**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

**Чернівецький національний університет**

**імені Юрія Федьковича**

**Л. В. ГУЛІНА, О. В. ЗЕНДИК, Н. М. КОЗІК**

**МЕДИЧНА ЕТИКА І ДЕОНТОЛОГІЯ**

Навчальний посібник

**2021**

**УДК: 614.253(075.8)**

**М 422**

*Рекомендовано до друку вченою радою*

*Чернівецького національного університету*

*імені Юрія Федьковича*

*Протокол №*

**Рецензенти:**

**І. Л. Куковська.** Кандидат медичних наук, доцент кафедри медицини катастроф та військової медицини Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет»

**Т. Г. Темерівська.** Кандидат педагогічних наук, доцент кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії та домедичної допомоги Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича.

**Н. О. Гнесь.** Кандидат педагогічних наук, доцент кафедри теорії та методики фізичного виховання і спорту Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича.

**Н. М. Зінченко**. Кандидат наук зфізичного виховання і спорту доцент кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії з курсом фізичного виховання ІФНМУ.

**М 422 Медична** етика і деонтологія: навч. посібник для самостійної роботи та дистанційного навчання студентів / Укл: Л. В. Гуліна, О. О. Зендик, Н. М. Козік – Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 2021 – 110

Навчальний посібник присвячено актуальним питанням медичної етики та деонтології відповідно до навчальної програми студентів спеціальності «Фізичнатерапія, ерготерапія». Обговорюються аспекти правового забезпечення професійної діяльності лікаря та фізичного терапевта в сучасному суспільстві; аспекти захисту права пацієнтів на життя і смерть; основні моделі взаємин в системі лікар-хворий, фізичний терапевт- хворий; поняття ятрогенії, лікарської помилки, лікарської таємниці; особливості деонтологічних підходів в онкології, психіатрії, педіатрії; з ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД пацієнтами. У посібнику розглядаються етичні питання застосування репродуктивних технологій, трансплантації, медичної генетики та допустимості евтаназії в медичній практиці.

Для студентів вищих навчальних закладів спеціальності "Фізична терапія, ерготерапія’’, вищих медичних навчальних закладів, практикуючих лікарів, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, реабілітологів.

**УДК: 614.253(075.8)**

©Чернівецький національний

університет, 2021

**ЗМІСТ**

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВСТУП

РОЗДІЛ 1. ОСНОВИ МЕДИЧНОЇ ДЕОНТОЛОГІЇ ТА ЕТИКИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ РОЗВИТКУ СУСПІЛЬСТВА.

* 1. . Визначення, статус і правове забезпечення медичної етики та деонтології в сучасному суспільстві.
	2. . Основні етапи становлення медичної етики та деонтології. Основні риси лікарської етики догіппократівського періоду.
	3. . Правове забезпечення професійної діяльності лікаря та фізичного терапевта в сучасному суспільстві.
	4. . Міжнародні правові документи, регламентуючі взаємини медпрацівників та пацієнтів. Система «лікар-хворий», основні моделі.

РОЗДІЛ 2. МЕДИЧНА ДЕОНТОЛОГІЯ ЯК СИСТЕМА ЕТИЧНИХ ТА ПРАВОВИХ ЗАСАД ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ ТА ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА.

2.1. Ятрогенії: основні їх причини, наслідки та профілактика.

2.2. Визначення та суть лікарської таємниці, історія її розвитку.

2.3. Лікарська помилка: визначення та види лікарських помилок. Поняття про лікарські правопорушення та юридична відповідальність за них.

2.4. Деонтологічні проблеми права пацієнта на смерть. Морально-деонтологічні погляди на евтаназію та суїцид. Поняття «хоспіс».

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

ВМА – Всесвітня Медична Асоціація

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ЕКЗ – екстракорпоральне запліднення

ККУ – Кримінальний кодекс України

МКХ-10 – Міжнародний класифікатор хвороб Десятого перегляду

НМА – Національна Медична Асоціація

ПЕ – перенесення ембріона

СНІД – синдром набутого імунодефіциту

**ВСТУП**

Медична деонтологія – це складова медичної етики, яка поєднує наукові та практичні аспекти морально-етичних обов’язків медпрацівників та студентів медичних спеціальностей у процесі їх професійної лікувально-діагностичної, клінічної, навчальної та наукової діяльності. Ця галузь науки визначає психоетичні норми взаємовідносин між лікарем, пацієнтом і колегами.

Дисципліну «Медична етика та деонтологія» вивчають раніше, ніж клінічні дисципліни. Це створює необхідні передумови для адаптації студента до роботи в клініці, надає правове підґрунтя його майбутній професійній діяльності. При вивченні курсу студенти знайомляться із нормативними міжнародними та державними документами, з принципами біомедичної етики та статусом медичної деонтології у медицині та сучасному суспільстві.

**Мета навчальної дисципліни:**

Основною метою навчальної дисципліни „Медична етика і деонтологія” є формування у майбутнього спеціаліста основних моральних принципів, які визначатимуть його подальшу діяльність як громадянина суспільства і фахівця. Вона базується на головному напрямку професійної діяльності фізичного терапевта – збереження та покращення якості життя людини через надання медичної допомоги.

Основні напрямки вивчення дисципліни «Медична етика та деонтологія»:

* виховання висококваліфікованого сучасного фахівця в галузі медицини та дотримання високого рівня підготовки його до повсякденної роботи,
* формування системи знань, практичних навичок та професійних умінь щодо етичних норм і основ, які використовуються в діловому спілкуванні з колегами, медичним персоналом, хворими та населенням.

Засобами вивчення курсу готується основа майбутньої фахової діяльності лікарів, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, реабілітологів, викладачів ВНЗ, науковців у сфері клінічної медицини.

**Завдання дисципліни:**

1. Засвоєння знань, необхідних для побудови оптимальної моделі поведінки у спілкуванні з хворим.

2. Вивчення сучасних норм правового регулювання професійної діяльності медичних працівників.

3. Формування навичок етики професійного спілкування в колективі.

Разом із дисципліною „Медична етика і деонтологія”, або до її початку доцільно вивчати курс «Загальна теорія здоров’я», що дозволить підвищити ефективність засвоєння курсу майбутніми фахівцями

Згідно вимог освітньо-наукової програми дисципліна забезпечує здобуття ряду компетентностей, зокрема це:

* інтегральні: здатність комплексно розв’язувати проблеми в галузі професійної медичної діяльності, проводити наукові дослідження та здійснювати інноваційну діяльність в галузі охорони здоров’я згідно вимог професійної етики та деонтології.
* загальні: підвищення професійної кваліфікації; пошук, опрацювання та аналіз інформації; вміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми.
* спеціальні (фахові, предметні): розуміння етичних аспектів обраного наукового напрямку та освітньої діяльності; вміння визначати необхідність додаткових знань у професійній сфері.

У результаті вивчення навчальної дисципліни студент повинен

**знати:**

* основні визначення предмету та історичні віхи розвитку медичної деонтології;
* поняття медичної етики та деонтології, статус та правове забезпечення дисципліни у сучасному суспільстві;
* тези вчення Гіппократа;
* аспекти професійного вибору у медицині;
* поняття лікарського обов’язку, психологічні особливості медпрацівника;
* правові та моральні аспекти лікарської таємниці;
* правову та моральну відповідальність за лікарську помилку;
* право пацієнтів на одержання інформації стосовно його здоров’я;
* порядок укладання інформаційної згоди щодо проведення діагностичних процедур та лікування;
* основні моделі взаємовідносин у системі „лікар-хворий”,
* причини виникнення та шляхи запобігання ятрогенних захворювань;
* особливості лікувально-діагностичного процесу та елементи догляду за хворими в окремих галузях медицини: кардіології, хірургії, онкології, неврології, психіатрії, стоматології, геронтології.
* структуру біомедичної етики у сучасному суспільстві, її зміст, основні теоретичні та прикладні аспекти;
* етичні та деонтологічні аспекти права пацієнтів щодо життя і смерті;
* проблеми допустимого ризику в медицині та евтаназії.

**вміти:**

* визначати завдання та зміст медичної деонтології в структурі сучасної медицини;
* визначати основні поняття медичної етики та деонтології;
* продемонструвати вміння застосовувати морально-деонтологічні принципи медичного фахівця в конкретних професійних ситуаціях;
* визначати основні деонтологічні принципи діяльності сучасного медпрацівника та ілюструвати їх прикладами;
* пояснити основні правові та етичні аспекти медичної діяльності.

**РОЗДІЛ І**

**ОСНОВИ МЕДИЧНОЇ ДЕОНТОЛОГІЇ ТА ЕТИКИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ РОЗВИТКУ СУСПІЛЬСТВА**.

**1.1. Визначення, статус і правове забезпечення медичної етики та деонтології в сучасному суспільстві.**

Головним об'єктом медичної діяльності є здоров'я та життя людини, що зумовлює величезну відповідальність медпрацівників, адже людське життя – це найважливіша та найдорожча цінність. Професія лікаря та фізичного терапевта пов’язана зі складністю процесів життєдіяльності організму людини, різноманіттям перебігу захворювань, індивідуальними їх проявами у кожної людини, а також зі зростаючим обсягом наукової медичної інформації та нових діагностичних і лікувальних методів, прийомів і засобів. Це вимагає повсякденного самонавчання та самовдосконалення. Підтвердженням важливості медичної етики та деонтології можуть бути слова Святителя Луки: «Довіра чи недовіра до лікаря визначає результат хвороби».

**Поняття етики та деонтології**

***Медична етика*** – це вчення про мораль медпрацівників, їх поведінку, взаємозв'язки з хворими, з колегами, із суспільством.

Мораль медпрацівників дозволяє уникнути можливих суперечностей та конфліктів в медицині, а також, при необхідності, сприяє їх вирішенню. Її специфіку досліджує медична етика, принципи якої лежать в основі морального кодексу працівників системи охорони здоров'я. Складовою частиною медичної етики є деонтологія.

***Медична деонтологія*** – це сукупність етичних норм і принципів поведінки медичного працівника при виконанні своїх професійних обов'язків.

Основні принципи моральності медичного працівника, формувалися та вдосконалювалися впродовж багатьох століть, залежно від політичного ладу, рівня культури, національних та релігійних традицій, а також соціально-економічних і класових відносин у країні.

Величезну роль у визначенні основних проблем медицини і як науки, і як моральної діяльності належить основоположнику наукової медицини Гіппократу та його численним учням і послідовникам, зокрема видатним діячам вітчизняної медицини, як І. П. Павлов та М. І. Пирогов.

Свій вклад у розвиток деонтології та етики внесли визначні вчені сучасності Н. П. Сокольський, О. Т. Михайленко, Г. К. Степанівська та інші. [5]

Порушення правил деонтології може призвести до виникнення ятрогеннної патології **–** психогенного розладу пацієнта внаслідок неправильних, необережних висловлювань або дій медичного працівника.

Тому важливим принципом є дотримування основного деонтологічного правила – не зашкодити при діагностиці, або лікуванні.

**Ятрогенія** – це невроз психогенного походження, який виникає внаслідок несприятливої дії на психіку хворого поведінки медичних працівників. Медичні заходи, втручання або процедури діагностичного, лікувального чи профілактичного спрямування медичних, можуть зумовити ускладнення захворювань, порушення функцій організму, обмеження життєдіяльності, призвести до інвалідизації або смерті. Такі наслідки можуть виникнути не тільки внаслідок помилкових, але, іноді, й при правильних діях медпрацівника.

Застосовувати терміни «ятрогенія», «ятрогенний» почали після публікації статті О. Бумке «Лікар як причина душевного розладу» (1925 р.). Ці терміни у перекладі з грецького можна розуміти як захворювання, породжені лікарем. (від iatros – лікар, gennum – породжувати, створювати). У Великій медичній енциклопедії (стаття А. О. Ельштейна) подається таке визначення ятрогенії: «Ятрогенні захворювання (грец. iatros – лікар – творець, виробник) – це психогенні розлади, що виникають, як наслідок деонтологічних помилок медичних працівників, неправильних, необережних висловів або дій».

**Принципи моралі медпрацівників**

Принципи моралі медпрацівників, які ще називають принципами медичної етики, а іноді принципами біоетики, викликають активне обговорення в різних кругах суспільства. До таких принципів відносяться:

* принцип гуманізму
* принцип «Не зашкодь»
* принцип «Роби благо»
* принцип поваги автономії пацієнта
* принцип справедливості.
1. **Принцип гуманізму** – визначальний принцип моралі медпрацівників.

***Гуманізм*** – етичний та моральний принцип, в основі якого лежить переконання в прагненні людини до свободи та захисту її гідності, в безмежних можливостях її вдосконалення, визнання права людини на задоволення її потреб та інтересів і визнання цього кінцевою метою суспільства.

Принцип гуманізму є витоком для принципів «Роби благо», «Не зашкодь», справедливості, поваги до автономії пацієнта та ін. Особливе місце він посідає у моралі та етиці медпрацівників, оскільки їх основним завданням є збереження здоров'я і життя людини.

**2. Принцип «Не зашкодь»** (лат. ргіmum nоn nоcеrе)

Для того, щоб не завдати шкоди хворому під час допомоги для медпрацівника важливо мати належні знання та високу моральність. Необхідні також професіоналізм та висока компетентність.

Недбалість, бездіяльність, злі наміри; неправильні чи необдумані, та некваліфіковані дії медичного працівника; ненадання ним допомоги можуть завдати непоправної шкоди пацієнту. Часом навіть необхідні дії можуть йому зашкодити. Якщо медпрацівник не надає необхідної допомоги, то він не просто порушує норми моралі чи порядності. Це можна кваліфікувати як невиконання обов'язку, передбаченого законом або іншими правовими актами, тобто правопорушення. Проблема переходить з моральної площини у юридичну. Невиконання лікарем необхідних дій щодо здоров'я пацієнта під час чергування, призводить до відповідальності за це порушення а також за наслідки, спричинені його бездіяльністю. Важливо з'ясувати причини такої бездіяльності. Якщо лікар не виконує необхідних дій не під час виконання службових обов'язків, то притягти його до відповідальності за бездіяльність важко, або й зовсім неможливо.

До правової сфери відносять також шкоду, заподіяну внаслідок несумлінності, недбалості, або навмисно вчинених дій. Така шкода заслуговує і на моральний осуд. Неналежне виконання лікарем прямих обов'язків оговорених правовим документом, наприклад невиконання заходів, передбачених у протоколі для конкретної ситуації, вважають недбалістю, або недобросовісністю.

Шкода, заподіяна медпрацівником внаслідок його некваліфікованості чи некомпетентності, пов'язана з невмінням лікаря належно виконувати свої обов'язки має певну специфіку. Науковий і моральний аспекти поняття «кваліфікація» відзначають, що ставши медпрацівником, необхідно добросовісно виконувати свої функції, щоб не викликати морального осуду. Відношення до лікарів різної кваліфікації визначає диференційовані вимоги до фахівця в моральному сенсі та до очікуваних належних результатів їх роботи.

Часто робота лікаря передбачає об'єктивну необхідність завдання шкоди пацієнтові. Більшість звертань пацієнта до лікаря передбачає ризик її заподіяння. Такий ризик відносно пацієнта може передбачати шкоду внаслідок витрати часу на візит до лікаря, витрати коштів, обмеження свободи хворого через приписаний режим тощо. Шкода можлива при порушенні правил конфіденційності: поширенні інформації чи дезінформації щодо стану пацієнта, надання інформації третім особам. Також визнають шкодою процедури та втручання, які призводять до болю, втрати органів, тощо. При неминучості шкоди важливо, щоб вона не була більшою ніж користь від втручання для пацієнта і найменшою з можливих варіантів.

При дотриманні принципу «Не зашкодь» шкода, яка наноситься пацієнту, повинна бути мінімальною, об'єктивною та неминучою.

**3. Принцип «Роби благо»**

Попередньо описаний принцип «Не зашкодь» має певну обмежувальну роль. На відміну від нього принцип «Роби благо» вимагає певних дій, які ще називають доброчинністю, благодіянням, філантропією (грец. Philanthropia – людинолюбство), милосердям тощо. У Радянському Союзі такі дії вважали надуманими й лицемірними, оскільки доброчинність щодо окремої людини відволікала від глобальної мети – побудови комунізму й ощасливлення людства в цілому. Зокрема вважалось, що жалість (а доброчинність ґрунтується на почуттях жалості та співчуття) принизлива для гідності людини.

Отже, принцип «Роби благо» наголошує не просто на уникненні шкоди, а на вчинках, які їй запобігають. Йдеться про будь-яку шкоду, якій лікар здатний нейтралізувати або якій він може запобігти – недієздатність, біль, страждання, смерть пацієнта. Іноді цей принцип формулюють, як «Роби (твори) добро». Важливим аргументом для цього трактування є те, що благо стає моральним феноменом лише тоді, коли людина, роблячи добро, має певні моральні засади. Моральний кодекс медпрацівника є значно ширшим поняттям ніж вирішення моральних проблем в процесі лікування. Він поєднує правові, корпоративні та утилітарні аспекти. Тому доцільніше розглядати даний принцип у формулюванні «Роби благо». [9]

Часто у трактуванні та обґрунтуванні цього принципу виникають деякі труднощі. Якщо сприймати його як граничний альтруїзм, що вимагає самопожертви, тоді це скоріше моральний обов'язок, ніж моральний ідеал. Ми не можемо засуджувати лікаря, якщо він відмовляється дати свою кров, кістковий мозок чи нирку для пересадки, але якщо він зробить такий крок, то це безумовно заслуговуватиме схвалення. Таким чином, обґрунтування принципу «Роби благо» зводиться до важливого питання про те, чи є обов'язком робити благо, а якщо так, то в яких випадках.

Підтримання здоров'я пацієнта, кожної людини та суспільства загалом покладається в основному на систему охорони здоров'я, яка повинна забезпечувати не тільки лікування, а й уникнення шкоди для хворих. Благом, про яке зобов'язані дбати медпрацівники, є здоров'я пацієнтів. Завдання системи охорони здоров'я полягає у профілактиці втрати здоров'я та відновленні при порушенні здоров'я пацієнта. Часто медпрацівникам не вдається повністю справитись з хворобою, тоді вони можуть лише полегшувати біль і страждання помираючих, чи призупиняти розвиток хвороби.

Традиційно медична практика ґрунтується на тому, що саме лікар вирішує, яка допомога є благом для пацієнта. Цей підхід вважають патерналістським, оскільки лікар діє наче батько, який турбується про благо своєї дитини і визначає його критерії. Основою медичного патерналізму є власне розуміння лікаря щодо потреб пацієнта в інформуванні, консультуванні, обстеженні, лікуванні, тощо. Принципи патерналізму виправдовують приховування інформації від пацієнтів, їх обман, примусові заходи щодо них, якщо лікаря вважає, що це робиться задля блага хворого.

В плюралістичному суспільстві, де визнаються різні системи цінностей, останнім часом все частіше відмовляються від патерналістичних позицій. Це зумовлено підвищенням грамотності населення, усвідомленням того, що уявлення пацієнта про власне благо не завжди збігається з поглядами лікаря щодо нього.

**4. Принцип поваги автономії пацієнта**

Принцип сформульовано наприкінці XX ст., коли виникли сумніви щодо безумовної компетентності лікаря у визначенні блага пацієнта. Передумовою стало визнання того, що тільки самостійна (автономна) особистість здатна робити вільний вибір позиції щодо власного здоров'я. Інакше недоцільно вести мову про моральний феномен і про відповідальність. Автономною будь-яку дію людини можна вважати лише за дотримання таких умов:

* умисність, інтенційність (відповідність власному плану, замислу) власних дій хворого (тобто спонтанні необдумані дії, не вважаються автономними);
* свідоме прийняття рішення щодо своїх дій;
* відсутність зовнішнього впливу, на хід і результати дії.

Цих вимог може бути дотримано з різним рівнем категоричності та вичерпності. Наприклад, якщо існує необхідність хірургічної операції, то, пацієнт повинен знати суть проблеми щоб прийняти автономне рішення, при цьому йому не обов'язково мати спеціальні медичні знання. На вибір хворого можуть вплинути також поради та міркування інших фахівців або рідних та близьких людей. Їх думка сприймається як додаткова інформація для прийняття остаточного автономного рішення. Пацієнт має право погодитися чи не погодитися з пропозицією лікаря. А якщо погоджується, то рекомендація фахівця сприймається як власне рішення, при цьому задовольняється умова автономності вибору.

Принцип поваги до автономії пацієнта передбачає, що зроблений ним вибір повинен визначати, певним чином, дії лікаря. Принцип ґрунтується на визнанні самоцінності особистості. Згідно деонтологічної етики І. Канта повага до автономії людини грунтується на визнанні пацієнта безумовною цінністю, яка може визначати свою долю самостійно. Розглядаючи людину тільки як засіб досягнення цілей медпрацівника, не враховуючи її бажань, намірів, прагнень (цілей), ми обмежуємо свободу цієї людини і відмовляємо їй в автономії. У свій час І. Кант висловив думку, що кожна особистість – самоціль, тому людину не можна вважати засобом реалізації будь-яких завдань, навіть якщо вони служать для загального блага. Цей постулат лежить в основі декларацій, міжнародних і національних етичних кодексів та інших документів, що врегульовують юридичні та моральні аспекти медичного втручання у фізичне й психічне життя людини.

У практиці охорони здоров'я принцип поваги до автономії проголошує недопустимість перешкод автономним діям пацієнта або піддослідного та сприяння реалізації його автономії, зокрема завдяки передаванню йому достовірної інформації. [4] Цей принцип не поширюється на людей, які нездатні діяти автономно. Недієздатними вважають пацієнтів з психічними захворюваннями (згідно рішення суду), дітей, осіб, які перебувають в стані сп'яніння (алкогольного чи наркотичного), тощо. Часто їх доводиться захищати ще й від шкоди, яку вони можуть завдати самі собі. У цьому випадку потрібно керуватися ще й принципом «Роби благо».

**5. Принцип справедливості**

Поняття «справедливість» багатозначне у різних сферах життя, зокрема у контексті медичної етики. У простих ситуаціях, якщо медпрацівник більше уваги приділяє одному пацієнту, та менше іншому, він чинить несправедливо. Необхідно з'ясувати, наскільки справедливо він розподіляє ресурси – фінанси, препарати, консультування спеціалістами, тощо. При їх кількісному обмеженні виникає проблема вибору критеріїв цього розподілу. Можна орієнтуватися або на зрівняльну справедливість (всім порівну), або на розподільчу, залежно від важкості пацієнтів. Виділення та розподіл ресурсів на лікування залежить як від держави, так і від медпрацівників. В умовах ринкової економіки та майнової нерівності важко дотримати справедливості у вирішенні питань розподілу.

**Основні правила взаємовідносин між медпрацівником і пацієнтом**

Дотримання етичних принципів у сфері медицини доповнюються певними правилами, які конкретизують зміст таких принципів. Зокрема це правила конфіденційності, правдивості й інформованої згоди. Ними послуговуються у системах взаємодії між лікарем та пацієнтом, медсестрою та пацієнтом, фізичним терапевтом та пацієнтом, соціальним працівником і пацієнтом та іншими варіантами співпраці.

***«Правило правдивості».*** Під правдивістю розуміють повідомляння співрозмовнику інформації, що відповідає дійсності на думку того, хто говорить. Це правило можна сформулювати як заборону повідомляти неправдиву, з погляду мовця, інформацію.

*За правилом правдивості правду казати доцільно лише тим людям, які мають на це право.* Зокрема лікар не зобов'язаний ділитися інформацією про діагноз його пацієнта зі своїми друзями, правило правдивості в цьому випадку неактуальне. Іноді вважають, що це правило передбачає право співрозмовника, який запитує, на отримання правдивої відповіді, оскільки з погляду моральності казати неправду неетично. В такому випадку на запитання про захворювання пацієнта краще відповідати: «Я не маю права розголошувати медичну інформацію, що стосується моїх пацієнтів. Це лікарська таємниця». У цьому випадку також сказано неправду. Лікар не відповідає на конкретне запитання, а пояснює причину відмови, навмисно перекручуючи дійсність.

