

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТСТВА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»



Т. О. Бажутина

БИОЭТИКА

Учебное пособие

Новосибирск
2007

УДК 614.253(075)

ББК 51.1(2)я73

Б16

Рецензенты:

С. К. Сергеев, канд. филос. наук, проф. НГАХА;

И. О. Болдырева, канд. мед. наук, доц. НГПУ

Использованы иллюстрации студентов НГАХА

(О. Шепелевой, О. Шапортовой, А. Зевакина, Е. Корниенко)

Бажутина, Т. О.

Б16 Биоэтика : учеб. пособие / Т. О. Бажутина. — Новосибирск : Сибмедиздат НГМУ, 2007. — 364 с. : ил.

Представленный курс лекций реализует авторскую концепцию учебного курса биоэтики, рекомендуемого УМО для студентов всех медицинских специальностей. Учебная дисциплина «биоэтика» нацелена на обучение навыкам гуманного и гуманистического поведения специалистов медицинского профиля в нестандартных профессиональных ситуациях и формирование культуры морально-нравственной оценки использования современных медицинских технологий и открытий, не проходящих правовой экспертизы законодательными органами. Структура пособия организована таким образом, чтобы студенты после освоения курса приобрели системное виденье и навыки квалифицированного решения проблем, возникающих на стыке взаимодействия биологии, антропологии, медицины, религии, этики, культурологии, психологии, техники и права. Адресован студентам всех специальностей НГМУ.

УДК 614.253(075)

ББК 51.1(2)я73

© Бажутина Т. О., 2007

© НГМУ, 2007

Оглавление

Предисловие	5
Введение.....	9
Тема 1. ЭТИКА И МЕДИЦИНА	11
1. Эволюционные факторы морального поведения и значение нравственного выбора	12
2. Мораль, нравственность и право.....	19
3. Мироззрение и моральные проблемы	25
4. Этическое знание и этическая культура в медицине	31
Тема 2. БИОЭТИКА И ЕЕ ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ	49
1. Биоэтические ситуации в медицине	50
2. Этические аспекты современных научных биологических исследований.....	58
3. Предмет биоэтики.....	65
4. Этические комитеты.....	74
Тема 3. ЭТИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И МОРАЛЬНО-НРАВСТВЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	83
1. Методология медицинской деятельности и ее морально- нравственные основания.....	84
2. Принципы биомедицинской этики.....	88
3. Модели медицинской этики	98
4. Модели врачевания.....	111
Тема 4. БИОЭТИКА И ПРАВО	122
1. Право, этика и медицина	123

2. Международная практика правового регулирования биоэтических ситуаций.....	126
3. Основные проблемы российского здравоохранения и их правовое регулирование.....	139
4. Правовое регулирование биоэтических ситуаций в российском законодательстве.....	145
Тема 5. БИОЭТИКА И ПСИХОЛОГИЯ.....	157
1. Психология и этика блага, любви, милосердия, сострадания в медицинской деятельности.....	158
2. Уровни общения и медицинская деятельность.....	167
3. Психологические аспекты биоэтических ситуаций.....	176
4. Этика и психология медицинского работника и пациента.....	183
Тема 6. ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ.....	196
1. Понятия «ошибка мышления» и «ошибка деятельности».....	197
2. Содержание понятия: «врачебная ошибка», источники ошибок в диагностике и выборе тактики ведения больных.....	203
3. Этические и юридические аспекты врачебных ошибок.....	211
4. Современная классификация врачебных ошибок и ятрогений.....	219
Тема 7. БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОТНОШЕНИЯ К ЖИЗНИ, РОЖДЕНИЮ, ЗДОРОВЬЮ И СМЕРТИ.....	231
1. Культура рождения, жизни, смерти, здоровья и болезни в человеческой популяции.....	232
2. Право на жизнь. Этика аборта и проблема отношения к дефективным новорожденным.....	239
3. Право на смерть. Эвтаназия как биоэтическая проблема. Этика и психология ведения умирающих.....	248
4. Этапы умирания. Паллиативная помощь. Хосписы.....	257
Заключение.....	271
Литература.....	273
Словарь базовых понятий курса.....	280
Приложение.....	288



Предисловие

Человечность и человеколюбие во все времена были неразрывно связаны с осознанием принадлежности человека к миру живого, с признанием общности человека и природы. А. Швейцер подчеркивал, что через это осознание лежит дорога к восприятию Универсума и формированию жизне- и мироутверждающего оптимистического мировоззрения.

Медицина изначально базируется на гуманистических принципах, поскольку стремится сохранить полноценную жизнь человека именно как живого существа, быть эталоном гуманности — историческая миссия медицины. Между тем, в XXI веке научно-технический прогресс потребовал от медицины непосредственного включения в научно-исследовательские программы, не прошедшие морально-этической экспертизы общественным сознанием, но имеющие новые медицинские технологии, способные помочь пациентам «здесь и сейчас». Соблюдение гуманистических принципов при этом превратилось в довольно сложную проблему, поскольку основная задача науки в

целом — производство новых знаний и новых практических результатов, а соблюдение гуманистических принципов для нее — второстепенная задача.

Соотношение науки и этики в современной академической медицине — важнейшая тема современных научных и философских исследований. В европейской науке эта проблема стала чрезвычайно популярным поводом для многочисленных конференций, саммитов и т. д. Возрастание потребности осмысления новой роли этической проблематики обусловило необходимость введения в систему медицинского образования новых учебных дисциплин, в частности, — биоэтики, предполагающих специализированное обучение видению гуманистических аспектов современных медицинских технологий и открытий.

Современная медицина претерпевает сегодня существенные изменения и как сфера межличностной коммуникации, и как область научного знания, и как социальный институт. Правильно понять процессы, происходящие в современной академической медицине, невозможно без знания тех социально-исторических и культурно-психологических условий, в которых она существует. Возникшая в 70-е гг. XX века новая наука — биоэтика, позволяет провести квалифицированный теоретический и научно-практический анализ проблем, возникающих на стыке взаимодействия науки, техники, биологии и медицины, религии, этики, психологии и права. От теоретического изучения этих проблем можно уклониться, но нельзя уклониться от самих проблем и необходимости их решения.

Методы, цели и задачи курса «Биоэтика»

Методология построения концепции курса основывается на признании за философией права на логическую, социальную, культурно-психологическую и этическую экспертизу отношений, складывающихся в проблемных областях человеческой жизнедеятельности и, в частности, в медицине. Историческое предназначение философии и методологии медицины — выработать междисциплинарные понятия, формировать язык междисциплинарного обсуждения жизненных проблем, возникающих из неявных предпосылок. Такими проблемами изобилует медицина в век на-

учно-технического и информационного прогресса. Биоэтику следует рассматривать как специфичный синтез этики, биологии, философской антропологии, аксиологии, психологии, культурологии и права, который может претендовать на статус особой методологии решения таких фундаментальных проблем человека, как жизнь, смерть, здоровье.

Особый статус позволяет биоэтике формировать у представителей медицинской корпорации, у студентов, у пациентов и их родственников, культуру достижения согласия при решении проблем манипулирования жизнью и смертью как на индивидуальном, так и на популяционном уровне. Биоэтика является феноменом *современной медицины*, поскольку вплоть до середины XX века европейская академическая медицина вполне успешно работала, опираясь исключительно на принципы *парадигмы классической науки и традиционной гуманистической этики*, главной особенностью которых являлось рассмотрение любого объекта автономно от тех взаимосвязей, которые существуют у него с окружающим миром.

Парадигма классической науки позволяет создание в любой специализированной области деятельности корпоративной этики, не особенно считающейся с морально-нравственными нормами остального сообщества. Так и медики, и общественность совсем недавно принимали как должное моральное обязательство врача на врачебную тайну или, даже, ложь во благо пациента, хотя все остальное общество настаивало на моральном долге каждого индивида быть всегда правдивым. Сегодня медицина вынуждена мучительно пересматривать моральные принципы поведения врача во многих отношениях, в том числе и право пациента на информацию о своем здоровье.

Критическое осмысление старых принципов и формирование новых сконцентрировано в новой сфере научного знания — в биоэтике. Биоэтику можно определить и как форму социальной и научной рефлексии над усложнениями и изменениями общественной самоорганизации в сфере биомедицинской деятельности. Таким образом предметом биоэтики являются новые измерения в существовании человека, открывающиеся в современной медицине. Отсюда главная цель учебного курса «Биоэтика» для студен-

тов-медиков — задача объяснения современной роли человека в медицине, и функций самой медицины в современном социуме.

Для реализации поставленной цели в ходе изучения биоэтики студенты формируют навыки этико-философской и аксиологической оценки ситуаций, возникающих в проблемных областях современной медицины, и обучаются умению преодолевать узко профессиональное отношение к проблемам пациентов, а также — вести диалог с «непрофессионалами», т. е. с теми, кого эти проблемы касаются самым непосредственным образом.

Введение

Задача этой книги — практическое введение в те теоретические вопросы морально-нравственного выбора, с которыми могут сталкиваться в своей профессиональной деятельности врачи и другие специалисты сферы здравоохранения. Автор исходит из убеждения, что и врачи, и их пациенты нуждаются в том, чтобы научиться обнаруживать при решении общих задач этические проблемы и сообща искать пути их решения.

В предлагаемом издании большое внимание уделяется обсуждению фундаментальных мировоззренческих и методологических оснований биоэтики, определяющих сложность и деликатность стоящих перед медицинскими специалистами проблем. Примеры и случаи из практики, которые приводятся в книге, призваны проиллюстрировать эту сложность, и могут быть использованы как для самостоятельного обдумывания, так и для групповых обсуждений и семинаров. Хотя каждый врач, провизор, медицинская сестра или организатор здравоохранения должны самостоятельно формировать морально-нравственную позицию для решения практических биоэтических ситуаций, в книге приведены аргументы и решения, предлагаемые и автором. Однако большая часть поставленных вопросов не имеет в книге

окончательных ответов или решений, и это сознательная позиция: такой подход позволяет читателю сформировать собственный подход к тем многочисленным проблемам, которые поставили перед сферой здравоохранения новейшие научно-технические открытия и достижения.

Конечно, любому медику проще делать для своих пациентов все, что возможно, в пределах доступных ему ресурсов, и не возлагать на себя дополнительную ответственность, о необходимости которой общество пока догадывается далеко не во всех случаях. Не догадывается, потому что в пылу «погони за прогрессом» не осознает глубины и тяжести кризиса, в который вступило в связи с научно-техническими изобретениями в биологии.

Между тем, именно специалисты здравоохранения сегодня играют ключевую роль в обществе, влияя не только на жизнь и здоровье конкретных пациентов, но и на качество жизнедеятельности человеческой популяции в целом. Именно от разъяснений медиков сегодня зависит, какие приоритеты в национальной политике, определяющей будущее и для нас, и наших детей, будут расставлены. Именно от проницательности медиков и их критического требования перемен зависит, насколько справедливо будет работать социальная сфера общества, а значит, — будет ли человечество жить и насколько будет счастливо, пока живет.

Хочется надеяться, что это издание окажется полезным как для студентов медицинских и фармацевтических вузов, практических работников сферы здравоохранения, так и для потребителей их услуг.



