им придется обрабатывать огромные массивы информации о возможных результатах различных способов лечения, причем не только для «своего» пациента, но и для всех остальных. Выбор из оставших-

**«Выбор
...будет зависеть
от индивидуальных
особенностей врача,
а также социально-
политических
условий, в которых
он работает»**

ся двух (или трех, если считать и либертариистский) подходов будет зависеть от индивидуальных особенностей врача, а также социально-политических условий, в которых он работает. В некоторых странах, например, в США, превалирует либертарианский подход, в других, в частности, в Швеции — эгалитаризм, а такие государства, как ЮАР, практикуют ресторативный подход. Несмотря на свои различия, зачастую два или даже более подхода могут сосуществовать в рамках одной национальной системы здравоохранения, и в таких странах врач может иметь возможность выбора условий работы (государственное учреждение или частная практика), наиболее точно соответствующих его ценностям.

Но какую бы роль ни играл врач в распределении существующих ресурсов, он также несет ответственность за расширение доступного количества ресурсов, если их недостаточно для удовлетворения потребностей пациентов. Это обычно требует совместной работы врачей в своих медицинских ассоциациях по убеждению правительственных и иных чиновников, ответственных за принятие решений, в необходимости удовлетворения этих потребностей и, возможно, по указанию возможных путей достижения этого как на локальном уровне, так и в масштабах всего мира.

«...врач несет ответственность за расширение доступного количества ресурсов, если их недостаточно для удовлетворения потребностей пациентов»

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Медицина XX века стала свидетелем злополучного разделения здравоохранения на «общественное» и другое (по-видимому, «частное» или «индивидуальное» здравоохранение). Злополучным оно является потому, что, как уже было отмечено выше, общество состоит из отдельных личностей, и меры, разработанные для защиты и сохранения здоровья общества, превращаются для некоторых в пособия по болезни.

Путаница также возникает при использовании словосочетания «общественное здравоохранение» для обозначения «финансируемого обществом здравоохранения» (то есть здравоохранения, финансируемого особыми налогами или через систе-

му обязательного медицинского страхования) и рассматривается как антоним «здравоохранения, финансируемого частными лицами» (то есть здравоохранения, оплачиваемого индивидами или через систему индивидуального медицинского страхования и обычно доступного не всем).

Термин «общественное здравоохранение», как он понимается здесь, относится как к здоровью общества, так и к медицинской специальности, работающей со здоровьем скорее всего населения, чем отдельных пациентов. Любая страна испытывает острый недостаток в специалистах подобного профиля, которые смогли бы давать советы и отстаивать политику, направленную на укрепление общественного здоровья, а также смогли бы вести работу по защите общества от инфекционных болезней и прочих угроз для здоровья. Практика общественного здравоохранения (также называемого «медициной общественного здоровья» и «коммунальной медициной») во многом опирается на научные принципы эпидемиологии, изучающей распределение и детерминанты здоровья и болезней в популяциях. Фактически некоторые врачи проходят дополнительное обучение и становятся врачами-эпидемиологами, однако все они должны представлять себе социальные и экзогенные детерминанты состояния здоровья отдельных пациентов. Как записано в Резолюции ВМА по охране здоровья, «этическим долгом и профессиональной обязанностью практикующих медиков и соответствующих профессиональных организаций является всегда действовать в интересах пациента и сочетать эту свою обязанность с более широкой заботой и участием в пропаганде и обеспечении здоровья общества».

Действия в области общественного здравоохранения, как, например, кампании по вакцинации или чрезвычайное реагирование на вспышки инфекционных заболеваний, являются важными факторами обеспечения здоровья отдельных индивидов. Но не менее, если не более значимыми для этого факторами являются социальные — как, например, жилищный вопрос, снабжение продовольствием и занятость. Врачи редко способны вылечить социальные причины болезней пациентов, однако они, хотя и косвенно, могут внести свой вклад в долгосрочное

«...врачи ...должны представлять себе социальные и экзогенные детерминанты состояния здоровья отдельных пациентов»

решение этих проблем, принимая активное участие в деятельности в области общественного здравоохранения или санитарного просвещения, отслеживании и извещении о вредных факторах внешней среды, обнаружении и сообщении о негативном влиянии на здоровье таких социальных проблем, как плохое отношение и насилие и отстаивая улучшение служб общественного здравоохранения.

Однако иногда интересы общественного здравоохранения могут противоречить интересам отдельного пациента, например, при вакцинации присутствует риск патологической реакции, при которой человек не сможет стать распространителем болезни, но при этом заразится ею сам; или при необходимости оповещения об определенных инфекционных заболеваниях и о случаях жестокого отношения к детям или престарелым, или в определенных ситуациях, как, например, вождение автомобиля и пилотирование самолета, опасных как для самого индивида, так и для окружающих — все это примеры рассмотренных выше случаев двойной лояльности. Процедуры работы при данных обстоятельствах подробно описаны в разделе «Врачебная тайна» главы 2 данной книги. Вообще, врач должен стремиться найти пути минимизации ущерба отдельным пациентам при следовании требованиям общественного здравоохранения. Например, при необходимости сообщения о чем-либо, при соблюдении требований закона конфиденциальность пациента должна соблюдаться максимально полно.

Другой тип конфликта интересов отдельного пациента и общественного здравоохранения возникает, когда пациент просит помощи врача в получении выгод, на которые формально права не имеет, таких как выплата по страховке или больничный. Врачи были наделены правом подтверждать, что пациент имеет достаточные медицинские показания для получения определенных выгод. И хотя некоторые врачи не хотят отказывать пациентам в получении подобных документов, более правильным для них было бы помогать своим пациентам другими способами, не требующими незтичного поведения.

ГЛОБАЛЬНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Признание за врачами ответственности перед обществом, в котором они живут, в последние десятилетия также было распространено и на ответственность врачей за глобальное здра-

воохранение. Этот термин объединяет вопросы и проблемы здравоохранения, не имеющие национальных границ, на которые могут воздействовать обстоятельства и опыт других стран, и работа с которыми в идеале должна производиться совместными усилиями. Глобальное здравоохранение является частью намного более значительного движения глобализации, которое охватывает обмен информацией, коммерцию, политику, туризм и многие другие сферы деятельности человека.

Основой глобализации является признание растущей взаимозависимости различных стран; это особенно ярко прослеживается в здравоохранении, что показали быстрые темпы распространения таких болезней, как грипп и SARS («птичий грипп») — для остановки подобных эпидемий требуется сотрудничество в международном масштабе. Неспособность распознать и вылечить высокоинфекционную болезнь врачом одной страны может иметь ужасный эффект для пациентов в других странах, поэтому этические обязанности врача намного шире, чем работа с отдельными пациентами и даже сообществами и народами.

Развитие глобального взгляда на здравоохранение дало осознание диспропорций в здравоохранении в различных странах мира. Несмотря на проводимые в беднейших странах широкомасштабные кампании по снижению детской смертности и заболеваемости в результате истощения, приведшие к определенному прогрессу в таких областях, как, например, исчезновение оспы и, возможно, полиомиелита, разрыв в состоянии здравоохранения в беднейших и благополучных странах продолжает увеличиваться. Это частично обусловлено СПИДом, наиболее тяжелые последствия которого ощущаются в беднейших странах, но это также вызвано и неспособностью бедных стран извлечь пользу из общего роста мирового благосостояния, наблюдающегося в последние десятилетия. Хотя причины бедности в основном политические и экономические и, таким образом, лежат вне зоны контроля врачей и их ассоциаций, врачи вынуждены сталкиваться с состоянием истощения, которое является результатом бедности. В беднейших странах

«Неспособность распознать и вылечить высокоинфекционную болезнь врачом одной страны может иметь ужасный эффект для пациентов в других странах...»

врачи имеют в своем распоряжении крайне ограниченные медицинские ресурсы и поэтому постоянно сталкиваются с проблемой наиболее справедливого их распределения. Однако даже в странах со средним и высоким достатком врачи сталкиваются с пациентами, испытывавшими на себе эффекты глобализации — например, беженцы — и не имеющими, в отличие от коренных жителей страны, доступа к медицинскому обслуживанию.

Еще одной особенностью глобализации является трансграничная мобильность профессиональных медиков, особенно врачей. «Утечка» врачей из развивающихся в развитые страны была выгодна как самим врачам, так и принимавшей их стране, но только не стране-донору. В **Этических рекомендациях по международному найму врачей ВМА** указано, что не следует препятствовать врачу покинуть родную или временно принимавшую его страну в случае, если существуют возможности карьерного роста в другой стране. Однако звучит призыв ко всем странам прилагать все усилия к тому, чтобы национальная система образования готовила необходимое количество врачей, исходя из ее возможностей и потребностей, и не полагалась на иммиграцию как средство покрытия дефицита необходимых специалистов.