Правдивість сприяє взаємній довірі партнерів, їх ефективному спілкуванню та соціальній взаємодії, сприяє скоординованості й узгодженості їхньої співпраці.

Етичні норми правила правдивості визнаються у різних сферах людського життя. І. Кант вважав виконання цього правила абсолютно необхідним. На його переконання ніколи і нікому, за жодних обставин не можна обманювати, навіть для врятування чийогось життя. Проте доцільність беззастережного дотримання правила правдивості, визнають далеко не всі. В медицині часто вважають, що недоцільно відкривати правду, якщо це може зіпсувати настрій пацієнту, викликати негативні емоції чи депресію, або зашкодити іншим чином. Інші лікарі вважають хворого партнером у взаємовідносинах із медпрацівниками.

Підставами для дотримання правила правдивості може бути матеріальний стан пацієнта. Для громадян, які не мають приватної власності, інформація про близьку смерть може бути непотрібною. Якщо ж людина має великі статки і повинна розпорядитися власністю, то інформація про стан здоров'я спонукає до своєчасного складання заповіту спадкоємцям. У медичній етиці західних країн дуже уважно ставляться до таких ситуацій.

*Трактування права й обов'язку говорити правду в системі*

 *«медпрацівник – пацієнт»*

Обов'язок, право, можливість і доцільність знати та говорити правду по-різному стосуються лікаря та пацієнта. Медпрацівник керується правилом правдивості з погляду людської природи, як соціальної істоти, сприймаючи його як свій обов'язок і передумову гармонійних взаємовідносин з хворим. Він репрезентує свою професійну групу, суспільство і людство в цілому перед пацієнтом, виконуючи відповідні обов'язки. Неправдивість медпрацівника руйнує довіру до медицини та до системи охорони здоров'я. Якщо пацієнти втрачаюь довіру до лікаря, то він не зможе себе реалізувати. Для багатьох лікарів служіння своїй професії є сенсом життя, вони цінують своє добре ім'я, думку пацієнтів, тому й дотримуються правила правдивості.

Щоб зробити вибір і відповідати за свої вчинки пацієнт має знати правду, він повинен «зберегти себе як автономну одиницю буття» [3] Не для всіх хворих обов'язково знати правду про всі аспекти захворювання. Іноді людина схильна до залежності від свідомості й волі інших, тому може довірити своє право вибору тим, кому довіряє, зокрема рідним чи близьким і ніхто не повинен забороняти їй цього.

Медпрацівник повинен прагнути здобути якнайповнішу правдиву інформацію про пацієнта, щоб правильно визначити стратегію і тактику лікування, виконуючи свої професійний обов'язки. Достовірні дані про обставини виникнення, розвиток і перебіг хворби сприяють успішному лікуванню. Без довіри між пацієнтом і лікарем максимально одержати необхідні відомості буває важко, як і реалізувати обов'язок медпрацівника надавати медичну допомогу хворому.

Для зміцнення довіри лікаря та виконання ним принципу «Не зашкодь» пацієнт зобов'язаний казати правду. Особливо важливою є правдивість, якщо хворий страждає інфекційним захворюванням, небезпечним для оточуючих.

Правдива інформація пацієнтів сприяє збагаченню знань лікаря та вдосконаленню його досвіду. Самовільні зміни в рекомендованому режимі, не доведені до відома медпрацівників, можуть спричинити погіршення стану пацієнта, зумовити помилкові дії лікаря та призвести до негативних наслідків.

Необхідно розрізнятипоняття *«право* *казати і знати правду»* та «*обов'язок казати і знати правду»*. У першому випадку ми розглядаємо ціннісні орієнтації особистості «внутрішнього плану». Коли ж ми говоримо про обов'язок, то переходимо у площину соціальних взаємодій – «зовнішній план» цінностей людини. Якщо стоїть питання про можливість здійснення людиною якогось вчинку, то звертаються до соціальних норм чи відповідного закону, в яких трактуються дозвіл чи заборона такої дії. Лікар має право *казати правду хворому* (*надавати правдиву інформацію*) про стан його здоров'я. І це право обмежується тільки щодо форми подачі інформації. Подавати її необхідно зрозуміло та делікатно, щоб не завдавати моральної шкодипацієнту. Якщо ж йдеться про *«право лікаря знати правду»* про стан здоров'я пацієнта, то законодавча база не передбачає його обмеження. Це право виходить з традиційної практики медицини та закріплене в сучасних адміністративних нормах лікарської діяльності.

Важливим правовим аспектом є право студентів на доступ до медичної інформації. Вони не беруть безпосередньої участі у лікуванні хворого, проте, згідно традицій, мають право під керівництвом лікаря брати участь в діагностичних заходах, (наприклад у огляді), виконувати деякі лікувальні заходи, і, відповідно, одержують інформацію. Участь у підготовці студентів та їх навчанні не належить до безпосередніх інтересів пацієнта, тому право на доступ до відомостей про діагноз та стан пацієнта треба підтверджувати добровільною згодою хворого або його рідних.

Очевидним і беззаперечним здається право пацієнта повідомляти медпрацівникові правду про свій стан і обставини при яких виникло захворювання. Однак, якщо йдеться про обставини зараження венеричною хворобою, то інформація стосується й інших людей, наприклад, статевого партнера пацієнта. В такому випадку правомірність розголошення цієї правди залежить від того, чиїм інтересам надають перевагу – суспільства чи особистості. [7] Переважання суспільних інтересів та необхідність мінімізації ризику епідемії дає право і, навіть, зобов'язує пацієнта назвати свого партнера. В суспільстві, яке недоторканність приватного життя ставить на перше місце, право надання правдивої інформації обмежується дозволом партнера на передачу її лікарю.

*Доцільність завжди знати і казати правду*

 *для медпрацівників і пацієнтів*

Найвищою моральною цінністю є правдивість. Її визначають як абсолютну цінність людства. Як правдивість, так і приховування правди можна використати як засіб (інструмент) досягнення мети. Тому такий погляд на правдивість називають інструментальним. Поставлена мета може бути як клініко-фізіологічною (фізичною) так і психосоціальною. Прикладом є приховування правди від пацієнта з онкологічним захворюванням, в якого хворе серце. Лікар при цьому приховує правду для досягнення фізичної мети. Пацієнт же може мати певні підстави вимагати правдивої інформації про стан свого здоров'я, маючи психосоціальну мету, наприклад, складання заповіту. У цьому випадку правдивість є лише засобом досягнення цілей. Обидва випадки виходять за межі морального підходу у питаннях доцільності говорити правду. Використовуючи правдивість як засіб, необхідно вміти нею користуватися. Відомо, що словом можна зцілити людину, але можна і довести її до важкого захворювання психосоматичного (грец. psyche – душа і soma – тіло) характеру. Тому проблема полягає не в забороні правдиво інформувати хворих, а у вмінні медпрацівників добирати слова, які не завдадуть серйозної шкоди пацієнтам.

Труднощі дотримання «правила правдивості» виникають при використанні в медичній практиці лікарських форм, що містять нейтральні речовини – плацебо (від лат. ***placebo*** – поправлюсь). Вони можуть застосовуватися у лікуванні та біомедичних дослідженнях при дослідженні ефективності препаратів або з метою вивчення ролі навіювання під час вживання ліків, іноді з метою контролю їх впливу на організм. Заборонити використання плацебо в ім'я правила правдивості та чистоти моральних принципів немає достатніх підстав, тим більше, що часто спостерігається так звана «терапевтична ефективність обману». Відомо багато соматичних захворювань, спричинених психічними чинниками, при яких обман може мати позитивний психотерапевтичний ефект, впливаючи на причину хвороби. Прямий обман при використанні плацебо краще не застосовувати, оскільки використовуваний засіб приносить користь при схожих захворюваннях.

«***Правило конфіденційності».*** Правило оберігає лікаря і пацієнта від зовнішнього несанкціонованого втручання. Відповідно до цього правила лікар не може передавати інформацію, одержану безпосередньо від пацієнта чи при його обстеженні, третім особам без дозволу цього хворого. У моральних кодексах медпрацівників ще з часів Гіппократа конфіденційність трактується як ***лікарська таємниця*** відносно усіх медпрацівників, які мають доступ до медичної інформації, а не лише лікарів

Дані про стан здоров'я хворого, діагноз, прогноз розвитку захворювання та інші відомості, які стали доступні лікарю зі слів пацієнта чи в результаті обстеження є конфіденційними. Згідно законодавства медпрацівник має право передати інформацію про пацієнта третім особам тільки в особливих випадках. Це допускається при загрозі поширення інфекційних захворювань або масових отруєнь, чи при нездатності пацієнта висловити свою волю.

Роберт Едвардс, фахівець з медичної етики, сучасний англійський ембріолог, виділяє сім основних факторів конфіденційності в медицині та в професійній діяльності в цілому.

*Фактори забезпечення конфіденційності*

1. Гарантія безумовного дотримання лікарем вимог конфіденційності. Однією із фундаментальних цінностей людства є конфіденційність, яка полягає у недоторканності приватного життя у взаємодії між лікарем і пацієнтом. Кожна людина має певні сфери внутрішнього світу, які оберігає від інших людей. Часто таємницю складають соматичні, психологічні чи соціальні особливості, спогади, певні думки, переживання, інформація про особисті почуття. Така інформація не завжди відкрита навіть для дуже близьких людей. У спілкуванні лікаря і пацієнта часто виникає необхідність відкрити деякі факти з приватного життя для добору ефективних методів діагностики та лікування. Дотримання лікарем вимог конфіденційності сприяє відвертості пацієнта, якщо він не побоюватиметься порушенння недоторканності його приватного життя.

2. Правило конфіденційності забезпечує захист соціального статусу хворого. Його дотримання запобігає переслідуванню пацієнта внаслідок розголошення медичного діагнозу чи іншої інформації щодо здоров'я хворого. Іноді такі відомості можуть обмежити можливості соціальної caмореалізації людини та стати тавром на все життя. Інформація про генетичні вади, синдром набутого імунодефіциту, онкологічні чи венеричні хвороби, сексуальні проблеми, психічні захворювання та деякі інші, часто зумовлює негативну реакцію оточення пацієнта, а внаслідок цього, і соціальне відчуження пацієнта. Таким чином, при недотриманні правила конфіденційності може змінитися соціальний статус хворого.

3. Економічні інтереси пацієнта часто також залежать від дотримання правила конфіденційності. На економічні, соціальні й політичні можливості пацієнта, на його підприємницьку діяльність і просування по службі інформація про захворювання може вплинути дуже негативно.

4. Для фахівця медичного профілю важлива не тільки фінансова винагорода, а й особистісна самореалізація як професіонала. Тому у забезпеченні конфіденційності реалізуються інтереси обох сторін – пацієнта та медпрацівника. Конфіденційність сприяє відвертості у спілкуванні хворого з лікарем. Завдяки неухильному дотриманню конфіденційності можна досягнути максимального взаєморозуміння та щирості, як умови оптимального професійного лікування пацієнтів.

5. Здатність лікарів підтримувати конфіденційність у спілкуванні з пацієнтами забезпечує їх престиж і популярність. Маючи право обирати лікаря та медичний заклад, пацієнт віддасть перевагу тим фахівцям, які, при високих професійних якостях, відзначатимуться ще й моральними чеснотами. Важливу роль при цьому відіграє дотримання конфіденційності.

6. Довіра в стосунках медпрацівника з пацієнтами, яка виникає при дотриманні конфіденційності, є набагато важливішою, ніж відвертість. Часто важкохвора людина цілком залежить від лікарів. Вона повинна вірити, що медпрацівники завжди керуватимуться її інтересами та довіряти їм.

7. Конфіденційність має значення і при реалізації права пацієнта на автономію й ефективний контроль за подіями свого життя. Часто воно збігається із правом на захист економічних інтересів пацієнта та його приватного життя, а також із необхідністю гарантій соціального статусу. Право на автономію може мати загальний характер. Людина прагне контролювати події свого життя, тоді вона може сприймати себе відповідальною повноцінною особистістю. Завдяки цьому реалізується її особиста свобода, максинальна незалежність від зовнішніх сил, які могли б маніпулювати її поведінкою. При порушенні конфіденційності людина може стати вразливою й залежною від обставин.

Із дотриманням правила конфіденційності іноді виникають проблеми. Труднощі можуть виявлятися не тільки при загрозі масових отруєнь чи інфекційних уражень. Часто медична інформація про хворого має відношення до життєво важливих інтересів родичів або співробітників (третіх осіб). Важко дотримуватись конфіденційності при генетичному тестуванні, при інформуванні родичів невиліковно хворого, а також при загрозі здоров'ю та життю інших людей. Якщо в таких випадках лікар замовчуватиме інформацію про пацієнта, то можуть постраждати десятки медпрацівників та інші хворі, які працюють і перебувають в тому ж лікувальному закладі.

Дотримання правила конфіденційності в Україні може бути проблемним через сформовані за часів СРСР традиції, які полягають у максимальному контролі держави в усіх сферах суспільної діяльності.

***«Правило інформованої згоди».*** Вперше обговорювалося таке правило при розслідуванні нацистських медичних експериментів які проводилися у німецьких концтаборах, під час другої світової війни. Воно було сформульоване, уточнене та назване «правилом інформованої згоди» у Нюрнберзькому кодексі. Згідно його трактування при будь-якому медичному втручанні чи обстеженні обов'язково повинна бути одержана добровільна згода пацієнта. Згода базується на основі проведення відповідного інформування хворого щодо мети та тривалості обстеження чи втручання, очікуваних результатів. Також необхідно обговорити можливість виникнення неприємних відчуттів (нудоти, блювання, болю тощо), ризиків для життя чи благополуччя (психологічного, соціального або фізичного). Пацієнту необхідно розказати про альтернативні методи лікування та особливості їх ефективності. Досліджувані та пацієнти мають знати свої права щодо надання допомоги та захисту (при необхідності) у будь-якому лікувальному чи науково-дослідному закладі. [6]

Застосування в медичній практиці біомедичних досліджень правила інформованої згоди повинне забезпечити:

* шанобливе ставлення до пацієнта чи обстежуваного як до автономної індивідуальності, що має право на обрання процедур та контроль всіх дій в процесі лікування чи наукового дослідження;
* зведення до мінімуму моральної чи матеріальної можливої шкоди при несумлінному проведенні лікувальних процедур або експерименту;
* сприяння підвищенню відповідальності дослідників і медпрацівників за зміни морального та фізичного стану обстежуваних і пацієнтів.

Необхідними умовами для реалізації «правила інформованої згоди» є поінформованість пацієнта та добровільність його рішення; раціональне застосування лікарем засобів подання інформації хворому; визначення правових та моральних зобов'язань між медпрацівником та пацієнтом, із окресленням форми та ступеня відповідальності сторін; згода пацієнта укласти договір про надання йому допомоги в усній чи письмовій формі.

Пацієнти повинні приймати рішення добровільно без авторитарного впливу медпрацівника, маніпулювання інформацією, нав'язування думки чи будь-якого тиску. Недієздатні та неповнолітні громадяни вважаються некомпетентними у наданні інформованої згоди.

Добровільна згода хворого на медичне втручання передбачає певну процедуру передавання інформації. Для визначення обсягу та змісту її отримання використовують особливі норми – ***стандарти інформації***.

Медична практика користується стандартами, сформованими у відповідному співтоваристві, згідно яких визначаються інформаційні параметри – це ***професійні стандарти***. Навчання майбутніх фахівців передбачає не тільки засвоєння прийомів лікування але й набуття вміння та навичок спілкування з пацієнтами.

Щоб прийняти усвідомлене рішення щодо згоди чи незгоди на медичне втручання, пацієнту повинен одержати певний обсяг потрібної доступної інформації, розрахованої на сприйняття «середньостатистичного громадянина». Таким чином, крім професійних стандартів, необхідно використовувати ***стандарт раціональної особистості***, тобто «середньостатистичного громадянина». Така особистість є ідеальною субстанцією, тому медпрацівник в кожному конкретному випадку обирає методи для оптимального інформування, створюючи уявну теоретичну модель раціональної поведінки свого пацієнта.

Виділяють також ***суб'єктивний стандарт інформації***, який передбачає, що до прийняття раціонального рішення кожен пацієнт прагне знати інформацію, пов'язану зі специфікою його інтересів, а не тільки те, що може бути корисним для «середньостатистичного пацієнта». При використанні такого стандарту, медпрацівник обирає форму, зміст і обсяг передавання інформації пацієнтам залежно від характеру їх діяльності та індивідуальних особливостей.

Після отримання інформації про передбачуване медичне обстеження чи втручання, досліджуваний або пацієнт повинен прийняти рішення щодо згоди на виконання таких дій. Таке рішення розглядається як самостійний акт особистості, після одержання правдивої інформації. Часто пацієнту потрібен час для обдумування, обговорення з рідними та близькими чи для інших фахових консультувань. У зв'язку з цим не потрібно змушувати хворого негайно приймати рішення. Надмірний тиск часто дає зворотній ефект.

Дотримання правила інформованої згоди дозволяє врегулювати узгодження оптимального для лікаря і пацієнта засобу медичного обстеження чи втручання. Між медпрацівником і хворим завдяки дотриманню правил встановлюються рівноправні партнерські відносини, які сприяють ефективному наданню професійної медичної допомоги.

**Моральні проблеми у сфері сучасної медичної етики**

Людина від народження, а часто ще й до нього, і до смерті, а іноді й після неї, стикається з різними моральними проблемами. Найчастіше проблеми пов'язані з тими хто має відношення (прямо чи опосередковано) до народження людини або до її здоров'я [6]. Особливо проблемними є правові та моральні аспекти зачаття людини. Під час вагітності часто виникає моральна проблема переривання вагітності – штучного аборту. Після народження можуть виникати хвороби та моральні випробування у стосунках між дітьми та медпрацівниками, рідними, близькими.

Моральні проблеми, які виникають до зародження чи до народження людини, можуть бути зумовлені застосуванням новітніх репродуктивних технологій. До них відносять екстракорпоральне (лат. Extra – поза, зовні) запліднення (ЕКЗ), штучну інсемінацію, перенесення ембріона (ПЕ), сурогатне (лат. Surrogatus – покликаний замість іншого) материнство та деякі інші методики.

У сфері фізичної терапії етичні та деонтологічні проблеми в основному співзвучні із згальними для всіх медпрацівників. Фізичні терапевти, ерготерапевти, реабілітологи послуговуються тими ж принципами, правилами та законами. Проте специфіка їхніх професійних обов’язків вимагає певного уточнення та деталізації морально-етичних засад діяльності та відносин з пацієнтами. Тому професійні об’єднання розробляють певні документи (статути, положення, кодекси) для формування принципових орієнтирів у взаємовідносинах з колегами, пацієнтами та клієнтами.

**Етичний кодекс членів громадської організації “Українська Асоціація фізичної терапії”**

Етичний кодекс членів Асоціації – це документ, який містить загальноприйняті принципи професійної поведінки, які базуються на засадах гуманізму, милосердя й етичних норм і є основою для регулювання соціальних, економічних та професійних взаємостосунків з пацієнтом/клієнтом.

В Етичному кодексі Асоціації визначені положення, які є принциповими орієнтирами у питаннях професійної діяльності, виконання службових обов'язків, організації взаємодії з пацієнтами/клієнтами. У документі визначено шляхи розв'язання моральних проблем та прийняття адекватних професійних рішень в етичних питаннях.

В основу Етичного кодексу Асоціації покладено міжнародні етичні принципи й стандарти діяльності фізичних терапевтів, затвердженні на загальних зборах Світової конфедерації фізичної терапії.

**1. Члени Асоціації поважають права та гідність усіх людей**

1.1. Право отримати послуги членів Асоціації мають усі люди, які їх потребують, незалежно від віку, статі, раси, релігії національності, чи політичних переконань.

1.2. Пацієнт/клієнт має право на повагу до його культурних цінностей.

1.3. Пацієнт/клієнт має право на приватність щодо нього.

1.4. Пацієнт/клієнт має право на конфіденційність інформації.

1.5. Пацієнт/клієнт має право на отримання належної інформації, достатньої для надання поінформованої згоди або відмови від медичних послуг.

1.6. Пацієнт/клієнт має право на захист від надання надмірних послуг.

1.7. Пацієнт/клієнт має право на направлення до кваліфікованого фахівця відповідного медичного напрямку.

1.8. Пацієнт/клієнт має право:

* брати участь у виборі послуг;
* вибирати інші послуги;
* відмовитися від послуг.

1.9. Пацієнт/клієнт має право скаржитися та отримувати відповіді на скарги.

1.10. Члени Асоціації професійно поводяться, не допускаючи сексуально неналежної поведінки фахівця.

1.11. Члени Асоціації мають право на співпрацю зі своїми колегами.

1.12. Члени Асоціації повинні дотримуватися законодавства України.

**2. Члени Асоціації керуються законами та правилами, які регулюють роботу фахівців фізичної реабілітації/фізичних терапевтів в Україні**

2.1. Члени Асоціації повинні повністю розуміти закони та правила, які регулюють їх роботу, визнаючи, що незнання законів не виправдовує їх порушення.

2.2. Члени Асоціації мають право відмовитися від надання послуг або втрутитись, якщо послуги, на їх погляд, не відповідають інтересам пацієнта/клієнта.

**3. Члени Асоціації несуть відповідальність за прийняті рішення**

3.1. Члени Асоціації мають право бути професійно незалежними та автономними.

3.2. Члени Асоціації є кваліфікованими спеціалістами і можуть приймати незалежні рішення щодо надання послуг, у яких вони компетентні та відповідально використовувати свої вміння.

3.3. Для кожного пацієнта/клієнта, якому надаються послуги, члени Асоціації проводять належне реабілітаційне обстеження для визначення реабілітаційного діагнозу.

3.4. Базуючись на даних реабілітаційного діагностичного дослідження та дотичній інформації про пацієнта/клієнта, члени Асоціації планують та виконують втручання згідно обраної реабілітаційної програми.

3.5. Після досягнення поставлених завдань або при неможливості досягнення прогресу надалі члени Асоціації повинні доступно поінформувати про це пацієнта/клієнта.

3.6. Якщо реабілітаційний діагноз нечіткий або необхідна реабілітаційна програма виходить за межі повноважень даного фахівця, члени Асоціації повинні поінформувати про це пацієнта/клієнта та допомогти у скеруванні до спеціаліста належної кваліфікації.

3.7. Члени Асоціації не повинні делегувати жодних видів діяльності, які вимагають унікальних вмінь і навичок фахівця фізичної реабілітації /фізичного терапевта людям, які не мають професійної освіти та навиків.

3.8. Якщо направлення медичного працівника визначає реабілітаційну програму, чи її продовження, яка не відповідає судженню (переконанням) члена Асоціації, останній повинен обговорити питання реабілітації з фахівцями охорони здоров’я для:

* складання оптимального плану реабілітації;
* запропонувати звернення до іншого кваліфікованого фахівця, послуги якого принесуть користь для пацієнту/клієнту.

**4. Члени Асоціації надають чесні, компетентні та підзвітні послуги**

4.1. Члени Асоціації гарантують надання вичерпної інформації щодо характеру та змісту запропонованих послуг, зокрема про затрати часу та фінансів.

4.2. Члени Асоціації зобов’язуються підтримувати та покращувати рівень професійних знань і вмінь, постійно та планово виконуючи особисту програму професійного розвитку.

4.3. Члени Асоціації ведуть записи щодо динаміки стану пацієнта/клієнта для контролю ефективності реабілітаційного процесу та оцінювання власної діяльності.

4.4. Члени Асоціації не мають права розголошувати інформацію про пацієнта/клієнта третій особі без його згоди, крім випадків, коли цього вимагає закон.