Тема 1 ЭТИКА И МЕДИЦИНА

***Основной тезис.** На рубеже XX–XXI века человечество столкнулось с новыми проблемами. Стремительное развитие научных технологий привело к их массовому внедрению в практику, хотя результаты этого внедрения перестали быть доступны точному научному прогнозированию. Иными словами, внедрение в медицинскую практику новых биотехнологий позволило решить множество актуальных краткосрочных задач, но долгосрочные социальные следствия медицински успешных решений оказались непредсказуемыми. Проблема соотношения науки и этики превратилась из чисто теоретической задачи в прикладную.*

План

1. Эволюционные факторы морального поведения и значение нравственного выбора.
2. Мораль, нравственность и право.
3. Мироззрение и моральные проблемы.
4. Этическое знание и этическая культура в медицине.

1. Эволюционные факторы морального поведения и значение нравственного выбора

Человек как биологический вид развивается прогрессивно. Это значит, что и особь, и группа способны к творческим формам взаимодействия и друг с другом, и с миром природы. Предельную сложность при этом являет собой культурный навык человека сохранять независимость индивида от группы, без которой он жить, тем не менее, не способен.

Биологическая эволюция привела человека к историческому формированию такого способа жизни, при котором он чувствует себя комфортно в условиях нестабильной среды обитания. Иными словами, человек чувствует себя счастливым только тогда, когда у него есть определенные проблемы. Например, необходимость учиться, стыдиться, работать или выбирать себе партнера среди сверстников. Определенная *непредсказуемость* собственного поведения — также важное условие комфортного самочувствия личности. Типичный бытовой диалог:

— Ты пойдешь на день рождения к Денису?

— Еще не знаю, надо подумать...

Отсюда — историческая потребность человека ставить и решать задачи, сформированные из неявных предпосылок. Уйти из фактически распавшейся семьи или попытаться сохранить ее ради детей? До конца остаться верным гражданскому долгу или «откосить» от армии, в которой прижилась дедовщина? Выступить на семинаре по биоэтике против тезиса из учебника: «советуйся с пациентом о выборе тактики лечения» или промолчать, а то и поддержать в надежде на хорошую оценку?

Разные по масштабу, напряженности, характеру и значимости ситуации *морального выбора* требуют от человека постоянной ответственности и самостоятельности в постановке задач и принятии решений. Человек постоянно выбирает: единичный поступок или «замысел жизни»; постоянно ищет: элементарное решение или выход из сложного жизненного конфликта. Привычка постоянно обнаруживать проблемы и находить продуктивные решения любой экстраординарной, стрессировующей ситуации превратилась у Homo sapiens в решающий фактор очеловечивания. Не видят, или не хотят

видеть проблемы только те, кто-либо не научился этого делать, либо страдает от дистресса. Все остальные воспринимают жизнь без стрессов как слишком пресную, скучную, *обесмысленную*. Иными словами, человек — биологический вид, воспринимающий постоянное предельное напряжение основных структур жизнедеятельности как норму жизни.

Постоянный стресс — главное условие «нормального» человеческого существования. Не случайно серия опытов над дикими хищными животными, проведенная в Институте генетики СО РАН (Новосибирск, академик Д. К. Беляев), доказала, что стресс приводит к «одомашниванию» хищников третьего–четвертого поколения без специальной дрессуры. При этом стресс изменяет не только их внешний вид, но, главным образом, — поведение. Животные, несколько поколений живущие в условиях постоянного стресса, становятся более открытыми для общения. Они легче поддаются дрессуре (опыты проводились в 80-е гг. XX века с лисами, а на рубеже XX и XXI века — с норками), открыто ищут защиты и ласки у человека, проявляют повышенную сообразительность и хитрость.

Вполне возможно, что не только под влиянием стресса, но, главным образом, *в поисках стресса*, человек, в отличие от животного, живет не только настоящим моментом. Люди имеют странную привычку анализировать происходящие с ними события, сравнивать события собственной жизни с общественным опытом, пытаются предсказать будущее. В результате *человек живет одновременно и прошлым, и настоящим, и будущим*. Живет одновременно «здесь» и «где-то там». Такое восприятие времени и пространства, безусловно, является и стрессирующим фактором, и условием полноценного бытия человека.

Вместе с тем возможность произвольно запоминать личный опыт на длительное время, равно как и способность осознавать личную смертность, а также объективная необходимость произвольно планировать свое будущее, является не только источником постоянной «нормы стресса», но и порождает чувства: страдания, печали, совести, жалости, милосердия. Само происхождение нравственности как совокупности норм совместного существования людей определяется необходимостью бороться с

опасностью смерти и с дистрессом, которые возникают в связи с пониманием этой опасности. Дистресс при помощи культуры человек научился превращать в стресс. Стресс, из которого человек и индивидуально, и групповым образом извлекает *пользу и удовольствие*.

Как это ни парадоксально звучит, но человек умеет использовать стресс как видовой стимул для самоорганизации и саморазвития. Переживание смерти, болезни и страданий близкого человека стали источником возникновения у членов социума таких чувств, как сострадание, стыд, совесть, милосердие, долг, ответственность, честь, достоинство, великодушие, мужество. А страх потери любимого человека послужил фактором появления чувств заботы, любви, уважения, добродетели. Именно эти чувства не только составили основание нравственности, но и стали, в конечном итоге, мощным стимулом для формирования медицины, фармакологии, химии и других сфер социально-производственной деятельности человека. Тех сфер деятельности человека, которые способствуют его процветанию и комфортному существованию. Важнейшая заповедь «не убий», сформированная как признание самой высокой ценности человеческой жизни, также явилась не только следствием осознания смерти как безусловного зла, но, по-видимому, сыграла в истории роль основного источника формирования сферы права.

Многие исследователи считают, что эмоционально-стрессовые реакции в процессе эволюции человека способствовали совершенствованию интеллекта и созданию уникальной групповой организации, в которой полностью зависимая от сообщества особь сохраняла свою интеллектуально-эмоциональную автономность. Так, например, внешнее физиологическое удовлетворение у человека как одного из животных всегда выражается улыбкой, а боль — гримасой страдания. Однако в Японии, например, распространен обычай — с целью облегчения горя окружающих — улыбаться во время похорон. Это значит, что у человека всегда есть выбор: поддаться собственным ощущениям и чувствам, или вести себя в соответствии с потребностями и переживаниями окружающих.

Именно поэтому одним из ключевых понятий нормы жизнедеятельности человека является «выбор» — процедура выявления множества равнозначных решений одной и той же ситуации. *Вы-*

бор — слово, которое, на первый взгляд, не нуждается в комментариях. В нем заложена узнаваемость знакомого с детства сюжета о перекрестке трех дорог и добром молодце, который принимает решение, по какой из них продолжить свой путь. В этой древнейшей модели выбора заключена сущность человеческого поведения. В слове «выбор» подразумевается целый комплекс понятий: искания и обретения, свободы и ответственности, намерения и результаты, цели и средства, принятие решения и его исполнение, рациональность и гуманность. Выбор — универсальная структура целеустремленного человеческого поведения.

Рассогласование цели, средств и результата; безответственность в принятии долговременного решения, в котором не учтены даже очевидные альтернативные следствия; *беспринципность* выбора — ошибки, которые в наш динамический век чреватые самыми пагубными последствиями для очень многих людей. Перепутье (проблемная ситуация) — это не только столкновение целей, но и противоречие средств достижения цели и последствий их применения. Моральная забота любой личности — не только читать прогнозы-шаблоны на придорожном камне, но и выбирать оптимальный вариант пути. Возросшее в современную эпоху количество альтернатив и масштабов выбора выдвигает повышенные требования к личности — развивать в себе способность к оптимальному моральному решению и его исполнению.

Сколько альтернатив в моральном выборе? Две — между добром и злом? Или бесконечный диапазон, определяемый сферой человеческой деятельности и спецификой социальных обстоятельств? А, может быть, определенный количественный ряд в пределах: максимальное добро — минимальное добро? Достаточно ли добрых намерений человека, или добро должно быть воплощено в делах и поступках? Может ли считаться добром добрый поступок, совершенный не из искренних, а из корыстных побуждений?

Чем определяется ситуация выбора — обстоятельствами или активной нравственной позицией человека; объективной возможностью выбора или субъективной способностью выбирать? Зависит ли оптимальность морального выбора от культуры этического мышления личности или эта оптимальность гарантиру-

ется «нравственным чутьем» человека? Оправдываются ли используемые для достижения цели выбранные личностью средства, или средства морального поступка оцениваются не целью их применения, а иными критериями? Способна ли этическая теория научить практическим навыкам морального поведения, или человек обречен на приобретение культуры морального выбора методом проб и ошибок?

Решение этих и других сложнейших вопросов лежит в основании этической оценки деятельности медика в ситуациях, которые не типизированы и не узаконены в правовых и административных нормах, потому что являются либо уникальными и единичными по своей сущности, либо происходят впервые, не осмыслены общественным сознанием, и оно не выработало традиции их решения.

Жизнь человека вариабельна не только в морально-нравственном отношении. Положение широчайшей вариабельности развития правомерно в отношении всех основных уровней жизнедеятельности человека — организменного, психического, социального и духовного. На организменном уровне эта вариабельность закреплена морфофизиологически эволюционно незавершенной специализацией локомоторного аппарата, органов зрения и др. На психическом уровне — межполушарной асимметрией. На уровне групповой организации — спецификой социальных структур, на уровне духовности — сущностью мировоззрения. Однако если пределы вариабельности расширены у человека уже на организменном и психическом уровне, то максимальная вариабельность характерна прежде всего для социального и духовного уровней. Пределы этой вариабельности, а также ее направленность, определяются культурой.

Жизнь, смерть и здоровье, на первый взгляд, являются процессами биологическими, ведь они свойственны не только человеку, но и животным. И к рождению, и к жизни, и к здоровью, и к смерти человек относится по-особому. Человек *знает* и *понимает* конечность своего бытия, знает, что смертен; умеет сравнивать качество жизни и здоровья, может сострадать и любить, понимает юмор и непристойность. *Чувства*, которые испытывает человек при мысли об основных состояниях своей жизни, не

равноценны *ощущениям*, а много богаче и субъективней, чем простые реакции организма на стимулы внешней среды. Чувства формируются на основе ощущений, а их богатство и этическая направленность определяются в основном *культурой, единой для определенной группы людей*.

Культура — это система норм, правил и традиций поведения в социальном пространстве и в социальном времени, которая многократно воспроизводится и одинаково воспринимается и оценивается некоторым множеством людей во множестве поколений. Культурная общность определяется общностью языка, истории, религии, обычаев, институтов, а также субъективной самоидентификацией человека. Каждая деревня и город, этническая группа и народ, религиозная община — обладают особой культурой, т. е. системой норм, правил и традиций, регулирующих жизнь человека в надбиологической сфере, в том числе и культурой деторождения, медицинского обслуживания населения и смерти.

Чем важнее жизненная задача, тем фундаментальнее ее культурное значение. Что означает жизненно важная задача? Жизненная задача всегда решается (должна быть решена) стратегически, с формулированием цели, прояснением ценностей, рассмотрением всех возможных вариантов решения, определения границ допустимых отклонений, необходимых для достижения поставленных в жизни целей, средств и методов, тогда как менее значимый вопрос достаточно решить тактически. Вопросы жизни и ее смысла, смерти и ее значения, здоровья и болезни решаются человеком на уровне стратегии всей его жизни, это и есть фундаментальные, жизненно важные задачи человеческого существования. Чтобы понять, какой смысл человек вкладывает в понятие собственной жизни, и как он понимает здоровье, следует обращать внимание и на то, к какой культуре он принадлежит, во что он верит (к какой вере он тяготеет), какой философии придерживается. Самоидентификация и аутентичное самому себе действие предполагают ответ на вопросы «Кто ты такой?» и «В чем твое предназначение?». Ответы на эти вопросы определяют принадлежность к культуре и видение отношений между жизнью и смертью, здоровьем и болезнью и многое другое.