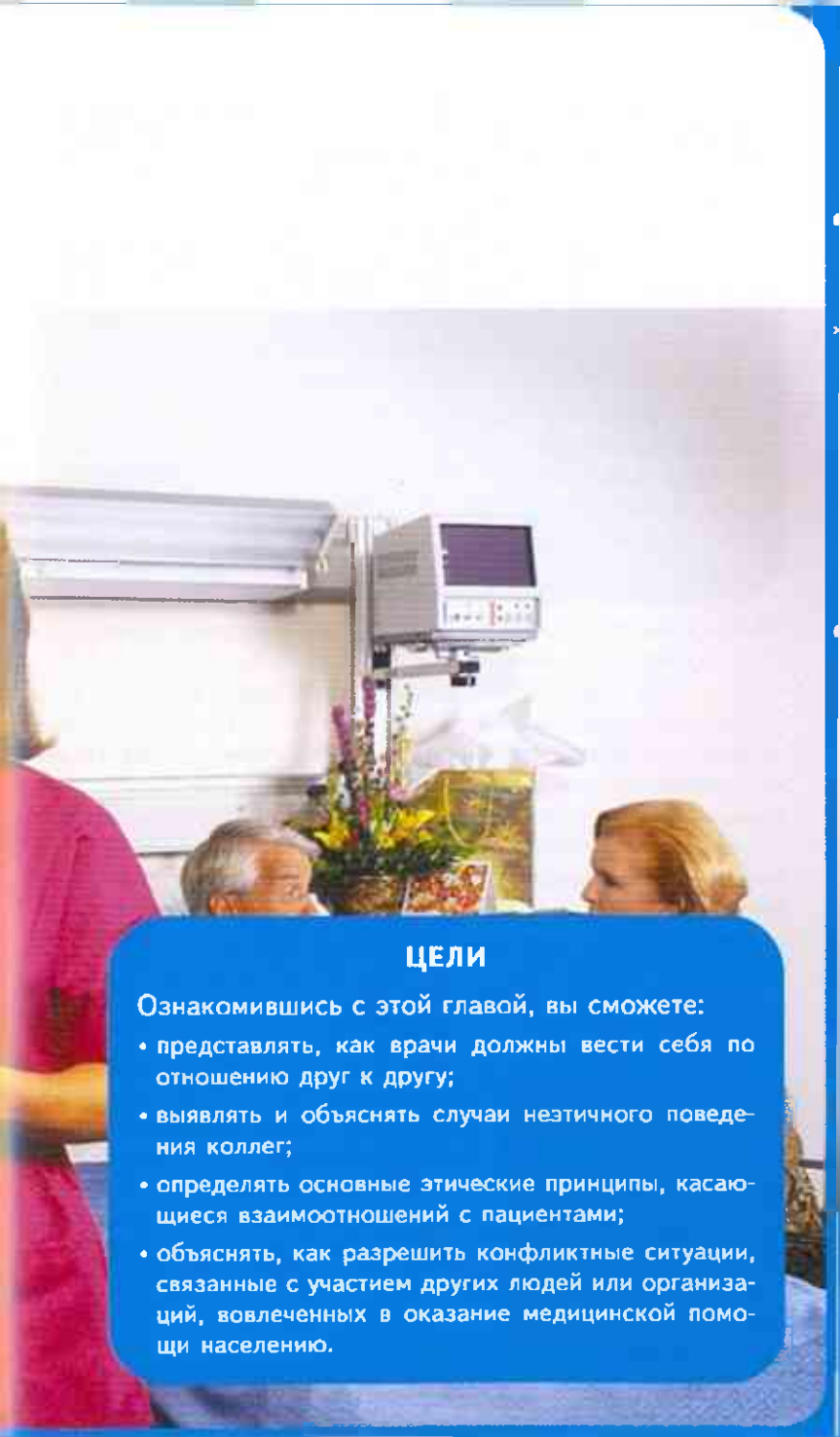
Врачи развитых стран имеют долгие традиции передачи своего опыта и навыков развивающимся странам. Эта помощь может принимать различные формы: экстренная медицинская помощь, координируемая такими организациями, как «Красный Крест», «Красный Полумесяц» и «Врачи без границ»; краткосрочные медицинские лагеря для борьбы с последствиями наводнений или землетрясений, кратко- или долгосрочные совместные исследовательские проекты, предоставление медикаментов и оборудования и проч. Подобные программы являются примером позитивных сторон глобализации и помогают остановить, по крайней мере, частично, переток врачей из беднейших стран в более богатые.

РАЗБОР СИТУАЦИИ

В соответствии с описанным в данной главе анализом отношений врач—общество, врач С. права, уделяя внимание влиянию поведения пациента на общество. Даже если консультации с другими врачами происходят вне рамок системы здравоохранения, в которой работает врач С., и таким образом не приводят к дополнительным финансовым потерям общества, пациент занимает ее время, которое может быть потрачено на других нуждающихся в этом пациентов. Однако таким врачам следует быть осторожными в подобных ситуациях — пациенты зачастую в силу целого ряда причин не способны на полностью рациональные поступки, и осознание своих и чужих интересов может прийти только через определенный временной интервал. Врач С. также права, обращаясь к своей медицинской ассоциации с данной проблемой, так как она затрагивает не только данного пациента, но также других врачей и пациентов.

ГЛАВА 4 — ВРАЧИ И КОЛЛЕГИ





ЦЕЛИ

Ознакомившись с этой главой, вы сможете:

- представлять, как врачи должны вести себя по отношению друг к другу;
- выявлять и объяснять случаи незтичного поведения коллег;
- определять основные этические принципы, касающиеся взаимоотношений с пациентами;
- объяснять, как разрешить конфликтные ситуации, связанные с участием других людей или организаций, вовлеченных в оказание медицинской помощи населению.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ № 3

Доктор С., молодой анестезист городской больницы, вызван главным хирургом в операционную. Хирург использует несовременные технологии, которые удлиняют операцию и приводят к более сильным послеоперационным болям и увеличению времени выздоровления. Более того, он часто отпускает грубые шутки в адрес пациентов и среднего медицинского персонала. Как более молодой специалист, доктор С. опасается и не очень хочет критиковать хирурга при всех или докладывать об имеющих место фактах вышестоящему руководству. Тем не менее он чувствует, что необходимо предпринимать какие-то меры для изменения ситуации.

ВЫЗОВЫ ВЛАСТИ ВРАЧЕЙ

Врачи принадлежат к профессиональному сообществу, в котором традиционно преобладают иерархические взаимоотношения, причем как внутри самого сообщества, так и в отношениях с пациентами. Внутри сообщества можно выделить три пересекающиеся формы иерархических взаимоотношений: первая форма наблюдается во взаимоотношениях между специалистами, которые принадлежат к более престижным специальностям и получают более высокое вознаграждение, и всеми остальными; вторая форма существует во взаимоотношениях

между более влиятельными академическими кругами и специалистами частной или муниципальной практики; третья форма относится к взаимоотношениям с пациентами, которые всегда ставят на вершину иерархической лестницы лечащего врача, даже если его коллеги имеют более высокие звания и опыт. Это происходит до тех пор, пока они оказывают пациенту консультативные услуги, но ситуация сразу

Врачи принадлежат к профессиональному сообществу, в котором традиционно преобладают иерархические взаимоотношения

меняется, как только пациент передается кому-то из них для постоянного лечения или наблюдения. Кроме того, врачи всегда находятся выше на иерархической лестнице по сравнению со средним медицинским персоналом и другими работниками медицинской и социальной сферы.

Данная глава посвящена вопросам, возникающим во взаимоотношениях как внутри самого врачебного сообщества, так и в отношениях с другими представителями общества. Некоторые проблемы характерны для того и другого случаев, иные наблюдаются исключительно внутри врачебного сообщества или, наоборот, только во взаимоотношениях с внешними структурами или их представителями. Многие проблемы являются относительно новыми и связаны с последними изменениями в медицине и здравоохранении. Ниже будет приведен краткий обзор этих изменений, так как именно они оказали влияние на традиционные отношения с медицинской администрацией.

В связи с быстрым ростом научных разработок и их клиническим применением медицина в последнее время стала сложной областью. Один и тот же врач уже не может быть компетентным экспертом во всех областях медицины одновременно, чтобы оказывать квалифицированную профессиональную медицинскую или социальную помощь. Для оказания подобных услуг становятся необходимы такие специалисты, как медицинские сестры, фармацевты, физиотерапевты, врачи-лаборанты, социальные работники и многие другие. Врач должен знать, каким образом пациенты могут получить необходимые для них услуги, которые он не может предоставить сам.

Как обсуждалось в главе 2, медицинский патернализм постепенно разрушился благодаря все более широкому признанию права пациентов принимать собственные решения о своем лечении. В результате кооперативная модель принятия решения вытеснила характерную в прошлом для традиционного медицинского патернализма авторитарную модель. Аналогичная ситуация сложилась во взаимоотношениях между лечащими врачами и другими профессиональными работниками здравоохранения. Последние

**...кооперативная
модель принятия
решения вытеснила
характерную
в прошлом
для традиционного
медицинского
патернализма
авторитарную
модель**

проявляют все большее нежелание следовать предписаниям лечащих врачей, без ясного понимания причин, лежащих в основе этих предписаний. Они рассматривают себя в качестве профессионалов, несущих специфические этические обязательства по отношению к пациентам; в случае, если их толкование этих обязательств противоречит предписаниям лечащего врача. Они чувствуют свою обязанность поставить под сомнение или даже бросить вызов этим предписаниям. В то время как в условиях иерархической авторитарной модели не существовало никаких сомнений в том, чье мнение является подчиненным и чье должно превалировать, кооперативная модель может допускать споры относительно приемлемого способа ухода за пациентом.

Изменения подобного рода меняют «правила игры» во взаимоотношениях лечащих врачей и их медицинских коллег, а также других профессиональных работников здравоохранения. В заключительной части этой главы будут выявлены некоторые проблемные аспекты этих взаимоотношений и предложены пути их рассмотрения.

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ С КОЛЛЕГАМИ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА; УЧИТЕЛЯ И СТУДЕНТЫ

Предполагается, что, являясь членами профессионального медицинского сообщества, лечащие врачи должны в большей степени рассматривать друг друга как членов одной семьи, а не как незнакомых людей или даже просто друзей. Женевская Декларация ВМА предписывает: «мои коллеги будут моими сестрами и братьями». Однако интерпретация этого требования претерпела изменения со временем, а также в зависимости от конкретной страны. Например, там, где оплата каждой услуги являлась основной и единственной формой вознаграждения для лечащих врачей, существовала устойчивая традиция «профессионального этикета», в результате чего лечащие врачи не вовлекали своих коллег в процесс лечения. Эта практика нашла меньшее проявление в тех странах, где доступна страховая медицина.

Кроме позитивных требований относиться к коллегам уважительно и работать совместно с целью обеспечить максимальный уход за пациентом, **Международный устав медицинской этики ВМА** содержит два ограничения по взаимоотношениям

между лечащими врачами: (1) выплата или получение любого вознаграждения или любой другой компенсации должны происходить исключительно в интересах пациента; (2) недопустимо воровство пациентов у коллег. Далее обсуждается третье обязательство — сообщать о незитичном или некомпетентном поведении коллег.

Медицинская этика в традиции Гиппократова обязывает лечащего врача проявлять особое уважение к своим учителям. Женевская декларация трактует это следующим образом: «Я буду оказывать моим учителям уважение и признание такое, которое они заслуживают». Хотя современное медицинское образование включает в себя множественные взаимодействия студент—преподаватель, а не персонифицированные отношения, как это было раньше, оно все еще зависит от доброй воли и призвания практикующих лечащих врачей, которые часто не получают никакого вознаграждения за свою педагогическую деятельность. Поэтому студенты-медики и другие изучающие медицину лица обязаны проявлять признательность своим учителям, без которых медицинское образование свелось бы к самообучению.

Со своей стороны учителя обязаны уважительно относиться к студентам и служить им наглядным примером хорошего отношения к пациентам. Так называемый «негласный курс» медицинского образования, то есть стандарты поведения практикующих лечащих врачей, значит гораздо больше, чем учебный курс медицинской этики. И в случае возникновения конфликта между требованиями этики и мнением и поведением их учителей, студенты-медики скорее всего будут следовать примеру своих учителей.

Учителя, в частности, не имеют права заставлять своих студентов участвовать в незитичной медицинской практике. В медицинских журналах описаны примеры подобных случаев, когда студенты-медики, получающие согласие пациента на лечение в ситуациях, которыми должны заниматься обладающие полным профессиональным образованием специалисты, проводят анатомические исследования подвергнутых анестезии или только что умерших пациентов без их согласия.

«...учителя обязаны уважительно относиться к студентам и служить им наглядным примером хорошего отношения к пациентам»

«Студенты, озабоченные этическими аспектами их образования, должны иметь доступ к таким организационным механизмам, с помощью которых они могут выразить свою озабоченность и не приобрести репутацию «доносчиков»...»