4.5. Члени Асоціації можуть оцінювати професійну діяльність колег, не розголошуючи третім особам без дозволу співпрацівників.

4.6. Члени Асоціації повинні документувати дані про пацієнта/клієнта відповідно вимог та при необхідності забезпечити надавати інформацію іншим фахівцям.

4.7. Етичні принципи роботи членів Асоціації, повинні бути першочерговими щодо ведення будь-якого бізнесу або діяльності, де можливий конфлікт інтересів, в спірних випадках члени Асоціації можуть звертатись за консультативною допомогою до Асоціації.

4.8. Заходи фізичної реабілітації/терапії, які використовують члени Асоціації повинні бути доцільними, ефективними та необхідними для досягнення реабілітаційної мети.

4.9. Члени Асоціації відповідальні за свідоме зловживання послугами та втручаннями, які вони надають.

**5. Члени Асоціації віддано забезпечують якісні послуги пацієнтам /клієнтам відповідно до стандартів якості та визначених Асоціацією завдань**

5.1. Члени Асоціації повинні знати сучасні стандарти діяльності та гарантувати їх дотримання.

5.2. Члени Асоціації повинні підвищувати свій фаховий рівень та кваліфікацію здобуваючи нові знання, набуваючи нових вмінь та навичок.

5.3. Члени Асоціації повинні проводити науково-дослідницьку діяльність для покращення якості послуг, наданих пацієнтам/клієнтам.

5.4. Члени Асоціації повинні забезпечувати підтримання якості навчання в клінічних та академічних закладах.

5.5. Члени Асоціації, які проводять науково-дослідницьку роботу, повинні дотримуватись правил та процедури їх проведення згідно сучасних вимог, забезпечуючи:

* згоду пацієнтів/клієнтів, які беруть участь у дослідженні;
* конфіденційність даних дослідження;
* безпеку пацієнтів/клієнтів, які беруть участь у дослідженні;
* уникнення підробки даних та плагіату.

5.6. Члени Асоціації можуть доповідати на конференціях та публікувати результати науково-дослідницької роботи.

5.7. Члени Асоціації які є роботодавцями, повинні пересвідчитись у належній кваліфікації працівників.

**6. Члени Асоціації мають право одержувати оплату відповідного рівня за свої послуги**

6.1. Члени Асоціації мають право на отримання належної плати за надані послуги;

6.2. Члени Асоціації не мають права надмірно та недоцільно застосовувати заходи фізичної реабілітації/терапії для власної вигоди.

**7. Члени Асоціації повинні забезпечувати надання вичерпної інформацію про свої послуги**

7.1. Члени Асоціації можуть брати участь у розробці навчальних програм.

7.2. Члени Асоціації зобов’язані надавати правдиву інформацію для громадськості та інших фахівців щодо змісту та обсягу своїх послуг.

7.3. Члени Асоціації можуть подавати рекламу своїх послуг та інформацію про свою діяльність, не допускаючи неправдивих, фальшивих, нечесних або емоційних тверджень та заяв.

7.4. Члени Асоціації повинні мати відповідний професійний статус.

**8. Члени Асоціації беруть участь у плануванні та розвитку послуг, відповідних до потреб громадськості**

8.1. Члени Асоціації зобов’язані брати участь у плануванні оптимальних послуг, відповідно до потреб охорони здоров’я та громадськості;

8.2. Члени Асоціації зобов’язані сприяти досягненню справедливості при забезпеченні охорони здоров’я.

**Висновки**

Медична етика вимагає від лікаря, фізичного терапевта чи ерготерапевта постійної роботи над собою не тільки в професійному, а й у моральному плані. Важливо вміти володіти собою, стримувати негативні емоції. Слово лікаря зцілює не менше, аніж скальпель, але може поранити так само гостро. Академік В.М. Бехтерєв стверджував: «якщо хворому після розмови з лікарем не стає легше, то це не лікар». Тому в загальній системі медичної освіти особливо важлива етична та моральна підготовка студентів і виховання їх на принципах професійної честі, гуманізму, людської порядності та відповідальності.

Відповідно до специфіки роботи фахівця медична етика є необхідною і невід'ємною стороною професійної діяльності різних медичних спеціальностей. Вона вимагає від медика ряду якостей, таких як чесність, мудрість, самовідданість. Їх відсутність свідчить про професійну непридатність медпрацівника. Аморальним, порочним людям має бути закритий доступ до медицини, цієї зовсім особливої сфери людського буття. Збереження її благородних етичних традицій – це одне із головних завдань медичної деонтології.

**1.2.** **Становлення медичної деонтології, основні етапи. Аспекти лікарської етики в догіппократівській медицині**

Історія розвитку деонтології в медицині тривала і складна. Її шлях багатий на драматичні факти та події, інколи дуже яскраві. Витоки деонтології йдуть з глибокої древності. Вважається, що перша людина, яка допомогла ближньому в нещасті, зробила це зі співчуття, щоб полегшити його біль, тобто з гуманною метою. До найбільш гуманних професій завжди відносили спеціальність лікаря, як головного представника медицини. Майбутніх медиків завжди глибоко цікавили питання про особистість лікаря: якими повинні бути його поведінка, відношення до хворих та їх родичів, взаємини у колективі. Історію розвитку лікарської етики умовно розділяють на період до діяльності Гіппократа та період гіппократівський.

**Розвиток медичної етики у догіппократівський період**

Ще в медицині Стародавнього світу існували певні основи медичної деонтології. У рабовласницькому суспільстві внаслідок розподілу праці виділилися люди, які займалися лікуванням професійно, в той час були сформульовані і перші етичні вимоги до медичної діяльності. Найдавнішим джерелом, в якому описано вимоги до права лікарів вважають зведення законів Хаммурапі, яке відноситься до XVIII ст. до н.е. (приблизно 1780 року до н.е.) прийняте у **Вавилоні.**

Принципи медичної деонтології у різні історичні часи мали свої характерні особливості, відповідно до моралі, що панувала в даному суспільстві. Проте загальнолюдські, позакласові етичні норми медичної професії, що визначаються її гуманною суттю – прагненням полегшити страждання та допомогти хворій людині, завжди залишалися непорушними.

Принципи медичної деонтології здавна зумовлювали характер лікарської діяльності та залежали від рівня розвитку медицини. У ***Стародавній Індії,*** наприклад лікарям рекомендувалося відмовлятися від лікування невиліковних хворих, а допомагати тільки тим, кого можна вилікувати. Якщо хворий не видужував протягом року, то до нього починали відноситися як до невиліковного і припиняли доомогу. У етичному кодексі лікарів Стародавньої Індії описуються певні їх обов'язки та моральні норми: "Вдень і вночі, як би не був ти зайнятий, ти повинен всім серцем і всією душею прагнути полегшити страждання твоїх пацієнтів. Ти не повинен покидати або ображати твоїх пацієнтів навіть ради врятування власного життя або збереження коштів для існування. Ти не повинен перелюбствувати навіть в думках. Так само ти не повинен прагнути до заволодіння чужим майном...". В кодексі відзначено також категорії осіб, яким заборонялося надавати медичну допомогу: «Не слід лікувати того, кого ненавидить володар, або тих, хто ненавидить володаря, або кого ненавидить народ, або тих, хто ненавидить народ. Точно також не слід лікувати того, хто украй ненормальний, злий, відрізняється поганим характером або поганою поведінкою, не доводить своєї чесності, перебуває при смерті, а також жінок, яких не супроводжують чоловіки або опікуни». Такий підхід до надання медичної допомоги дозволяв лікареві при потребі знайти причину відмови хворому.

В пам'ятках давньоіндійської літератури також зустрічаються дані про деонтологічні аспекти відносин у сфері медичної практики. Однією із найдавніших літературних пам'яток вважаються «Аюр-веда» (Наука про життя; IX-III ст. до н.е.) та зібрання законів Ману (близько II ст. до н.е. – 1 ст. н.е.). Старовинна медична енциклопедія Аюр-веда має три редакції. Найповніша з них належить лікареві Сушруте. У одному із переписів Аюр-веди вказуються необхідні характеристики лікаря, правила його поведінки та спілкування з пацієнтом: «*Він повинен мати чисте жалісливе серце, правдивий характер, спокійний темперамент, відрізнятися найбільшою помірністю і чеснотою, постійним прагненням робити добро. Мова його повинна бути ніжна, ясна, приємна, правдива й обдумана. Лікар не повинен повідомляти відносно загрозливої передчасної смерті хворого, бо це може пошкодити йому. Лікар повинен бути м'яким, але, в той же час, рішучим, повинен підтримувати радісну надію на порятунок хворого. Лікар для хворого – батько, для здорового – друг».*

Лікарі ***Стародавнього Тибету*** послуговувалися Етичним кодексом, записаним у трактаті "Жуд-ши". Російською мовою його переклав лікар П. Бадмаєв наприкінці минулого століття. В трактаті викладено ряд етичних вимог до лікарів: "Традиції лікарського стану вимагають дотримання 6 умов: 1) бути здібним до лікарської діяльності; 2) бути гуманним; 3) розуміти свої обов'язки; 4) бути приємним для хворих і не відштовхувати їх своєю поведінкою; 5) бути старанним; 6) бути ознайомленим з науками»

Книга під назвою "Тисяча золотих ліків" була ***середньовічним кодексом китайських лікарів***. В одному із його постулатів говориться про те, що лікарю обов'язково треба бути справедливим і не жадібним. "Він повинен співчувати хворим і урочисто обіцяти полегшити страждання хворих незалежно від їх стану. Аристократ або проста людина, бідняк або багач, немолодий або молодий, красивий або потворний, ворог або друг, уродженець цих місць або чужоземець, освічений або неосвічений, – потребують однакового лікування. Лікар повинен сприймати страждання пацієнта, як свої власні, прагнути полегшити їх, ігноруючи свій дискомфорт, незважаючи на виклики серед ночі, втому, голод, погану погоду та інше. Він зобов'язаний без гидування лікувати різні хвороби, навіть дуже неприємні, зокрема пронос, нагноєні рани, абсцеси, онкологічні, венеричні та безліч інших захворювань. Якщо лікар дотримується таких правил, він – великий лікар, інакше – він великий негідник".

У ***Персії*** лікарів поділяли на три категорії. Розрізняли тих, хто зцілює святістю, знанням і зцілителів ножем. Обов'язком лікарів першої категорії крім звичного лікування було уміння психологічно впливати на пацієнта власним авторитетом, своїми етичними та душевними властивостями. Особа лікаря при рабовласницькому устрою суспільства в різних країнах була однією із найшанованіших, тому що від нього часто залежав стан здоров'я та і саме життя хворого. Великий і всемогутній, на думку багатьох, лікар, вважався наділеним Богом надзвичайними здібностями. Напевно тому в країнах Стародавнього Сходу знамениті лікарі підносилися до рангу богів. Одного з перших так підносили легендарного грецького лікаря Асклепія, батька Гігієни – покровительки здоров'я і Панакєї (Панацеї), яка опікувалася лікуванням. Підхід до хворих на той час був диференційованим: не дозволялося лікувати тих, хто був у немилості раджі, проте сиротам, бідним людям, чужоземцям допомогу надавали. Лікарі відмовляли в допомозі безнадійно хворим і зовсім незабезпеченим людям. Соціальна нерівність в суспільстві зумовлювала різне відношення до лікарів. Представники пануючих класів вважали їх слугами, а вихідці з пригноблюваних класів сприймали, як панів. Отже прояви гуманізму у період догіппократівської медицини носили обмежений характер відносно хворих із різних соціальних груп населення.

**Трактування принципів лікарської етики у працях Гіпократа**

Медицина Гіпократа стала наступним етапом розвитку медичної етики. Греція у період рабовласництва славилася розвитком філософії, яка вивчала також етичні та моральні проблеми медицини. Базуючись на медичному досвіді, першим спробував упорядкувати правила медичної етики відомий лікар Гіпократ. Ряд книг, написаних ним близько двох з половиною тисяч років назад, висвітлюють моральні аспекти діяльності лікаря. До них відносяться праці «Про сприятливу поведінку», «Про мистецтво», «Про лікаря», «Афоризми» і найвідомішою з них є «Клятва Гіпократа». В своїх творах Гіппократ розробив кодекс обов'язкових моральних норм, для тих, хто обрав професію лікаря. Вплив його ідей щодо етичної характеристики лікаря неоціненний з часів Стародавній Греції до сьогодні. Аксіоми «Не нашкодь», «Де любов до людей, там і любов до свого мистецтва», «Лікар-філософ подібний до Бога» цитуються та використовуються протягом тисячоліть. Гуманізм Гіппократа визначався його відношенням до людини, як до вінця природи. У. Пенфілда, вважав, що «Клятва Гіппократа» «містить вічні істини, непідвладні часові». Проблему відношення лікаря до родичів хворого вперше обговорив саме Гіппократ, він також звернув увагу на потребу належного відношення лікаря до своїх вчителів, та на необхідність шанобливих взаємин між лікарями. Викладені Гіппократом принципи деонтології надалі розвивали такі вчені як Асклепіад, Гален, Цельс, та ін.

В епоху середньовіччя представники Салернської медичної школи опрацьовували проблеми належного відношення лікаря до пацієнта.цю школу також називали Гіппократовою общиною. Після багатьох століть дотримання «Клятви Гіппократа» II Міжнародний деонтологічний конгрес (1967) в Парижі, допустив доповнення клятви одним реченням: «Присягаюся навчатися все життя!». На ІІІ Міжнародному конгресі «Лікарі миру за запобігання ядерній війні» (1983) було запропоновано доповнити пунктом про боротьбу проти ядерної загрози міжнародні та національні кодекси професійних моральних обов'язків лікаря, які побудовані на основі «Клятви Гіппократа».

**Розвиток деонтології у медичній практиці лікарів**

**Стародавнього сходу**

Медична деонтологія розвивалася також в країнах Сходу. Одним із найвідоміших лікарів того часу Авіценна (Абу-Алі-Ібн-сіна) створив «Канон лікарської науки». В праці підкреслювалась важливість врахування лікарем індивідуальності та неповторності пацієнтів: «Кожна окрема людина володіє особливою натурою, властивою лише йому». Вважається, що вислів: «*Лікар повинен володіти оком сокола, руками дівчини, мудрістю змії і серцем лева».* також належить Авіценні. Важливим завданням, яке ставить перед лікарями «Канон лікарської науки» є необхідність запобігання захворюванням. Над втіленням цієї ідеї повинні працювати і хворі, і лікарі, і здорові люди.

Здавна взаємовідносини лікаря та хворого окреслювалися як взаєморозуміння та співпраця. Абу-ль-Фарадж лікар і письменник ХІІІ ст., сформулював таке звернення до хворого: «*Нас троє – ти, хвороба і я; якщо ти будеш з хворобою, вас буде двоє, я залишуся один – ви мене здолаєте; якщо ти будеш зі мною, нас буде двоє, хвороба залишиться одна – ми її здолаємо».* Для формуванняособистості лікаря крім загальнолюдських якостей (порядність, чесність, доброта) необхідні також прагнення до самовдосконалення, підвищення кваліфікації. Без них лікар може завдати хворому шкоди, грубо порушуючи моральні норми лікування.

**Основи етики та деонтології в медицині Західної Європи**

Термін «деонтологія» вперше був запропонований англійським філософом І. Бентамом, який сповідував ідеї буржуазного лібералізму. Бентам вважав, що загальне благо недосяжне в умовах непереборного для суспільства антагонізму. Тому кожна людина повинна піклуватися тільки про себе. Інакше кажучи, деонтологію, як вчення про *особисту належну поведінку* індивіда, Бентам протиставляє етиці, науці про мораль як *суспільну належну поведінку* у відносинах між людьми. З його учення випливає, що гуманізм, людяність – поняття, яким не місце в суспільстві. Т. Р. Мальтус, англійський економіст, проповідував схожі ідеї. На його думку при збільшенні населення Землі в геометричній прогресії, людство не зможе забезпечити достатню кількість засобів існування людей, які можуть збільшуватися лише в арифметичній прогресії («Очерк о законе народонаселения», 1798). Таким чином, задовольнити потреби всіх людей неможливо, а звідси витікає, що і убогість, і голод зумовлені не соціальними причинами, а біологічними – згідно закону безмежного розмноження живих істот. Вчений вважав, що природа може самостійно регулювати кількість населення і не варто втручатися в її «природний порядок». Лікарську діяльність він ісприймав як протиприродну, оскільки порятунок «зайвих людей» перешкоджає природному регулюванню чисельності населення.

**Медична етика за часів Київської Русі**

В медицині Стародавньої Русі питання медичної деонтології обговорювались в ряді документів. Однією із таких праць був «Ізборник Святослава» (ХІ ст.), в ньому вказувалося на обов'язок монастирів давати притулок і багатим, і бідним хворим. «Російська правда» (ХІ-ХІІ ст.) – збірник правових норм Київської Русі, стверджував положення про право на лікарську практику та декларував право лікарів одержувати плату за лікування.

**Ровиток медичної деонтології вітчизняними лікарями**

Медицина XVIII-XIX ст відзначалася пропагандою гуманістичного спрямування лікарській діяльності. Значний вклад у розвиток медичної етики та деонтології внесли такі видатні вчені, як Д. С. Самойлович, С. П. Боткін, С. Г. Зибелін, В. А. Манассєїн, І. Е. Дядьківський. Наукові праці М. Я. Мудрова «Слово про благочестя і етичні якості Гіппократова лікаря» та «Слово про спосіб учити і вчитися медицині практичній», а також ряд творів М. І. Пирогова свідчать про сповідування принципів професіоналізму, турботи про хворих і любові до своєї роботи авторів. На думку хірурга-онколога М. М. Петрова: «Основне завдання всякої медичної деонтології полягає в тому, щоб постійно нагадувати медичним працівникам, що медицина повинна служити користі хворих людей, а не хворі люди – користі медицини. На перший погляд, такі нагадування просто зайві – настільки це зрозуміло. Проте досвід показує, що подібні нагадування важливі не тільки в медицині, але і у всіх галузях людської діяльності, бо будь-які фахівці дуже легко і часто переоцінюють роль своєї спеціальності, забуваючи тих, кому вона повинна служити».

У 1813 році М. Я. Мудров виголосив з кафедри Московського університету Актову промову «Слово про благочестя і етичні якості Гіппократова лікаря». В ній проголошено заклик до пропагування самопожертвування, гуманізму та безкорисливості в медичній діяльності. Книга М. Я. Мудрова «Слово про спосіб учити і вчитися медицині практичній» окреслює моральні аспекти виховання лікарів. На думку вченого лікар повинен поєднувати в собі риси гуманіста та мислителя, виховувати хворого та бути прикладом для нього. Він добровільно приїхав у Петербург, коли в 1831 р. там спалахнула холера, щоб допомогати хворим, зрештою сам заразився холерою і помер.

М. І. Пирогов вважав, що той, хто навчається бути лікарем, насамперед, вчиться бути людиною. Його життєвим девізом був принцип: бути людиною серед людей. На думку відомого вченого основними якостями лікаря повинні бути вихованість, співчутливість, духовність, щедрість душі, інтелігентність, він вважав це законом професії.

А. П. Чехов відзначав, що «*лікар повинен викинути з душі все дріб'язкове, вульгарне і виробити в собі делікатність і м'якість»*. На його думку, кожна людина, а особливо лікар, повинен вміти володіти собою. Як пише А. П. Чехов своєму своєму братові Миколі: «*Ти пишеш, що заздриш моєму характеру. Повинен повідомити, що від природи у мене характер різкий, запальний, але я звик тримати себе в руках, оскільки розпускатися порядній людині не годиться».*

М. Г. Чернишевський писав: «*Хто не вивчав людини в самому собі, ніколи не досягне глибокого знання людей»*. Він вважав однією з умов об'єктивної оцінки людей вивчення себе, своїх слабкостей, бажань, обов'язків. Представники різних професій можуть відмовити людині в допомозі, реагувати на образу, але для лікаря це неприпустимо. Академік Ф.Г. Яновський наставляв учнів, які скаржилися на «проблемних» хворих, уявити, що це їхній родич. Лікар, як і фізичний терапевт, ерготерапевт чи реабілітолог, повинен за будь-яких обставин уміти поводити себе достойно.

Видатні лікарі іноді розпізнавали хворобу надзвичайно швидко та точно. Спогади медиків попередніх поколінь відзначають часті випадки правильної діагностики «з першого погляду» в дуже складних випадках. Витончена спостережливість, надзвичайне клінічне мислення і величезний досвід давали можливість талановитим лікарям легко визначати проблему пацієнта та справлятися з нею. Джозеф Белл, який був головним хірургом королівської лікарні міста Единбург, є прикладом такого лікаря. Він став прототипом Шерлока Холмса у творах Конан Дойля. Спостережливість для медика, навчав студентів Белл, необхідна не менше ніж мистецтво лікування: «досить тільки гарно вглянутися, і по обличчю людини можна дізнатися його національність, по руках – професію, а все решта – по ході, манерах або, скажімо, по нитках, які висять на костюмі». Доктор Ф. П. Гааз, який працював головним лікарем московських в'язниць, керувався девізом: *«Поспішайте робити добро!».* Його доброчинна та подвижницька діяльність викликали захоплення. Земська медицина, яка функціонувала в той час, налічувала чимало прогресивних представників. Вони відіграли важливу роль у формуванні принципів медичної деонтології, допомагаючи знедоленим і бідним, вважаючи це своїм етичним обов´язком. Гуманістичну спрямованість діяльності медиків описували в своїх творах А. П. Чехов і В. В. Вересаєв, які були не тільки письменниками, а й лікарями. Випускники вищих медичних навчальних закладів Росії після закінчення давали факультетську обіцянку.В ній наголошувалося на особливостях належних взаємовідносин між лікарями: «Обіцяю бути справедливим до своїх товаришів... По совісті віддаватиму справедливість їх заслугам і старанням...»

**1.3. Правове забезпечення професійної діяльності лікаря та фізичного терапевта в сучасному суспільстві**

**Міжнародні документи правового забезпечення професійної діяльності лікаря**

«**Нюрнберзький кодекс» (1947 р.).** Одним із найважливіших етапів в історії правового забезпечення діяльності лікаря в суспільстві стало створення «Нюрнберзького кодексу». У німецькому місті Нюрнберг, у 1947 р. відбувся судовий процес над нацистськими злочинцями. Серед підсудних були 23 лікарі, які проводили експерименти на полонених. Вирок за медичні злочини озвучував етичні та юридичні умови допустимості медичних експериментів на людях. Ці умови лягли в основу «Нюрнберзького кодексу», положення якого до сьогодні враховуються при складанні всіх наступних етичних кодексів, регулюючих медико-біологічні дослідження на людях і тваринах. Фашистські експерименти залишаться на всі часи [наочним прикладом злочину антимедицини проти людства](http://stomfaq.ru/bitvi-bitva-data-uchasniki-hto-peremig/index.html), оскільки дискредитували професію лікаря і гуманістичні принципи науки. У них люди були просто об'єктами дослідження, їх прирікали на смерть, або на важкі каліцтва. Пам'ять про тисячі людей, які загинули в ході цих експериментів, закликає сьогоднішніх медиків суворо дотримуватися соціально-етичних засад при медично-біологічних дослідженнях, які проводяться на людях.

***Положення «Нюрнберзького кодексу»:***

– згода об'єкту досліджень на їх поведення (обов'язкова та добровільна);

– детальне обґрунтування підстав для проведення дослідження;

– експеримент проводиться тільки після дослідів на тваринах і має на меті підтвердити їх результати;

– досліджуваний повинен бути захищеним від психологічних і фізичних травм;

– об'єкт досліджень в ході експерименту не повинен зазнати важких ушкоджень чи смерті;

– ступінь ризику досліджуваного не повинен бути вищим від допустимого рівня;

– експеримент повинен проводитися кваліфікованими фахівцями;

– досліджуваний повинен мати право припинити участь на будь-якій стадії експерименту, а виконавець не повинен порушувати його морально-етичних прав протягом дослідження.