Основным механизмом, формирующим и обеспечивающим функционирование во времени «нормы стресса», является сознание, понимаемое как процесс постоянного конфликтного взаимодействия между ценностным и интеллектуально-разумным отношением к жизни, как объективная возможность многовариантного разрешения этого конфликта. Сознание бывает и индивидуальным, и общественным. «Ценностное» отношение к действительности предполагает выработку особых, субъективных правил поведения человека в пространстве и во времени. Правил, которые определяются личным и групповым выбором смысла и значения определенного поступка. Что важнее: мнение преподавателя или друга, привязанность к родителю или супругу, интересная или денежная работа, благополучие личное или членов твоей семьи, свобода или долг?

«Субъективность» при этом правомерно определить как произвольность формирования стереотипов поведения и жизнедеятельности в целом. Пределы этой произвольности ограничены только специфическими «табу» и запретами, возникающими в ходе исторической проверки вырабатываемых стереотипов группой или личностью.

Социально-культурные и социально-психологические стереотипы поведения первоначально не осуществляются рефлекторно, а требуют нравственной переработки, мировоззренческого осмысления. «Ограничители» произвольности поведения, отношений и деятельности человека в целом функционируют в обществе в форме моральных норм и принципов, а также нравственного чувства. Мораль и нравственность — исторически первичные регуляторы социальной деятельности. Они основаны не только на условных и безусловных рефлексах, но мотивированы парадоксальными для мира природы представлениями — о совести, красоте, славе, истинности, власти, долге, ответственности, пользе, наслаждении, справедливости, добродетели, счастье, свободе и др.

Разные люди, вещи, идеи по-разному значимы для человека, имеют для него различную цену. Мир души человека — это мир ценностей. Ценностями являются не только драгоценности, т. е. вещи, имеющие высокую стоимость при продаже, а значи-

мые, предпочитаемые человеком вещи, поступки, слова или события. Именно эти ценности, эти предпочтения определяют характер виденья мира каждым отдельным человеком и формируют специфику его взаимоотношений с людьми, природой, обществом.

В известной притче рассказывается, как работников, возивших в тележках тяжелые камни на одной большой стройке, поочередно спросили, чем они занимаются. Один ответил: «Разве не видишь, я вожу в тележке камни!» Другой объяснил: «Я зарабатываю на пропитание своей семьи». Третий воскликнул: «Я помогаю строить Собор Парижской Богоматери!» Разнообразное видение и оценка одного и того же разными людьми и группами людей является, таким образом, естественной и закономерной человеческой реакцией на мир, общество и самого себя. Мораль и нравственность помогают гармонизировать эту разность, не устранить, но найти взаимоприемлемые решения и линии поведения.

2. Мораль, нравственность и право

Этика — наука о системных побуждениях человеческого поведения, определяемых представлениями о добре, зле и справедливости. Этика — наука о морали и нравственности. Под понятием «мораль» подразумевается система внешних, коллективно определяемых побуждений (стимулов), инициирующих наше поведение с позиций представлений о добре и зле, справедливости и несправедливости. Мораль формируется сообществом в целом в течение длительного исторического времени многими поколениями членов данной культуры и проявляется в виде традиций морального поведения.

Под нравственностью понимается преимущественно система внутренних, индивидуально формируемых мотивов поведения с точки зрения представлений конкретной личности о добре, зле, справедливости. Нравственность формируется на протяжении всей индивидуальной жизни и является мировоззренческим основанием личности. Нравственность существует в форме ценностей, убеждений и веры. В некоторых случаях можно говорить о нравственности общества в целом, если некоторые моральные традиции составляют убеждения большинства членов сообщества.

Мораль и нравственность в поведении отдельной личности обычно совпадают лишь в некоторой части, т. е. — совпадают не в полной мере, ведь человек принимает в качестве нравственной нормы не все моральные правила тех социальных групп, в которые он входит: семьи, половозрастной, образовательной, профессиональной, политической, этнической и т. д.

Человек, не принявший большинство из моральных ценностей собственного социального окружения, или, напротив, воспринявший их все без разбора и критического переосмысления, становится в социуме *маргиналом*, потому что либо лишается важнейших для жизнедеятельности *системных нравственных ориентиров* в социальной и культурной жизни, либо не умеет осуществлять моральный выбор.

Мораль и нравственность регулируют человеческое поведение не только в надбиологической (собственно социальной) сфере, но и во многих областях биологического поведения, например, в сфере сексуальных взаимодействий человека. Секс — сфера биологической репродукции человека и, одновременно, область нравственной и духовной самореализации, нравственного и духовного творчества. В разные исторические эпохи и в разных культурах сексуальное поведение человека отличается по достаточно большому числу параметров, хотя человеческая морфофизиология предполагает гораздо меньшее разнообразие и устойчивость типов поведения в истории популяции. В Древней Греции, например, «физическую любовь» и «любовь духовную, платоническую» предпочитали разделять; в наше время почти каждый влюбленный стремится совместить оба чувства в одном объекте и т. д.

Мораль и нравственность либо табуируют (запрещают) некоторые формы поведения, либо иницируют (разрешают) определенные стереотипы морально-нравственного поведения. Если в конкретно-исторической культуре преобладают морально-нравственные табу и запреты, то в науке их описывают как культуры «запретительного» типа. К «запретительным культурам» этнологи относят, например, иудаистскую культуру. Если в культуре акцент делается на разрешительных морально-нравственных нормах, тогда сама культура определяется как разрешительная. К «разрешительным культурам» в науке относят, например, исламистскую культуру.

Культуры запретительного типа, как это ни парадоксально звучит на первый взгляд, иницируют более широкие пределы свободы для личностных и групповых форм морально-нравственного поведения. «Разрешительные» культуры в большей степени ограничивают свободу морально-нравственных выборов, провоцируя членов культуры на более жесткое, целенаправленное и безальтернативное поведение. Например, если одни родители *запрещают* играть своему сыну *только с Петей*, он оказывается в своем выборе друзей более свободен, чем мальчик, родители которого *разрешают* ему дружить *только с Васей*.

Многоуровневость структуры человеческой жизнедеятельности определяет сложное многозначное содержание понятий морали и нравственности, результирующих разнообразные выборы человека. В быту морально-нравственный выбор возможен: 1) в поведении, в том числе и речи, 2) в отношениях, 3) в деятельности.

Правила поведения человека, выходящие за пределы биологической целесообразности, начали формироваться в глубокой древности. Эти правила можно типологизировать по нескольким основаниям. Во-первых, по социальным общностям: классам, профессиональным и возрастным группам, сословиям и т. п. Во-вторых, по полу и возрасту. В-третьих, с позиций одобрения большинства группы: нравственное и безнравственное.

Внедрение новых стереотипов морально-нравственного поведения способно как укрепить морально-нравственную атмосферу общества, так и разрушить ее. К слову сказать, разрушение системности, т. е. непротиворечивой и структурированной целостности, морали всегда пагубно как для общества, так и для личности.

Без морали и нравственности сообщество лишается общего, единого, объединяющего основания поступков у разных, самостоятельно мыслящих и творчески ведущих себя личностей. Без общей морали и нравственности в человеческих коммуникациях начинают работать разные мотивы для одинаковых поступков и одинаковые мотивы для разных поступков. В таком сообществе неизбежно повышение уровня конфликтности и агрессивности, а также — чувства одиночества.

Вместе с тем следует осознавать, что увеличение единообразия моральных норм и нравственных принципов в сообществе — не столь однозначный процесс. Дело в том, что общество, избрав столь необычный путь своего популяционного развития — «стабилизацию нестабильности» или «нестабильность стабильности» — узаконило во времени состояние «определенной неопределенности». Физики и химики утверждают, что мир существует только до тех пор, пока он разнообразен. Разнообразие людей и культур также является важнейшим условием существования человечества. Необходимый уровень разнообразия поддерживается у человечества, при этом, достаточно сложным образом.

Человеческая популяция, как известно, является единственной животной популяцией, которая исторически изменяется быстрее, чем внешняя среда. Эта сверхпарадоксальная для биологического мира ситуация лучше всего осознается через осмысление парадокса «Черной Королевы», сформулированного Ван дер Леем из Чикагского университета в честь одной из героинь известной сказки Л. Кэрролла: для того, чтобы оставаться на месте, эта королева вынуждена была постоянно бежать. Аналогия была использована Ван дер Леем для того чтобы показать, что неизменность и устойчивость биологического вида во времени обеспечивается только путем постоянной эволюционной адаптации особей данной популяции к новым условиям существования. При этом Ван дер Лей обошел вопрос о характеристике процесса видообразования, в ходе которого в природе возникает принципиально новое качество, возникают новые животные виды.

Между тем, специфика существования *Homo sapiens* заключается в том, что он в процессе собственного видообразования *конституировал во времени процесс видообразования* как способ эволюционного существования вида. И суть этого процесса заключается в том, что в процессе возникновения любого нового природного качества, исходная система «бежит во все стороны одновременно», теряя исходное формообразующее качество. Например, вода, преобразуясь в лед, при нулевой температуре еще не имеет свойств твердого тела, но уже утратила свойства жидкости. В ходе антропосоциогенеза человек утратил способность высших млекопитающих строить свое поведение альтернативно:

либо интеллектуальным, либо эмоциональным образом, но так и не приобрел «определенного» нового качества, потому что научился получать видовые и индивидуальные преимущества именно за счет неопределенности (в некоторых научных публикациях это качество человека называется *универсальностью*) собственного существования. Для сохранения «определенной неопределенности» своего существования человеком использовано великое множество средств, в том числе и суперинтенсивные изменения всех системообразующих структур и всех уровней своей жизнедеятельности.

Ради сохранения во времени *Homo sapiens* как особой биологической популяции, в обществе *постоянно изменяются* в определенных пределах прежде всего социальная и духовная сферы. Вариабельность человеческой жизнедеятельности обеспечивается также и на всех других уровнях существования человека: на организменном и психическом уровне, на уровне структур группового поведения, на уровне познавательных технологий и технологий деятельности.

Мораль в целом относится к числу наименее изменяемых, наименее вариабельных признаков человечности, так же, как и биологические характеристики человека, хотя и те, и другие все же изменяются во времени. Мораль гибка и изменяема, но в целом она относительно консервативна и действует преимущественно на сознательном уровне.

Историческим хранителем моральных традиций являются религия и другие виды общественного сознания. В целом исторически первичный регулятор поведения, выходящий за рамки действия регуляторов естественного отбора и других биологических законов, моральный закон, формируется и сохраняется группой (обществом) людей в целях идентификации и ради самосохранения социальной общности. Но моральное сознание хранит традицию не «жестко», не в императивной форме, а в сослагательной: «Хорошо бы, чтобы младшие уважали старших», «хорошо бы, чтобы ребенок рос трудолюбивым». «Категорическим императивом» (И. Кант) мораль делает наше нравственное чувство, наш собственный выбор. Само моральное сознание действует при этом таким образом, что каждый человек следует моральной норме не бездумно автоматич-

чески, а целенаправленно, выбирая между многими возможностями самое продуктивное решение.