Учителя должны гарантировать, что они не принуждают студентов действовать незэтично. Во многих медицинских учебных заведениях существуют объединения учащихся или ассоциации студентов-медиков, которые наряду с другими своими задачами могли бы затрагивать проблемы, связанные с этическими аспектами медицинского образования. Студенты, озабоченные этическими аспектами их образования, должны иметь доступ к таким организационным механизмам, с помощью которых они могут выразить свою озабоченность и не приобрести репутацию «доносчиков», а также иметь возможность получить соответствующую поддержку в случае необходимости рассмотрения дела на более формальном уровне.

Предполагается, что студенты-медики в свою очередь должны проявлять высокие стандарты этического поведения, соответствующие их будущей практике лечащих врачей. Они должны относиться к другим студентам как к коллегам и при необходимости быть готовыми оказать помощь, включая корректные замечания по отношению к непрофессиональному поведению. Они также должны всецело содействовать совместным проектам и обязательствам, таким, как учебная практика и обслуживание вызовов.

СООБЩЕНИЕ О НЕБЕЗОПАСНЫХ И НЕЭТИЧНЫХ ДЕЙСТВИЯХ

Медицина традиционно гордилась своим статусом саморегулирующейся профессии. В свою очередь в ответ на привилегии, закрепляемые за ней обществом, и доверие, оказываемое ее представителям пациентами, профессия медика установила высокие стандарты поведения для своих представителей и дисциплинарные процедуры расследования возможностей нарушения этих стандартов и, при необходимости, наказания нарушителей. Эта система саморегуляции часто оказывается нерабо-

тоспособной, и в последние годы были предприняты шаги сделать профессию более контролируемой. например, подвергая членов сообщества внешнему административному регулированию. Однако основным требованием саморегуляции является чистосердечная поддержка лечащими врачами ее принципов и их стремление выявлять и разбираться со случаями небезопасного и незтичного лечения. Эта обязанность сообщать о некомпетентности, несоответствии или неправильном выполнении обязательств своими коллегами особо подчеркивается в уставах по медицинской этике. Например, в **Международном уставе медицинской этики ВМА** постулируется, что «любой лечащий врач должен стремиться выявлять тех лечащих врачей, которые имеют недостатки характера или компетентности или которые замешаны в фальсификации и обмане». Однако применение этого принципа едва ли так просто. С одной стороны, лечащий врач может подвергнуться соблазну нанести урон репутации коллеги, движимый исключительно личными мотивами, такими, как зависть или ответная реакция на предшествующие выпады коллеги. Лечащий врач также может быть вынужден не заявлять о неправильном поведении коллеги из-за дружеских с ним отношений или симпатий к коллеге («все под Богом ходим»). Последствия подобных заявлений могут оказаться весьма плачевными для заявителя, включая практически обязательную враждебность со стороны части обиженных, а также, возможно, других коллег.

Несмотря на все издержки, заявления о неверном поведении являются профессиональным долгом лечащих врачей. Они не только ответственны за сохранение доброй репутации своей профессии, но и являются единственными, кто может распознать некомпетентность, служебное несоответствие или недобросовестное выполнение своих обязанностей. Однако жалобы на своих коллег в дисциплинарные инстанции должны обычно являться последним действием после других альтернативных попыток, которые должны быть все использованы и призна-

«...жалобы на своих коллег в дисциплинарные инстанции должны обычно являться последним действием после других альтернативных попыток, которые должны быть все использованы и признаны неэффективными»

ны неэффективными. Первым шагом может быть обращение к коллеге с указанием того, что вы считаете его поведение опасным и незрелым. Если вопрос может быть разрешен на этом уровне, возможно, не будет необходимости в последующих шагах. В противном случае, следующим шагом могло бы быть обсуждение вопроса с вашим начальником или начальником коллеги с тем, чтобы оставить решение о дальнейших действиях за этим человеком. Если эта практика оказывается неэффективной или же не приводит к успеху, тогда, возможно, необходимо прибегнуть к последнему шагу и проинформировать дисциплинарную инстанцию.

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ С ДРУГИМИ РАБОТНИКАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Глава 2, посвященная взаимоотношениям с пациентами, начиналась с обсуждения особой важности уважительных и равных взаимоотношений лечащий врач—пациент. Принципы, выдвинутые в этом обсуждении, в равной мере применимы и к взаимоотношениям с совместно работающими коллегами. В частности, неприемлема любая дискриминация, связанная с «возрастом, болезнью или ограниченными возможностями, убеждениями, этническими особенностями, полом, национальностью, политическими убеждениями, расой, сексуальной ориентацией, социальным положением» (Женевская декларация ВМА), при взаимоотношениях со всеми, с кем лечащий врач имеет дело при уходе за пациентами или в связи с другими профессиональными действиями.

Исключение дискриминации является неявно выраженной особенностью взаимоотношений. Уважительное отношение есть нечто более действенное и открыто проявляемое. По отношению к другим работникам здравоохранения, таким, как другие лечащие врачи, медицинские сестры, вспомогательный медицинский персонал и т.д., уважительное отношение проявляется в признании квалификации и опыта в соответствии с вкладом всех участников в общую работу по уходу за пациентом. Все вовлеченные в работу медицинские работники, конечно, обладают различным уровнем образования и квалификации, однако они в равной степени несут фундаментальную общечеловеческую ответственность и в равной мере проявляют заботу о благополучии пациентов. Как и в отношении пациентов, суще-

ствуют законные основания отказываться или прекращать личные отношения с другими медицинскими работниками. Этими основаниями могут являться отсутствие уверенности в способностях или честности других работников, а также серьезные персональные антипатии. Отделение этих мотивов от менее значимых может потребовать от лечащего врача существенного внимания к вопросам этики.

КООПЕРАЦИЯ

Медицина является весьма индивидуалистичной и одновременно коллективной профессией. С одной стороны, лечащие врачи обладают довольно большими возможностями влияния на «своих» пациентов. Есть все основания полагать, что личные взаимоотношения врач—пациент являются наилучшим инструментом для понимания особенностей пациента и ухода за ним, что является оптимальным с точки зрения предупреждения и лечения заболеваний. Длительные личные отношения с пациентом также приносят выгоду и лечащему врачу, по крайней мере, с финансовой точки зрения. В то же время, как отмечалось ранее, медицина является крайне сложной и специализированной дисциплиной, требующей, таким образом, тесной кооперации между практикующими специалистами с различными, но дополняющими друг друга знаниями и квалификацией. Борьба этих тенденций индивидуализма и кооперации является неизменно актуальной темой в вопросах медицинской этики.

Ослабление парадигмы медицинского патернализма привело к изменению общественного мнения о том, что лечащие врачи «владеют» своими пациентами. Традиционное право пациентов обратиться к мнению второго специалиста расширилось в сторону широкого доступа к предложениям многих поставщиков услуг в области здравоохранения, которые потенциально могут лучше удовлетворять их потребности. В соответствии с Декларацией прав пациента ВМА

«Ослабление парадигмы медицинского патернализма привело к изменению общественного мнения о том, что лечащие врачи «владеют» своими пациентами»

«лечащий врач должен сотрудничать с другими медиками, координируя выполнение предписаний в процессе лечения». Однако, как отмечалось выше, лечащим врачам такая кооперация невыгодна с финансовой точки зрения, вследствие необходимости разделения вознаграждения за лечение.

Эти ограничения на «право врача владеть» пациентами должны быть уравновешены другими мерами, направленными на сохранение первичной значимости взаимоотношений врача и пациента. Например, пациента, которого лечит более чем один врач, что является обычной практикой в больницах, необходимо повсеместно обеспечить одним лечащим специалистом, координирующим уход за больным, информирующим его или ее об общем прогрессе в лечении, а также помогающим пациенту принимать решения по собственному лечению.

В отличие от взаимоотношений между врачами, которые регулируются общепринятыми и ясно сформулированными правилами, отношения между врачами и другим медицинским персоналом находятся в состоянии постоянного изменения, и в этой области имеются существенные разногласия о роли первых и последних в процессе ухода за пациентом. Как отмечалось выше, многие медсестры, фармацевты, физиотерапевты и другие специалисты в своей области считают себя более компетентными и не видят причин ущемления их прав по сравнению с лечащими врачами. Они выступают за коллективный подход к уходу за пациентом, полагая, что точки зрения всех медицинских работников должны приниматься во внимание на равных условиях, и считают себя «подотчетными» не перед врачами, а перед пациентами. В то же время многие врачи, разделяя в некоторых случаях точку зрения коллективного подхода, все же считают, что кто-то один должен быть главным, и что на эту роль больше подходят именно лечащие врачи в силу их образования и опыта.

Хотя некоторые врачи и оказывают сопротивление посягательствам на их практически абсолютную власть, кажется очевидным, что их роль будет меняться в связи с настойчивостью пациентов и других участников медицинского процесса в отстаивании своего права более активно участвовать в принятии медицинских решений. Врачи должны быть способны обосновать перед другими участниками процесса свои рекомендации и убедить их принять эти рекомендации. В дополнение к коммуникативным способностям, врачи должны уметь находить решение в конфликтной ситуации, которая

может возникнуть между различными участниками процесса ухода за пациентом.

Особым аспектом в сотрудничестве в интересах пациентов является обращение последних одновременно к традиционной и альтернативной медицине (к «целителям»). К услугам знахарей прибегает значительный процент населения Африки и Азии, растет число обращений к методам альтернативной медицины в Европе и Америке. Хотя некоторые считают оба подхода взаимодополняющими, во многих случаях они могут вызвать конфликтные ситуации. Если альтернативные методы лечения дают хоть какой-то терапевтический эффект и пользуются успехом у пациентов, лечащие врачи должны рассмотреть возможность и найти пути для сотрудничества с теми, кто практикует указанные методы. Способы этого сотрудничества будут отличаться в разных странах и среди разных участников лечебного процесса. Во всех случаях подобного рода во главе угла должно стоять здоровье и благополучие пациента.

РАЗРЕШЕНИЕ КОНФЛИКТОВ

Хотя конфликты между врачами и медперсоналом могут быть разного рода и касаться как организационных вопросов, так и оплаты труда, в данном случае мы сфокусируем внимание на конфликтах, связанных с уходом за пациентами. В идеале, решения об оказании помощи и предоставлении лечения должны быть согласованы между пациентом, врачами и другим персоналом, задействованным в процессе лечения. Однако различные точки зрения могут вызвать разногласия как относительно целей лечения, так и методов их достижения. Ограниченные возможности в предоставлении лечения и организационная политика также могут осложнить достижение консенсуса.