**«Женевська декларація» (1948 р.)**. Декларація була прийняла у 1948 році Всесвітньою Медичною Асоціацією (ВМА). За основу її було взято **«**Клятву Гіппократа», а доповненням стали соціальні аспекти ХХ століття. Зокрема у декларації говориться: «*Я не дозволю, щоб релігія, націоналізм, расизм, політика або соціальне положення впливали на виконання мого обов´язку... Навіть під загрозою я не використаю мої знання в області медицини проти законів людяності*». Останнє речення, відображає положення *«Десяти Нюрнберзьких правил»,* сформульованих у Нюрнберзькому кодексі (1947), які підкреслюють неприпустимість злочинних дослідів на людях.

У **Женевській декларації світового лікарського товариства** говориться:

У цей час, будучи прийнятим у члени лікарської професії

* ***я урочисто зобов’язуюсь*** присвятити своє життя службі людству;
* ***я віддам*** належну повагу та подяку моїм вчителям;
* ***я працюватиму*** в своїй професії сумлінно та з гідністю;
* ***здоров’я мого хворого*** буде моєю основною турботою;
* ***я поважатиму*** довірені мені таємниці, навіть після смерті хворого;
* ***я підтримуватиму*** честь і шляхетні традиції лікарської професії всіма засобами, які в моїх силах;
* ***мої колеги*** будуть моїми сестрами та братами;
* ***я не дозволятиму*** чинникам хвороби або інвалідності, віку, статі, раси, віросповідання, громадянства, етнічного походження, політичних переконань, суспільного становища чи статевої орієнтації або будь-яким іншим чинникам завадити виконанню мого обов’язку щодо мого хворого;
* ***я проявлятиму*** максимальну [повагу до людського життя](http://stomfaq.ru/zdorovij-sposib-jittya-shkolyariv-zaporuka-shaslivogo-majbutne/index.html);
* ***я не використовуватиму*** свої медичні знання проти прав людини та її громадянських свобод, навіть під загрозою;
* ***я обіцяю*** добровільно урочисто, і з честю (для лікарів) вільно визначати стандарти лікарської освіти та лікарської практики.

Вступаючи в професійне товариство лікарів, сьогодні кожен лікар приймає «Клятву лікаря України» і урочисто присягає:

– завжди служити на благо людини, присвятити цій справі усе життя;

– до своїх вчителів відноситися з повагою і подякою;

– виконувати свої професійні обов'язки сумлінно та з гідністю;

– вважати обов’язком дбати про здоров'я свого пацієнта;

– не відкривати довірені таємниці навіть після смерті хворого;

– утверджувати чесні та благородні традиції лікарського фаху всіма засобами, доступними в умовах професійної діяльності;

– відноситися до своїх колег, як до братів і сестер;

– стверджувати людське життя, як найвищу цінність з самого його початку, не дозволяти різним факторам, пов'язаним зі станом здоров'я, віком, статтю, віросповіданням, расою, національністю, політичними переконаннями, сексуальною орієнтацією або соціальним положенням, перешкоджати виконанню мого обов´язку перед пацієнтом;

– не використовувати свої знання лікаря всупереч законам гуманності, незважаючи ні на що;

– цю урочисту присягу я приймаю добровільно і присягаюся чесно її дотримуватися.

Женевська декларація вперше була прийнята ІІ Генеральною Асамблеєю Всесвітньої Медичної Асоціації (ВМА), в м. Женева, (Швейцарія), у вересні 1948 року, переглянута ХLVI Генеральною асамблеєю ВМА, в м. Стокгольм, (Швейцарія), у вересені 1994 року.

**Міжнародний кодекс медичної етики (1949р.)** Крім «Женевської декларації» було розроблено Міжнародний кодекс медичної етики, прийнятий в жовтні 1949 р. 3-ю Генеральною асамблеєю ВМА в Англії, м. Лондон. У Міжнародному кодексі медичної етики або, як його ще називають, Міжнародному кодексі з деонтології було внесено доповнення до ряду положень Женевської декларації, конкретизовано їх. Цей документ був схвалений керівництвом ВООЗ і став основою медичної деонтології, джерелом, на який опираються багато дослідників проблем етики. У кодексі обговорюються питання винагороди за медичну допомогу, проблеми переманювання хворих, неприпустимості самореклами та ін.

***Загальні обов'язки лікаря***

До загальних обов'язків лікаря відносять:

* постійне підтримання найвищих стандартів професійної діяльності;
* компетентне, незалежне, та самовіддане надання медичної допомоги зі співчуттям і повагою до людської гідності, з технічною і моральною підтримкою, незалежно від виду медичної практики;
* боротьба із недоліками інших лікарів (професійними чи особистими), з обманом і шахрайством, чесність у спілкуванні з пацієнтами та колегами;
* дотримання конфіденційності щодо інформації про пацієнта, повага до прав хворих, колег та іншого медичного персоналу;
* при використанні засобів медичної допомоги, які можуть ослабити фізичний або психічний стан пацієнта, діяти тільки в його інтересах;
* не поширювати відомості про нову техніку, відкриття, або лікувальні методики з неперевірених джерел та непрофесійних каналів;
* свідчити тільки про те, що перевірив особисто.

*Лікар не повинен* надавати перевагу фінансовим інтересам перед вільним та незалежним виконанням професійних рішень на користь пацієнтів.

*Неетичною визнається така діяльність*:

* медична самореклама, за винятком випадків, коли це дозволяють закони країни, в якій працює лікар і Міжнародним кодексом медичної етики Національної Медичної Асоціації (НМА);
* отримання будь-якої винагороди чи оплати тільки за передавання чиїхось рекомендацій незалежно від їх характеру.

***Обов'язки лікаря по відношенню до хворих*:**

Лікар повинен:

* дотримуватися зобов'язання зберігати людське життя;
* надавати пацієнтові всі ресурси своїх знань. Коли провести обстеження або лікування неможливо, необхідно залучати іншого лікаря, який має таку можливість;
* зберігати в таємниці всю конфіденційну інформацію про свого пацієнта, навіть після смерті хворого;
* відноситися до своїх колег так, як він хотів би, щоб вони відносилися до нього;
* не дозволяти собі переманювати пацієнтів від інших лікарів.
* дотримуватися принципів Женевської декларації, яка була прийнятою Генеральною асамблеєю ВМА.

**Гельсінська декларація (1964 р.).** У липні 1964 р. на ХІХ Асамблеї в Гельсінкі ВМА прийняла Декларацію, в якій було поглиблено і доповнено положення «Нюрнберзького кодексу». В декларацію влючено вимоги до лікарів, які проводять біомедичні дослідження. Також в ній викладені прямі рекомендації до проведення клінічних випробувань діагностичних і лікувальних втручань хворому, та неклінічних досліджень, які не мають прямого діагностичного або лікувального значення для пацієнта та проводяться з науковою метою.

Гельсінська декларація висвітлює суперечності, які виникають в умовах швидкого прогресування науково-технічного розвитку в медицині між традиційними клінічними, терапевтичними цілями і суто науковими завданнями: «Для розвитку науки і на користь стражденного людства абсолютно необхідно, світлює щоб результати лабораторних експериментів застосовувалися до людини». Всесвітня медична асоціація надала рекомендації щодо проведення клінічних експериментів на людині. Вони повинні стати основою моралі медиків в усьому світі. Проте, це не виключає відповідальності медиків відповідно до юридичних, цивільних і моральних норм своєї країни.

Основні рекомендації Гельсінської декларації неодноразово оновлювалися, зокрема в Токіо (Японія, 1975), Венеції (Італія, 1983), Гонконгу (Китай, 1989), Сомерсет Уесті (Південно-Африканська Республіка, 1996), Единбурзі (Шотландія, 2000), Вашингтоні (США, 2002).

Гельсінська декларація дає чітке розмежування понять «хворий» та «досліджуваний», що стало її основою. Морально-етичні рекомендації Декларації викладені в трьох розділах. Перший розділ називається «Основні принципи», в ньому акцентується важливість наукового обґрунтування клінічних випробувань та їх моральне виправдання. Також звернена увага на оцінку передбачуваного ризику для хворого або досліджуваного, на заходи профілактики передбачуваної і непередбачуваної шкоди для об'єкта клінічних досліджень. У другому розділі, під назвою «Дослідження терапевтичного характеру» характеризується право лікаря застосовувати нові засоби терапевтичного впливу для порятунку пацієнта, відновлення його здоров'я або полегшення стану.

Гельсінська декларація висвітлює також питання «добровільної згоди» як важливої умови клінічних досліджень: «*З урахуванням психічних особливостей хворого лікареві слід заручитися згодою хворого на випробування, якщо це юридично або фізично неможливо, то згодою законних опікунів хворого».* Тут враховується Основною вимогою моралі є відношення до пацієнта чи досліджуваного як до людини, яка має вільний моральний вибір. Таким чином виражається повага до особи хворого, законності його прав, незалежності його свідомості.

Важливим принципом Гельсінської декларації вважають те, що «*лікар має право поєднувати випробування з лікуванням для отримання нових даних настільки, наскільки, це виправдано користю для хворого»* і далі «…*при проведенні на людині випробування з суто науковою метою лікар повинен увесь час залишатися в ролі захисника життя і здоров'я досліджуваного».* Іншими словами, терапевтична користь для хворого – первинна, а нові наукові дані завжди вторинні.

**Міжнародна Конвенція Генеральної Асамблеї ООН з цивільних і політичних прав (1966 р.).** визначила принципи проведення всіх досліджень із залученням до експерименту пацієнтів. На відміну від Гельсінської декларації, вона визначає морально-етичні принципи медичної практики. У основних положеннях Конвенції розглядаються:

* пріоритет інтересів і благ конкретної людини порівняно з інтересами науки і суспільства;
* регламент проведення медичних втручань (допустимі тільки після інформованої згоди пацієнта);
* дотримання принципу недоторканності особистого життя і права людини знати або не знати інформацію про стан свого здоров'я;
* заборона втручань в геном людини для зміни генетичного матеріалу його спадкоємців;
* неприпустимість дискримінації, яка базується на генетичних характеристиках людини;
* можливість вилучення органів і тканин у живого донора з метою трансплантації (допустимо проводити тільки з його згоди і тільки з терапевтичною метою);
* заборона створення клонів (людських істот, генетично ідентичних іншим людям – живим чи мертвим), а також ембріонів людини для дослідницьких експериментів;
* повага до права учених на дослідження за умови дотримання правил Гельсінської декларації.

**Токійська декларація (1975 р).** На ХХІХ Асамблеї ВМА, що проходила в 1975 р. у Токіо, було переглянуто і доповнено етичний кодекс медико-біологічних досліджень. У розділі І Токійської декларації розглядаються аспекти проблеми ризику під час проведення допустимих медично-біологічних досліджень на людях. Пункт 4-й, зокрема, передбачає необхідність розумної рівноваги «*між важливістю поставлених завдань і можливим ризиком для досліджуваних»*. Пункт 5-й обговорює оцінювання очікуваних ризиків «*порівняно з передбачуваною користю»*. В ньому сформульований імператив: «*Інтереси досліджуваних повинні завжди переважати над інтересами науки та суспільства».* Пункт 7-й стверджує: «*Лікарі зобов'язані утримуватися від проведення досліджень, які включають досліди на людях,* [*поки не переконаються*](http://stomfaq.ru/1-ponyattya-sistema-znachennya-principiv-u-kriminalenomu-pravi/index.html)*, що пов'язаний з цим ризик можна передбачити».* Сформульовано новий, порівняно з Гельсінською декларацією, пункт 8-й: «*Розголошуючи результати свого дослідження, лікар зобов'язаний бути впевненим в їх точності. Звіти про експерименти, виконані в обхід принципів справжньої декларації, не повинні прийматися для публікації».*

II і III розділи Токійської декларації цікаві в термінологічному відношенні: «Медичні дослідження, що поєднуються з професійним обслуговуванням хворих (клінічні випробування)» і «Нетерапевтичні медико-біологічні дослідження, які включають досліди на людях (неклінічні медично-біологічні випробування)». Тут точніше, хоча і в дещо ускладненому вигляді, розмежовані два види медично-біологічних досліджень на людях, що фундаментально розрізняються, тоді як в Гельсінській декларації і терапевтичні, і нетерапевтичні дослідження іменувалися «клінічними».

У II розділі Токійської декларації всесторонньо аналізується стародавній медико-етичний принцип «Не нашкодь!» в умовах застосування лікарем клінічних нововведень. Згідно вимог Декларації характеристики нових терапевтичних методів слід порівнювати з відповідними характеристиками кращих звичних методів медичної практики. Свідоме застосування гірших терапевтичних методів, до хворих чи досліджуваних – неетично. Коментуючи III розділ Токійської декларації, звернемо увагу на два положення. У пункті 2 дається визначення поняття «досліджуваний»: «досліджуваними повинні бути добровольці, або здорові особи, або пацієнти, до хвороби яких експериментальний задум відношення не має». У пункті 4 висвітлено розширення регулюючої ролі етичного принципу «Не нашкодь!» при проведенні медично-біологічних експериментів на людях виключно із науковою метою: «*При проведенні досліджень на людях інтереси науки або суспільства не повинні переважати над міркуваннями про благополуччя досліджуваних».* На практиці останнє положення породжує морально-етичні дилеми та викликає суперечки. Згідно цих документів, інтереси досліджуваних повинні завжди переважати над інтересами науки та практики. Ця гуманістична спрямованість документів безумовно, заслуговує позитивної оцінки. Проте жоден документ не може передбачити всього, що пов'язане з такими дослідженнями, зокрема індивідуальну непереносимість преператів чи втручань, ступінь добровільності згоди досліджуваного та ін. Тому необхідна конкретизація та розробка моральних норм стосовно нових типів експериментів. Практичним рішенням цього завдання займаються національні та міжнародні організації, в деяких випадках залучають не тільки медиків, але і представників громадськості.

**Правове забезпечення професійної діяльності лікаря в Україні.**

**Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»**

Кожна людина має природне невід'ємне та непорушне право на охорону здоров'я. Суспільство та держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України. Вони забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту та відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги та запровадження здорового способу життя. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулює суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності та довголітнього [активного життя громадян](http://stomfaq.ru/zdorovij-sposib-jittya-shkolyariv-zaporuka-shaslivogo-majbutne/index.html); усунення факторів, які шкідливо впливають на здоров'я; попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості. У даному законі розкриті деякі права медичних працівників, гарантовані їм законодавством України, реалізація яких викликає найбільше питань у медичних працівників при виконанні ними професійної діяльності.

***Права медичного працівника згідно законодавства України***

***Право на відмову від лікування пацієнта.*** Окрім статті 34 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», в якій чітко визначено право лікаря на відмову від надання медичної допомоги, є стаття 38 цього ж Закону, в якій передбачено, що пацієнт має право на вільний вибір лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги. У Законі не передбачені випадки, в яких лікар має право відмовити пацієнтові бо, не може запропонувати свої послуги. В такому разі заповнюють правовий проміжок за допомогою деонтологічної норми. Згідно пункту 3.4. Етичного кодексу лікаря України: «лікар має право відмовитися від лікування хворого, якщо упевнений, що між ним і пацієнтом відсутня необхідна взаємна довіра, коли відчуває себе недостатньо компетентним або не має в своєму розпорядженні необхідних для проведення лікування можливостей і в інших випадках, якщо це не суперечить Клятві лікаря України». Ще одна законна підстава для відмови в наданні медичної допомоги закріплена в нормі частини 2 статті 38 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Згідно цієї норми пацієнтові можна відмовити в наданні допомоги, за винятком невідкладного стану, якщо заклад, вибраний хворим, не має можливості забезпечити відповідне лікування (наприклад, відсутнє необхідне устаткування, профільне відділення чи фахівці).

***Право на передачу інформації про пацієнта.*** Медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних чи службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків (стаття 40 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»).

*Випадки правомірного розголошення медичної таємниці*, передбачені у таких нормативно-правових актах:

* Конституція України, частина 2 статті 32, частина 3 статті 34;
* Цивільний кодекс України, частин. 2, 4, статті 285
* Сімейний кодекс України, стаття 30;
* Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» від 24.02.1994 р., стаття 7;
* Закон України «Про попередження насильства в сім'ї» від 15. 11. 2001 р., стаття 9;
* Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р., частини 2, 5, статті 39, статті 39-1, 40, частина 1 статті 43;
* Закон України «Про психіатричну допомогу» від 22.02.2000 р., ст. 4;
* Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення» від 12.12.1991 р., частина 2 статті 8, частина 2 статті 9;
* Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживання ними» від 15.02.1995 р., частина 5 статті 14;
* Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 06.04.2000 р., частина 2 статті 26;
* Закон України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» від 05.07.2001 р. частина 2 статті 17.

**Кримінальний кодекс України**

***Кримінальна відповідальність медичних працівників за вчинення професійних злочинів.*** Відповідно до законодавства кримінальна відповідальність передбачена за вчинення особою суспільно-небезпечного діяння, яке містить склад злочину, передбачений Кримінальним кодексом України. Незважаючи на особливості сфери медичної діяльності, принципи кримінальної відповідальності медичних працівників мають загальний характер. Медики відповідають за вчинення злочинів на загальних засадах, причому у Кримінальному кодексі України 2002 р. (далі – ККУ) є ряд злочинів, які мають відношення саме до професійної діяльності лікарів (додаток 5).

Проблеми злочинів та кримінальної відповідальності медичних працівників найбільше обговорюються у медико-правовій літературі. Комплексні дослідження питань правового регулювання медичної діяльності часто піднімають кримінально-правові проблеми, аналізуючи ті чи інші їх аспекти. Зазначені причини зумовлюють необхідність вивчення кримінально-правової відповідальності медичних працівників у рамках медичного права. Професійним медичним злочином важають умисну або необережну дію, вчинену медичним працівником при виконанні професійних обов'язків, заборонену кримінальним законом під загрозою покарання. У діяльності медичних працівників умисні злочини зустрічаються значно рідше, ніж необережні. Серед умисних злочинів суспільно найнебезпечнішим є ненадання допомоги хворому медичним працівником (стаття 139 ККУ). Водночас, серед необережних злочинів найбільш актуальними є неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником (стаття 140 ККУ), вбивство через необережність (стаття 119 ККУ) і необережне тілесне ушкодження – важке або середньої важкості (стаття 128 ККУ).

**1.4. Основні моделі взаємин в системі «лікар-хворий». Міжнародні документи, що регламентують права пацієнтів**

Взаємини між лікарем і його пацієнтом є однією з найважливіших складових лікарської діяльності, а саме: в цих відносинах реалізується сенс призначення лікаря – лікування людини. Від того, як будуються взаємини між лікарем і хворим, як медичний працівник їх будує, залежить і успіх лікування.

**1. Основні моделі взаємин в системі «лікар-хворий»**. Можна по-різному, за різними принципами класифікувати взаємини між лікарем і хворим. Існують такі моделі взаємин: сакральна (патерналістська), технічна, колегіальна, контрактна.

**Перша модель – патерналістська (лікар-опікун).** Міжособистісні відносини між лікарем і пацієнтом подібні до відносин священика та прихожанина, батька та дитини, наставника та підопічного. Основні принципи відношення до пацієнта – любов, милосердя, турбота, благодіяння та справедливість. Вони були відображені в клятві Гіппократа. Патерналістська модель панувала в християнській європейській культурі впродовж багатьох сторіч. Материнська, батьківська турбота медичного працівника про свого пацієнта дала підставу назвати таку модель взаємин між ними патерналізмом (від латин. pater – батько). Основний моральний принцип, який виражає традицію сакральної моделі, свідчить: «надаючи пацієнтові допомогу, не нанеси йому шкоди». Традиція лікування вимагала від медика приносити хворому користь і не наносити шкоди. Жоден лікар не може виконати свій моральний обов'язок приносити користь і, при цьому, повністю уникнути нанесення шкоди. Принцип «надаючи пацієнтові допомогу, не нанеси йому шкоди» складає тільки один елемент із безлічі моральних обов'язків. Він існує в широкому контексті та ґрунтується на правилі компетенції. Патерналізм може виявлятися сильно чи слабо, залежно від здатності пацієнта ухвалювати самостійні рішення. Сильний патерналізм відкидає навіть ті рішення, які пацієнт прийняв добровільно на основі достатньо повної інформації про свій стан. Патерналізм вважається слабким, коли здатність пацієнта ухвалювати самостійні рішення перебуває під впливом емоцій, що робить їх недобровільними, або коли пацієнт недостатньо інформований і його рішення не можуть бути адекватними ситуації, що склалася. Патерналізм має певні можливості для того, щоб захистити людину від його власних неправильних рішень, але й від принципу пошани автономії пацієнта також. Сильний патерналізм, надмірна турбота про пацієнта, нав'язування йому своєї думки не завжди морально виправдані на відміну від патерналізму в слабкій формі. У сучасній медицині така модель залишається переважаючою і найпоширенішою. Основна перевага патерналістичної моделі взаємин: чіткість рішень і дій лікаря. Патерналізм найбільш прийнятний в сферх педіатрії, психіатрії, геріатрії. У таких взаємовідносинах обмежуються права пацієнта і не дотримується пошана самостійності пацієнта, яка є однією із базових цінностей цивілізованого способу життя. Недоліки моделі в тому, що взаємини можуть перерости у відносини типу «начальник – підлеглий».

**Друга модель –«технічного» типу**, яку американський біоетик Роберт Вітч називає «інженерною». Основний принципом цієї моделі вважають роз'яснення та посередництво. Грунтується на одному з наслідків біологічної революції – виникнення лікаря-вченого. Наукова традиція вимагає від вченого «бути неупередженим». В такій моделі спілкування лікар виступає експертом. На підставі клінічних даних і експериментально-лабораторних досліджень він ставить остаточний діагноз, пояснюючи хворому все про його захворювання, проте, не враховуючи життєвих проблем хворого. В рамках цієї моделі пацієнт сприймається лікарем як безособовий механізм. Завдання лікаря полягає у виправленні відхилень в несправному фізіологічному механізмі. Лікар при цьому використовує біохімічні, біофізичні, рентгенологічні та інші методи діагностики, опираючись на факти й уникаючи ціннісних думок. Усвідомлення небезпеки подібної позиції прийшло лише після медичних досліджень нацистів і створення атомної бомби, коли у жорстоких медичних експериментах заради наукових відкриттів як піддослідних стали використовувати безправних в’язнів концентраційних таборів. Наука не може бути вище загальнолюдських цінностей. В процесі ухвалення рішення лікар не може нехтувати моральними й іншими нормами. Технократичний підхід до пацієнта суперечить принципу поваги до прав і достоїнства особи. Пацієнт не бере участь в обговоренні процесу лікування. У сучасній медицині лікар зазвичай взаємодіє з пацієнтом як вузький фахівець і часто виконує суто технічні функції.

**Третя модель – колегіального типу**. Основний її принцип – рівноправ'я, де взаємна довіра відіграє вирішальну роль. Лікар повідомляє правдиву інформацію про діагноз, методи лікування, можливі ускладнення та наслідки захворювання. Пацієнт бере участь в обговоренні цієї інформації. Тут реалізується право пацієнта на свободу вибору. Деякі фахівці з етичних питань говорять про те, що лікар і пацієнт повинні бачити один в одному колег, які прагнуть до загальної мети – ліквідації захворювання і захисту здоров'я пацієнта. Лікар – це «друг» хворого. Така гармонія у відносинах між лікарем і пацієнтом швидше виняток з правил. Модель колегіального типу дозволяє ефективно побудувати взаємини між лікарем і пацієнтом, практично реалізувати принцип лікування не захворювання, а хворої людини. На жаль, дана модель взаємин лікаря і хворого в сучасній практиці зустрічається все рідше. Негативно на процес лікування можуть впливати некомпетентність або особливості психіки пацієнта. Колегіальна модель особливо ефективна при хронічних захворюваннях. Проте етнічні, класові, економічні й ціннісні відмінності людей не дозволяють реалізувати принцип загальних інтересів, необхідних для моделі цього типу.