Мораль и нравственность — это постоянный выбор в определенных пределах, постоянная «определенная неопределенность» правил поведения. Личность регулярно обращается к правилам морали и нравственности за знанием о том, как вести себя в той или иной ситуации. Но мораль и нравственность всегда оказываются *условны*, сослагательны, имеют «рекомендательный» характер, т. е. допускают определенную свободу морального выбора. Эта свобода выбора морально-нравственной личности ограничена только представлениями личности и группы о добре (благе) и зле.

«Благо» отличается от понятия «пользы» тем, что может иметь не столько экономическое, эстетическое, научное или иное утилитарное значение для человека, но, зачастую, никогда не принося вреда (однако иногда не принося и пользы), всегда дарует ему радость и интерес к жизни. Благом человек называет то, что обеспечивает ему комфорт и гармоничное соотношение организменного, психического, социального и духовного существования как самому себе, так и в общении с другими людьми. Моральные нормы, сформированные или осознанные как безусловные (аксиоматические), становятся *нравственностью*. Но нравственность становится стержнем человеческого поведения только для «зрелых личностей».

В реальной жизни, кроме «зрелых высоконравственных личностей», живет и действует множество других людей: детей, еще не успевших усвоить сложную морально-нравственную систему; взрослых, по разным причинам не сумевших, или не захотевших ее усвоить; представители иных культур, в которых существует другая система морально-нравственных ценностей... В результате разнообразие морально-нравственного поведения становится чрезмерным, наносящим вред существованию социальной системы в целом своей хаотической бессистемностью. Особенно опасно чрезмерное разнообразие морально-нравственных систем поведения в больших государствах, имеющих в своем составе множество социальных групп: возрастных, этнических, образовательных, политических, экономических, и так испытывающих

затруднение в определении приоритетов и системоорганизующих принципов. Поэтому прошедшие историческую проверку на групповую эффективность моральные нормы узакониваются государством в праве. Право исторически возникло позже морали и нравственности. Правовые нормы никогда не бывают тождественны существующим морально-нравственным нормам, ведь они усредняют, обедняют их. Да и зачем было бы нужно создавать правовую сферу, если бы можно было ограничиться морально-нравственным регулированием?

Как регулятор человеческого поведения право жестче и менее консервативно, чем мораль и нравственность. Юридический закон, конечно, может быть принят и до того, как сформирована соответствующая моральная норма, если только законодатель осознает и может внятно объяснить членам сообщества, каких социальных последствий он добивается. Вместе с тем, законодательные нормы, явно противоречащие морали, редко исполняются на практике даже законопослушными людьми. Только те поступки или действия, которые могут быть признаны правильными с позиций господствующих моральных норм, считаются благими и обязательными для исполнения всеми гражданами определенной страны, вне зависимости от их вероисповедания, политических пристрастий, образования, профессии, пола и возраста. Те поступки, которые противоречат господствующим моральным нормам, признаются аморальными, а в тех случаях, когда они либо типичны, либо нарушают базовые, ядерные ценности основополагающей картины мира, объявляются преступлениями. Право изменчивее, адаптивнее морали, ведь оно реагирует не только на изменения в традиционных социально-психологических стереотипах, но и на потребности политики и экономики.

3. Мироззрение и моральные проблемы

Мораль и нравственность управляют преимущественно сферой бессознательного. Не только в детстве, но и на более зрелых этапах своей жизни, человеку относительно легко ответить на вопрос «что такое — хорошо, а что такое — плохо?», но очень трудно объяснить, *почему* нечто хорошо или плохо.

Давать осознанную оценку «хорошего» и «плохого» человек способен в силу наличия у него *мировоззрения*. Любой человек старается жить по правилам собственного мировоззрения, т. е. целостного виденья мира. Это «целостное виденье» определяется не объективным устройством мира, а представлениями человека о том, как мир устроен и по каким законам существует. Представления о мире, в свою очередь, складываются из имеющейся информации о мире и психологических установок о том, как к этой информации нужно относиться: какую информацию следует «пропускать мимо ушей и глаз», какую воспринимать без дополнительной проверки, а какую — критически переосмысливать. Эти установки даются человеку не генетически, а воспитываются в раннем детстве и зависят от личного жизненного опыта.

Установки на определенное отношение к определенному же рода информации формируются в виде морально-нравственной оценки этой информации: слушаться маму — хорошо, а не слушаться — плохо; учиться — хорошо, а баловаться — плохо; если будешь слушаться, то дадим конфетку, значит, конфетка — это тоже хорошо и т. д. Система морально-нравственных оценок — «хорошо — плохо — недопустимо» — с возрастом постоянно усложняется и составляет *картину мира*, характер которой определен в первую очередь именно моральными нормами окружающей человека группы (сообщества).

Для того чтобы построить жизнь по собственному разумению, человеку приходится руководствоваться *картиной мира*. Мировоззрение — это способ реализации картины мира, способ корректировки картины мира и ее «добраивания» в течение жизни. «Картина мира» — исходный пункт и результат работы мировоззрения, в картине мира что-то является главным, а что-то второстепенным, что-то обозначено как «добро», а что-то — как «зло». В результате один и тот же мир, одно и то же событие или поступок, разные люди видят по-разному. Например, то, что боец штрафбата Александр Матросов в годы Великой Отечественной войны добровольно закрыл своим телом дуло вражеского пулемета, одни оценивают как подвиг, другие — как жест отчаянья, третьи — как глупость. Характер этих оценок обусловлен прежде всего морально-нравственными особенностями мировоззрения человека, дающего оценку.

Поскольку мировоззрение работает на основе сознания (мышления), оно, как и само сознание, функционирует на двух уровнях: осознаваемом и неосознаваемом.

Моральные правила и принципы, которые транслирует в сознание личности общество, обычно существуют на осознаваемом уровне. Они осмысливаются, критикуются, оцениваются, сравниваются друг с другом, и могут быть объяснены для других. Моральные нормы и принципы обычно перерабатываются с помощью *интеллекта*, рационально. Любой человек так или иначе способен объяснить, например, что к слабым нужно относиться иначе, чем к сильным. Гораздо сложнее ответить, *почему* для одних норма — помощь слабому, а для других норма — унижение слабого. Пытаясь ответить на подобные вопросы, большинство людей начинает руководствоваться не разумом (интеллектом), а *эмоциями*.

Эмоции — это форма проявления во вне себя, «для других», наших ощущений. Характер человеческих ощущений определяется, с одной стороны, наличием или отсутствием разнообразных рецепторов, отвечающих за восприятие сигналов из внешнего мира, а с другой — нравственными ценностями и принципами, воспринятыми личностью как единственно правильный способ оценки социальных событий. Нравственные ценности и принципы обычно находятся в сфере бессознательного и воздействуют на характер поведения человека, не вполне осознающего, почему он делает или думает именно так, а не иначе.

И разум, и эмоции человека, таким образом, подготовлены к взаимодействию с миром как морфофизиологически, так и социально — культурой. При столкновении с социальной ситуацией, требующей ответной реакции, человек очень часто оказывается в ситуации *морального выбора*, поскольку морфофизиология может требовать одного, нравственность — другого, а мораль — третьего. Например, человек испытал физиологическое влечение к лицу противоположного пола, но нравственные нормы запрещают ему дать этому человеку понять это, потому что у него уже есть пара и было бы легче вообще не общаться с ним, но моральные нормы профессиональных обязанностей требуют постоянного общения. Налицо проблемная морально-нравственная ситуация, требующая разрешения.

Столкнувшись с проблемной морально-нравственной ситуацией, с ситуацией морального выбора, человек действует произвольно, т. е. по собственной *воле*. Произвольность многих действий позволяет человеку вполне целенаправленно нарушать множество биологических запретов. Прежде чем принять какое-либо решение человек стремится увериться в абсолютной истинности собственной линии поведения и, соответственно, собственного мировоззрения, и ищет обоснование собственного решения в собственных ценностях и убеждениях.

В большинстве случаев человек предпочитает действовать произвольно в отношении законов биологического существования, т. е. вполне сознательно и целенаправленно нарушает множество биологических запретов. Думается, главной причиной этого является нерушимая уверенность человека в абсолютной истинности собственной линии поведения и, соответственно, собственного мировоззрения. Мировоззрение есть целостное и в значительной степени произвольное воззрение на мир; это всесторонняя концепция жизни, построенная под вполне определенным углом зрения.

«Угол зрения» на мир формируется в прямой зависимости от того, какого рода морально-нравственные ценности и убеждения лежат в основании ядерного уровня конкретного вида мировоззрения. Мировоззрение и классифицируют по этому, ценностно-направленному основанию. Так, выделяют философское, научное, обыденное и религиозное мировоззрения; научное, антинаучное и вненаучное; западное и восточное; первобытно-общинное, средневековое и т. п.; этническое; профессионально обусловленное; идеалистическое и материалистическое; марксистское, позитивистское и другие типы мировоззрения.

Любое мировоззрение целостно, но далеко не каждое мировоззрение системно, т. е., организовано в оптимальную структуру с точки зрения функциональной взаимосвязи всех ее элементов. Вместе с тем, любое мировоззрение есть система, которая функционирует всегда на двух уровнях. Так, каждое мировоззрение имеет ядерный уровень, состоящий из базовых ценностей и антиценностей, принимаемых на веру, и периферию. На периферийном уровне мировоззрения расположена информация, спо-

собная изменяться под влиянием новых фактов и аргументов. Обработанная мышлением информация становится *знанием*. Любое знание, помимо информации, содержит и ценностное отношение к данной информации. Иными словами, знание — это обработанная нашим сознанием информация. В процессе этой обработки новое знание сортируется и либо сохраняется на периферии мировоззрения, либо отправляется на ядерный уровень.

Следует иметь в виду, что мировоззрение по мере знакомства человека с новыми фактами претерпевает постепенные или скачкообразные изменения, укрепляющие или разрушающие исходную картину мира. Личность или группа в процессе жизни постоянно адаптирует, ассимилирует и аккумулирует новую информацию, осмысливая и сортируя ее по признаку ценности. Как новая информация, требующая обработки мышлением, воспринимаются и этические системы тех типов мировоззрений, с которыми личность или группа регулярно взаимодействует. Изменения ядерного уровня мировоззрения таким образом происходят постепенно, вследствие изменения периферийных знаний.

Прямое воздействие на ядерный уровень мировоззрения, равно как и резкое изменение ядерного уровня, опасно как для личности, так и для группы, сразу теряющих жизненные ориентиры и смысл жизни, потому что качественно новый ядерный уровень требует переработки и освоения не только на осознаваемом уровне мышления, но и в бессознательной сфере. Если старые ядерные ценности разрушены, а новые еще не приобрели веры и убежденности в их истинности, личность или группа не уверена прежде всего в правильности своих решений и поступков, а на психологическом уровне страдает от ситуации морально-нравственного конфликта.

Мораль и нравственность, таким образом, есть относительно произвольно построенные человеком сферы жизнедеятельности, определяющие чувство уверенности в ситуациях морально-нравственного выбора. Эти сферы всегда имеют достаточно широкие пределы, в которых заключены разные возможности для определения дальнейшей линии поведения, прежде всего, в рамках оппозиции: «ради меня — ради другого».

Французский писатель, экзистенциалист Ж. П. Сартр на вопрос его ученика: уйти ли ему на войну с фашистами и оставить

дома больную мать, для которой он единственная опора, или остаться с матерью, нарушив свой гражданский долг? — ответил, что оба решения этой конфликтной ситуации в нравственном отношении равноценны. Человек, принимающий моральное решение, обычно ищет компромисс. Но при этом может допустить компромисс, уничтожающий моральные ценности, а может так и не увидеть разумного компромисса.