Разногласия относительно целей ухода и лечения и методов их достижения должны выясняться и решаться внутри коллектива медиков, чтобы не подорвать их репутацию у пациентов. Разногласия между медперсоналом и администрацией относительно распределения ресурсов

«...различные точки зрения могут вызвать разногласия как относительно целей лечения, так и методов их достижения»

должны решаться внутри отделения или агентства, и не обсуждаться в присутствии пациентов.

Поскольку и те и другие конфликты по своей природе имеют этический характер, их разрешению могут способствовать советы и рекомендации со стороны врачебного комитета по этике или консультанта по этике, при наличии подобной службы.

Для решения подобного рода конфликтов следует руководствоваться следующими принципами:

- По возможности, конфликты следует решать неформальным образом, например, путем прямых переговоров между несогласными, и переходить к более формальным процедурам только в том случае, если неформальные меры оказываются безуспешными.
- Необходимо ознакомиться с мнением всех участников конфликта и отнестись к нему уважительно.
- При решении споров основным критерием должен быть информированный выбор, сделанный пациентом или человеком, имеющим право принять решение, связанное с его лечением.
- Если спор идет о том, какие варианты предложить пациенту, обычно отдается предпочтение более широким возможностям выбора. Если выбранное лечение недоступно по причине ограниченных ресурсов, пациента следует поставить об этом в известность.
- Если, предприняв все попытки, не удастся прийти к соглашению или достигнуть компромисса путем диалога, решение должно быть принято человеком, имеющим право или ответственным за принятие решения. Если не удастся выяснить или остается под вопросом, кто имеет право или обладает ответственностью за принятие решения, следует прибегнуть к посредническим услугам, арбитражу или суду.
- В случае если медик не может поддержать решение в связи с профессиональной точкой зрения или личными моральными устоями, ему следует отказаться от участия в вынесении решения, предварительно убедившись в том, что это не принесет вред здоровью пациента и не приведет к прекращению лечения.

ВОЗВРАЩАЯСЬ К ИЗУЧЕНИЮ ДЕЛА

Доктор С. вполне справедливо озабочен поведением старшего хирурга операционной. Оно не только создает угрозу безопасности пациента, но и является неуважением по отношению как к пациенту, так и к коллегам. Этический долг доктора С. состоит в том, чтобы не игнорировать подобное поведение, а предпринять соответствующие меры. В качестве первого шага он должен отказаться поддерживать такое поведение хирурга, например, не смеяться над его шутками. Если, по мнению доктора С., обсуждение данного случая с хирургом может принести результат, ему следует предпринять попытку поговорить с ним. В противном случае необходимо обратиться непосредственно к высшему руководству больницы. Если же оно не пожелает рассматривать вопрос, можно обратиться с просьбой рассмотреть дело в организацию по выдаче медицинских лицензий.

**ГЛАВА 5 —
ЭТИКА И МЕДИЦИНСКИЕ
ИССЛЕДОВАНИЯ**





ЦЕЛИ

Ознакомившись с этой главой, вы сможете:

- определять основные этические принципы научных исследований;
- находить компромисс между научными исследованиями и клинической практикой;
- соответствовать требованиям, исходящим от исследовательских этических комитетов.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ № 4

К доктору Р., терапевту в небольшом провинциальном городке, обратились со стороны Контрактной Исследовательской Фирмы с предложением участвовать в клинических испытаниях нового нестероидного противовоспалительного средства для лечения остеоартрита. Доктору была предложена определенная сумма денег за каждого пациента, который будет участвовать в испытаниях. Представитель фирмы заверяет доктора, что проект испытания прошел все необходимые формальности, включая разрешение со стороны комиссии по этике. Доктор Р. никогда ранее не участвовала в испытаниях препаратов. Она рада представившейся возможности и перспективе дополнительного заработка. Доктор выражает согласие без выяснения научной, либо этической стороны вопроса.

ВАЖНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Медицина не относится к точным наукам, как, например, математика или физика. Разумеется, есть общие принципы, которые действуют в большинстве случаев, но каждый пациент индивидуален, и то, что является эффективным средством для 90% населения, может не сработать для оставшихся 10%. Таким образом, медицина по своей сути — экспериментальная наука. Даже самые распространенные способы лечения должны проходить проверку и оцениваться с точки зрения их эффективности, как для конкретных пациентов, так и для пациентов в целом. Это — одна из задач медицинских исследований.

Более широко известна такая задача медицинских исследований, как развитие новых методов лечения, новых лекарственных средств, медицинского оборудования и техники проведения хирургических операций. За последние 50 лет в этой области был

...медицина
по своей сути —
экспериментальная
наука

достигнут огромный прогресс, и в настоящее время проводится больше медицинских исследований, чем когда-либо. Тем не менее все еще не решен широкий круг вопросов, касающихся функционирования человеческого тела, причин возникновения болезней (как наследственных, так и приобретенных) и поиска наилучших способов их предотвращения или лечения. И медицинские исследования — единственный способ ответить на эти вопросы.

Кроме поиска наилучших путей понимания человеческой психологии, исследования касаются и множества других факторов, влияющих на здоровье человека, включая инфекционные заболевания (эпидемиология), организацию, финансирование и обеспечение лечения (исследования системы здравоохранения), социальные и культурные аспекты здоровья (медицинская социология и антропология), законы (судебная медицина) и этику (медицинская этика). Важность подобных видов исследований получает признание со стороны финансовых фондов, у многих из которых имеются специальные программы медицинских исследований, не связанных с физиологией.

ИССЛЕДОВАНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Все врачи используют результаты медицинских исследований в своей практике. Чтобы оставаться компетентными, врачам необходимо быть в курсе исследований, связанных с их специализацией, посредством программ Продолжения Медицинского Образования / Продолжения Профессионального Развития, медицинских журналов и взаимодействия с опытными коллегами. Даже не принимая непосредственного участия в исследованиях, врачи обязаны знать, как правильно интерпретировать их результаты и как применять их к своим пациентам. Таким образом, базовые знания о методах исследований необходимы для полноценной медицинской практики. Углублять эти знания лучше всего через участие в

**Даже не принимая
непосредственного
участия
в исследованиях,
врачи обязаны
знать,
как правильно
интерпретировать
их результаты
и как применять
их к своим
пациентам**

исследовательских проектах, что относится как к студентам, так и к ординаторам.

Самый распространенный вид исследований для практикующих врачей — это клинические испытания. Перед тем, как новый медикамент будет одобрен государственной комиссией, он должен пройти испытания на безопасность и эффективность. Этот процесс начинается с лабораторного изучения препарата. Затем его тестируют на животных. Если результаты многообещающи, то начинаются следующие четыре стадии клинических испытаний:

- Фаза 1. Исследование обычно проводится на сравнительно небольшой группе здоровых добровольцев, которые получают вознаграждение за свое участие в эксперименте. Исследование призвано определить, какая доза препарата необходима для воздействия на организм человека, как организм переносит медикамент и не наносит ли он вред здоровью.
- Фаза 2. Исследование проводится на группе пациентов, страдающих заболеванием, которое и должен вылечить новый препарат. Цель — проверить, в состоянии ли медикамент бороться с болезнью и нет ли у него каких-либо побочных эффектов.
- Фаза 3. Проводится клиническое испытание: препарат принимает большое количество пациентов, и он одновременно сравнивается с другим препаратом, эффективность которого под вопросом, либо с плацебо. Если есть возможность, то подобные испытания проводятся «вслепую», то есть ни испытуемые, ни их врачи не знают, кто получает медикамент, а кто — плацебо.
- Фаза 4. Исследование проводится после лицензирования препарата и его поступления на рынок. Первые несколько лет препарат проверяют на наличие побочных эффектов, которые не проявились на ранних стадиях. Помимо этого, фармацевтические компании обычно интересуются, как новый препарат был принят прописывающими его врачами, а также принимающими его пациентами.

Быстрое увеличение количества проходящих в последние годы испытаний привело к тому, что требуется все больше и больше пациентов для соответствия статистическим требованиям. Несущие ответственность за испытания независимые врачи и фармацевтические компании в настоящее время доверяют

другим врачам, часто в других странах, набирать пациентов в исследовательские проекты.

Несмотря на то, что подобное участие представляет для врачей весьма ценный опыт, весьма вероятно возникновение проблем, которые необходимо распознавать и предотвращать. Во-первых, роль врача в отношениях «врач—пациент» отличается от роли исследователя в отношениях «исследователь—испытуемый», даже если исследователь и врач — один и тот же человек. Главная забота врача — здоровье и благополучие пациента, в то время как для исследователя главное — получение знания, которое может подействовать или не подействовать на здоровье и благополучие испытуемого. Таким образом создается почва для конфликта между этими двумя ролями. Если подобное происходит, роль врача должна превалировать над ролью исследователя. О том, как это происходит на практике, речь пойдет ниже.

...роль врача
в отношениях
«врач—пациент»
отличается от роли
исследователя
в отношениях
«исследователь-
испытуемый»...

Другая потенциальная проблема, возникающая при совмещении этих ролей — конфликт интересов. Медицинские исследования — это хорошо финансируемое предприятие, и врачи иногда получают значительное вознаграждение за свое участие. Оно может включать в себя плату наличными за привлечение лиц — участников эксперимента; такое оборудование, как, например, компьютеры для передачи данных исследования, приглашения на конференции для обсуждения сделанных выводов и соавторство в публикациях результатов исследований. Желание врача получить вознаграждение может иногда вступать в конфликт с его долгом обеспечить пациента лучшим лечением. Также может быть нарушено право пациента на получение всей необходимой информации, чтобы принять полностью осознанное решение, участвовать или не участвовать в исследованиях.

Возможных проблем можно избежать. Этические достоинства врача — сострадание, профессиональная компетенция, независимость — также относятся и к медицинским исследователям. Таким образом, нет непримиримого конфликта между двумя ролями. Если врачи следуют базовым нормам иссле-

довательской этики, у них не будет возникать проблем с участием в экспериментах, которые становятся неотъемлемой частью их практики.

ЭТИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ

Базовые принципы исследовательской этики имеют четкую формулировку. Хотя так было не всегда. Многие выдающиеся исследователи XIX и XX веков проводили эксперименты на пациентах, не спрашивая их согласия и совершенно не заботясь об их благополучии. Хотя основы исследовательской этики были заложены уже в начале XX века, это не мешало врачам в нацистской Германии и других странах проводить эксперименты, которые грубо нарушали фундаментальные права человека. После Второй мировой войны некоторые из этих врачей были осуждены специальным трибуналом в Нюрнберге, Германия. Основанием для решения суда стал так называемый Нюрнбергский кодекс, который является одним из основополагающих документов современной исследовательской этики. Среди десяти принципов этого Кодекса — необходимость добровольного согласия пациента на участие в эксперименте.