**Четверта модель – контрактного типу**. Модель передбачає укладання між сторонами контракту, договору, угоди, які визначать рамки їх взаємин. Угода передбачає дотримання принципів свободи, особистої гідності, чесності, виконання обіцянок і справедливості. Контрактна модель дозволяє уникнути відмови від моральних принципів з боку лікаря. Моральна сторона в контракті не знаходить віддзеркалення, але успіхом у пацієнтів користується фахівець, що поєднує високий професіоналізм з ретельним дотриманням норм і правил медичної етики. Дана модель захищає моральні цінності особи, проте в структурі надання медичної допомоги населенню займає незначне місце.

Розглянуті моделі взаємовідносин «лікар-пацієнт» є ідеальними конструкціями. Проте можна виділити й інші моделі таких взаємовідносин:

* інформаційна (модель «безпристрасний лікар і автономний пацієнт»);
* дорадча (базується на довірі та взаємній згоді);
* ліберальна (базується на активній позиції хворого у взаємовідносинах з лікарем);
* інтерпретаційна (лікар переконливо та тривало спілкується з хворим).

**Інформаційна модель**. Інформативна модель є варіантом відношення до лікаря, як до обслуговуючого персоналу, або, навіть, як до технічного, вона фактично не використовується в нашій країні. Іншими словами, лікар є продавцем послуг, а пацієнт – покупцем. При цьому право вибору – повністю за покупцем.

Важливою складовою відносин між лікарем і пацієнтом є інформація, актуальність якої різна для лікаря та пацієнта. Сучасному лікареві необхідно достеменно знати, яка інформація має бути надана пацієнтові або його законному представникові, чи існують обмеження щодо надання цієї інформації, якими є вимоги до її надання тощо.

***Найактуальніша інформація для лікаря***

* надання пацієнтові медичної та іншої інформації, що має відношення до отримуваної пацієнтом медичної допомоги;
* фіксація факту надання пацієнтові інформації щодо медичного втручання та отримання згоди пацієнта на таке втручання або відмова пацієнта від необхідного йому медичного втручання;
* отримання від пацієнта необхідної інформації під час збирання анамнезу життя та розвитку захворювання.

***Найактуальніша інформація для пацієнта***

Відповідно до чинного законодавства України, за загальним правилом пацієнтові має бути надана така інформація:

* медична інформація, тобто дані про стан здоров’я пацієнта, мету запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання тощо;
* інформація щодо надання пацієнтові медичної допомоги (наприклад, режиму роботи закладу охорони здоров’я, умов перебування у стаціонарі тощо).

**Дорадча модель.** Передбачає рівність і однакову відповідальність лікаря та пацієнта. Доцільніше використовувати для освічених пацієнтів, що можуть вникнути в суть проблем зі здоров'ям. Вона заснована на тому, що звичайна доросла людина може синтезувати інформацію і виділити свої пріоритети, а лікар володіє достатніми комунікаційними навичками для того, щоб допомогти пацієнтові в цьому. Дорадча модель змінює роль хворого в процесі діагностики та лікування. З пасивного об'єкта втручань він стає особою, що несе визначену відповідальність за своє здоров'я та активним співавтором процесу лікування. У цій моделі необхідною вимогою є письмова згода пацієнта на проведення будь-яких маніпуляцій та оперативного втручання.

**Інтерпретаційна (тлумачна) модель**. Полягає в активному втручанні в розповідь хворого. В даному випадку медпрацівник висловлює швидше висновки, ніж просто зауваження: «Сьогодні для вас все не так. Ви виглядаєте по горло ситим лікарнею»; «Ви багато питаєте про рентгенологічне дослідження. Ви боїтеся його?» В той же час, сказане хворим можна неправильно зрозуміти, що може утруднити бесіду. При правильному використанні цього прийому можна виразити як співпереживання, так і розуміння.

Вибір того чи іншого типу відносин визначається індивідуальними особливостями лікаря, станом хворого, характером надання медичної допомоги. Іноді враховують інші орієнтири для формування моделі взаємин «лікар-пацієнт», наприклад, біографічний план захворювання.

Виділяють 4 моделі відносин лікаря та хворого, характер яких визначається станом пацієнта. Це відносини в гострому періоді захворювання, відносини з хронічними хворими, інвалідами та вмираючими.

***Пацієнти з гострими захворюваннями.*** Хворі в гострому періоді найчастіше стають пасивними учасниками взаємовідносин «лікар-пацієнт». Основне завдання лікаря при цьому – вилікувати пацієнта і якнайшвидше повернути до попереднього способу життя.

***Хронічно хворі пацієнти***. Їх стан і спосіб життя вимагає компетентності, створення груп взаємодопомоги. Основне завдання лікаря у лікуванні таких пацієнтів реалізувати принцип рівноправ'я і взаєморозуміння.

***Інваліди.*** Можуть бути компетентними та некомпетентними щодо свого захворювання. Завданням лікаря при роботі з такими пацієнтами є пристосування пацієнта до активного життя в умовах інвалідності, щоб не залишити його прикованим тільки до свого ліжка або кімнати. Найчастіше основну роль у цьому процесі відіграють ерготерапевти та фізичні терапевти.

***Вмираючі******хворі***. Завдання лікаря при роботі з такими пацієнтами полягає у забезпеченні знеболення, догляду, етичної підтримки та гідного вмирання.

Одним із найважливіших принципів відносин між медичним працівником і пацієнтом є **принцип дистрибутивної справедливості**. Він полягає в обов'язковості надання медичної допомоги і однаковій доступності для кожного, хто її потребує. Зазвичай цей принцип знаходить віддзеркалення в законодавчих актах, оскільки є соціально зумовленим. Кожне медичне співтовариство встановлює правила та порядок надання допомоги відповідно до своїх можливостей.

**Основні міжнародні документи, які регламентують права пацієнта**

Найбільш значущими міжнародними «джерелами» з питань прав громадян в області медицини є ***Лісабонська декларація ВМА про права пацієнтів***, прийнята на ХХХІV сесії ВМА (Лісабон, Португалія, вересень/жовтень 1981 р.), із внесенням поправок на XLVII сесії Генеральної Асамблеї, (Балі, Індонезія, вересень, 1995 р.) і ***Декларація про політику в галузі забезпечення прав пацієнтів у Європі***, прийнята на Європейській нараді із прав пацієнтів, в Амстердамі, 28-30 березня 1994 р. Всесвітньою організацією охорони здоров’я (Європейське регіональне бюро).

Лісабонська декларація про права пацієнта (1981 р.). стверджує, що лікар повинен діяти на користь пацієнта згідно своєї совісті, з урахуванням юридичних, етичних і практичних норм тієї країни, де він практикує, а також визначає основні права, якими, з погляду медичного співтовариства, повинен володіти кожен пацієнт. Якщо положення законодавства або дії уряду країни перешкоджають реалізації нижчеперерахованих прав, то лікарі повинні старатися всіма доступними способами забезпечити дотримання правових норм.

**Основні права пацієнта, затверджені Лісабонською декларацією про права пацієнта**:

•пацієнт має право вільно вибирати лікаря;

•пацієнт має право отримати допомогу лікаря, незалежно від сторонніх впливів на професійні медичні й етичні рішення;

•пацієнт має право після отримання адекватної інформації, погодитися на лікування або відмовитися від нього;

•пацієнт має право розраховувати на те, що лікар відноситиметься до всієї довіреної йому медичної й особистої інформації, як до конфіденційної;

•пацієнт має право померти гідно;

•пацієнт має право на духовну та моральну підтримку, включаючи допомогу церковнослужителя будь-якої релігійної конфесії, або на відхилення її.

Лікування пацієнта повинно максимально враховувати його інтереси, відповідати загальноприйнятим і затвердженим медичним принципам і стандартам.

Декларація про політику в сфері забезпечення прав пацієнтів в Європі (1994 р.) закріплює їх право на якісну медичну допомогу, відповідно до високих технологічних стандартів і принципів людяності у відносинах з особами та організаціями, які надають медичні послуги. Безпека пацієнтів сьогодні вважається глобальною проблемою, основні шляхи вирішення якої знаходяться в площині здійснення безпечної медичної діяльності, попередження зараження інфекційними захворюваннями; забезпечення належного використання препаратів крові та її компонентів, а також у сфері попередження та усунення негативних наслідків застосування медикаментів, тощо. Проте безпека пацієнтів не зводиться лише до проблеми медичної діяльності. Тому міжнародною спільнотою були прийняті ряд документів, присвячених праву людини на безпеку. Зокрема це ***«Конвенція про права людини та біомедицину»*** Ради Європи, прийнята в 1996 році та ***«Конвенція про захист прав і достоїнства людини у зв'язку із впровадженням досягнень біології та медицини»*** (1997). Ще один документ – ***Хартія основних прав ЄС 2000*** декларує в статті 6 право людини на безпеку і право доступу до медичного обслуговування та медичної допомоги для досягнення високого рівня охорони здоров'я людини.

***Резолюція WHA 55.18 Асамблеї Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) з безпеки пацієнтів(2002)*** звертає увагу на необхідність розробки науково обґрунтованої системи щодо підвищення якості охорони здоров'я, в тому числі, контролю за безпечним застосуванням лікарських препаратів, медичного обладнання та технологій, а також щодо впровадження в охорону здоров'я доказових стандартів, з метою поліпшення глобальної системи безпеки пацієнтів (тобто щодо створення безпечної клінічної практики).

***Європейська хартія з прав пацієнтів*** (2002) виділяє чотирнадцять прав пацієнтів, серед яких вказані право на безпеку і право на дотримання стандартів якості в охороні здоров'я, поряд з правом на профілактику захворювань; на доступ до медичної допомоги; правом на отримання інформації; на інформовану згоду; на вибір лікування на підставі отриманої адекватної інформації; правом на дотримання конфіденційності особистої інформації, та деякі інші.

***Програма ВООЗ із безпеки пацієнтів*** ***Всесвітнього альянсу за безпеку пацієнтів*** 2004 р. (WHO Patient Safety Programme of World Alliance for Patient Safety) виділяє такі «небезпечні» для пацієнтів проблеми, як негативні наслідки застосування лікарських препаратів та їх поєднань; ризик при використанні медичної техніки; неякісна продукція, яка надходить в систему охорони здоров'я; людський фактор; приховані системні недоліки, з якими доводиться стикатися на будь-якому етапі надання медичної допомоги. Тому пріоритетним напрямком розвитку для будь-якої системи охорони здоров'я, що прагне до підвищення якості надання медичної допомоги, є забезпечення безпеки пацієнтів.

***Лондонська декларація пацієнтів з безпеки пацієнтів*** 2006 р. (London Declaration of Patients for Patient Safety) розроблена на підтримку права пацієнтів на безпечну медичну допомогу шляхом зниження ризику запобіжної шкоди внаслідок медичних помилок.

***Люксембурзька декларація з безпеки пацієнтів*** 2005 р. (Luxembourg Declaration on Patient Safety) проголошує, що доступ до високоякісної охорони здоров'я – це ключове право людини. Відповідно, пацієнт має право очікувати, що при наданні йому послуг у сфері охорони здоров'я, йому надаються гарантії їх безпеки.

***Декларація Міжнародного альянсу організацій пацієнтів з надання медичної допомоги, орієнтованої на пацієнта*** 2006 р. (Declaration on Patient – Centred Healthcare) містить принципи поваги до пацієнтів; залучення пацієнтів у розробку політики охорони здоров'я; вибору та розширення прав і можливостей пацієнтів, забезпечення доступу до медичної допомоги та підтримки; інформування про стан і перспективи пацієнта. Дотримання цих принципів повинно призвести до створення системи медичного обслуговування, яка враховуватиме інтереси пацієнтів для досягнення ними максимально доступної якості життя.

***Програма діяльності Всесвітнього альянсу безпеки пацієнтів на 2008-2009 р.р.*** визначила пріоритетні напрями в боротьбі за безпечну медичну допомогу, зокрема «Безпечна хірургія рятує життя», «Чисте лікування – безпечне лікування», а також шляхи вирішення проблеми зниження чутливості збудників інфекційних захворювань до антибактеріальних препаратів. Права пацієнтів при медичних втручаннях захищають не тільки дотримання правила правдивості та правила конфіденційності, але і правила добровільної інформованої згоди.

Поняття «добровільної інформованої згоди» закріплює обов'язок лікаря інформувати пацієнта, поважати недоторканність приватного життя пацієнта, бути правдивим і берегти лікарську таємницю. Згідно цього правила будь-яке втручання, зокрема при проведенні експериментів на людині, повинно включати добровільну згоду пацієнта. У свою чергу лікар повинен інформувати пацієнта про мету, методи, побічні ефекти, можливий ризик, тривалість і очікувані результати дослідження. Вперше правило «добровільної згоди», як було сформульовано в Нюрнберзькому Кодексі (1947) – першому ***«Поєднанні правил проведення експериментів на людях»***. Потім принцип «добровільної згоди» почали враховувати в США при розгляді судових справ про відшкодування при недбалому лікуванні. Термін «інформована згода» став широко застосовуватися в Європі через 10 років.

У медичній практиці між лікарем і пацієнтом складається певна природна нерівність. Хворий не володіє спеціальними медичними знаннями і довіряє лікареві своє життя. Але лікар не застрахований від медичних помилок. Правовий захист пацієнта врівноважує цю нерівність, а принцип добровільної інформованої згоди закріплює нові норми взаємин між лікарем і пацієнтом. Некомпетентність хворого може зробити таку модель взаємовідносин лікаря з пацієнтом безрезультатною, іноді навіть шкідливою для хворого, а також викликати відчуження сторін. Позитивною рисою добровільної інформованої згоди є те, що вона спрямована на захист пацієнта від експериментальних дій і випробувань лікаря як дослідника, на зниження ризику нанесення морального або матеріального збитку хворому. В той же час, при завданні шкоди пацієнту, оформлена добровільна інформована згода між ним і медпрацівником є формою захисту лікаря, яка ослабляє правові позиції пацієнта.

**Тестові завдання для контролю рівня знань**

**1**. **У основі успішних взаємин лікаря з хворим лежить:**

А. Взаєморозуміння.

В. Чуйність.

С. Довіра.

Д. Професіоналізм.

Е. Авторитет.

**2.** **В якій моделі взаємин лікаря і хворогообмежуються права пацієнта і не дотримується пошана самостійності пацієнта?**

А. Ліберальній моделі.

В. Патерналістській моделі.

С. Інтерпретаційній моделі.

Д. Технічній моделі.

Е. Інформаційній моделі.

**3.** **Для якого типу моделі основним недоліком відносин є технократичний підхід до пацієнта, який суперечить принципу пошани прав і достоїнства особи?**

А. Технічній моделі.

В. Патерналістській моделі.

С. Інтерпретаційній моделі.

Д. Ліберальній моделі.

Е. Інформаційній моделі.

**4.** **Основний принцип патерналістської моделі взаємин лікаря і хворого:**

А. Активна позиція лікаря (лікар-опікун).

В. Активна позиція хворого.

С. Тривале спілкуваннялікаря і хворого.

Д. Роз'яснення, посередництво.

Е. Обмежений час спілкування лікаря з хворим.

**5**. **Основний принцип ліберальної моделі спілкування лікаря з хворим:**

А. Активна позиція лікаря.

В. Активна позиція хворого.

С. Пояснення і посередництво.

Д. Тривале спілкування лікаря з хворим.

Е. Обмежений час спілкування лікаря і пацієнта.

**6.** **Основна перевага патерналістської моделі взаємин:**

А. Активна позиція хворого.

В. Чіткість рішень і дій лікаря.

С. Достатній психологічний контакт між лікарем і пацієнтом.

Д. Раціональне використання часу спілкування з хворим.

Е. Все перелічене вище.

**7**. **Основний недолік патерналістської моделі взаємин лікаря і хворого:**

А. Відсутність психологічного контакту між лікарем і хворим.

В. Недостатня медична освіченість пацієнта.

С.Обмеження прав хворого.

Д. Обмеження прав лікаря.

Е. Висока частота лікарських помилок.

**8.** **Основний принцип інтерпретаційної моделі взаємин лікар-хворий:**

А. Активна позиція лікаря.

В. Активна позиція хворого.

С. Роз`яснення і посередництво.

Д. Продовжене спілкування лікаря з хворим.

Е. Обмежений час спілкування лікаря з пацієнтом.

**9.** **Основний принцип технічної моделі взаємин лікаря з хворим:**

А. Активна позиція лікаря.

В. Активна позиція хворого.

С. Роз`яснення і посередництво.

Д. Тривале спілкування лікаряз хворим.

Е. Обмежений час спілкування лікаря з пацієнтом.

**10.** **Моделі спілкування лікаря і пацієнта:**

А. Все перераховане.

В. Інформаційна.

С. Інтерпретаційна.

Д. Патерналістська.

Е. Ліберальна

**Відповіді: 1С. 2В. 3А. 4А. 5В. 6В. 7С. 8Д. 9С, 10А.**

**РОЗДІЛ ІІ**

**МЕДИЧНА ДЕОНТОЛОГІЯ ЯК СИСТЕМА ЕТИЧНИХ ТА ПРАВОВИХ ЗАСАД ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ ТА ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА**

**2.1.** **Ятрогенії: основна їх причина, наслідки та профілактика**

Ятрогенії – це захворювання, патологічні процеси, стани, незвичайні реакції, виникнення яких, певним чином, зумовлене медичним впливом у ході обстеження, лікування хворих, виконання діагностичних маніпуляцій. Вони є одним із видів лікарських помилок. Початком сучасного вчення про ятрогенії стала опублікована у 1925 році праця Освальда Бумке «Лікар, як причина душевних розладів». Надалі термін «ятрогенія» використовувався для позначення захворювань, спричинених психогенним впливом медичних працівників на хворих. Сьогодні термін «ятрогенія» отримав розширене значення – від стану, спричиненого діями медичного працівника, до хвороб, зумовлених дією медичних чинників фізичного, хімічного та механічного походження. Варто зазначити, що дефект надання медичної допомоги – це не тільки суб’єктивне ставлення медичного персоналу чи пацієнта до результату надання медичної допомоги. Цей термін має об’єктивне визначення, що міститься у Міжнародному класифікаторі хвороб Десятого перегляду (МКХ-10) у тлумаченні ятрогенної патології.

До ятрогеній можна віднести хвороби, які зазначені у МКХ-10 у таких рубриках:

* наслідки отруєнь лікарськими засобами, медикаментами та біологічними речовинами;
* наслідки отруєнь, класифікованих у рубриках Т 36-Т 50, T 9G глави XIX;
* ускладнення хірургічних і терапевтичних втручань, не класифіковані в інших рубриках (рубрики Т 80-Т 88 глави XIX);
* ускладнення терапевтичних та хірургічних втручань (рубрики Y 40-Y 84 глави XX);
* наслідки терапевтичних та хірургічних втручань, як зовнішніх причин захворюваності (рубрика Y88 глави XX).

Таким чином, несприятливі результати лікувальних заходів, проведених щодо помилкового діагнозу або з косметичною метою, неправильно проведені лікувальні заходи, що стали причиною інвалідизації або смерті хворого, випадкове нанесення шкоди хворому в ході планової хірургічної операції, переливання несумісної крові, маніпуляції, проведені з діагностичною метою, ускладнення лікарської терапії з розвитком дисбактеріозу, екзо- і ендогенної суперінфекції, а також смертельні алергічні реакції і смерть від наркозу можна віднести до ятрогенних патологій.

**Класифікація ятрогенних патологій**

Існує декілька класифікацій ятрогеній. Найзручнішою є класифікація з поділом ятрогеній на 3 категорії:

* I категорія – патологічні процеси, реакції, не пов’язані патогенетично з основним захворюванням або його ускладненням і не відіграють істотної ролі в загальному танатологічному оцінюванні випадку (оцінюванні кінцевої стадії патологічного процесу);
* II категорія – патологічні процеси, реакції та ускладнення, зумовлені медичним впливом, проведеним за обгрунтованими показаннями та виконаним правильно;
* III категорії – патологічні процеси, незвичайні смертельні реакції, в тому числі зумовлені неадекватними, помилковими або неправильними медичними впливами, які спричинили летальний результат.

Основним у побудові класифікаційних схем ятрогеній має бути їхня причина, патоген. З огляду на це, ятрогенії поділяють на 5 груп: психогенні, лікарські, травматичні, інфекційні та змішані.

**Психогенні ятрогенії**

Психогенні ятрогенії проявляються у формі неврозів, психозів, неврастенії, істерії, фобій, депресій, відчуття тривоги, депресивних та іпохондричних розладів. Як правило, їх спричиняють необережні та неправильно пояснені висловлювання медичного працівника щодо стану здоров’я пацієнта, ознайомлення із власною історією хвороби та спеціальною медичною літературою, прослуховування публічних лекцій, особливо на телебаченні. Їх називають ще «хворобами слова». Ця група ятрогеній розвивається також при неефективності лікування; недовірі до лікаря; страху перед методами діагностики та лікування; різкому переході від активного способу життя до пасивного, зі звичних умов сім’ї та трудового колективу в групу людей із загостреним і зміненим особистісним сприйняттям.

**Лікарські ятрогенії**

Лікарські ятрогенії різноманітні у своїх проявах, тому існують різні їх класифікації. Згідно однієї із класифікацій лікарські ятрогенії поділяють на:

* фармакологічно негативні ефекти (наприклад, гіпоглікемічний шок після введення занадто великої дози інсуліну);
* лікарські інтоксикації, включно із токсичною, мутагенною, онкогенною, тератогенною, ембріотоксичною та імунодепресивною діями;
* лікарська алергія;
* лікарська непереносимість псевдоалергічного походження;
* лікарська залежність;
* лікарські психози;
* реакції загострення, наприклад, бактеріальний (ендотоксичний) шок;
* ускладнення основної хвороби, спричинене фізикохімічною, фармакодинамічною і фармакокінетичною несумісністю ліків, що вводяться одночасно;
* післявакцинальні реакції та ускладнення.

**Травматичні ятрогенії**

Для захворювань, спричинених дією медичних шкідливих чинників фізичного та механічного походження (несприятливі наслідки хірургічних методів лікування), зазвичай застосовують термін «медичні травми та їхні наслідки». Слово «ятрогенні» вказує на зв’язок травм із наданням медичної допомоги. Під травматичними ятрогеніями розуміють хірургічні, маніпуляційні та випадкові медичні травми, опіки (променеві, термічні, хімічні) і наслідки травм. Найбільш серйозними та численними вважаються наслідки та ускладнення від хірургічних і маніпуляційних травм та опіків. До них відносять анафілактичний шок, операційний колапс, гостру серцевосудинну недостатність, спайкову хворобу, пострезекційний синдром, повітряну емболію, тромбоз судин, ателектаз легенів, гемоторакс, гідроторакс, бронхоспазм, набряк легенів, набряк мозку, холестаз, емфізему підшкірної клітковини, кровотечі, асфіксію, атонію кишечника, безпліддя після видалення матки, променеву хворобу тощо. До цієї групи ятрогеній умовно можна віднести також наслідки надмірного втручання та втручання без показань (так звана хірургічна агресія) або навпаки, залишення хворого без медичної допомоги та догляду.