В конфликтной моральной ситуации отчетливо обнаруживается нравственная обязанность человека свести до минимума отрицательные следствия выбора между сталкивающимися ценностями, нравственное требование найти оптимальное решение конфликта.

Именно морально-нравственные нормы задают направленность видения и оценки человеком мира. Противоречивость морально-нравственных норм единой мировоззренческой системы, как и противоречие морально-нравственных норм взаимодействующих типов мировоззрений свидетельствуют об «узости выбора», о «тупиковости» избранной линии поведения. Осознание морального конфликта ведет к необходимости его решения. «Общее решение» морального конфликта состоит в том, чтобы просто признать, что в повседневной жизни существует реальное моральное разнообразие. Эту идею иногда называют *моральным плюрализмом* или просто *плюрализмом*.

Моральный плюрализм полезен для общества во многих отношениях. Во-первых, когда мы полагаем, что в мире есть несколько основных религий, каждая с миллиардами сторонников, немногие из нас будут настолько самонадеянными, чтобы утверждать, что только наша собственная религия истинна. Религия, конечно, является только одним примером такого разногласия¹. Во-вторых, преимущество морального плюрализма заключается и в том, что, не отрицая ценностей ядерного уровня отдельной личности, он позволяет признать ценными и идеи других людей, а также предельно разнообразит «веер» возможностей саморазви-

¹ Бартко А. Н., Михаловска-Карлова Е. П. Биомедицинская этика. Часть 2. Принципы и основные проблемы биомедицинской этики. — М.: ММСИ, 1999. — С. 1–2.

тия и самовоспитания, оценки и познания всех встречающихся в жизни ситуаций. Именно тип и форма мировоззрения определяют выбор линии нашего поведения в сложных, т. е. неоднозначных ситуациях. И зависимость здесь вполне однозначная: чем выше уровень моральной культуры мировоззрения личности или группы, тем большей «плюралистичностью» она обладает и, следовательно, в большей степени соотносит стратегию и тактику поведения с долговременными и кратковременными следствиями самых различных взаимосвязей и взаимозависимостей.

4. Этическое знание и этическая культура в медицине

Знание — это человеческий опыт в оперировании определенной информацией. Научным исследованием морали и нравственности занимается *этика*, которая изучает и критически анализирует исторически сложившиеся морально-нравственные системы. Каждая выявленная этикой морально-нравственная система реализована на практике и, следовательно, является *культурным феноменом*.

Культура — это система репродуктивно-творческого поведения людей, которая тиражирована во времени и на определенной территории. Творческая часть любой культуры это мера свободы выбора, которую допускает данная культура, а репродуктивная часть культуры — это свод правил и принципов, которых член данной культуры придерживается неукоснительно. Этика, таким образом, изучает свод безукоснительных правил определенных культурой и допустимую меру свободы в их применении.

Этика включает в себя три уровня этического знания, касающихся трех основных проблем, стоящих перед любым человеком:

1-й уровень — этика как общая научная теория морали (теоретическое формирование системы категорий и принципов морали и нравственности);

2-й уровень — нормативная этика (описание и анализ морально-нравственных норм личностного поведения, анализ принципов и норм поведения у различных групп и в разные эпохи);

3-й уровень — дескриптивная (описательная) этика, задача которой заключается в выявлении и описании существующих морально-нравственных нравов и традиций.

Термин «этика» введен Аристотелем в IV веке до н. э., он считал, что «этика помогает познать, что нужно делать и от чего нужно отказаться»². И. Кант утверждал, что этика является трамплином, который позволяет людям подняться выше самих себя, освободиться от эгоистических склонностей, видеть в другой личности тоже личность.

В целом этика как область научного знания создает учение о морали и нравственности, законах их функционирования и развития, структуре и функциях, категориях и принципах.

Нормативная этика включает в себя частные этические теории, исследующие мораль и нравственность различных социальных и профессиональных групп (сюда относится так называемая профессиональная этика, в том числе и медицинская). Нормативная этика учит как должен поступать человек определенной социальной группы или профессии, исходя из принципов и норм корпоративной морали.

Этот уровень этического знания обосновывает обязательность нравственного поведения личности, систематизирует моральные требования социального сообщества, конкретизирует их роль в данной профессии, рекомендует средства внедрения норм и ценностей в мировоззрение личности, трансформирует эти знания в навыки, умения и личностные качества специалиста, формирует кодексы чести и моральные кодексы, а также нравственно-психологическую модель личности.

В этике можно выделить и группу проблем, относящихся к дескриптивной (или описательной) этике. Цель данного уровня этического знания — при помощи конкретно-социологических исследований дать эмпирическое описание существующих в обществе или группе нравов.

Все три уровня этического знания взаимосвязаны: эмпирические факты всегда следует сопоставлять с моральными нормами и делать выводы, носящие обобщенный (теоретический) характер, и, наоборот, теоретические положения этики должны быть тесно связаны с системой норм и принципов морали и опираться на обобщения бытующих в обществе нравов. Следовательно, этика

² Аристотель. Этика. — СПб., 1908. — С. 4.

как научная теория морали и нравственности представляет собой единство теоретической, нормативной и описательной сторон морально-нравственной стороны жизнедеятельности человека.

Профессиональная этика — это учение о профессиональной морали, определяющее моральные принципы и нормы поведения людей в рамках конкретного вида трудовой деятельности.

Задача профессиональной этики — соотнести реальные нравы представителей определенной профессии с должным, обязательным поведением, соответствующим мировым стандартам цивилизованного и гуманного общества.

Мораль как система субъективированных связей строится на отношениях субъект-субъектных, а не субъект-объектных. Отношения морали являются взаимодействиями как социального (группового), так и индивидуального порядка и существуют в обществе в виде правил, прав, обязанностей, принципов, критериев и мнений. Они действуют независимо от того, зафиксированы они в виде нормативных документов, актов или нет. Эти отношения составляют каркас, на основе которого формируется самоощущение человека, его восприятие жизни, складывается видение своего места среди других людей, понимание потребностей и интересов окружающих.

В обосновании моральных и нравственных принципов разные этические теории исходят из разных оснований. Так, по-разному строятся обоснование моральных правил и норм в *религиозной и светской* традициях. Этика может строиться, например, на основании так называемых «ценностей состояния» или «ценностей осуществления» (терминология Федора Степуна, 1910 г.). В любом случае любая этическая система решает сходные задачи:

— проводит систематизацию большого количества слов, относящихся к этике, и выделяет из них фундаментальные понятия (категории), вписывает их в систему; проясняет связи между ними;

— решает вопрос об источнике морального опыта (откуда берется достоверность моральных аксиом — например, «нужно всегда делать добро» или в медицинской (гиппократовой) этике — «никогда не нужно вредить пациенту»);

— определяет объективные (зависящие не только от моего «хочу») основания долженствования;

— разрабатывает способы и методы применения принципов к проблемным ситуациям.

Поскольку в истории общества написано множество книг и статей по этической тематике, следует воспользоваться знанием классификации подходов различных авторов к морально-нравственной проблематике.

Например, в светской традиции построения этических теорий можно выделить три основных типа их построения: *релятивизм*, *детерминизм* и *«абсолютизм»*. Суть их:

— *детерминизм* в области этики исходит из постулата, что все в нашем поведении предопределено, а, следовательно, бессмысленно предписывать должное или желательное поведение — реально у нас *нет выбора*. Формы детерминизма: фатализм (вера в судьбу, рок, фатум); вера в наследственность, культуру, которые предопределяют поведение; современная форма: неверие в то, что существует *идуший от воли выбор*. Детерминизм может быть *полным* и *частичным*, в первом случае имеет место убеждение, что предопределено все поведение, во втором — что предопределены желания и мотивации;

— *релятивизм* — все ценности относительны и о них не спорят. Пример: софист Протагор считал, что «человек есть мера всех вещей, существующих в том, что они существуют, а не существующих в том, что они не существуют». Здесь все меряется человеком, а можно мерить и всем человечеством (как у Канта).

Следует заметить, что в случае с релятивизмом мы лишаемся, например, средств для разрешения морального конфликта, так как релятивизм утверждает принцип равноправия любых моральных систем, и у человека, воспринявшего релятивизм как *правильное отношение к жизни*, нет оснований для предпочтения какой-либо морали. К тому же релятивизм логически противоречив внутренне: если все воззрения относительны, значит и релятивистские тоже, в то время как детерминизм, например, противоречит реально существующей практике: никто не возьмется предсказывать будущее действие, а детерминизм предполагает такую возможность по определению. К тому же действие не является просто реакцией

на внешние обстоятельства (и *не определяется ими целиком, соответственно*). Человеческое действие — это *по поступок, в котором всегда есть отличие между причиной, мотивом и резонансом* (внутренним основанием для поведения).

— И, наконец, третий тип этических теорий, основанный на *стандарте высказывания ценностных суждений*, сформулированном еще Аристотелем. Этот стандарт звучит следующим образом: *ты ценишь нечто (обладаешь ценностной установкой). Для того чтобы достичь этого, нужно делать то-то и то-то. Следовательно, ты должен (нормативное суждение) поступать так-то*. Таким образом, ценностные установки связываются с нормативными суждениями. Для построения такой теории как раз и нужна лежащая в основании этой теории ценность, являющаяся одновременно и наивысшей для данной системы взглядов. В роли такой ценности могут выступать счастье, удовольствие, благо (пациента) или его польза, сострадание и гуманность, милосердие и любовь, естественный порядок вещей. *Стремление к реализации высшей ценности в данном случае является должным поведением*.

В истории общества существует множество этических традиций и систем взглядов, определяющих нормативное (надлежащее) поведение. Попробуем сравнить некоторые из них.

Гедонизм. Этическое учение, созданное последователями школы киренаиков (античный период западно-европейской истории) исходит из представления, что целью жизни человека является наслаждение. Наслаждение должно быть немедленным, чистым и непосредственным, в больших количествах. Как следствие, *должное* поведение у киренаиков сводится к *удовлетворению страстей*. Идеи гедонизма получили дальнейшее развитие в *эвдемонизме* Эпикура. В основе этической системы Эпикура находятся категории удовольствия, страдания и меры. Удовольствие приравнивается к отсутствию страданий. Следовательно, все удовольствия должны быть сбалансированы с учетом последствий (интенсивное наслаждение ведет к интенсивному страданию сообразно ходу вещей). Идеал поведения — *разумное поведение*.

Наиболее полное выражение принципы и идеи гедонизма были реализованы в учении утилитаризма. основополагающий моральный принцип *утилитаризма* Иеремии Бентама — «дости-

жение наибольшего удовольствия для наибольшего числа людей». Линия поведения выстраивается в результате подсчета гедонов. Некоторые правила подсчета: если за действием следует наслаждение, то действие было правильным, если страдание, то неправильным. Смесь удовольствия и страдания есть неправильная деятельность. Если действие в настоящем приносит удовольствие, оно правильно; если такое действие отложено — неправильно; однако если отложенное действие ожидается с удовольствием — оно правильно. Следовательно, главное направление формирования культуры высокоморального поведения и, в частности, культуры помощи страдающим людям, согласно этическим учениям этого направления, — доставить им как можно больше удовольствия.