Всемирная Медицинская Ассоциация (ВМА) была основана в 1947 г. В этом же году был создан и Нюрнбергский кодекс. Осознавая, что до и во время Второй мировой войны имело место нарушение медицинской этики, основатели ВМА сразу же предприняли шаги, чтобы врачи наконец-то осознали свои этические обязательства. В 1954 г., после нескольких лет изучения, ВМА одобрила свод **Принципов для участников исследований и экспериментов**. Этот документ пересматривался в течение последующих десяти лет и, в конце концов, в 1964 г. его приняли как **Хельсинкскую декларацию (ХД)**. Позже ее пересматривали в 1975, 1983, 1989, 1996 и 2000 гг. ХД — это краткий свод правил исследовательской этики.

Другие, более детализированные документы, были созданы недавно и касаются исследовательской этики в целом (**Совет Международной Организации Медицинских Наук, Международные Этические Инструкции для Медико-биологических Исследований с участием человека, 1993**, пересмотрен в 2002 г.) и особых случаев в исследовательской этике (**Наф-**

филдский Совет по Биоэтике [Великобритания], Этика исследований, связанных со здравоохранением в развивающихся странах, 2002 г.).

Несмотря на многообразие, различия в объемах и в авторстве этих документов, последние совпадают по основополагающим принципам исследовательской этики. Эти принципы вошли в законодательства многих стран и в правила многих международных организаций, включая те, которые занимаются одобрением новых медикаментов и медтехники. Ниже приводится краткое описание основных принципов, записанных в Хельсинкской Декларации:

Одобрение комитета по этике

Параграфы 13 и 14 Хельсинкской Декларации гласят, что любое предложение по проведению медицинских исследований с участием человека сначала должно быть рассмотрено и одобрено независимой этической комиссией. Для получения одобрения исследователи должны разъяснить цели и методы проекта, показать, как будут набираться люди, участвующие в эксперименте, как будет получено их согласие, как будет защищаться их частная жизнь, а также прояснить, как проект будет финансироваться, и предвидеть возможный конфликт интересов. Комитет по этике может одобрить проект в том виде, в котором он представлен, потребовать внести некоторые изменения или полностью отклонить его. Многие комитеты должны вслед за этим проводить мониторинг уже начавшихся проектов, чтобы убедиться, что исследователи выполняют свои обязательства. В случае необходимости комитеты могут приостановить проект по причине возникновения серьезных непредвиденных обстоятельств.

Причина, по которой требуется одобрение комитета по этике, кроется в том, что ни исследователи, ни испытуемые не всегда обладают достаточными объективностью и знаниями, чтобы определить, является ли проект приемлемым с

...любое предложение по проведению медицинских опытов с участием человека сначала должно быть рассмотрено и одобрено независимой этической комиссией

научной и этической точек зрения. Исследователям нужно продемонстрировать беспристрастной экспертной комиссии значимость проекта и собственную компетенцию для его осуществления, а также то, что потенциальные участники испытаний будут защищены от ущерба с большой долей вероятности.

До сих пор остается нерешенным вопрос, должны ли многоцентровые проекты запрашивать одобрение каждого центра или же достаточно одобрения только одной комиссии. Если центры находятся в разных странах, то разрешение и одобрение обычно требуется в каждой стране.

Научная обоснованность

Параграф 11 Хельсинкской Декларации гласит, что медицинские исследования с участием людей должны иметь научное обоснование. Это требование нужно для того, чтобы, например, исключить проекты, успех которых маловероятен по причине их методологической неадекватности, или, даже если они будут успешны, то скорее всего дадут тривиальные результаты. Если людей просят принять участие в исследовательских проектах, то, даже если риск для них минимален, результатом должны быть важные научные данные.

**...медицинские
исследования
с участием людей
должны иметь
научное
обоснование**

Для обеспечения научной ценности, параграф 11 требует, чтобы проекты базировались на фундаментальной литературе по соответствующему вопросу и на предшествовавшей ему лабораторной работе и, где это возможно, на опытах на животных, которые дают твердые основания предполагать их значение и для человека. Все исследования на животных подчиняются этическим инструкциям, которые сводят к минимуму количество животных, используемых в опытах, и предотвращают неоправданную боль. Параграф 15 также требует, чтобы опыты проводились только квалифицированными специалистами. Комитет по этике, еще до одобрения проекта, обязан получить доказательства о выполнении этих требований.

Социальная ценность

Одно из самых спорных требований, предъявляемых к медицинским исследованиям, это требование содействовать благополучию общества в целом. Общеизвестно, что научное знание ценно само по себе и не нуждается в дополнительном «оправдании». Тем не менее, так как все стремительней ощущается недостаток ресурсов, используемых в медицинских исследованиях, их социальная ценность становится важнейшим критерием, влияющим на финансирование проекта.

**...социальная
ценность
становится
важнейшим
критерием,
влияющим
на финансирование
проекта**

Параграфы 18 и 19 Хельсинкской Декларации явно оказывают предпочтение рассмотрению социальной ценности эксперимента. Важность цели проекта, как научная, так и социальная, должна перевешивать тот риск, на который идут люди, участвующие в эксперименте. К тому же общество, в котором проводится исследование, должно получать выгоды от его результатов. Особенно важно это в странах, где существует вероятность несправедливого обращения с участниками экспериментов, которые подвергаются риску, в то время как медикаменты, полученные в результате исследования, приносят пользу пациентам в другом регионе.

Социальную ценность эксперимента оценить сложнее, чем его научную значимость, но это не повод полностью игнорировать ее. Исследователи и комитеты по этике должны следить за тем, чтобы пациенты не принимали участия в тестах, которые вряд ли послужат каким-либо социальным целям. В противном случае будет напрасно тратиться такой ценный ресурс, как здоровье испытуемых, а также страдать репутация медицинских исследований как главного фактора, обеспечивающего здоровье и благополучие людей.

Риски и выгоды

Когда научная значимость и социальная ценность эксперимента установлены, исследователю необходимо доказать, что риск для участников эксперимента не является необоснованным или непропорциональным ожидающимся от него выгодам,

Если степень риска неизвестна, исследователю не следует начинать проект, пока не будут доступны надежные данные

которые даже могут не достаться самим участникам. Риск заключается в возможности неблагоприятного исхода (вреда). Он включает в себя два компонента: (1) вероятность причинения вреда (от маловероятной до очень вероятной) и (2) серьезность вреда (от незначительного до инвалидности или смерти). Риск причинить даже незначительный вред маловероятен при хорошем исследовательском проекте. С другой стороны, высокий риск причинения серьезного вреда здоровью будет приемлемым вариантом лишь в случае, если проект является единственной надеждой на спасение смертельно больных людей. Помимо этих двух крайностей, параграф 17 требует от исследователей адекватной оценки рисков и уверенности в том, что их можно избежать. Если степень риска неизвестна, исследователю не следует начинать проект, пока не будут доступны надежные данные, например, по результатам лабораторных исследований или опытов на животных.

Информированное согласие

Первый принцип **Нюрнбергского кодекса** гласит: «Добровольное согласие человека является абсолютной необходимостью». Поясняющий этот принцип параграф, среди прочих требований, настаивает на том, что субъект исследования «должен обладать достаточными знаниями и понимать на элементарном уровне суть того, в чем он принимает участие, чтобы иметь возможность принять осмысленное и свободное решение».

«Добровольное согласие человека является абсолютной необходимостью»

Хельсинкская декларация останавливается подробно на некоторых моментах информированного согласия. В параграфе 22 объясняется, что должен знать исследуемый субъект для принятия осознанного решения об участии в исследовании. Параграф 23 предостерегает против оказания давления на человека с целью заставить его принять участие в исследовании, поскольку в данных обстоятельствах его согласие не будет иметь в полной мере добровольный харак-

тер. В параграфах с 24-го по 26-й речь идет о субъектах исследования, не способных дать свое согласие (малолетних детей, умственно неполноценных людях, пациентах без сознания). Они могут стать субъектами исследования, но только на условии определенных ограничений.

Хельсинкская декларация, наряду с другими документами по исследовательской этике рекомендует выражение информированного согласия путем подписания субъектом исследования «формуляра согласия» (параграф 22). Многие комитеты по этике требуют от исследователя предоставления используемых в проектах формуляров согласия. В некоторых странах эти формуляры в силу своего большого объема и излишней детализации перестали служить цели информирования субъекта исследования о проекте с его участием. В любом случае, процесс получения информированного согласия не начинается и не заканчивается подписанием формуляра. Он должен сопровождаться подробным устным объяснением как самого проекта, так и всего процесса и последствий участия в нем субъекта исследования. Кроме того, субъекты исследования должны быть информированы о том, что в любой момент они могут отказаться от данного ими согласия на участие в проекте. Они могут сделать это и после того, как началось осуществление проекта, без каких-либо «репрессий» со стороны исследователей или других врачей, а также без каких-либо компромиссов, связанных с заботой об их здоровье.

Конфиденциальность

Как и пациенты в клиниках, субъекты исследования имеют право на конфиденциальность информации об их личном здоровье. Однако исследование, в отличие от клинического лечения, предполагает обнародование конфиденциальной информации о здоровье участника проекта как научному сообществу, так, в некоторых случаях, и широким слоям общественности. С целью защиты от вмешательства в личную жизнь субъектов исследования, исследователи должны гарантировать, что они получают информированное согласие исследуемых для использования личной инфор-

«...субъекты исследования имеют право на конфиденциальность информации об их личном здоровье»

мации об их здоровье исключительно с научными целями. Это предполагает требование того, что исследуемые должны быть заранее поставлены в известность о том, для чего будет использованы их персональные данные. Информация, как правило, должна быть кодирована (деперсонифицирована) и иметь гарантии безопасности распространения и хранения. Декларация ВМА по этическим соображениям относительно баз данных о здоровье обеспечивает руководством по данной проблематике.

Конфликт ролей

Как отмечалось ранее в этой главе, роль врача в отношениях врач—пациент отличается от роли исследователя в отношениях исследователь — субъект исследования, даже в том случае если врач и исследователь — одно лицо. В параграфе 28 Хельсинкской декларации поясняется, что подобных случаях роль врача должна превалировать. Это означает, кроме всего прочего, что врач должен быть готов рекомендовать пациенту не принимать участия в исследовательском проекте, если по показаниям ему помогает текущее обычное лечение, а проект требует, чтобы пациент был подвергнут (рандомизирован) другому лечению или приему плацебо. Только в том случае, если врач, при наличии аргументированного научного обоснования, сомневается в эффективности текущего лечения пациента по сравнению с новым лекарством, пусть даже плацебо, врач обязан просить пациента принять участие в исследовательском проекте.

Честное сообщение результатов

«...в последнее время появилось много сообщений о «нечистоплотности» исследователей в практике публикации отчетов исследований»

Может, и не следовало бы акцентировать внимание на том, что результаты исследования должны быть безошибочными и аккуратными, но к сожалению, в последнее время появилось много сообщений о «нечистоплотности» исследователей в практике публикации отчетов исследований. Проблема включает в себя как плагиат и сфабрикованные данные, так и дублирование публикаций

и «дарение» авторства. Такая практика, пока не разоблачена, может иметь определенную выгоду для исследователя. Но в то же время может принести огромный вред пациентам, которым, основываясь на неаккуратных или фальсифицированных данных, может быть прописано неправильное лечение. Она может нанести вред и другим ученым, которые потратят много времени, сил и ресурсов, пытаясь следовать по пути недобросовестных исследователей.