**Інфекційні ятрогенії**

Інфекційні ятрогенії називають внутрішньолікарняними інфекціями, вони об’єднують всі випадки інфекційних захворювань, зараження якими відбулося в процесі надання будь-яких видів медичної допомоги. Зв’язок захворювання або ускладнення з наданням медичної допомоги має акцентувати увагу лікаря на необхідність запобігання подібним явищам у своїй практиці. Термін «внутрішньолікарняні інфекції» застосовують щодо інфекцій, які розвиваються у стаціонарах. Ятрогенні інфекції можуть спричинити більш ніж 200 видів бактерій, грибків, вірусів, найпростіших, багатоклітинних безхребетних. Провідну роль відіграють умовнопатогенні мікроби, які викликають опортуністичні хвороби при зниженні природного та набутого імунітету людини внаслідок патології. Для збудників ятрогенних інфекцій характерні широкий спектр властивостей і швидке наростання в перебігу хвороби.

**Причини ятрогеній**

Розвиток сучасної медицини дає змогу застосовувати у медичній практиці нові довершені лікарські методики, препарати та вакцини, що зменшують термін перебування пацієнта під наглядом лікаря, сприяють видужанню більшої кількості пацієнтів, зниженню інвалідизації та летальності. Але, водночас, вони збільшують рівень небезпеки медичної допомоги, кількості ятрогеній та смертності від них.

В літературі виділяють 4 групи причин виникнення ятрогеній. *Перша група* – це збільшення частоти звернення населення до медичних працівників, збільшення можливостей отримання інформації щодо захворювань, розширення масштабів активної профілактичної допомоги населенню тощо. *Друга група* причин зумовлена збільшенням кількості травмуючих механічних, фізичних і біологічних чинників, які використовують для запобігання хворобам, діагностики стану здоров’я чи його відновлення. Лікарі часто бачать тільки переваги у їх застосуванні, не враховуючи побічних впливів, які можуть призвести до розвитку ятрогеній. *Третя група* пов'язана з підвищеною чутливістю багатьох людей до травмуючих чинників, особливо психічного, хімічного та біологічного (інфекційного) походження, або з упередженим ставленням пацієнтів до факторів впливу, які застосовуються у профілактиці, лікуванні та реабілітації. *Четверта група* причин зумовлена суб’єктивними медичними чинниками, зокрема з проблемами безпеки надання медичної допомоги та з недостатніми заходами профілактики ятрогеній. Це пов'язано із недостатньою етикодеонтологічною підготовкою лікарів, слабкою та застарілою матеріальною базою лікувальних закладів, відсутністю системи обліку та аналізу лікарських помилок, недовіра пацієнтів до органів охорони здоров’я тощо.

**Наслідки ятрогеній**

Наслідки ятрогеній найчастіше є важкими. Медичні наслідки призводять до збільшення показників захворюваності, інвалідності та смертності. Ятрогенії можуть стати причиною тривалої втрати працездатності. Економічні наслідки ятрогеній полягають у збільшення вартості медичної допомоги та економічних втрат для сім’ї хворого. Правові та етичні наслідки ятрогеній менш досліджені. Найбільшою проблемою стають взаємовідносини між лікарем і пацієнтом. Зазвичай інтереси лікаря і хворого повністю збігаються: пацієнт зі своєї ініціативи звертається до лікаря за медичною допомогою, а лікар, виконуючи свій професійний та моральний обов’язок, забезпечує максимально швидке та повне відновлення його здоров’я. У цьому випадку головним регулятором відносин виступають такі етичні категорії як совість і обов’язок лікаря та довіра пацієнта до нього. Проте, при наданні медичної допомоги, лікар може завдати шкоди здоров’ю людини. В такому разі пацієнт, звертаючись до лікаря з метою позбутися від однієї хвороби, отримує нову, іноді важчу, ніж та, з якою він звернувся спочатку. Відповідно, відносини між лікарем і пацієнтом ускладнюються: втрачається довіра, виникають моральні та правові конфлікти.

**Профілактика ятрогеній**

Одним із завдань лікаря є вміння запобігти виникненню ятрогеній у пацієнтів та адекватно завершити лікування хворих. Необхідно пам’ятати, що психогенні ятрогенії найчастіше виникають внаслідок порушень функції вегетативної нервової системи пацієнта, яка регулює роботу внутрішніх органів. Тому часто розвиваються розлади серцево-судинної системи (аритмія, зміна артеріального тиску), шлунково-кишкового тракту (печія, блювання, діарея) та інших систем.

Лікар часто повинен діяти як психотерапевт, доповнюючи основне лікування седативною терапією, враховуючи характер можливої психотравми та особливості нервової системи пацієнта. Недопустимо при ятрогеніях стверджувати, що ніяких наслідків лікування у пацієнта немає і не реагувати на них. В цьому випадку виникає ризик погіршення стану. Пізнє розпізнавання ятрогенних захворювань призводить до їх затяжного перебігу та погіршує прогноз.

Не менш важливо у профілактиці виникнення ятрогеній у пацієнтів систематично проводити виховні бесіди з медичним персоналом, який спілкується з хворими, на теми етики та деонтології. Необхідно також проводити бесіди з пацієнтами для запобігання поверхневій самодіагностиці та «лікуванню» за порадами інтернету, чи людей без медичної освіти.

Інколи ятрогенії виникають через порушення в організації надання медичної допомоги населенню, а не з вини медичного персоналу. У деяких випадках причиною таких захворювань стає недотримання санітарно-гігієнічних вимог до медичних апаратів і лікарських речовин, до будівництва та експлуатації лікарняних установ тощо. У таких випадках відповідальність за ятрогенну патологію має взяти на себе держава, а не медичні працівники.

**2.2. Визначення і суть лікарської таємниці** **історія її розвитку лікарської таємниці**

У зв'язку із розвитком охорони здоров'я виникає ряд нових питань, пов'язаних із дотриманням лікарської правди та лікарської таємниці (медична таємниця). *Лікарська правда* припускає таку інформацію для хворого і близьких йому людей, яка не приносить їм шкоди. Що ж до *лікарської таємниці*, то внаслідок збільшення числа осіб, які мають доступ до інформації про хворого (лікарі різних спеціальностей, реєстратор, статистик, інший медперсонал, представники профспілкової організації та ін.), ця проблема виходить за рамки тільки лікарської. Тому правильніше говорити про *медичну таємницю*. Крім того, підвищення освіченості пацієнтів зумовлює їх підвищений інтерес до діагнозів, результатів досліджень, прогнозу хвороби. Медична таємниця припускає нерозголошування відомостей про хворобу (якщо це не суперечить інтересам суспільства) не тільки оточуючим, але, у деяких випадках, і самому хворому. Іноді це необхідно, щоб уберегти пацієнта від інформації, яка може завдати шкоди його психіці та здатності боротися з хворобою.

**Лікарська таємниця** – це інформація, яку лікар отримав при виконанні обов'язків. Вся інформація поділяється на такі види: відомості про хворобу, про інтимне та сімейне життя хворого. Проблема лікарської таємниці, яка існує стільки, скільки існує медицина, залишається невирішеною до сьогодні. У Стародавній Індії, при обряді посвячення, лікарям давали настанову: «Особливості сімейного устрою не повинні розголошуватися». Кодекс середньовічних китайський лікарів відзначав, що «лікар не повинен бути балакучим». У медицині Стародавнього світу лікарі були одностайні щодо збереження таємниць хворого. Про дотримання медичної таємниці писав і Гіппократ: «Чисто та непорочно буду я проводити своє життя і своє мистецтво, до якого б будинку я не увійшов, я увійду туди для користі хворого, будучи далекий від всього того, що має намір, несправедливого та згубного, що б я не побачив або не почув відносно життя людського з того, що не слід коли-небудь розголошувати, я умовчу про те, вважаючи подібні речі таємницею».

У лікарів минулих століть був популярний вислів: «На все погане є тільки двоє ліків: мовчання і час». Мовчання лікаря не вважається рівнозначним обману пацієнта. Іноді лікарі вдаються до брехні з метою обнадіяти пацієнта, такий обман довгий час називали «святою брехнею». Багато відомих вітчизняних лікарів (С. П. Боткін, М. М. Петров, І. А. Кассирський та інші) вважали, що «свята брехня» необхідна вмираючому, тому, що вона полегшує його агонію і сприймається як благодіяння. Багато лікарів вважали і сьогодні вважають, що така брехня лікаря може бути додатковим, важливим компонентом лікування, який здатний зарядити оптимізмом, зумовити сприятливий результат. Проте відомо, що брехня в ім'я порятунку не завжди вселяє надію. Часто спроба приховати правду від хворого викликає у нього сумніви в компетентності лікаря. Тоді виникає ряд запитань. Від кого ж ці хворі дізналися «все про свою хворобу»? Якщо лікар переконує пацієнта в позитивному результаті, незважаючи на страшний діагноз, то як хворий може вірити йому? Часто хворі вражають лікаря своєю мужністю, тоді чому лікарі не говорять їм правду? В СРСР лікарська таємниця не користувалась повагою і це стало державною політикою. Н. А. Семашко, нарком охорони здоров'я, оголосив її пережитком старої кастової лікарської практики та проявом забобонів. Він підкреслив, що радянська охорона здоров'я тримає «твердий курс на знищення лікарської таємниці як пережитку буржуазної медицини».

Сьогодні багато медичних працівників вважають, що необхідно приховувати від хворого інформацію про важке захворювання (рак, лейкоз), якщо передбачається безнадійний результат. В інших випадках можливі різні рішення відносно повідомлення хворому правди про хворобу, але приреченому інкурабельному (невиліковному) хворому не можна говорити повну правду. «...Зустрічаються хворі, які припускають небезпечний характер свого захворювання та вимагають сказати їм всю правду, посилаючись на свій сильний характер, який допоможе перенести найважчі повідомлення про хворобу та прогноз. В більшості випадків не слід піддаватися на ці прохання, оскільки ми не знаємо, що вийде з повідомлення хворому правдивих відомостей», – стверджував радянський онколог академік М. М. Блохін в своїй праці «Деонтологія в онкології».

**Принципи збереження лікарської таємниці**

Пацієнт має право на конфіденційність інформації про його стан здоров'я. Одним із найважливіших принципів у виконанні обов'язків лікаря є відданість інтересам пацієнта, професійна чесність і збереження в таємниці інформації про пацієнта. Важливою правовою і етичною категорією є право хворого на збереження лікарської таємниці, як реалізація права людини на невтручання в сферу її приватних інтересів. Лікар і письменник В. В. Вересаєв писав, що порушення лікарської таємниці «на практиці, в рядовій масі лікарів, веде до страхітливої легковажності, до обурливої зневаги до самих законних прав хворого». Йдеться про втручання лікаря в особисте життя хворого, що є серйозною етичною проблемою. Сучасна деонтологія не вважає необхідністю безмежного втручання в інтимну сферу пацієнта. Проте, для визначення діагнозу та добору засобів лікування лікар повинен знати особливості психічного стану хворого, умови і спосіб його життя. Часто лікареві доводиться для користі хворого рекомендувати змінити спосіб життя, коректувати його морально-психологічні установки, обмежувати або стимулювати ті або інші потреби. Це підвищує моральну відповідальність лікаря, вимагає від нього особистих високих етичних якостей. Хворий повинен бути упевнений в чесності, порядності лікаря, його здатності зберегти лікарську таємницю. Пацієнт сподівається на милосердя, співчуття до себе. Він повинен почувати довіру, осільки ввіряє лікарю своє життя. Пацієнт і його родичі мають бути впевненими, що надана лікареві інформація не буде передана іншим і не нашкодить їм в майбутньому, що буде збережена і захищена гідність пацієнта. Таким чином, етичне кредо медика є його професійним обов'язком, який вимагає вважати благо пацієнта пріоритетним, а збереження лікарської таємниці є однією із форм виконання цього обов ́язку, проявом дотримання принципу конфіденційності, що базується на довірі та відвертості пацієнта.

Аналіз правових норм статті 285 **Цивільного кодексу України** та статей 39, 40 **«Основ законодавства України про охорону здоров'я»** дає можливість визначити об'єкт лікарської таємниці. До нього відносяь таку інформацію:

•відомості про стан здоров'я пацієнта;

•відомості про хворобу;

•відомості про діагноз;

•відомості про факт звернення по медичну допомогу;

•відомості, одержані при медичному обстеженні;

•відомості про методи лікування;

•відомості про інтимну та сімейну сторони життя.

Лікарською таємницею вважають правовий режим існування інформації, отриманої медичним працівником стосовно пацієнта в сферах діагностики, лікування чи реабілітації. Зберігати таку таємницю зобов'язані також інші особи, яким зазначена інформація стала відома під час виконання ними своїх професійних обов'язків, зокрема медсестри, фізичні терапевти, ерготерапевти, реабілітологи. Імператив нерозголошування – це належна морально-етична відповідь медика на відвертість хворого, яка забезпечує довірчі відносини між ними. Окрім прямої заборони на розголошування лікарської таємниці цей імператив включає інші етичні аспекти, вказуючи на необхідність діяти за ситуацією, зокрема, враховуючи проблеми суб'єкта та межі збереження лікарської таємниці.

**Можливі обмеження права пацієнта на конфіденційність**.

**Перелік випадків законного розголошування лікарської таємниці**

 **без згоди пацієнта**

Лікарська таємниця є одним з основних предметів вивчення медичного права. Вона зародилась в надрах медичної етики, була закріплена у нормативно-правових актах і стала частиною законодавства про охорону здоров'я. Таємниця вважається розголошеною, якщо інформація про хворобу хворого стане відомою хоча б одній людині.

Компетентність медиків і юристів у особливостях збереження лікарської таємниці є вкрай важливою. Причиною порушення лікарської таємниці найчастіше стає незнання законодавства й нерозуміння шкоди, якої можна завдати, порушуючи конфіденційність. До винятків із правила дотримуватись лікарської таємниці відносять випадки, коли медпрацівник повинен виконувати обов'язки страхового лікаря, визначати стан страхового випадку, визначати стан здоров'я за запитом властей, виконувати обов'язки судово-медичного експерта і коли він виявляє заразне захворювання.

Допускається передача відомостей, які є складовою лікарської таємниці іншим громадянам, зокрема посадовим особам, з відома громадянина або його законного представника, якщо це йде на користь обстеженню та лікуванню пацієнта. Інформація може використовуватися для проведення наукових досліджень, публікацій в науковій літературі, використання у навчальному процесі та з іншою метою. Інститут лікарської таємниці має на меті попередження випадків нанесення шкоди пацієнтові, його родичам, третім особам внаслідок розголошення відомостей про стан здоров'я людини, його обстеження або лікування. Це приклад пріоритету інтересів особистості над інтересами суспільства.

Однак лікарську таємницю згідно законодавства не можна вважати абсолютним поняттям. У тих випадках, коли інтереси держави чи суспільна необхідність зумовлюють розголошення лікарської таємниці для запобігання важчих наслідків, правові норми надають можливість відступу від принципів і правил збереження лікарської таємниці. Це зафіксовано у правових нормах статті 40 **«Основ законодавства України про охорону здоров'я»**.

Надання відомостей, що є лікарською таємницею, без згоди громадянина або його законного представника допускається в наступних випадках:

* + при необхідності обстеження і лікування громадянина, не здатного виразити свою волю через стан здоров’я;
	+ при загрозі поширення інфекційних захворювань, масових отруєнь і уражень;
	+ за запитом органів дізнання та слідства, прокурора та суду у зв'язку із проведенням розслідування або судовим розглядом;
	+ при наданні допомоги неповнолітньому віком до 15 років для інформування його батьків або законних представників;
	+ якщо є підстави вважати, що шкода здоров'ю громадянина спричинена внаслідок протиправних дій.

***Примітка***: ст. 40 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» передбачає лише відомості, що становлять лікарську таємницю і заборону їх розголошувати без визначення у цій статті випадків, коли таке поширення є законним. Також перелік відомостей, що становлять лікарську таємницю, визначено у цій статті не у повному обсязі, зокрема не обговорено питання про інформацію, яка отримується у процесі лікування чи профілактики, оскільки мова йде тільки про медичне обстеження, огляд і їх результати.

Законодавство України визначає випадки, за яких медична таємниця може бути розголошена без згоди особи чи її законних представників. ***Порушення медичної таємниці допускається:***

* якщо цього вимагають інтереси національної безпеки, економічного добробуту та прав людини (частина 2, статті 32 Конституції України);
* в інтересах територіальної цілісності, національної безпеки або громадського порядку, при запобіганні заворушенням чи злочинам, для захисту репутації або прав інших людей, для охорони здоров'я населення, для запобігання розголошенню конфіденційної інформації або для підтримання неупередженості та авторитету правосуддя (частина 3, статті 34 Конституції України);
* при медичному обстеженні наречених, які зобов'язані повідомити один одного про стан свого здоров'я (стаття 30 Сімейного кодексу України);
* у випадку надання допомоги неповнолітньому до 14 років чи особі, яка визнана недієздатною у встановленому законом порядку, для інформування її батьків (усиновлювачів) чи інших законних представників (частина 1 стаття 285 Цивільного кодексу України, частина 2 стаття 39, частина 1 стаття 43 «Основ законодавства України про охорону здоров'я»);
* при організації надання психіатричної допомоги особі, із важким психічним розладом, (частина 4 статті 6 Закону України "Про психіатричну допомогу");
* при провадженні досудового слідства, дізнання чи судового розгляду, у зв'язку із письмовим запитом особи, що проводить дізнання, слідчого, прокурора та суду (частина 4 статті 6 Закону України "Про психіатричну допомогу", частина 2 статті 8 Закону України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення", частина 5 статті 14 Закону України "Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживання ними");
* при загрозі поширення інфекційних захворювань, ухилянні від обов'язкових медичних оглядів або від обов’язкового щеплення проти інфекцій встановленого переліку, для усунення підприємствами, установами й організаціями, згідно подання посадових осіб державної санітарно-епідеміологічної служби від навчання, роботи, відвідування дошкільних закладів, носіїв збудників інфекційних захворювань, хворих на небезпечні інфекційні хвороби, чи контактних осіб, а також осіб, які ухиляються від обов'язкового медичного огляду або щеплення проти інфекцій, встановленого центральним органом виконавчої влади в галузі охорони здоров'я переліку (частина 2 статті 26 Закону України "Про захист населення від інфекційних хвороб", пункт 5 частини 1 статті 7 Закону України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення");
* у випадку надзвичайних подій і ситуацій, які загрожують здоров'ю населення, санітарному й епідемічному благополуччю, для інформування закладів, органів та установ державної санітарно-епідеміологічної служби (частина 2 статті 26 Закону України "Про захист населення від інфекційних хвороб", пункт 6 частини 1 статті 7 Закону України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благопо-луччя населення");
* при звільненні хворого на активну форму туберкульозу з установи кримінально-виконавчої системи для інформування органів охорони здоров'я за обраним місцем проживання звільненого (частина 2 статті 17 Закону України "Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз");
* при виявленні ВІЛ-інфекції у неповнолітніх віком до 18 років, а також у осіб, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними, для повідомлення про це батьків або законних представників зазначених осіб (частина 2 статті 8 Закону України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення");
* при зверненні потерпілого від нещасного випадку без направлення повідомляється підприємство, де працює потерпілий, робочий орган виконавчої дирекції Фонду за місцезнаходженням підприємства, де працює потерпілий, або за місцем настання нещасного випадку з особою, яка забезпечує себе роботою самостійно, а при виявленні гострого професійного захворювання (отруєння) також установа (заклад) державної санітарно-епідеміологічної служби, які обслуговують підприємство, де працює потерпілий, (пункт 9 Постанови Кабінету Міністрів України No1112 "Деякі питання розслідування та ведення обліку нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на виробництві", 2004 р.);
* при зверненні або доставці потерпілих внаслідок нещасних випадків як зі смертельним наслідком, пов'язаним із заподіянням тілесних ушкоджень іншою особою, так і нещасних випадків, які відбулись внаслідок контакту зі зброєю, боєприпасами чи вибуховими матеріалами або під час дорожньо-транспортної пригоди, для повідомлення органів внутрішніх справ, а при летальних наслідках – органів прокуратури ("Порядок розслідування та обліку нещасних випадків невиробничого характеру", затверджений Постановою Кабінету Міністрів України № 270, 2001).

**Міжнародні правові документи, гарантуючі дотримання**

**лікарської таємниці**

До міжнародних правових документів, які гарантують дотримання лікарської таємниці відносяться Загальна декларація прав людини, Міжнародний пакт про громадянські та політичні права, Міжнародний кодекс медичної етики, Європейська конвенція із захисту прав людини та основних свобод, Лісабонська декларація ВМА про права пацієнта. Це далеко не повний перелік нормативних документів, які складають основу правого захисту сфери приватного життя людини, зокрема пацієнта. Важливе значення для України має Конвенція Ради Європи про захист осіб у зв'язку з автоматизованою обробкою персональних даних (№ ЕТS, № 108, 28. 01. 1981 р.) та Закон України «Про захист персональних даних» «2297-VI від 01.06.2010р. У Женевській декларації Всесвітньої медичної асоціації (1948), що вважається Клятвою Гіппократа лікаря ХХ ст., це положення ще більш конкретизоване. «Я поважатиму довірені мені секрети навіть після смерті мого пацієнта».

Розуміючи, як складно зберегти в умовах великого медичного колективу лікарську таємницю, М. М. Блохін рекомендував: «Якщо вирішено повідомити хворому певні відомості про його хворобу, то всі члени колективу повинні бути чітко інформовані про те, що саме відоме хворому і в якій формі слід з ним розмовляти». Це пояснюється тим, що хворі часто запитують про свою хворобу або про характер операції не лікаря, а палатну медсестру.

Середній медичний персонал повинен бути чітко проінформований про те, в яких межах можна вести розмови з хворим про його хворобу. На запитання хворого про особливості операції або про результати проведення досліджень медична сестра повинна радити хворому звернутися безпоередньо до лікаря. Їй не варто брати на себе складних пояснень, але доцільно підбадьорити хворого та вселити йому віру в одужання. Неправильна поведінка середнього і молодшого обслуговуючого персоналу може нанести психіці хворого велику шкоду. Медичні кадри, треба виховувати не тільки фахово, але і в області деонтології. Проте, необхідно відзначити, що такі рекомендації суперечать не тільки з основним положенням всіх сучасних міжнародних документів про права пацієнтів, але і з основними принципами медичної етики.

Виходячи з «Міжнародної декларації про права людини» і «Декларації про права пацієнта» хворий має право на *повну* інформацію про своє здоров'я і прогноз хвороби. Навряд чи знайдеться фахівець в області етики або лікар, який заперечуватиме важливість правила правдивості. Однак до сьогодні існують значні розбіжності щодо міри дотримання цього принципу. У медицині переважає переконання, згідно якого недоцільно говорити правду, якщо вона може зашкодити самопочуттю пацієнта, зумовити негативні емоції, депресію.

Американський лікар Джозеф Коллінз писав: «Лікарське мистецтво в значній мірі полягає в навику готувати суміш з обману та правди. Тому кожен лікар повинен культивувати в собі здатність брехати як різновид художньої творчості». Така заява не є перебільшенням, у вітчизняній медицині зберігається традиція приховувати від пацієнта правду про діагноз злоякісного захворювання або несприятливий прогноз. Останніми роками цю традицію серйозно критикують, оскільки пацієнт повинен бути рівноправним партнером у взаєминахі з медичними працівниками. Таке рівноправ'я неможливе, якщо одна із сторін навмисно приховує життєво важливу для іншої сторони інформацію (найчастіше з гуманною метою), перетворюючи партнера на предмет маніпуляції.

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

2.1. Інформація про медичні послуги та про те, як краще ними скористатися, повинна бути доступна широкій громадськості для загальної користі.

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

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

2.4. Інформація повинна надаватися пацієнтові з урахуванням рівня його розуміння та з мінімальним вживанням незнайомої для нього спеціальної термінології. Якщо пацієнт не володіє мовою, що вживається в даній місцевості, для нього треба знайти можливість перекладу необхідної інформації.

2.5. Пацієнти мають право не бути інформованими, якщо вони чітко виразили таке побажання.