Даосизм. Философское учение Востока. Исходит из убеждения, что моральная ценность деятельности определяется тем, насколько эта деятельность спонтанна и естественна. Подобная исходная посылка предполагает отказ от любой деятельности, основанной на целеполагании. Даосизм убежден, что любая поставленная человеком цель исходит из Эго и, следовательно, эгоцентрична. Главная же задача человека — установить естественное взаимодействие с естественным миром природы. Обособленное «я» нарушает исходное единство и начинает поступать наперекор ему. Все страдания и беды человека — включая смертность — отсюда. Избавиться от негативных сторон человеческого существования возможно лишь, восстановив исходное единство с Дао (миром, космосом). Пребывание в единстве со всем сущим суть пребывания в единстве со своей природой. Высшая премудрость тождественна высшей простоте и созерцательности.

Тело человека — микрокосм, образ и подобие макрокосма. «Человек — это малое небо и Земля». Все процессы, протекающие в нем — уподобляются космическим процессам. Тело человека уподобляется и государству. *Таким образом, всякий природный процесс становится моральным процессом (подлежащим моральной регуляции, реализующим некие моральные принципы), а государственное устройство нравственно оправдывается.* Задача медика — вернуть человека к гармонии космических процессов.

Брахманизм, буддизм, джайнизм. Философские учения Востока. Исходят из веры в то, что эмпирическое существование живых существ регулируется законом кармы (причинно-следственных связей) всеобщего мирового Сущего. Эти же законы и отношения распространены на сферы психики и морали. Все живые существа находятся в круговороте *сансары*, т. е. переходят из одного существования в другое, причем *страдание* в этом круговороте *доминирует* как фундаментальная характеристика существования.

Карма может восприниматься по-разному: в буддизме это безличный и объективный закон, в джайнизме она описывается как своего рода «тонкая материя», как бы прилипающая к душе («дживе») и обрекающая ее на привязанность к круговороту сансары. Господь также может выступать (индуизм) как распорядитель кармических следствий.

От страданий сансары можно избавиться. Это освобождение считается высшей религиозной и морально-нравственной ценностью и целью рассматриваемых учений. Освобождение — особое состояние сознания, в котором наше сознание обретает некую новую перспективу видения мира, а решение вопроса об освобождении сводится к пониманию природы сознания и субъекта.

Традиционно эта подлинная природа являет собой нечто прямо противоположное эгоистическому, обособленному, испытывающему влечение и отвращение существу. С точки зрения буддизма подлинная природа каждого человека — природа Будды. Пробуждение этой природы является целью психотехники.

Как и в учениях Сократа и Платона, *знание истины* ведет к моральному совершенству — состоянию абсолютного принятия того, что есть, выражающееся в невозможности делить мир на добрую и злую его части, на S и O³, того, кто смотрит, познает и то, на что он смотрит. Высшая цель — освобождение от «исходной двойственности» (например, в адвайта-веданте), хотя к высшей цели ведут различные пути — и любовь и преданность богу (бхакти-йога, существующая в рамках вайшнавизма (вишнуизма)), и незаинтересованное деяние.

³ S — субъект, O — объект.

Идеальной личностью в махаянском буддизме оказывается Бодхисатва («пробужденное существо», «тот, чья сущность есть совершенное знание»). О них говорится, что они могут держать в своих руках множество миров и подбрасывать их в ладонях как шарики.

Два качества Бодхисатвы:

1) великое сострадание (каруна), выражающееся в умении их применять искусные методы (упая) для спасения живых существ, тонущих в океане сансары;

2) премудрость (праджня), выражающаяся в способности видеть реальность такой, какой она является в действительности, вне обычного искажающего восприятия, проводящего ложные различения (викальпа) и накладывающего на реальность свои ментальные конструкции (кальпана).

Мудрость немислима без искусных методов, методы слепы без мудрости. Бодхисатва содействует освобождению всех живых существ — он дал обет не входить до тех пор, пока это не свершится, в нирвану. Главное моральное достоинство мудреца (учителя, целителя) — беспристрастное созерцание, совершение только тех действий и поступков, без которых невозможно обойтись «здесь и сейчас», и произнесение только тех слов, которые необходимы в данный момент.

Иудаизм, христианство, ислам. Все три религии относятся к основным религиям мира. Являясь религиями откровения (божественного), они предполагают стройно изложенное вероучение, данное в обязательных для принятия верующими формулировках; предполагают монотеизм (веру в единственного бога). Бог в каждой из этих религий — творец мира. В христианстве Бог и природа (природное существо) соотносятся как творец и тварь, как абсолютное и относительное, совершенное и несовершенное и т. д.

В этике основных религий мира характерен упор на строгое соблюдение моральных норм и предписаний ритуалов. Ключевыми проблемами этики являются вопросы о спасении, святости и праведности.

Спасение — всем праведным (ибо Бог всеблаг и преисполнен благодати); в католицизме святость — «сверхдостаточная» для спасения и может быть следствием предельной — «сверхдостаточной» — формы праведности и нравственного совершенства.

Шопенгауэр, анализируя религиозную мораль христианства, считал источником морали сострадание, онтологическим основанием которого является единство всего сущего. Реально существует только одна сущность, которая обнаруживает себя в самознании как воля.

Путь *христианства* — путь аскезы и дисциплины; путь мироотречения.

В *каббале* — эзотерическом учении иудаизма, которое, как и всякое эзотерическое учение, выражает сущность, сокрытую от непосвященных, — индивидуальные души-сознания представляют из себя частицы Адама Кадмона — космического Первочеловека, которые после исправления мира объединятся. Человек и как Адам Кадмон, и как просто человек, — микрокосм по отношению к Вселенной. Также соотносится и его дух с физическим телом. В божественной природе есть условия для проявления зла: Бог всесовершенен и всеблаг, но у него есть атрибут (качество) строгого суда и ограничения; когда этот атрибут обособливается от атрибута милосердия — может появиться зло. Цель каббалы: постижение тайн божественной жизни и участие в ней через «прилепление к богу» (девекут). А это возможно, например, через мыслительную установку адепта в практических действиях следующего рода: «Я делаю то-то и то-то для того чтобы воссоединились Святой, да будет благословен Он, и его Шехина, из страха и любви» — таким образом, поступку придается сакральный характер.

Основная миссия медика — облегчение страдания, активная помощь страждущим в возвращении к гармоничному единству с божественным творцом.

Современная академическая медицина. Современная официальная медицина сформировалась на основании этических принципов христианства. В современной медицинской деятельности, осуществляемой в эпоху интенсивного научно-технического прогресса представителями разных культур и субкультур, гораздо разнообразнее, чем в истории общества, относятся к морали и нравственности, профессиональным этическим проблемам, их толкованию и решению. Отечественный биоэтик, профессор И. В. Силуянова выделяет шесть типов понимания «этического» в современной медицине.

Первый тип она называет *этическим нигилизмом*. Представители этой позиции исходят из идеи необходимости максимально возможной изоляции профессиональной этики от общей этической теории, ограничения которой мешают специалистам осуществлять профессиональные функции. Представители этой позиции не хотят, например, принимать рекомендации ВОЗ (1991) о запрете использования эмбриональных тканей для трансплантации. В своих работах они предлагают освободиться не только от общей этической традиции, но и от гиппократовской формулы: «не навреди»⁴.

Основанием для подобной позиции является убеждение в релятивизме этических категорий и абсолютной ненужности устойчивой морально-нравственной регуляции поведения профессионального сообщества, поскольку в современном быстро изменяемом мире мозаичной культуры морально-нравственные связи и отношения претерпевают глубокую трансформацию и девальвировались в принципе.

При этом речь идет о трансформации краеугольных для человечества и медицины понятий: благо, милосердие, сопереживание, долг, человеколюбие, любовь к своему делу. Как правило, от этих ценностей авторы не отказываются, но наполняют их вполне определенным новым содержанием. Например, понятие *Благо (добро)* истолковывается как *частный интерес*, а *милосердие* как *толерантность* (терпимость).

«В конкретной ситуации современной клинической трансплантологии этические понятия *частный интерес* и *универсальное благо* наполнены следующим конкретным содержанием: понятие *частный интерес* представляет заинтересованность реципиента и врача-трансплантолога в получении донорского органа, *универсальное благо* — сохранение основного условия человеческих отношений — воли и согласия к действию всех участников взаимоотношения»⁵.

Между тем, этика является системой знаний о регуляции человеческих взаимоотношений, в которых учитывается воля и ин-

⁴ Силуянова И. В. О сущности «этического» этических проблем современной медицины // Биоэтика: реальность человека. — М., 2005. — С. 17.

⁵ Там же. — С. 9.

тересы *всех* участников взаимодействий и взаимоотношений. Специфика этического в трансплантологии заключается в необходимости учета интересов не только *врача и реципиента*, но и *донора*. В этом заключается уважение к личности всех участников взаимодействия.

Специфика морально-нравственных проблем такова, что это постоянный выбор между *частными интересами, потребностями*, соображениями *пользы* и *универсальным благом*, которое и составляет суть морального согласования интересов всех участников взаимодействия.

Второй тип понимания этического в медицине И. В. Силуянова связывает с *профанированием понятий этики* значительной частью современного общества в целом, элементом которого является и медицинское сообщество.

Профанирование понятий этики связано с неточным их использованием в теории, что и породило беспорядочное словоупотребление этических категорий в дискуссиях на практические темы. Появление в публикациях медиков совершенно бессмысленных речевых оборотов, несущих тем не менее, по замыслу авторов, профессиональное значение, И. В. Силуянова объясняет профанацией этических понятий и приводит в качестве примеров работы В. С. Лучкевича, Г. Л. Микиртичан, Р. В. Суворовой, В. В. Шепилова «Проблемы медицинской этики в хирургии» (СПб., 2000), в которых «словесная путаница приводит к появлению таких разделов книги, как, например, «Этика анамнеза» у А. Н. Орлова (Красноярск, 2001), назвавшего свою монографию: «Этюды этики больного»⁶.

К третьему типу понимания этического в медицине можно отнести *традицию отождествления этики с этикетом*, которое в работах медиков встречается, действительно, достаточно часто. Так, например, в работе М. Р. Рокитского «Этика и деонтология в хирургии» (Геотармедицина. М., 1999) перечисляются *этические* качества, которыми должен обладать врач. Это — аккуратность, подтянутость, четкость, доброжелательность, точность, обязательность, милосердие, приветливость, выдержка, наблюдатель-

⁶ Силуянова И. В. Указ. соч. — С. 13.

ность, решительность, терпение и терпимость, бескорыстность. Перечислены у автора и отрицательные качества, от которых врач должен избавляться. Это — равнодушие, грубость, трусость, лживость, бесчестность. Однако в тех случаях, когда автором не объясняется, *почему* врач должен обладать теми или иными качествами, ему следовало бы назвать свою книгу «Этикет врача», но никак не «Этика и деонтология», поскольку речь идет только об описании существующих стереотипов морально-нравственного поведения.

Четвертый тип назван *нравственным субъективизмом*, поскольку во главу угла понимания «этического» в этом случае исследователями положен принцип совести, который рассматривается как достаточный саморегулятор поведения профессионала. Данная позиция наиболее ярко проявила себя на Первом конгрессе по биоэтике (Киев, сентябрь 2001). Девизом этого конгресса была выбрана фраза: «*Наука без совести опустошает душу*».

Оспаривать важнейшую роль совести как принципа морально-нравственного человека — невозможно, поскольку совесть есть нравственное чувство, принуждающее человека согласовывать (частица «со»: со-весть, со-знание, со-гласование и др.) свою деятельность с оценкой других людей, с их принятием или непринятием избранного нами решения. Но со-измерение совести с оценкой других людей, само по себе, не несет *позитивной морально-нравственной программы*.