Разоблачение противоправных действий

С целью предотвращения ведения исследования недобросовестным образом или разоблачения факта его осуществления, каждый, кто узнает о подобном поведении, обязан сообщить о нем в соответствующие инстанции. К сожалению, разоблачение недобросовестных действий не всегда находит понимание и имеет место быть, а «разоблачители» зачастую подвергаются наказанию или оказываются в изоляции в связи с попытками сделать достоянием общественности факты недобросовестного поведения. Однако, похоже, ситуация постепенно меняется, как ученые-медики, так и правительственные административные структуры понимают необходимость выявления случаев неэтичных изысканий и наказания виновных, и начинают ценить роль «разоблачителей» в достижении этой цели.

Особенно осложнено положение младших членов исследовательской команды, таких, как студенты-медики: в случае подозрения коллег в неэтичном поведении им трудно предпринять какие-либо шаги, поскольку они могут считать себя недостаточно компетентными, чтобы судить о действиях старших коллег и, вполне возможно, могут «поплатиться» за свои высказывания. Тем не менее им следует отказаться от участия в мероприятиях, которые, на их взгляд, противоречат этике: например, говорить неправду субъектам исследования или фабриковать данные. Если они станут свидетелями привлечения других людей к подобной практике, им следует принять меры, чтобы предупредить руководство, сделав это открыто или анонимно.

Неразрешенные проблемы

Не все аспекты этики исследования находят общее понимание. Поскольку медицинская наука продолжает развиваться, такие области, как генетика, неврология, пересадка органов и

**«...только
10 процентов
из общих
исследовательских
фондов
направляется
на решение
проблем здоровья,
с которыми
сталкивается
90 процентов
населения земли»**

тканей, ставят новые вопросы об этической приемлемости техник, процедур и лечения, на которые в настоящее время нет готовых ответов. Кроме того, некоторые старые проблемы продолжают оставаться предметом непрекращающихся этических дебатов; например, на каких условиях плацебо может использоваться в клинических испытаниях и как должно продолжаться лечение пациентов во время медицинского исследования. На глобальном уровне, 10/90 «лакун» в медицинской исследовательской работе является неразрешимой этической

проблемой (только 10 процентов из общих исследовательских фондов направляется на решение проблем здоровья, с которыми сталкивается 90 процентов населения земли). Исследуя беднейшие регионы мира, ученые зачастую сталкиваются с проблемами, возникающими в результате столкновения их этической точки зрения с той, которая существует в том обществе, в котором они проводят свою работу. Все эти вопросы требуют дополнительного анализа и обсуждения, прежде чем удастся прийти к общему соглашению.

Несмотря на все эти потенциальные проблемы, медицинское исследование является полезным и стоящим видом деятельности как для врачей и студентов-медиков, так и для самих субъектов исследования. Несомненно, врачи и студенты-медики должны принимать во внимание интересы субъекта исследования, для того чтобы понять другую сторону отношений исследователь — субъект исследования.

ВОЗВРАЩАЯСЬ К ИЗУЧЕНИЮ ДЕЛА

Доктор Р. не должна была так быстро соглашаться. Она должна была сначала больше узнать о проекте и убедиться, что он соответствует всем этическим требованиям к исследованию.

В частности, она должна была обратиться с просьбой ознакомить ее с протоколом, представленным к рассмотрению комитету по этике, а также его комментариями и условиями по проекту. Ей следовало принимать участие только в мероприятиях в области ее практики. Она должна была убедиться в научном достоинстве и социальной ценности проекта. Если она не была уверена в собственных способностях оценить проект, ей следовало попросить совета у коллег из более крупных центров. Она должна была убедиться, что действует в интересах своих пациентов и «подключает» к исследованию только тех, кому переход от текущего лечения к экспериментальному или плацебо не принесет никакого вреда. Она обязана была объяснить пациентам существующие альтернативы с тем, чтобы они могли дать ей полностью информированное согласие о своем участии или неучастии в проекте. Ей не следовало соглашаться вовлекать в проект фиксированное число пациентов в качестве субъектов исследования, поскольку это могло привести к давлению на пациентов и заставить их дать свое согласие вопреки собственным интересам. Она должна была провести тщательный мониторинг пациентов с целью выявления неожиданных негативных эффектов и быть готовой принять быстрое решение по корректировке действий.

После получения результатов исследования она должна была сообщить их своим пациентам.

ГЛАВА 6 — ЗАКЛЮЧЕНИЕ





ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И ПРИВИЛЕГИИ ВРАЧЕЙ

Данное руководство посвящено обязанностям и ответственности врачей, которые составляют основное содержание медицинской этики. Тем не менее, как все человеческие существа, врачи имеют наряду с обязанностями права, и исследование

...как все
человеческие
существа,
врачи имеют
наряду
с обязанностями
права

медицинской этики окажется неполным, если мы не будем рассматривать вопросы того, каким образом к врачам должны относиться другие, будь то пациенты или коллеги. Этот аспект медицинской этики приобрел возросшую значимость по мере того, как врачи во многих странах сталкивались с серьезными сложностями в своей профессиональной деятельности в связи с ограниченностью ресурсов, чрезмерной регламентацией

здравоохранения со стороны правительства или частных компаний, сенсационными репортажами в СМИ о врачебных ошибках и незтичном поведении врачей. Врачи также столкнулись с претензиями, которые предъявляют им пациенты и другие поставщики медицинских услуг.

Медицинская этика и в прошлом занималась исследованием как прав врачей, так и их обязанностей. Предыдущие своды этических норм, такие, как Кодекс Американской Медицинской Ассоциации 1847 года, включали в себя разделы, освещающие обязательства пациентов и общества в отношении представителей медицинских профессий. Большая часть этих обязательств устарела. Таким, например, является следующее требование: «пациент обязан немедленно и безоговорочно подчиняться предписаниям врача. Пациент никогда не должен позволять своим собственным необоснованным мнениям об уместности тех или иных методов лечения влиять на его внимательное отношение к ним». Тем не менее, утверждение о том, что «общество должно... демонстрировать справедливое признание медицинских дипломов ... [и] обеспечивать и способствовать всеми силами получение медицинского образования» до сих пор не утратило своего значения. Тем не менее, вместо пересмотра и внесения изменений в эти разделы, АМА устранила эти положения из своего Этического кодекса.

С течением времени Всемирная Медицинская Ассоциация приняла ряд нормативных положений о правах врачей и соот-

ветствующих обязанностях других субъектов, прежде всего правительства, по уважению и признанию этих прав:

- **Заявление о свободе посещения медицинских конференций 1984 года** содержало требование «недопущения существования барьеров, которые бы препятствовали посещению врачами совещаний Всемирной Медицинской Ассоциации или иных медицинских совещаний, где бы такие совещания ни проводились».
- **Декларация о независимости врачей и профессиональной свободе 1986 г.** утверждала: «Врачи должны обладать профессиональной свободой заботиться о своих пациентах без вмешательства извне», а также «Врачи должны обладать профессиональной свободой представлять и защищать потребности пациента в сфере здоровья в отношениях со всеми, кто отрицает или ограничивает объем необходимого медицинского ухода для тех, кто болен или ранен».
- **Заявление о профессиональной ответственности за стандарты в сфере медицинского обслуживания 1995 года** провозглашало, что «любое суждение о профессиональной деятельности врача или качестве его работы должно включать в себя оценку, вырабатываемую равноправными профессиональными врачами, которые, по своему образованию и опыту, понимают сложность затронутых медицинских вопросов». То же самое заявление осуждает «какие-либо процедуры рассмотрения жалоб от пациентов или какие-либо процедуры выплаты компенсаций пациентам, которые не основываются на справедливой оценке действий или бездействия врача группой равноправных врачей».
- **Заявление о поддержке врачей, отказывающихся участвовать или соглашаться с действиями с использованием пыток или иных форм насилия, негуманного или унижительного обращения 1997 года** содержит положение о том, что ВМА «должна поддерживать и защищать, а также призывать национальные медицинские ассоциации к поддержке и защите тех врачей, которые отказываются участвовать в таких негуманных процедурах или которые работают над лечением и реабилитацией лиц, пострадавших от такого обращения, а также поддерживать и защищать право сохранения и применения врачами высочайших этических

принципов, включая сохранение медицинской конфиденциальности...»

- Заявление об этических нормах на международном рынке труда врачей 2003 года призывало все страны «приложить все усилия для сохранения возможно большего числа специалистов в профессии и в стране за счет предоставления им поддержки, которая им необходима для достижения личных и профессиональных целей с учетом потребностей и ресурсов страны». Страны также должны гарантировать, что «врачи, которые работают постоянно, либо временно, не в стране своего проживания... должны обладать теми же правами, что и врачи, работающие в этой стране (например, равные возможности карьерного роста и равная оплата труда за одинаковую работу)».

Несмотря на то, что такая защита интересов врачей необходима в виду тех опасностей и проблем, которые были упомянуты выше, врачам часто нужно напоминать о тех привилегиях,

которыми они обладают. Опросы общественного мнения во многих странах показывают, что врачи находятся в числе наиболее уважаемых и заслуживающих доверия профессиональных групп. Они обычно получают финансовое вознаграждение за свою работу выше среднего уровня (в некоторых странах — значительно выше среднего). При этом они со-

«...врачам часто необходимо напоминать о тех, привилегиях, которыми они обладают»

храняют определенную степень клинической автономии, несмотря на то, что ее уровень снизился по сравнению с прошлым. Многие вовлечены в поиск нового медицинского знания через участие в научных исследованиях. Что наиболее важно, врачи предоставляют услуги, которые обладают практически неоценимой важностью для конкретных пациентов, особенно тем, которые наиболее беззащитны или живут в нужде, а также для общества в целом. Немногие профессии имеют перспективы быть так же необходимы, как и медицина, особенно с учетом того, какие блага несет работа врача — освобождение от боли и страдания, излечение от болезней, успокоение для умирающих. Выполнение врачами этических обязанностей может быть достаточно небольшой ценой за все эти привилегии.