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

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

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

2.9. При виписці з лікувально-профілактичної установи пацієнти повинні мати можливість запитати і отримати письмово висновок про свій діагноз і проведене лікування. У Декларації про розвиток прав пацієнтів в Європі, затвердженій на Європейській нараді з прав пацієнтів (Амстердам, 1994 рік), міститься також розділ 3, названий «Інформована згода».

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

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

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

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

3.4. У ситуаціях, коли необхідна згода законного представника пацієнта, але є екстрені свідчення необхідності проведення медичного втручання, здійснення даного втручання без згоди законного представника допустимо в тих випадках, коли така згода не може бути отримана в необхідні терміни.

3.5. У ситуаціях, коли необхідно отримати згоду законного представника пацієнта, сам пацієнт (дорослий або дитина) повинен також брати участь в процесі ухвалення рішення максимально, наскільки дозволяє його стан.

3.6. Якщо законний представник пацієнта не дає згоди на втручання, а лікар або інший працівник охорони здоров'я вважають, що його проведення відповідає інтересам пацієнта, питання повинно бути передано на розгляд до суду або в іншу арбітражну інстанцію.

3.7. У всіх інших ситуаціях, коли інформована згода не може бути отримана від самого пацієнта та немає ні законних представників, ні довірених осіб, призначених пацієнтом для цієї мети, треба вжити необхідних заходів для організації процесу ухвалення рішення за пацієнта, враховуючи всю наявну інформацію і, наскільки це можливо, його передбачуване бажання в цьому випадку.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Всесвітня Медична Асоціація, відзначаючи великі успіхи та переваги, пов'язані з використанням комп'ютерів і з електронною обробкою даних в області охорони здоров'я, особливо в наданні допомоги пацієнтам, рекомендує наступне:

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

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

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

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

**Етичний Кодекс лікаря України:**

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

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

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

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

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

1) Лікар не має права розголошувати без дозволу пацієнта або його представника відомості, отримані в ході обстеження та лікування, а також сам факт звернення за медичною допомогою.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**«Основи законодавства Українипро охорону здоров'я»**

***Стаття 39.*** Зобов'язання пред'явлення медичної інформації. Пацієнт, який досяг повноліття, має право на отримання достовірної та повної інформації про стан свого здоров'я, зокрема на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я.

Батьки (усиновлювачі), опікуни мають право на отримання інформації про стан здоров'я дитини або підопічного. Медичний працівник зобов'язаний надати пацієнтові в доступній формі інформацію про стан його здоров'я, мету проведення запланованих обстежень і лікувальних рекомендацій, прогноз можливого розвитку захворювання, зокрема наявність ризику для життя і здоров'я. Якщо інформація про хворобу пацієнта може погіршити стан його здоров'я або погіршити стан здоров'я фізичних осіб, визначених другою частиною цієї статті чи нашкодити процесу лікування, медичні працівники мають право дати неповну інформацію про стан здоров'я пацієнта, обмежити можливість їх ознайомлення з окремими медичними документами. У випадку смерті пацієнта члени його сім'ї або інші фізичні особи, уповноважені ними мають право бути присутніми при дослідженні причин його смерті й ознайомитись з висновками щодо причин смерті, а також про дані, отримані при його медичному обстеженні (Стаття 39 в редакції Закону No997-У (997-16) від 27.04.2007.)

***Стаття 39-1.*** Право на таємницю про стан здоров'я. Пацієнти мають право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про дані, отримані при його медичному обстеженні. Забороняється вимагати та давати інформацію про діагноз і методи лікування пацієнта за місцем роботи або навчання (Закон доповнений статтею 39-1 згідно Закону No 997-У (997-16) від 27.04.2007) .

***Стаття 40.*** Лікарська таємниця. Медичні працівники й інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про захворювання, медичне обстеження, огляд і їх результати, інтимні та сімейні сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці дані, окрім тих випадків, що передбачаються законними актами. При використанні інформації, що складає лікарську таємницю в учбовому процесі, науково-дослідній роботі, зокрема у випадках її публікації в спеціальній літературі, повинна бути забезпечена автономність пацієнта.

Розголошування лікарської таємниці найчастіше відбувається в результаті необережності, самовпевненості або недбалості медичних працівників. Кримінальний кодекс України містить статтю, що визначає міру відповідальності за розголошування відомостей, що складають лікарську таємницю.

**Кримінальний кодекс України.**

В ***статті № 145*** Кримінального кодексу України «Незаконне розголошування лікарської таємниці» відзначено: «Умисне розголошування лікарської таємниці особою, якій вона стала відома у зв'язку із виконанням професійних або службових обов'язків, якщо таке діяння спричинило важкі наслідки, карається штрафом до п'ятдесяти неоподаткованих мінімумів доходів громадян або суспільними роботами на термін до двохсот сорока годин, або позбавленням права посідати певні посади чи займатися певною діяльністю на термін до трьох років, або виправними роботами на термін до двох років».

«Закон суворий, але справедливий». Ноша таємниць пацієнта завжди важка. Медичний працівник зобов'язаний нести її з усвідомленням важливості, орієнтуючись на закон, свою совість і норми медичної етики. Таємниця розповсюджується на всі відомості, отримані в процесі звернення і лікування хворого (діагноз, методи лікування, прогноз та інше). Лікар повинен стежити за тим, щоб особи, які беруть участь в лікуванні хворого, також зберігали професійну таємницю. Особи, що користуються правом доступу до медичної інформації, зобов'язані зберігати в таємниці всі отримані про пацієнта відомості. Таким чином, в процесі наукових досліджень, навчання студентів і удосконалення лікарів повинна дотримуватися лікарська таємниця. Демонстрація хворого можлива тільки з його згоди. При недотриманні медпрацівниками медичної таємниці застосовують заходи громадського впливу. У особливих випадках, які зумовили важкі наслідки, можливе залучення винного до кримінальної відповідальності.

**Тестові завдання**

**1. Який принцип медичної етики лежить в основі дотримання конфіденційності інформації про пацієнта?**

А. Принцип справедливості

В. Принцип правдивості

С. Принцип дотримання обов'язків

Д. Принцип автономності

Е. Принцип "не нашкодь"

**2. Яка стаття Кримінального Кодексу України регламентує відповідальність за незаконне розголошування лікарської таємниці?**

А. № 136

В. № 138

С. № 139

Д. № 145

Е. № 3193.

**3. Яка стаття «Основ законодавства України про охорону здоров'я» регламентує лікарську таємницю?**

А. № 140

В. № 40

С. № 37

Д. № 38

Е. № 544.

**4. Хто був автором наступних слів: «Чисто і непорочно буду я проводити своє життя і своє мистецтво, до якого б будинку я не увійшов, я увійду туди для користі хворого, будучи далекий від всього того, що має намір несправедливого і згубного, що б я не побачив або не почув відносно життя людського з того, що не слід коли-небудь розголошувати, я умовчу про те, вважаючи подібні речі таємницею»?**

А. Гіппократ.

В. Авіценна.

С. Гомер.

Д. Горацій.

Е. Кант.

**5. Які документи України регламентують збереження лікарської таємниці?**

А. "Основи законодавства України про охорону здоров'я"

В. Закон України "Про інформацію"

С. "Етичний кодекс українського лікаря"

Д. Кримінальний Кодекс України

Е. Все перелічене вище

**6. Кому належать наступні слова «...Зустрічаються хворі, які припускають небезпечний характер свого захворювання і вимагають сказати їм всю правду, посилаючись на свій сильний характер, який допоможе перенести найважчі повідомлення про хворобу і прогноз. В більшості випадків не слід піддаватися на ці прохання, оскільки ми не знаємо, що вийде з повідомлення хворому правдивих відомостей»?**

А. Чехову А.П.

В. Мудрову М.Я.

С. Захар’їну Г.А.

Д. Блохіну М.М.

Е. Боткіну С.П.

**7. Яка стаття "Етичного кодексу українського лікаря" (2002 р.) регламентує конфіденційність інформації про пацієнта?**

А. № 17

В. № 40

С. № 46

Д. № 47

Е. № 145

**8.До конфіденційної інформації про хворого відносять все, окрім:**

А. Венеричного захворювання в активній формі

В. Інфікування ВІЛ

С. Усиновлення дитини

Д. Займаної посади

Е. Інфаркту міокарду в анамнезі

**9. Обов'язок дотримання лікарської таємниці розповсюджується на всіх перерахованих, окрім:**

А. Студенти-медики

В. Санітар

С. Медреєстратор

Д. Психолог

Е. Фармацевт

**10. Розголошування інформації, що є лікарською таємницею, без згоди пацієнта допускається у всіх випадках, за винятком:**

А. З метою обстеження і лікування пацієнта, який через свій стан не може висловити свого бажання.

В. При загрозі розповсюдження інфекційних захворювань.

С. За запитом слідчих органів і прокурора.

Д. З метою надання допомоги пацієнтові у віці 17 років для інформування батьків або законних представників

Е. У випадку, якщо є припущення, що збиток здоров'ю завданий унаслідок протиправних дій.

**Відповіді: 1Д. 2Д. 3В. 4А. 5Е. 6Д. 7А. 8Д. 9Д. 10Д**

**2.3. Лікарська помилка: визначення, види лікарських помилок. Поняття про лікарські правопорушення та юридична відповідальність за них**

У практиці юристів та медичних працівників до лікарських помилок відносять: незловмисне упущення лікаря (або медичного персоналу) в його професійній діяльності, якщо при цьому не було недбальства, недобросовісності, самовпевненості, байдужості. Лікарська помилка юридично не карається, незалежно від наслідків, Це проблема є не юридичною (карно-правовою), а медичною (організаційно-методичною). Підміняти поняття лікарська помилка на лікарський злочин не можна, оскільки це призводить до деструктивного конфлікту інтересів пацієнтів та медпрацівників. З юридичного погляду, плутати їх, особливо для журналістів, неприпустимо.

**Лікарська помилка** – помилка лікаря при виконанні своїх професійних обов’язків внаслідок добросовісної омани і не містить складу злочину або ознак проступку. Сьогодні в Україні проблема лікарських помилок часто є предметом досліджень як медиків, так і юристів. Проте, незважаючи на досить ґрунтовні результати розробки цієї проблематики (у літературі можна знайти близько 70 різних визначень термінів «медична помилка» чи «лікарська помилка»), термін «медична помилка» не має відповідного офіційного правового закріплення. Дефініції цього поняття немає у жодному з нормативних актів чинного законодавства (тільки згадка в одному з проектів Закону України «Про права пацієнтів» та деяких інших законопроектах) [1].

Причинами помилок можуть бути об’єктивні та суб’єктивні чинники. Об'єктивні причини найчастіше пов’язані зі зміною поглядів на лікування захворювання. Комплекс лікувальних заходів, який вважався раціональним, згідно новітніх досягнень науки може бути кваліфікований як помилковий. Сюди ж відносять помилки, допущені медпрацівниками в процесі спілкування з пацієнтами внаслідок порушення деонтологічних принципі чи неуцтва [5]. До суб’єктивних причин відносять: неправильну оцінку лабораторних й інструментальних даних, нелогічне їхнє осмислення, упереджене відношення до пацієнта, особливості психіки лікаря. Частка суб’єктивних причин лікарських помилок становить 60 % від загальної кількості [2]. Жоден лікар не застрахований від професійних помилок, як і представник будь-якої спеціальності. Однак через особливість професії помилки часто набувають суспільного значення [1].

У суспільстві закріплено переконання, що сапер може помилятися тільки один раз, а лікар – жодного. І все-таки за неофіційною статитстикою кожен третій діагноз встановлюють помилково. За результатами патологоанатомічних досліджень, отриманих в чотирьох великих лікарнях Москви, в 21,6 % випадків прижиттєвий діагноз був неправильний. У кожному п’ятому випадку не було діагностовано запалення легень, а при діагностиці злоякісних новоутворень помилки склали 30-40 % [6]. В США частка лікарських помилок становить 3-4 %, у Франції – 3 %, а у Великобританії – 5 %, Згідно сатистики у Великобританії від лікарських помилок щороку помирає до 70 тис. людей, а у США за різними даними 50-100 тис. В США медичні помилки займають 5-е місце серед причин смертності. Кожні 15 хв. в цій країні вмирає 5 осіб від недобросовісності медичного персоналу або лікарських помилок. Згідно інформації Іспанської асоціації жертв медичної недбалості через лікарські помилки за останні 10 років померло близько 5 тис. пацієнтів. За даними експертів Всесвітньої організації охорони здоров’я, в Україні внаслідок лікарської недбалості щодня помирає 6-7 хворих і втричі більше стають інвалідами. Незважаючи на таку статистику, щороку до кримінальної відповідальності притягується тільки близько десяти медпрацівників.

Медики вважають, що їх помилки мають бути неосудними, оскільки вони найчастіше виникають через складність функціонування організму людини та складнощі у контролюванні патологічного процесу, на який недостатьо впливає лікування. Позиція медиків традиційна та зрозуміла: найчастіше медична помилка зумовлена збігом обставин або є наслідком недосконалості медичної науки та техніки. Вона не пов'язана з халатним, безвідповідальним ставленням лікаря до своїх обов’язків, неуцтвом чи злочинною дією. При такій помилці немає складу правопорушення, вина медичного працівника відсутня, а тому притягувати до правової (цивільної чи іншої) відповідальності не можна.

Пацієнти, їх близькі та родичі навпаки вважають, що усі медичні працівники, які мали відношення до лікування та обстеження хворого, що зазнав важких наслідків, мають бути максимально покарані. Прихильники «юридичного напрямку» вважають, що медична помилка спричинена недбалими, несумлінними, необережними діями та прийомами надання медичної допомоги (послуг), які зумовили тілесне ушкодження або смерть пацієнта. Медичні помилки пов'язані з цивільно-правовою відповідальністю за професійні правопорушення: недбальство, халатність чи свідомі дії, спрямовані на завдання шкоди здоров’ю пацієнта.

Сьогодні в юридичних колах ведуться розмови про заміну терміну «лікарська помилка» терміном «медична помилка», оскільки помилки трапляються на будь-якому етапі лікувально-діагностичного процесу та можуть трапитись не тільки з вини лікаря, але й з вини медичного персоналу (медичної сестри, фельдшера).

***Приклади лікарської помилки*:**

*Приклад 1*. Рішенням суду частково задоволено позов до обласної клінічної лікарні про відшкодування матеріальної та моральної шкоди на користь позивачів та стягнуто 16 000 000 грн. Позивачка звернулася до суду на підставі того, що вона народжувала дитину із застосуванням операції кесаревого розтину, яку проводив оперуючий хірург. Спочатку пологовий стан був задовільний, дитина народилася доношеною, проте за 15 хв. стан дитини погіршився, її перевели у відділення інтенсивної терапії для недоношених новонароджених дітей. Дитина померла внаслідок порушення вітальних функцій центрального генезу пов'язаних із травматичним пошкодженням головного мозку. Судово-медична комісія після експертизи встановила, що причиною смерті новонародженої дитини стала родова травма голови із масивним внутрішньочерепним крововиливом, порушенням мозкового кровообігу, наступними незворотніми змінами мозку, порушенням функції життєво важливих органів вторинного походження. Причина смерті підтверджена патологоанатомічним і патогістологічним дослідженнями.

*Приклад 2.* Історія 42-х річного чоловіка зі Львова, який звернувся до лікарні із запаленням щелепи. Лікар повинен був оперативно видалити гній, але при встановленні анестезійної трубки його обличчя набуло фіолетового кольору, після чого чоловік помер від асфіксії. Лікарі пояснили це тим, що у пацієнта занадто коротка шия для інтубування, а також тим що деяким пацієнтам не можливо встановити трубку в трахею. Суд тривав 4 роки, судово-медична експертиза визначила причиною смерті лікарську помилку. Лікар свою провину не визнає і подає на апеляцію. В цьому випадку дефектом надання медичної допомоги є лікарська помилка.

Лікарську помилку вважають дуже суперечливим явищем правового забезпечення медичної практики. Відповідальність медиків за лікарські помилки вимагає свого тлумачення і в теоретичному і в практичному застосуванні. На різних етапах становлення медицини та права суспільство знаходило різні підходи до вирішення проблеми відповідальності лікарів за професійні помилки. Незважаючи на значні успіхи в лікуванні багатьох захворювань, варто погодитися з тим, що безпомилкова робота лікарів неможлива, зважаючи на специфіку медицини, що має справу зі здоров'ям і життям людини. Враховуючи таке становище, завданням правового регулювання медичної діяльності є вироблення правильної, продуманої єдиної позиції щодо юридичної кваліфікації помилкових дій лікарів. В узагальненому контексті визначення поняття звучить так: ***лікарська помилка*** – це бездіяльність або неправильна дія лікаря, яка базується на недосконалості сучасної медичної науки, відсутності належних знань, або його невмінні використати наявні знання на практиці.

**Класифікація лікарських помилок**. Медичні помилки поділяють на діагностичні, деонтологічні, організаційні, тактичні, технічні, помилки в заповненні документації та деякі інші.

***Діагностичні* –** помилки в розпізнаванні захворювань та їх ускладнень, зокрема ускладнення хвороби чи помилковий діагноз. Це найчисельніша група помилок.

***Деонтологічні медичні помилки* –** неправильна поведінка лікаря, помилки в його спілкуванні з хворими чи їхніми родичами, порушення комунікації з колегами, медичними сестрами, молодшим медперсоналом.

***Організаційні*** – неправильна організація надання медичної допомоги, відсутність необхідних умов функціонування медичних служб.

***Лікувально-тактичні* –** найчастіше неправильна тактика лікування є наслідком діагностичних помилок. Але бувають випадки, коли діагноз встановлено правильно, а лікувальну тактику вибрано неправильно

***Технічні*** – помилки у проведенні маніпуляцій, діагностичних і лікувальних процедур, методиці операцій.

***Помилки в заповненні медичної документації* –** порушення правил внесення інформації в стандартні форми медичних документів. Часто при юридичних діях ця документація медиками навмисно губиться.

Найбільше акцентують увагу на двох видах лікарських помилок – діагностичних і деонтологічних. Діагностичні **поділяють на чотири групи, залежно від етапу** **процесу діагностики** зокрема, це помилки:

1. в оцінці скарг та симптомів;

2. постановці попереднього діагнозу;

3. диференційній діагностиці;

4. постановці клінічного діагнозу.

Деонтологічними помилками вважають недостатнє розуміння пацієнтом отриманої інформації, незрозумілі йому пояснення лікаря. Сьогодні доступ до соціальних мереж, значний обсяг інформації про медицину, самостійне вивчення методів діагностики та лікування поступово трансформують основу відносин лікаря з пацієнтом від патерналістських до співпраці та взаємної довіри. Недооцінювання лікарями активної ролі пацієнта в процесі лікування має негативні наслідки, які часто трапляються в медичній практиці. Зменшити їх кількість можуть довірливі взаємини між лікарем та пацієнтом, що виникають при дотриманні етичних та деонтологічних принципів, високому професіоналізмі медичного персоналу, дотриманні медиками відповідних технологій та використанні досягнень сучасної медичної науки.

**Причини лікарської помилки** поділяються на об’єктивні та суб’єктивні.

Перші виникають за незалежних від лікаря обставин, інші – залежать від професійних якостей працівника.

***О’єктивними причинами*** вважають

* відсутність умов, необхідних для проведення повноцінного лікування (ними можуть стати відсутність обладнання, ремонту, комплектації і, навіть, раптові соціальні заворушення, війни, стихійні лиха, які зумовили руйнування медичних закладів),
* недосконалість методів лікування певного захворювання,
* недосконалість наукових медичних розробок,
* індивідуальні особливості пацієнта, зокрема фізіологічні особливості пацієнта, вроджені вади розвитку чи особливості будови,
* індивідуальні реакції організму пацієнта – алергічні, токсичні, психологічні – на введення препаратів або проведення діагностичних процедур.

*Суб’єктивні причини* помилок стосуються безпосередньої компетенції медичного працівника, це зокрема

* неправильне трактування медичним працівником результатів проведених діагностичних досліджень,
* неправильне оцінювання консультаційних рекомендацій запрошених фахівців інших спеціальностей.

**Диференціювання лікарських помилок від нещасного випадку та професійного злочину**

Лікарська помилка – це дуже суперечливе явище у правовій сфері осмислення медичної практики. Медичні помилки необхідно диференціювати з такими поняттями, як **нещасний випадок** та **професійний злочин**. Основою більшості медичних злочинів є професійні правопорушення: халатність, недбальство або свідомі дії, які завдають шкоди здоров’ю пацієнта. А медичні помилки найчастіше виникають в результаті нещасного випадку та пов’язані з випадковими обставинами, яких лікар не міг передбачити чи запобігти.

**Лікарська помилка** – бездіяльність або неправильна дія медпрацівника, основою якої є недосконалість сучасної медичної науки, його незнання або невміння використати свої знання на практиці.

**Нещасним випадком** у медицині вважають невдалі наслідки, які неможливо передбачити, не пов’язані з лікарськими помилками, зумовлені атиповим перебігом хвороби, індивідуальними особливостями пацієнта, відсутністю елементарних умов для надання екстреної медичної допомоги. До них відноситься алергічний шок, смерть при фіброгастроскопії, ангіографії, переливанні крові, повітряній емболії, відсутності в лікарні відповідних фахівців, наприклад, нейрохірурга, тощо). Щоб в медичній практиці юридично підтвердити нещасний випадок необхідно довести відсутність професійного злочину та професійної помилки.

**Професійні правопорушення (злочини)** – це невігластво, недбалість, халатність або навмисні дії медпрацівника, які призвели до шкоди життю та здоров'ю або до смерті пацієнта. До таких злочинів відносяться ненадання медичної допомоги, незаконне проведення абортів, підробка документів або їх незаконна видача (наприклад рецептів на наркотики), отримання хабара, незаконне використання органів хворого для донорства, незаконна приватна практика, інфікування пацієнта (ВІЛ-інфекцією, сифілісом, тощо) та ряд інших.

Випадки порушень при наданні медичної допомоги не повинні замовчуватись, їх необхідно всебічно об’єктивно розслідувати в медичному закладі. Порушення треба обов'язково вносити до ***Журналу реєстрації та розгляду лікарських помилок*.** Результати розслідування також фіксуються у цьому журналі.

**Відповідальність за медичні помилки.** Міра відповідальності залежить від багатьох обставин, а відшкодування моральної та матеріальної шкоди не завжди повинно стосуватися лише медичного працівника. Питання вини медичного працівника постає особливо гостро в ситуації, коли виникає конфлікт інтересів лікарів та пацієнтів. При неналежному наданні медичної допомоги для лікаря може понести відповідальність. Різновидами такої відповідальності є

* цивільно-правова;
* кримінальна;
* визнання невинності лікаря та звільнення його від відповідальності.

Кримінальна відповідальність покладається на фізичних осіб, а цивільно-правова, тобто майнова, може покладатися як на громадян, так і на заклади охорони здоров’я (організацію).

***Стаття 614*** ***Цивільного кодексу України*** визначає підстави, за яких особа, яка проводила лікування пацієнта, несе відповідальність за порушення взятих зобов’язань. Відповідальність настає у випадку, коли доведено вину цієї посадової особи (необережність чи умисел). У документі визначені також випадки, коли відповідальність не настає. Їх перелік складений на підставі ситуацій, коли лікарська помилка не була результатом безвідповідального ставлення лікаря до своєї роботи, а була зумовлена впливом непередбачуваних чинників. Відповідальність не настає, якщо причиною медичної помилки були

* несприятливий збіг обставин,
* недостатнє вивчення наукою питань лікування даної патології,
* недосконалість медичної техніки,
* недосконалість фармацевтичних препаратів, які крім позитивної дії, здатні викликати негативні побічні ефекти.