Совесть — нацеленность мотивации человека на избегание негативных следствий собственной деятельности («не навреди», «угрызения совести»). Совесть — внутренняя область личности, сфера ее достоинства. В единственном числе она не способна стать основанием для чувства *ответственности* личности за свои поступки. Ведь человек в своем поведении в равной степени зависит не только от нравственного чувства, но и от общественных норм *этического* поведения, от морали сообщества и *общечеловеческой морали*!

Пятый тип можно условно назвать *гиппократовским*. Всем известно, что средства, которыми располагают врачи, могут превратить медицину в весьма опасную для человека сферу деятельности. Существует версия, что само название «медицина» напомина-

ет об этой возможности. В основе слова *медицина* лежит латинское *medicina*. Близкие по значению слова *medicare* и *medicamen* имеют по два значения: первое — *лечить* и *отравлять*, второе — *волшебство* и *яд*. Этимология данных слов сама по себе служит постоянным напоминанием об ответственности медика за жизнь и здоровье человека.

Известный физиолог Клод Бериф отмечал, что медицину во все времена привлекали на службу и добрым чувствам, и дурным страстям; она обязательная спутница милосердия, но нередко становится и пособницей преступления. Этот тип понимания этического в медицине исповедует большинство авторов-медиков. В случае этой позиции медик постоянно взвешивает и сравнивает как пользу, так и возможный вред от той или иной медицинской манипуляции. В итоге именно преобладание пользы становится критерием этичности действия.

Шестой тип — собственно *этический*. При этом подходе главным критерием допустимости медицинских или иных манипуляций медика и биолога становится не научная достоверность или забота о помощи конкретному лицу или иные соображения частного плана, а морально-нравственный закон. Представителей этой позиции не очень много, но в своей деятельности они руководствуются не только *органомоцентрическим*, но и *популяционным подходом*, планируя, организуя и реализуя медицинскую и научно-исследовательскую деятельность только в том случае, если она согласована с общечеловеческими ценностями и моральными нормами.

Решая собственно медицинские задачи, человечество научилось настолько глубоко вмешиваться в природные процессы, что на рубеже третьего тысячелетия рискует утратить свою этическую составляющую. «Вопрос в том, — отмечает Ю. М. Хрусталев, — сможет ли критически мыслящее человечество избавиться от целого ряда мировоззренческих иллюзий и нравственно-этических стереотипов в медицинской науке и практике по поводу овладения человеком искусством собственного качественного преобразования? Конечно, реальная картина преобразовательных процессов в мире практической медицины выглядит довольно оптимистично, но в области их философско-нравственного обос-

нования она пока весьма тревожна. Философски мыслящие специалисты-медики опасаются сегодня, прежде всего того, чтобы новые биотехнологии, будучи в плену рационализма, нечаянно бы не приблизили катастрофу земной биосферы»⁷.

В системе академического образования, в западно-европейской традиции, медицину обычно относят к естественным наукам. В современной Российской Федерации, например, медики сдают кандидатские экзамены не по философии медицины, а по философским проблемам биологии и медицины, что в очередной раз подчеркивает распространенность убеждения о монистической и естественно-научной природе человека и инородности этической составляющей в его природе. Подобный подход не исключает, а предполагает гуманизм. Однако на практике, как это ни прискорбно, медики иногда не отличаются гуманностью. И вина за это часто ложится не только на медицинского работника, но и на систему медицинского образования. Дело в том, что без специальной гуманитарной составляющей медицина остается всего лишь — ветеринарией, не больше. Ветеринария ведь гуманна, но ей сложно, почти невозможно осуществлять медицинское обслуживание человека.

Для того чтобы решать профессиональные задачи на высоком морально-нравственном уровне, медик должен обладать высокой этической культурой, которая, кристаллизуясь в нравственном чувстве, должна быть реализована, в первую очередь, в медицинской этике и мировоззрении медицинских работников. Наиболее близка эта профессиональная этика с ее основными ценностями, этической теории А. Швейцера, которая отражает в морально-нравственной сфере историческую и культурную миссию медицины. Эта теория известна под названием *этика благоговения перед жизнью*.

Учение А. Швейцера наиболее полно изложено в его труде «Культура и этика» (1923). Этическая теория Швейцера противопоставлена традиционной европейской морали, в которой материальное господствует над духовным. Европейцам кажется, за-

⁷ Хрусталев Ю. М. Введение в философию: Учеб. пособие для студентов медицинских и фармацевтических вузов. — М., 1999. — С. 435.

мечает А. Швейцер, что стремление к прогрессу является чем-то естественным и само собой разумеющимся. Между тем, это не так, и для того чтобы жажда деятельности в человеке пробудилась, необходим сначала оптимистический взгляд на мир. Трагедию европейской культуры Швейцер увидел в том, что Европа в ходе своей истории утратила первоначальную связь миро- и жизнеутверждения с этическими идеалами. Европейская культура, по мнению А. Швейцера, лишилась своего исконного и самого глубокого предназначения — способствовать духовному и нравственному возвышению человека и человечества. Этика Швейцера не содержит системы норм, она предполагает и предписывает единственное правило — гуманное, благоговейное отношение к жизни всюду и всегда, когда индивид встречается с другими проявлениями воли и жизни. Чтобы установить соответствие своих действий данному принципу, индивиду не требуется прибегать к каким-либо дополнительным логическим процедурам. Сделать это для него так же просто, как выяснить, светит ли на небе солнце или нет.

Медицинская деятельность всегда была неразрывно связана с идеями гуманизма (лат. — человеческий). Гуманизм как коллективное мировоззрение исторически смыслообразует содержание всей медицины и здравоохранения в целом. Главная цель медицины — возвращать к полноценной жизни и комфортному существованию тех, кто по морфофизиологическим, социальным или психологическим причинам испытывает физическое или психическое страдание. Но если прежняя медицина обладала безусловной этической направленностью, нацеленной на системное обоснование идеи гармоничного взаимодействия человека с миром и с самим собой, то современная медицина, по сути, сомневается в необходимости гуманизма. В условиях бурного научно-технического прогресса и «рыночной ориентации» общественного сознания современная медицина рискует превратиться в мощное, непредсказуемое по своему действию оружие.

Стремительное развитие научных технологий привело к тому, что результат их интенсивного и массового внедрения в практику перестал быть доступен научному прогнозированию. Например, технически человечество готово к тому, чтобы клонировать жи-

вые организмы или органы, но каковы разносторонние долгосрочные следствия такого вмешательства в законы живой природы, не знают даже ученые. Интенсивность и масштабность внедрения новых биологических и медицинских технологий позволяет осмыслить их следствия только в краткосрочной перспективе и только в ограниченном количестве отношений. Поэтому основная тяжесть оценки перспективности и социокультурной эффективности биотехнологий переместилась из науки в сферу морали и нравственности, в сферу гуманитарной компетентности медицинских специалистов.

В этой связи особую актуальность приобрела задача гуманитаризации современной медицины. Понятия «гуманитарный» и «гуманитаризация» содержательно отличаются от понятия «гуманизм». Гуманитарное знание отличается от естественно-научного тем, что работает с «неявными предпосылками» и субъективной реальностью. Гуманитарные науки работают по иным алгоритмам сбора информации и доказательности, чем естественные науки.

Медицина в силу своей уникальности обращена одновременно к этим двум качественно различным научным системам. В современной образовательной практике, ради облегчения процесса обучения (медики и так вынуждены учиться дольше всех других специалистов), гуманитарная составляющая медицины, по сути, игнорируется. Это позволяет сэкономить на системе медицинского образования путем передачи освободившегося учебного времени для специализации. К сожалению, вместе со специализацией в медицине у медиков уходит не только осознание оснований своей гуманистической миссии на Земле: нести человечеству не просто «здоровье», но и «гармонию оптимальной жизнедеятельности человеческого индивида». Понимание («чувство») своего гуманистического предназначения у практикующих медиков объективно сохраняется, однако новый уровень осознания своего предназначения, своих функций и, даже, своих объективных возможностей, сдерживает ставшее традиционным пренебрежение гуманитарной методологией.

Биоэтика как новое направление в этике и философии основывается на достижениях современной биологии, но изучает и

решает морально-нравственные, психологические и правовые проблемы, возникающие в ходе научных исследований и клинической деятельности. Биоэтика пытается дать системный ответ на так называемые «проблемные ситуации» морально-нравственного и социально-правового характера, объективно возникающие в современной клинической практике под влиянием научно-технического прогресса, культурной панмиксии и социально-экономических факторов в биологии и медицине.

Каждый этап человеческой жизни — зачатие, роды, рождение, болезнь и смерть — сегодня подвержен изменению по воле больного, его родственников и врачей. Человечество в настоящее время готово подчинить своему контролю живые силы природы, но пока не определилось, где пролегают те границы применения новых орудий жизни и смерти, дальше которых идти не следует.

Вопросы по теме

1. Перечислите основные условия развития, которые требуются для человеческой популяции в целях обеспечения устойчивого и опережающего темпов природной эволюции.

2. Объясните причины, по которым человеческой популяции потребовались надбиологические регуляторы индивидуального и группового поведения.

3. Существует ли проблема выбора для биологических популяций? Чем отличается биологический выбор от морально-нравственного?

4. Объясните, что такое «моральный выбор» и причины, по которым он осуществляется. Кто осуществляет моральный выбор: личность или группа? Какой морально-нравственный выбор считается успешным и почему?

5. Раскройте содержание основных исторических и этических традиций. Чем отличаются религиозные морально-нравственные традиции от светских и атеистических?

6. Приведите пример ситуации, в которой врач вынужден принимать не только специализированные, но и морально-нравственные выборы и решения.

7. Раскройте содержание понятий «гуманизм» и «гуманитаризация» медицины.

8. Что такое «благо» и как его осуществить, если люди так отличаются своими мнениями относительно правильной жизни?

9. Согласно Платону, зло рождается недостатком знаний. Согласны ли вы с его мнением? Аргументируйте свой ответ.

10. Если принять положение католиков «Церкви известна воля Божия» и дело **совести** человека есть следование этой воле, правомерен вопрос: одинакова ли совесть у разных людей? И если не одинакова, то кто должен решать, чья совесть наиболее правильна и выражает Божью волю?

11. Мораль современного населения России лучше или хуже, чем на предыдущих этапах исторического развития страны? Можно ли считать историю морали «регрессом» человеческого общества?

12. Для определения того, насколько хороши ваши привычки, ответьте на следующие вопросы (о результатах самотестирования можете никому не говорить).