ОБЯЗАННОСТИ ПО ОТНОШЕНИЮ К СЕБЕ

Данное «Руководство» классифицирует этическую ответственность врачей по отношению к следующим категориям: пациентам, обществу, коллегам (включая в это множество других специалистов в области здравоохранения). Врачи часто забывают, что они несут ответственность перед самими собой и перед своими семьями. Во многих частях света работа врача требует полной отдачи профессии, без учета последствий этой работы для собственного здоровья и жизни. Работа по 60—80 часов в неделю не является чем-то неожиданным для представителей данной профессии, а отпуск воспринимается многими как излишняя роскошь. Несмотря на то, что многие врачи преуспевают, работая в таких условиях, их семьи могут быть негативно затронуты этим. Другие врачи явным образом страдают от такого темпа профессиональной жизни, результаты чего могут варьироваться от хронической усталости до злоупотребления алкоголем или наркотиками и самоубийства. Ослабленные врачи представляют собой угрозу пациентам, так как утомление является важным фактором медицинских ошибок.

«Врачи часто забывают, что они несут ответственность перед самими собой и перед своими семьями»

Задача обеспечения безопасности пациентов и развития здорового образа жизни среди врачей решается в некоторых странах путем наложения ограничений на количество часов и продолжительность смен, в которые могут работать врачи и обучающиеся. Некоторые медицинские образовательные учреждения сегодня предоставляют возможности врачам-женщинам прерывать прохождение образовательных программ по семейным обстоятельствам. Несмотря на то, что такие меры могут способствовать повышению здоровья и благосостояния врача, основная обязанность обеспечения ухода за собой лежит на самом враче. Помимо необходимости избегать таких угроз здоровью, как курение, наркотическая и алкогольная зависимости и переутомление, врачи должны защищать и укреплять свое здоровье и благосостояние путем выявления факторов стресса, которые воздействуют на их профессиональную и личную жизнь, и выработки адекватных стратегий по преодолению этих факторов. Если такие попытки оказываются безуспешными, то

врачам необходимо обратиться за помощью к коллегам и соответствующим образом квалифицированным профессионалам, которые помогут решить личные проблемы, могущие нанести вред их отношениям с пациентами, обществом или коллегами.

БУДУЩЕЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

Данное руководство обращает внимание преимущественно на текущее состояние медицинской этики с учетом многочисленных ссылок и обращений к прошлому. Тем не менее, настоящее постоянно ускользает от нас, и необходимо открыто оценивать перспективы будущего, если мы не хотим постоянно отставать от хода времени. Будущее медицинской этики в значительной степени зависит от будущего медицины. В первой декаде XXI века медицина развивается с очень большой скоростью, и сейчас сложно предсказать, какой она будет, когда нынешние студенты-первокурсники завершат свое обучение, и невозможно знать, какие дальнейшие изменения последуют до того, как нынешние студенты выйдут на пенсию. Будущее не обязательно будет лучше, чем настоящее, с учетом широкомасштабной экономической и политической нестабильности, ухудшения состояния природы, продолжающегося распространения СПИДа и других возможных эпидемий. Однако несмотря на это мы можем надеяться, что преимущества прогресса медицины постепенно затронут все страны мира, и что этические проблемы, с которыми там столкнутся, будут схожими с теми проблемами, которые в настоящий момент обсуждаются в развитых странах. Может произойти и обратное — страны, которые в настоящий момент процветают, могут потерять свое благосостояние до такой степени, что врачи в этих странах будут вынуждены бороться с тропическими эпидемиями и острой нехваткой медикаментов.

Учитывая такое неотъемлемое свойство будущего, как непредсказуемость, медицинская этика должна быть гибкой и открытой к изменениям и реформам, как, безусловно, это и было до нынешнего времени. Тем не менее мы можем надеяться, что базовые принципы медицинской этики сохранят свое значение, особенно ценности сострадания, компетенции и автономии, наряду с заботой о фундаментальных правах человека и приверженности профессионализму. Какие бы изменения в медицине ни произошли в результате развития науки, а также дей-

ствия социальных, политических и экономических факторов, всегда будут больные люди, которым будет, возможно, требоваться лечение, и всегда будет требоваться забота. Врачи традиционно являются главным источником этих услуг наряду с укреплением здоровья, профилактикой болезней и управлением системой здравоохранения. Несмотря на то, что баланс между отдельными направлениями деятельности может измениться в будущем, врачи, вероятно, будут играть важную роль в каждом из них. С учетом того, что каждая такая деятельность порождает множество сложных этических проблем, врачам необходимо быть в курсе развития медицинской этики, так же, как и других аспектов медицины.

На этом заканчивается Руководство, но для читателя оно должно стать лишь еще одним шагом на пути погружения в медицинскую этику длиною в жизнь. Повторяя слова, сказанные во вступлении, важно заметить, что данное Руководство представляет собой лишь общее введение в медицинскую этику и некоторые ее основные проблемы. Оно предназначено для того, чтобы дать вам общее представление о необходимости постоянного анализа этического измерения медицины, и в особенности о том, как решать этические вопросы, с которыми вы столкнетесь в собственной практической деятельности. Список дополнительных источников и литературы приводится в приложении В, и он поможет вам углубить ваши познания в этой области.

ПРИЛОЖЕНИЕ А • ГЛОССАРИЙ

Подотчетный — несущий ответственность перед кем-либо за что-либо (например, работники подотчетны работодателям за то, что они делают). *Подотчетность* обозначает готовность предоставить объяснения относительно сделанного или несделанного.

Предварительные указания — заявление, обычно письменное, указывающее, как человек хотел бы, чтобы его лечили или не лечили в случае его неспособности принимать решения (например, будучи без сознания или в состоянии помешательства). Это является одной из возможных форм предварительного планирования; другой формой этого может быть назначение кого-либо на роль своего правопреемника, то есть лица, принимающего за данного человека все решения. В некоторых государствах существует особое законодательство, регулирующее предварительные указания.

Отстаивать — высказываться или предпринимать меры от лица другого человека или группы людей. Врачи отстаивают интересы своих пациентов, обращаясь к правительству или чиновникам здравоохранения с просьбой об обеспечении предоставления услуг, которые не могут быть получены пациентами самостоятельно.

Анестезист — используемое в некоторых странах обозначение анестезиолога.

Beneficience — дословно «творить добро». Ожидается, что врач действует в интересах пациентов.

Биоэтика / Биомедицинская этика — эквивалентные термины для обозначения области знаний, занимающейся изучением моральных аспектов в медицине, здравоохранении и биологических науках. Ее основные четыре раздела: клиническая этика, занимающаяся вопросами, связанными с уходом за пациентом (см. главу 2 данной книги); исследовательская этика, занимающаяся вопросами защиты людей, принимающих участие в исследованиях (см. главу 5 данной книги); профессиональная этика, изучающая особые обязанности и требования, предъявляемые к врачам и иным медицинским специалистам (медицинская этика является одним из видов профессиональной этики); и публичная этика, заключающаяся в формулировании и интерпретации законов и правил, связанных с вопросами биоэтики.

Консенсус — общепринятая (не обязательно единогласно) точка зрения.

Иерархия — упорядоченная структура, описывающая роли людей по уровням важности от максимального до минимального. Иерархический — прилагательное, описывающее подобную организацию. Термин «иерархия» обычно используется в отношении лидеров организации.

Справедливость — честное отношение к отдельным людям и группам людей. Как описано в главе 3, существуют различные понимания справедливости в здравоохранении.

Управляемое здравоохранение — подход к организации здравоохранения, при котором правительство, корпорации или страховые компании решают, какие услуги будут оказываться, кто их будет предоставлять (специализированные врачи, терапевты, медсестры или иные медицинские работники и т.д.), где они будут предоставляться (клиники, больницы, на дому у пациента и т.д.) и прочие подобные вопросы.

Не-вредность — буквально непричинение вреда. Врачи и медики-исследователи должны избегать причинения вреда пациентам и объектам исследования.

Паллиативное лечение — подход к уходу за пациентами, особенно теми, которые в ближайшее время должны умереть от серьезной неизлечимой болезни, который концентрируется на качестве жизни пациента, в особенности управлением его болью. Может осуществляться в больницах, специальных заведениях для умирающих больных (обычно называемых хосписами) или на дому у пациента.

Врач — человек, обладающий достаточной квалификацией для медицинской практики. В некоторых случаях врача отличают от «хирурга», и для обозначения обоих используется термин «доктор». Однако термин «доктор» используется представителями других медицинских профессий, например, ветеринарами, а также получившими ученую степень «доктора». Термин «медицинский доктор» более точен, но используется намного реже. ВМА и данная книга используют термин «врач» для обозначения всех обладающих достаточной для медицинской практики квалификацией людей.

Плагиат — форма бесчестного поведения, когда человек копирует чужую работу, например, всю или часть научной статьи и представляет ее как свою (т.е. без указания источника).

Плюралистичный — имеющий несколько аспектов или черт; антоним для однородного или унифицированного.

Заявлять — высказывать убеждение или публично обещать. Является основой для терминов «профессия», «профессионал» и «профессионализм».

Рациональный — основанный на человеческой способности к обоснованию, то есть способный оценить аргументы за и против и выбрать наилучшую из возможных альтернатив.

Суррогатное вынашивание — форма беременности, при которой женщина соглашается выносить и родить ребенка другого человека или пары, предоставивших сперму (искусственное оплодотворение) или эмбрион (оплодотворение *in-vitro* или пересадка эмбриона).

Ценность — нечто имеющее высокую важность.

Добродетель — хорошее качество в человеке, в особенности в характере и поведении. Некоторые добродетели особенно важны для определенных групп людей — например, сострадание для врачей, отвага для пожарных, искренность для свидетелей и т.д.

Осведомитель — человек, сообщающий властям или общественности о незтичных или незаконных действиях другого лица или организации.

ПРИЛОЖЕНИЕ В • РЕСУРСЫ В СЕТИ ИНТЕРНЕТ, ПОСВЯЩЕННЫЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКЕ

Общие вопросы

Справочник по документам ВМА (www.wma.net/e/policy/handbook.htm) — содержит все тексты документов ВМА (на английском, французском и испанском языках).

Комитет по этике ВМА (www.wma.net) — присутствуют следующие ежемесячно обновляемые рубрики:

- Вопрос месяца.
- Выездные семинары ВМА.
- Документы ВМА по этике, включая разрабатываемые и находящиеся в редакции.
- Хельсинкская декларация, история и текущий статус.
- Ресурсы ВМА, посвященные этике.
- Организации по медицинской этике, в том числе их этические кодексы.
- Анонсы конференций.
- Образование в области медицинской этики.
- Этика и права человека.
- Этика и медицинский профессионализм.