***Частина шоста статті 10 Закону України «Про захист прав споживачів»*** передбачає можливість звільнення від відповідальності лікаря у випадку лікарської помилки з вини пацієнта, якщо останній не виконував свою частину обов’язків в процесі лікування (ігнорувати рекомендації лікаря) або навмисно перешкоджав процесу лікування. Пацієнт, який є замовником медичних послуг, може порушувати:

* рекомендований режим лікування
* призначену дієту
* режим прийому ліків

Звільнення лікаря від правової відповідальності відбувається за рішенням суд, якщо буде доведений факт порушення виконання зобов’язань пацієнтом. Лікарська помилка не тягне за собою відповідальності також у ситуаціях, які називають «форсмажором», тобто коли вона спричинена настанням непереборних чинників. Такими чинниками можуть бути зовнішні обставини, на які медичний працівник (виконавець медичних послуг) не може вплинути. Укладання договору про надання медичних послуг передбачає обговорення сторонами можливих непереборних факторів у окремому розділі.

Эльштейн Н.В. сформулював Основні положення щодо медичної помилки (2005):

1. У світі не існує єдиного загальноприйнятого поняття лікарської помилки. А воно повинно би бути, тому що медицина не математика, помилки в ній стаються.

2. Карні кодекси жодної держави не мають цього визначення. Лікарська помилка як така, незалежно від наслідків, юридично не карається.

3. Юридично найвідповідальнішим моментом є диференціація помилки від елементарного невігластва (відсутність знань, безграмотність), халатності, злочинності.

4. У медицині, хоч і нечасто, але присутній фактор випадковості, який буває важко прогнозованим та може викликати непередбачувані наслідки.

5. Проблему лікарських помилок не можна зводити лише до питань діагностики та лікування. Чомусь найчастіше обговорюють саме ці питанння, що звужує проблему і само по собі є помилкою.

6. У світі не існує держави, лікарі якої не припускалися б помилок.

* 1. **Деонтологічні проблеми права пацієнта на смерть. Поняття про евтаназію; морально-деонтологічні погляди на суїцид. Поняття «хоспіс»**

У медицині етичні закони й позиції – це погляди та знання, які інтегрують моральні засади особистості лікаря та процесу лікування, у практику стосунків з пацієнтами, суспільством та колегами. Окремих етичних категорій для поведінки лікаря, фізичного терапевта, ерготерапевта, реабілітолога, фельдшера, медичної сестри чи санітарки не існує. Етичні принципи у медицині однакові для всіх, хоча в кожному конкретному випадку є свої професійні та етичні відмінності.

**Медична етика –** це наука про систему норм і правил поведінки, моральних засад лікаря та інших медпрацівників. Завдяки моралі регулюється відношення лікаря до пацієнтів, до здорових людей, до колег, суспільства чи держави. Етичні закони є основою взаємин лікаря та пацієнта, як і лікарської діяльності в цілому. Медична етика містить постулати про обов'язки лікаря і пацієнта, лікарські помилки, лікарську таємницю, ятрогенію, проблеми евтаназії. Вона складає філософію моралі та моральності та тісно пов'язана з деонтологією – сукупністю професійних норм і обов'язків.

**Деонтологія** – розділ етичної теорії, який трактує проблеми обов´язку, моральні вимоги і нормативи, а також зобов´язання, як специфічну форму соціальної необхідності. Деонтологія – це наука про професійну поведінку людей, тобто сукупність етичних норм, необхідних для виконання професійних обов'язків,.

**Медична деонтологія** – це суміжна дисципліна між етикою і медициною, це область медичної етики, що визначає моральні та етичні обов´язки, норми поведінки медпрацівників, завдяки яким забезпечується оптимальна якість та результативність збереження і відновлення здоров'я людей. Деонтологія займає особливе місце у структурі медичної етики. Професійний обов'язок лікаря перед суспільством і пацієнтами є основним поняттям медичної деонтології. Медична деонтологія передбачає право медпрацівників на професійну гідність і честь, визначає нормативні принципи їх поведінки.

Сьогодні важливою етико-філософською проблемою є визначення статусу смерті. **Смерть** – це природне явище, що означає кінець життя. Чи потрібно існування смерті сприймати як перехід однієї якості в іншу: живого – в мертве? Межею буття і небуття живого вважають особливий вид існування – «**клінічну смерть»**. Її специфічною особливістю є принципова зворотність, яка спонукає до надання негайної допомоги вмираючому, породжує етичний імператив.

**Смерть** полягає у припиненні життєдіяльності організму та, внаслідок цього, загибель індивіда, як окремої живої системи. Філософсько-онтологічне визначення статусу смерті припускає вирішення проблеми існування і суті смерті.

**Смерть клінічна** – це термінальний стан, особливий вид існування, межа буття і небуття живого, процес вмирання, перехід однієї якості в іншу. Клінічну смерть характеризує часовий інтервал – 5-6 хвилин (іноді менше) – кількісно виражена міра життя, яке ще зберігається. З поняттям «клінічної смерті» тісно пов'язана етична проблема визначення критерію смерті: який ступінь деградації життєвого процесу можна вважати смертю, яка об'єктивно наступила?

**Критерії смерті** – ознаки, які визначають кінцевий ступінь деградації життєвого процесу і об'єктивне настання смерті. Згідно сучасних концепцій таким критерієм смерті людського індивіда пропонується вважати змертвіння головного мозку, оскільки при цьому втрачається автономність та індивідуальність особи. Адже саме мозок є носієм життя, який забезпечує автономну цілісність, суверенність та індивідуальність (навіть у біологічному сенсі), людини. Тому смерть мозку є припиненням життя, бо саме в цьому випадку втрачаються атрибутивні якості організму.

**Етичні проблеми реанімації**. Основна форма надання негайної допомоги вмираючому – повернення його до життя, реанімація. Однак процес реанімації часто повертає людину не тільки до життя, але і до страждань, або до життя на низькому рівні якості, нестерпному для хворого. Тому однією з найважливіших моральних проблем реаніматології є проблема вибору, ухвалення рішення про необхідність реанімації, її продовження чи припинення; вирішення питання про те, які розумні межі зусиль реаніматологів щодо продовження життя безнадійно хворого і яких етико-правових норм треба при цьому дотримуватися.

**Реанімація** – сукупність заходів, щодо «оживлення» людини, яка перебуває в стані клінічної смерті. Заходи допомоги направлені на затримання переходу від життя до смерті та на якнайшвидше відновлення життєдіяльності організму. Основним регулятором для реанімації є чинник часу – кількісно виражена міра життя, яка зберігається в умовах клінічної смерті.

При вирішенні питання про збереження життя невиліковних хворих виникають етичні проблеми реанімації, наприклад:

* наскільки етичними є ідеали традиційної медичної етики, що приписують боротися за життя «до кінця», якщо хворий віддає перевагу «легкій смерті»;
* суперечність між необхідністю вилучення для пересадки ще «живого» донорського органу для трансплантації, при цьому сам донор повинен бути вже незворотно мертвий;
* які аргументи будуть етично вагомими при відключенні апаратури продовжуючої життя хворого, тобто по суті справи при «убиванні» хворого.

Логічним продовженням права людини на гідне життя, як природного права кожної людини, – є визнання такого ж природного його права на гідну смерть.

**Право на гідну смерть** – природне право кожної людини, як і право на гідне життя, оскільки смерть – інша сторона життєдіяльності людини.

Право людини на смерть поєднує два аспекти:

1. *Право на смерть*, засноване на моральному праві людини на свій розсуд розпоряджатися собою, своїм життям і смертю, аж до відмови від лікування в ситуаціях, коли воно безперспективне, занадто болісне, або веде до втрати людської гідності. Прихильники традиційної медичної деонтології не визнають права на смерть, вважаючи, що воно не є такою фундаментальною людською цінністю, як право на життя, а його визнання веде до несприятливих для суспільства наслідків (зловживання, дискредитації професії лікаря, панічного страху хворих перед лікарями). Їх опоненти заявляють, що вільний вибір людини, її бажання повинні вважатися вищим законом, а визнання права хворого на припинення власного життя не містить в собі загрози суспільним інтересам, це тільки сфера особистої свободи, яка має соціальної регламентації.

2. *Право на гідну смерть*, в якому виявляється родова суть людини, – це природне прагнення до отримання задоволення та уникнення страждань – фізичних і духовних. Право на гідну смерть передбачає моральні аспекти достоїнства, що гармонізують життя окремої людини та суспільства в цілому. Не тільки відхід із життя з особистих міркувань, коли людина сама віддає перевагу гідній смерті перед негідним життям, але і нестандартні ситуації, що породжуються науково-технічним прогресом в практиці медицини (трансплантація органів, підтримання життєдіяльності людини в несвідомому, «вегетативному» стані, нові підходи до визначення критеріїв смерті тощо) примушують суспільство переглядати, заглиблювати відношення до права на гідну смерть. Це право передбачає етичну турботу про автономію та гідність вмираючого, насаперед, з боку медичних працівників, які повинні надати хворому правдиву інформацію про його хворобу, про позитивні та негативні сторони лікувальних процедур, щоб пацієнт сам зміг зробити вибір.

Право на гідну смерть включає поняття «вмирання з гідністю». У праві на гідну смерть і гідне вмирання можуть враховуватися різні моральні цінності та переваги. Однією із радикальних форм реалізації права на смерть вважається суїцид, самогубство, на яке людина наважується з особистих міркувань. У біомедичній етиці моральні аспекти вмирання розглядаються як «інша» сторона життєдіяльності людини. Зазвичай вона виникає внаслідок нестандартних ситуацій в практиці медицини, змушуючи медичне співтовариство переглядати та поглиблювати зміст цінностей, зокрема, відстоювати право хворого на смерть, «дане йому від народження», за словами Дж. Кеворкян («Доктор Смерть», США). Виробляються нові підходи до проблеми вмирання, зокрема, «вмирання з гідністю».

Людина все частіше йде з життя не вдома, не в оточенні рідних і близьких, а в лікарні, де процес вмирання жорстко регламентується персоналом клініки й загальноприйнятими в медичній практиці уявленнями. Пацієнт, який до цього був вільним у виборі, і знав, як він може розпорядитися своїм життям, у фінальній стадії виявляється обмеженим або повністю позбавленим права голосу. Він змушений приймати нав'язаний громадською думкою стиль поведінки.

«Вмирання з гідністю» – символізує етичну турботу про вмираючого хворого, яка виявляється в шанобливому відношенні до його тілесної і духовної гідності. Це стосується як особистості, так і суспільства, яке повинно оберігати гідність людини в різних психологічних і естетичних вимірах. Вмирання з гідністю повинно включати пошану до особистої унікальності людини, його національності, його етичних, світоглядних, релігійних чи атеїстичних поглядів і переконань, а також турботу про гігієнічний і естетичний стан тіла вмираючого. «Вмирання з гідністю» припускає також добре обдумане рішення піти з життя самого хворого, яке можна розглядати як прояв самоповаги, оскільки воно пов'язане з ціннісним підходом до життя.

Впровадження в практичну медицину досягнень науки, які продовжують існування важкохворого, але не завжди покращують якість його життя; посилення автономності особи; поява нової, гуманістичної моделі взаємин людей – все це внесло нові відтінки до поняття «вмирання з гідністю». Від медичного персоналу сьогодні вимагається особливо дбайливе етичне відношення до вмираючого хворого. Вирішити проблему «вмирання з гідністю» пробують двома протилежними шляхами: відстоюванням права на евтаназію і впровадженням хоспісного руху. Право на евтаназію – це один із найважливіших аспектів проблеми «вмирання з гідністю». Це право хворого на обдумане рішення добровільно піти з життя, зроблене ним з урахуванням свого психічного і фізичного стану.

**Евтаназія** (від древнегрец. Eu – добре і thanatos – смерть) – означає навмисне прискорення смерті або умертвління невиліковного хворого, який перебуває в термінальному стані, з метою припинення його страждань. Вмираюча людина має право визначити, що для неї важливіше: бути до смерті особистістю зі самосвідомістю і розумом, чи просто залишатися ще якийсь час живим, в умовах штучної підтримки життя, але в несвідомому стані. Прийняття рішення про евтаназію пов'язане з ціннісним підходом до життя і може бути розглянуто як прояв самоповаги особистості.

Поняття евтаназія було введено Ф. Беконом ще в XVII ст. У 1935 році в Лондоні було створено перше в світі ***«Товариство добровільної евтаназії».*** Воно пропагувало ідеї про те, що дорослому пацієнтові, який важко страждає від смертельної хвороби, для якої ще не знайшли способу лікування, закон повинен дати право на милосердя безболісної смерті. Обов'язковою умовою була добровільність – бажання хворого позбутися страждань. У 1980-му році це суспільство перейменоване в «ЕХІТ» – ***«Товариство за право померти з гідністю»***. У 1938 році схожа організація з'явилася в США. В 1941 р. евтаназію дозволили і в швейцарському кантоні Цюріх. У 1973 році такі товариства виникли в Нідерландах і Швеції. У 1976 році в Японії також було організовано ***спільноту легкої смерті***. У 1975 році опубліковано бюлетень «Новини евтаназії», започаткований ***Британським товариством евтаназії***. Пізніше такий же бюлетень почало випускати і ***Американське товариство евтаназії*.**

У 1989 році Джек Кеворкян заснував практику активної евтаназії в Америці. Джек Кеворкя́н (англ. Jack Kevorkian) – американський лікар-патологоанатом, прихильник «права на смерть». Завдяки популяризації евтаназії його прозвали «Доктор смерть». За власним визнанням допоміг скінчити життя самогубством більш ніж 130 важко хворим пацієнтам. У 1989 р. побудував свій власний пристрій, так звану машину самогубства – Mercitron (від англ. mercy – милосердя), за допомогою якої невиліковно хворі та страждаючі пацієнти могли самі покінчити з життям, вчинивши самогубство. Пристрій забезпечував введення у кров медичних препаратів, які зупиняли серце і так припиняли страждання хворого. 4 червня 1990 р. перший пацієнт із хворобою Альцгеймера покінчив із життям за допомогою пристрою лікаря Кеворкяна. Ідеї і практика евтаназії отримали широкий розголос у американському суспільстві. У 1991 р. штат Мічиган відібрав у Кеворкяна ліцензію на право медичної практики та заборонив працювати лікарем. Проте, незважаючи на заборону, він продовжував допомагати важко хворим пацієнтам скінчити життя, діючи вже не як лікар, а як приватна особа. За таку діяльність проти «Доктора смерть» декілька разів порушували кримінальні справи, але його щоразу виправдовували. Завдяки популярності його послуг серед хворих та певної підтримки ідей евтаназії серед населення, у американському суспільстві почався діалог щодо доцільності та правових наслідків добровільної смерті. 23 листопада 1998 р. у прямому ефірі телебачення Кеворкян показав відеоплівку від 17 вересня того ж року, яка демонструвала добровільне закінчення життя одним із важкохворих. На плівці Кеворкян власноручно зробив ін'єкцію смертельних препаратів хворому, який підтвердив своє бажання вмерти, але сам вже був нездатний це зробити. Відеозапис і дії Кеворкяна були розцінені як навмисне вбивство, проти нього знову була порушена кримінальна справа. Цього разу суд звинуватив його в умисному вбивстві і засудив на 25 років позбавлення волі.

**Види евтаназії**

Сьогодні поділяють евтаназію на пасивну та активну, добровільну та ненавмисну.

***Пасивна евтаназія*** – рішення про припинення лікування при безнадійному стані хворого з метою прискорення настання природної смерті.

***Активна евтаназія*** – застосування засобів і дій, що прямо або побічно призводять до смерті безнадійно хворих, які страждають хронічними захворюваннями (наприклад вмирають від злоякісних захворювань), зокрема введення летальної дози наркотиків, що припиняють страждання і життя.

***Добровільна евтаназія*** – допомога при самогубстві або вбивство на прохання, здійснювана на прохання хворого.

***Ненавмисна евтаназія*** – припинення життя хворого без його згоди, без узгодження з компетентною особою.

***Асистована евтаназія*** – припинення життя безнадійних хворих, «які могли б висловити бажання добровільно піти з життя, але нездатні зробити це самі через фізичну неміч або з інших причин».

***Примусова евтаназія*** – прийняття лікарського рішення перервати життя хворого без його згоди. Зазвичай цей захід застосовується до новонароджених з важкою патологією та хворих із безнадійно пошкодженим мозком.

***Дистаназія*** – заперечення смерті, спостерігається у випадку, коли лікар докладає героїчних зусиль, спрямованих для порятунку хворого.

***Ортотаназія*** – поняття, близьке до пасивної евтаназії. Лікар не застосовує активних зусиль до підтримання життя хворого, але і не використовує засобів, що його вкорочують.

***Ятротаназія***– лікар сприяє смерті хворого після того, як хворого визнано невиліковним – **активна евтаназія**. Її прихильники висувають два основних етичних аргументи: милосердя і «золоте правило». Перший аргумент зумовлений нестерпними стражданнями, які відчуває вмираюча людина, і прагненням звільнити його від цих страждань. Така акція стає проявом милосердя і по відношенню до інших пацієнтів, яким буде приділятися більше уваги медперсоналу і медикаментів. Аргумент ***«золотого правила»*** базується на категоричному імперативі Канта, який вимагає чинити з іншими так, як ми хотіли б, щоб чинили з нами. Стосовно до проблеми евтаназії це означає, що кожен з нас на основі принципу автономності особистості повинен мати право вибрати для себе болючу або безболісну смерть.

Актуальність проблеми евтаназії сьогодні багато в чому пов'язана з тим, що стара лікарська етика вже не здатна вказати рішення багатьох проблем в нових умовах. Розширилася сфера межових (між життям і смертю) ситуацій: сучасні засоби медицини іноді дозволяють повернути назад або штучно призвести до уповільнення, здавалося б, неминучий процес вмирання – це так звана ***«затримана смерть».*** Найчастіше таке сповільнення процесу вмирання продовжує не стільки життя, скільки агонію і підтримує «вегетативне» існування тіла без будь-якої надії повернути людині свідомість. Використання новітніх технологій дозволяє зберегти життя і тим пацієнтам, організм яких не набув (новонароджені з незворотніми дефектами) або назавжди втратив здатність самостійно справлятися з найважливішими життєвими функціями. Так благородне та гуманне завдання медицини – боротьба з хворобою – стає своєю протилежністю – боротьбою за підтримання хвороби протягом тривалого терміну. Сьогодні в медичних колах широко дискутується питання, наскільки морально виправдане продовження життя безнадійно хворого в ситуаціях, коли:

* його свідомість незворотно втрачена;
* вмираючи, він відчуває нестерпні фізичні страждання;
* цей пацієнт – новонароджений, анатомо-фізіологічні дефекти якого несумісні з життям.

Абсолютно бездоганних з морально-етичного та правового погляду способів вирішення цих проблем не існує, оскільки вибір робиться не між добром і злом, а між меншим і більшим злом.

Прихильники евтаназії вважають її етично виправданою у випадках:

1) невиліковного захворювання, що викликає у людини нестерпні страждання,

2) важкої форми інвалідності, що обмежує життєдіяльність людини.

Противники добровільної активної евтаназії стверджують, що:

1) навмисне припинення людського життя завжди аморально і не може бути морально виправдано,

2) при постановці неправильного діагнозу можна занапастити людське життя;

3) при поспішному зверненні до евтаназії може статися так, що невиліковна сьогодні хвороба завтра буде успішно переможена;

4) з боку лікарів і близьких можливі зловживання «вбивством із милосердя», оскільки вони можуть бути зацікавлені в передчасній смерті хворого;

5) доступність евтаназії може спровокувати у медиків і близьких спокусу позбутися тягаря турботи про важкохворого та догляду за ним;

6) суспільство, керуючись законністю евтаназії, може отримати право позбуватися від своїх недієздатних «непотрібних» і «зайвих» членів;

7) аморально залучати до участі в евтаназії лікарів – представників найгуманнішої професії.

Співставлення доводів за і проти легалізації евтаназії призводить до висновків, що:

1) активна недобровільна евтаназія повинна бути відкинута як порушення права на життя людини,

2) пасивна недобровільна евтаназія може бути допущена в особливих, спеціально визначених медичних станах (загибель головного мозку, інші ознаки, несумісні з життям й інше),

3) добровільна евтаназія (активна та пасивна) повинна бути сумісна зі справедливістю, гуманністю і милосердям, її легалізація може розглядатися як реалізація права людини на гідну смерть.

**Етичні аспекти суїциду**

**Суїцид** – це самогубство, це одна із крайніх форм реалізації права на смерть, на яке людина зважується з особистих міркувань, віддаючи перевагу гідній смерті перед негідним життям. З етичного погляду у різні часи і в різних культурах суїцид розглядався по-різному. У християнстві він однозначно вважається гріхом, оскільки людина в цьому випадку противиться Божій волі. У світській культурі суїцид часто пов'язують з поняттям «гідність» – як вибір в ім'я людської гідності, як «почерк свободи» (самогубство офіцера як остання можливість «врятувати честь» або японське харакірі). Інше трактування суїциду – бажання піти з життя, яке втратило сенс: людина сприймає існування як безглуздя. Причиною суїциду можуть стати також нестерпні страждання в процесі важкої невиліковної хвороби та небажання тягнути далі мученицьке існування. Таке відношення до власного життя та смерті веде до виникнення питання про евтаназію. Біомедична етика не засуджує з моральної точки зору суїцид як такий, але вважає моральним обов´язком лікаря застерегти людину від суїциду і допомогти йому подолати депресивний стан.

**Поняття «хоспіс»**

**Хоспіси** – спеціальні організації допомоги вмираючим, в яких безнадійно хворі люди мають можливість гідно завершити своє життя. Обстановка та діяльність персоналу в хоспісах мають на меті створення належних умов для вмирання з гідністю. Відмінність хоспісів від інших лікувальних установ для «безнадійних» хворих полягає не просто в іншому технічному і медикаментозному оснащенні. В цих закладах на першому плані особа пацієнта, його бажання й емоційні реакції.

У основі сучасного хоспісного забезпечення лежить особлива етика та філософія лікування, згідно якої смерть, як і народження, – природний процес, тому його не можна ні квапити, ні гальмувати. Вмираючий потребує особливої допомоги, йому можна і потрібно допомогти перейти кордон між життям і смертю. Саме таке завдання ставлять перед собою хоспіси. Хоспіс – не будинок для смерті, це будинок для якісного життя до кінця днів. Хронічний біль і страждання змінюють світосприймання людини: відчуваючи нестерпний біль, вона не в змозі роздумувати, згадувати. Біль здатний витіснити етичні потреби та етичну мотивацію поведінки. Хоспіс створює такі умови, спосіб життя пацієнта, такий «життєвий простір», які дозволяють узяти під контроль біль і страждання навіть найважчих хворих. Він забезпечує таку якість життя, коли сьогодення є самодостатнім і актуальним, тому можна не думати про майбутнє.

Взаємовідносини пацієнтів і медичного персоналу цих закладів складаються на основі принципів хоспісного руху, їх виконання залежить від підготовки і особистих якостей медичного персоналу. Сьогодні для служби хоспісів формується нова медична спеціальність – лікар паліативної допомоги, яка вивчає процес завершення життя пацієнтів.

**Основні принципи хоспісного руху**:

• контроль над больовими синдромами, що дозволяє якісно поліпшити життя хворого, щоб пацієнт міг перемкнути всю увагу на свій внутрішній світ;

• особливий стиль поведінки медиків, для якого, насамперед, характерне тактичне поводження з приреченими хворими, і який виключає поверхневі думки та втіхи, які принижують або ігнорують моральний статус людини;

• заперечення тактики «святої брехні», підготовка безнадійно хворої людини до думки про його смертельну недугу, про те, що він приречений;

• безкорисливість медичного персоналу, що категорично виключає матеріальну винагороду від пацієнтів і їх родичів;

• широке використання громадянської ініціативи волонтерів – добровольців, які віддають свої сили і час вмираючому;

• психологічну допомогу та підтримку близьким людям вмираючого або померлого, створення особливого психологічного клімату.