Вопросы, связанные с началом жизни

Клонирование человека — www.who.int/ethics/cloning/en/

Искусственное оплодотворение — www.who.int/reproductive-health/infertility/report_content.htm

Вопросы, связанные с окончанием жизни

Ресурсы — www.nih.gov/sigs/bioethics/endoflife.html

Образование для врачей по вопросам окончания жизни — www.ama-assn.org/ama/pub/category/2910.htm

Паллиативное лечение — www.hospicecare.com/ethics/ethics.htm

Противники эвтаназии — www.euthanasia.com

ВИЧ/СПИД

Ресурсы — www.wits.ac.za/tbioethics/

UNAIDS — www.unaids.org/en/in+focus/hiv_aids_human_rights/unaids+activities+hr.asp

Отношения с коммерческими организациями

Образовательные ресурсы — www.ama-assn.org/ama/pub/category/5689.html

Ресурсы — www.nofreelunch.org

Исследования на людях

Рекомендации и ресурсы — www.who.int/ethics/research/en/

Гарвардская школа здравоохранения, курс по этическим вопросам в международных медицинских исследовательских проектах — www.hsph.harvard.edu/bioethics/

ПРИЛОЖЕНИЕ С

ВСЕМИРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АССОЦИАЦИЯ

Решение о повсеместном включении в программы медицинских образовательных учреждений курсов по медицинской этике и правам человека

(Принято 51-й Всемирной медицинской ассамблеей,
Тель-Авив, Израиль, октябрь 1999)

Учитывая то, что медицинская этика и права человека составляют неотъемлемую часть работы и культуры в медицинской профессии, и учитывая то, что медицинская этика и права человека составляют неотъемлемую часть истории, структуры и целей Всемирной Медицинской Ассоциации, настоящим решением настоятельно рекомендуется всем медицинским образовательным учреждениям мира включить в учебные планы обязательные курсы медицинской этики и прав человека

ВСЕМИРНАЯ ФЕДЕРАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ (ВФМО)

Глобальные стандарты по повышению качества образования — Базовое медицинское образование

([www.sund.ku.dk/wfme/Activities/
Translations%20of%20Standard%20Documents/
WFME%20Standard.pdf](http://www.sund.ku.dk/wfme/Activities/Translations%20of%20Standard%20Documents/WFME%20Standard.pdf))

Эти стандарты, рекомендованные к выполнению всеми медицинскими институтами, предусматривают следующие требования к преподаванию медицинской этики:

1.4. Полученное образование

Медицинское образовательное учреждение **должно** определить компетенции (в том числе, знание и понимание медицинской этики), которые должны демонстрировать выпускники в отношении соответствующей практики и будущих ролей в системе здравоохранения.

4.4. Образовательные программы — Медицинская этика

Медицинское образовательное учреждение должно определить и включить в учебную программу аспекты медицинской этики, помогающие обеспечить эффективную коммуникацию, принятие решений и этическую практику.

4.5. Образовательные программы — Клинические знания и навыки

Под клиническими навыками понимаются навыки выяснения анамнеза, коммуникативные и лидерские навыки.

Участие в лечении пациентов должно предусматривать командную работу в сотрудничестве с представителями других медицинских специальностей.

4.4. Образовательные ресурсы — исследования

Взаимодействие между образовательной и исследовательской деятельностью должно стимулировать и готовить студентов к участию в медицинских исследованиях и разработках.

ПРИЛОЖЕНИЕ D — УСИЛЕНИЕ ПРЕПОДАВАНИЯ ЭТИЧЕСКОГО БЛОКА В МЕДИЦИНСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

В отдельных медицинских образовательных учреждениях обучению блоку этических предметов уделяется весьма мало внимания, в то время, как в некоторых других существуют высокоразвитые программы. Однако даже для последних перспективы дальнейшего развития весьма широки. Здесь приводится процесс, который может быть инициирован любым человеком — студентом или преподавателем — желающим поднять уровень преподавания этических предметов.

1. Ознакомиться с системой принятия решений в институте
 - a. Декан
 - b. Учебная часть
 - c. Ученый совет
 - d. Влиятельные профессора или преподаватели
2. Заручиться поддержкой
 - a. Студенты
 - b. Профессора и преподаватели
 - c. Ключевые административные работники
 - d. Национальная медицинская ассоциация
 - e. Национальный медицинский регулирующий орган
3. Подготовить сильное предложение
 - a. Решение ВМА о повсеместном включении в программы медицинских образовательных учреждений курсов по медицинской этике и правам человека
 - b. Глобальные стандарты ВФМО по повышению качества образования — Базовое медицинское образование
 - c. Примеры других медицинских образовательных учреждений
 - d. Уточнить требования по этике
 - e. Подготовиться к возможным возражениям (например, перегруженный учебный план)
4. Предложить помощь
 - a. Подготовить рекомендации по структуре, содержанию, преподавателям и студентам курса (см. образовательную страницу на сайте Комитета по этике ВМА: www.wma.net/e/ethicsunit/education.htm)
 - b. Обмен опытом с другими учебными программами по медицинской этике, ВМА и т.д.

5. Обеспечить дальнейшее функционирование
 - a. Отстаивать образование постоянного комитета по этике
 - b. Привлекать новых студентов
 - c. Привлекать преподавателей
 - d. Задействовать новых преподавателей и ключевых административных работников

ПРИЛОЖЕНИЕ Е — ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УЧЕБНЫЕ СИТУАЦИИ

СОВЕТ ПО КОНТРАЦЕПЦИИ ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Саре 15 лет. Она живёт в городе, где учащаются преступления на сексуальной почве. Она приходит в вашу клинику и просит выписать ей рецепт принимаемого внутрь контрацептива для предотвращения возможной беременности в случае, если она станет жертвой преступления на сексуальной почве. Беременность расстроит ее планы относительно будущего образования; кроме этого, в будущем затруднит создание семьи. Сара утверждает, что не хочет ставить своих родителей в известность о применении контрацептивов, так как те решат, что она собирается заняться сексом со своим молодым человеком. Вы сомневаетесь в истинной мотивации Сары, но восхищены ее решимостью избежать нежелательной беременности. Вы советуете ей прийти в клинику с родителями для обсуждения данного вопроса с вами. Через три дня она приходит вновь и сообщает, что пыталась поговорить об этом с родителями, однако они отказались обсуждать данный вопрос. Как вы поступите?

НЕДОНОШЕННЫЙ РЕБЕНОК

Макс родился на 23-й неделе беременности. Для поддержания его жизни используется искусственная вентиляция легких, так как они были еще крайне неразвиты. Более того, он страдает от церебрального кровотечения, так как его сосудистые ткани еще нестабильны. Маловероятно, что он выживет в ближайшие несколько недель. Если это произойдет, то он, вероятно, будет страдать серьезными нарушениями, как умственными, так и физическими. Состояние Макса ухудшается после того, как он приобрел тяжелую кишечную инфекцию. Существует возможность изъять воспаленный участок кишечника через оперативное вмешательство, что позволит обеспечить небольшие шансы на выживание. Его родители не хотят давать согласия на операцию, так как не хотят, чтобы Макс страдал от операции, и чувствуют, что качество его жизни никогда не будет достаточным. Как лечащий врач вы считаете, что операцию необходимо провести, и не пытаетесь решить проблему взаимоотношений с родителями.

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ

Мистер С. женат, он отец двух детей-школьников. Он лечится в вашей клинике от редкой формы пневмонии, которая часто связана с СПИДом. Результаты анализа крови показывают однозначно, что он ВИЧ-позитивен. Мистер С. говорит, что хочет самостоятельно принять решение о том, сообщать ли вообще и когда сообщать жене об инфекции. Вы сказали ему, что такая информация может спасти жизнь его жене и уберезет ее от инфекции. Помимо этого, ей важно самой пройти тест на ВИЧ. В случае позитивного результата у нее будет возможность принимать специальные препараты, которые замедлят развитие болезни и, следовательно, продлят ее жизнь. Шесть недель спустя, мистер С. приходит к вам в клинику для проверочного исследования. Отвечая на ваш вопрос, он сообщает, что еще не сообщил своей жене о болезни. Он не хочет, чтобы она знала о его гомосексуальных контактах, так как боится, что это повредит их отношениям и семья разрушится. Но, чтобы ее обезопасить, он занимается с ней только «безопасным сексом». Как лечащий врач вы должны решить вопрос о том, нужно ли информировать миссис С. о ВИЧ-статусе ее мужа и о том, что ей, в случае необходимости, также необходимо начать лечение.

ЛЕЧЕНИЕ ЗАКЛЮЧЕННОГО

Часть ваших обязанностей врача состоит в том, что вы проводите один день в две недели, наблюдая заключенных тюрьмы, расположенной неподалеку. Вчера вы проводили осмотр заключенного с многочисленными ссадинами на лице и торсе. Когда вы спросили его о причинах этих ранений, то пациент вам сказал, что в отношении его применялось насилие персоналом тюрьмы, когда при проведении допроса он отказался отвечать на их вопросы. Несмотря на то, что это первый такой случай, с которым вы столкнулись, вы слышали о сходных случаях от ваших коллег. Вы убеждены в том, что вы должны что-то предпринять в связи с этой проблемой, но пациент отказывается дать вам разрешение на использование этой информации и упоминание о нем лично из страха возмездия со стороны руководства тюрьмы. Помимо этого вы до конца не уверены, что слова заключенного являются правдой; охранник, который привел его к вам, сказал, что он дрался с другим заключенным.

У вас хорошие отношения с персоналом тюрьмы, и вы не хотите повредить ему, выдвигая против сотрудников тюрьмы неподтвержденные обвинения в плохом отношении к заключенным. Что вы должны делать?

РЕШЕНИЕ О ПРЕКРАЩЕНИИ ПОДДЕРЖАНИЯ ЖИЗНИ

80-летняя женщина была привезена в вашу больницу из интерната для престарелых для лечения от пневмонии. Она болезненно выглядит и психически неуравновешенна. Вы успешно вылечили пневмонию, но непосредственно перед ее возвращением в интернат она переживает удар, который парализует ее правый бок, вследствие чего она не способна себя кормить. Для обеспечения питания вводится питательная трубка, которая, очевидно, вызывает у нее дискомфорт, и она предпринимает несколько попыток извлечь ее левой рукой, в результате чего на ее левую руку устанавливается механизм ограничения движения. Иным способом она не может высказать своих желаний. Поиск детей или других родственников, которые могли бы принять решение о ее дальнейшем лечении, не приносит успеха. После нескольких дней вы приходите к выводу, что единственный способ облегчить ее страдания — воздействовать седативными средствами или извлечь питательную трубку и позволить ей умереть. Что вам следует предпринять?

ПОДБОРКИ УЧЕБНЫХ СИТУАЦИЙ

Ситуации по информированному согласию кафедры биоэтики ЮНЕСКО — <http://research.haifa.ac.il/~medlaw/>

Ситуации британской сети клинической этики — www.ethics-network.org.uk/cases/archive.htm

Ситуации Гарвардской школы здравоохранения — www.hsph.harvard.edu/bioethics/

Руководство по стандартам этики и прав человека для профессиональных медиков, Часть 3, ситуации — www.commat.org

Учебное издание

**РУКОВОДСТВО
ПО МЕДИЦИНСКОЙ
ЭТИКЕ**

*Перевод с английского
Булыгиной Т.В. и Васильевой Л.Л.*

Под редакцией
Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина,
Л.А. Михайлова