- *Всегда ли вы здороваетесь с человеком, который, отвечая на ваш вызов, снял телефонную трубку?*

- *Стараетесь ли вы говорить четко, разборчиво и не слишком быстро?*

- *Занимаетесь ли вы чем-нибудь посторонним во время разговора с другими людьми (пьете кофе или чай, употребляете пищу и т. п.)?*

- *Имеете ли вы собственное представление о времени и месте, неудобном с этической точки зрения: а) для телефонного звонка, б) для просьбы дать взаймы денег, в) для вопроса о том, когда и где можно найти нужного вам преподавателя, г) для выяснения отношений, д) для сна; е) для разговора о своих успехах или неудачах?*

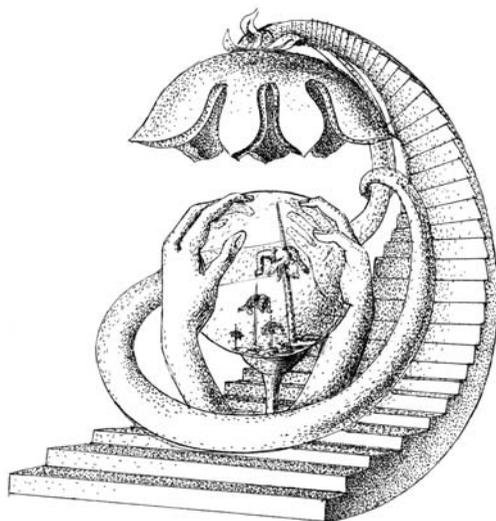
- *Стремитесь ли вы к тому, чтобы не показаться надоедливым и нетактичным?*

- *Имеете ли вы привычку передавать через других лиц какую-либо информацию (в том числе и конфиденциальную) для отсутствующего и необходимого вам собеседника?*

- *Подчеркиваете ли вы точки общих интересов в разговоре с собеседником, упоминаете общих знакомых, подтверждаете свои обязательства, благодарите за разговор?*

13. Согласно закону, родственники вправе требовать полного и конкретного патолого-анатомического заключения в «Свидетельстве о смерти» о причине смерти и даже независимой экспертизы (ст. 48 «Основ законодательства по охране здоровья граждан РФ»). При сокрытии этих данных может быть использована даже ст. 140 УК РФ).

Как вы думаете, следует ли указывать в этом заключении в качестве основной причины смерти «ятрогенное поражение», если в ятрогенном поражении виновен не конкретный врач, а несовершенство медицины? Надо ли добавлять моральные страдания родственникам, указывая эту причину? Аргументируйте свою позицию.



Тема 2

БИОЭТИКА И ЕЕ ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

***Основной тезис.** Биоэтика — это раздел философского (этического) знания о возможностях взаимоотношений человека с живой природой (широкий смысл) и проблемах, возникших в медицине и биологии в связи с научно-техническими открытиями XX века (узкий смысл). Биоэтику можно определить как учение о границах манипулирования жизнью и смертью в человеческой популяции и природе.*

План

1. Биоэтические ситуации в медицине.
2. Этические аспекты современных научных биологических исследований.
3. Предмет биоэтики.
4. Этические комитеты.

1. Биоэтические ситуации в медицине

Новое направление в этической теории, связанное с медициной, имеет широкое мировоззренческое значение, влияет на содержание современных представлений о жизни и смерти и качественно меняет взаимоотношения между врачом и пациентом. Данное направление потребовало создания новых этических принципов, привело к революционным изменениям в ценностях и выявило проблемы, с которыми до сих пор никогда не сталкивалось человечество.

История биоэтических проблем, по сути, началась на Нюрнбергском процессе, когда человечеству стало известно, что нацистские врачи умертвили 70 000 человек, считавшихся, согласно фашистской идеологии, «бесполезными» для общества: душевнобольных и лиц с физическими недостатками. Фашистскими врачами была разработана чрезвычайно эффективная программа насильственной эвтаназии для лиц, жизнь которых фашистские идеологии считали сохранять нецелесообразным в силу того, что считали их «балластом» для человечества: психически нездоровых людей, цыган, евреев, славян. Некоторые врачи гитлеровской Германии, вопреки данной ими клятве Гиппократа, проводили эксперименты на военнопленных и на лицах, депортированных из занятых нацистами стран. Они испытывали на здоровых людях без их согласия новые лекарственные препараты, хирургические методики, проводили генетические опыты и др. Именно из-за них на Нюрнбергском процессе мир впервые подверг сомнению добросовестность врачей и социальную эффективность медицинской этики. Недавно стало известно, что такого же рода злодейские опыты ставились во время Второй мировой войны японскими врачами.

В шестидесятые годы двадцатого столетия общественности стали известны новые скандальные случаи нарушения традиционной медицинской этики. На этот раз они произошли в Соединенных Штатах Америки — той самой стране, которая первая обнародовала сведения о преступлениях нацистских врачей и гордилась своим уважением прав человека. Особенно потрясли общественное сознание следующие случаи.

В 1963 году в Бруклине в Еврейской больнице для лиц, страдающих хроническими заболеваниями, в качестве экспе-

римента престарелым пациентам (без их согласия) были введены активные раковые клетки.

В период между 1965 и 1971 годами в Государственной больнице Уиллоубрук (Нью-Йорк) проводились исследования вирусного гепатита. В ходе этих исследований вирус гепатита (без согласия пациентов и их родственников) вводился детям с физическими недостатками, находившимся в данной больнице.

После подобных скандалов стало ясно, что биолого-медицинские исследования, для которых необходимы клинические эксперименты, могут закономерно приводить к подобным эксцессам, поскольку результаты опытов на животных далеко не во всех случаях репрезентативны для человеческой популяции и врачи объективно нуждаются в их проверке на людях.

Вторая половина XX века, как известно, была отмечена удивительными достижениями в области биомедицинских научных исследований: биохимии, генетике, иммунологии, гематологии, трансплантологии и др. В сфере новых медицинских технологий, по сути, произошла настоящая революция. В целом эти достижения носили положительный характер. Однако использование этих технологий на практике в ряде случаев поставило перед врачебным и общественным сознанием целый ряд новых нравственных проблем и дилемм.

Новые способы возобновления и поддержания деятельности сердца, легких и почек, например, позволяют сегодня сохранить жизнь таким пациентам, лечение которых еще вчера не представлялось возможным. Современные методы обеспечения работы сердечно-сосудистой системы, дефибрилляция сердца, вентрикулярная, респираторная поддержка, мониторинг и стимуляция сердца, регулирование и выравнивание обменных процессов, диализ и профилактика инфекционных заболеваний способны обеспечить жизнь пациентов с серьезными травмами и больных с глубокими обменными нарушениями, и больных с нарушениями функций различных органов. В развитых странах в каждой большой больнице есть реанимационное отделение, располагающее самыми совершенными средствами жизнеобеспечения. Вследствие применения новых технологий пациенты часто оказываются в ситуациях, когда можно искусственно поддерживать жизнь че-

ловека, абсолютно не надеясь привести его в сознание или вернуть к нормальной жизни. Но вопрос о правомерности затянутой реанимации вновь и вновь поднимается в наши дни всякий раз, как только общественности становятся известны случаи, подобные произошедшему с Карей Квинлан (США), которая впала в коматозное состояние в 1975 году, а умерла в 1985 году только после того, как была отключена вся аппаратная поддержка. Объективная возможность долговременного поддержания вегетативного статуса больного стала причиной горячих дискуссий по поводу определения критериев необходимости реанимации, права на смерть и понятия «обратимость смерти».

Не меньшую дискуссионность вызывает вопрос о необходимости продления жизни детей с серьезными физическими недостатками. Дело в том, что сегодня существует техническая возможность поддерживать жизнь новорожденных с такими серьезными пороками развития, которые еще несколько лет назад не позволили бы им выжить, а именно: неврологические пороки типа гидроцефалия, миеломенингоцеле, спина бифида. Однако качество жизни таких детей заставляет и медиков, и родителей постоянно решать для себя вопрос: не было бы лучше позволить таким детям умереть при рождении.

Серьезные биоэтические проблемы решает сегодня и трансфузиология. Во время Второй мировой войны успешное развитие получили способы забора, хранения и переливания крови, а также подготовки фракций крови (кровяные пластинки, эритроцитная масса, антигемофильные факторы) и кровезаменителей (бескровая реанимация для свидетелей Иеговы). Сами эти способы не ассоциируются с вопросами этики, но эпидемия СПИДа способствовала появлению ряда проблем в этой сфере. Больные, страдающие гемофилией, получали ВИЧ-инфицированные фракции крови и вследствие этого заболели СПИДом.

Множество проблемных этических ситуаций появилось в связи с развитием трансплантации органов. С одной стороны, во многих хирургических центрах пересадка органов (почек, сердца, печени) стала обычной операцией. Однако этические аспекты формирования банка органов для трансплантации и безвозмездного предоставления органов, их приобретения, сохранения *in-vitro* и исполь-

зования стали важным предметом биоэтики. Кроме того, проблема получения органов у тяжело раненных и находящихся в коматозном состоянии больных породила целый ряд вопросов, связанных с самим определением смерти, а также с юридическим аспектом получения осознанного согласия. Возник также и другой риск: получение органов обманным или даже преступным путем у беззащитных людей, а также организация торговли органами. Дело в том, что некоторые из этих операций по трансплантации стоят очень дорого и, вдобавок, нуждаются в совершенствовании (например, пересадка сердца). Некоторые операции остаются все еще на стадии эксперимента. В связи с этим возникает и сложный вопрос использования государственных средств.

С подобной же проблемой использования государственных фондов здравоохранения мы сталкиваемся, обсуждая проблему искусственных органов. Эта сфера прошла колоссальный путь развития со времен окончания Второй мировой войны: от создания искусственной почки, затем «искусственного легкого», создания искусственного сердца или аппарата, выполняющего функции левого желудочка у больных, которым предстоит пересадка сердца. Сейчас осуществляются попытки создания искусственных органов зрения, слуха, печени, поджелудочной железы, кожи.

Стоимость аппаратов, заменяющих естественные органы, сначала обычно очень высока, но снижается по мере того, как они поступают в массовое производство и торговлю. Например, аппарат «искусственная почка» при его создании был доступен лишь самым богатым пациентам, а сейчас он стал одной из обязательных принадлежностей нефрологических отделений, где он доступен, более или менее, всем. Однако в целом аппараты, работающие в качестве искусственных органов, находятся еще на экспериментальной стадии, и стоимость их клинического применения во всем мире очень высока. В состоянии ли государственная система здравоохранения России, например, истратить на клиническую апробацию и использование искусственного органа такие средства, которых хватило бы на то, чтобы провести вакцинацию всего населения против столбняка? На кого падет выбор для апробации, и по каким критериям этот выбор будет сделан? При ограниченном бюджете государственного здравоохранения этот экономический

вопрос является немаловажным. Пациентам критерии отбора непонятны, и они считают их несправедливыми. В Англии, например, пожилым пациентам в диализе отказывается в силу того, что их шансы на выживание ограничены из-за возраста. В Англии же недавно пересадка костного мозга ребенку, страдающему лейкемией, не была проведена на том основании, что шансы этого ребенка на выздоровление были крайне низкими.

В 1978 году в Англии родилась Луиза Браун — первый ребенок, появившийся на свет благодаря методу «оплодотворение in-vitro» («в пробирке»), проверенному до этого на животных. Вскоре после этого (1982) во Франции появилась другая девочка «из пробирки» — Амандин. На сегодняшний день число детей, появившихся на свет таким образом, превышает 14 000.

Оплодотворение in-vitro и в самом деле произвело революцию в акушерстве и лечении женского бесплодия. Однако этот метод имеет и проблемную сторону — и не только из-за шокирующе безнравственных предложений (оплодотворение heterologous, использование спермы донора, являющегося посторонним по отношению к супружеской паре, суррогатные матери), но и из-за необходимости разрушения человеческих эмбрионов, сопутствующем развитию метода искусственного оплодотворения на современном этапе. Для того чтобы оплодотворение прошло успешно, в матку женщины одновременно вводят несколько эмбрионов; остальные остаются в замороженном состоянии. Из числа введенных эмбрионов, в утробе матери развивается лишь один; другие подлежат абортированию. Замороженные эмбрионы, если их не используют, погибают после 5 лет хранения. Более того, в качестве материала для научных экспериментов метод искусственного оплодотворения сегодня использует живые эмбрионы человека. Этот метод также дает шанс заниматься евгеникой. Наконец, искусственное оплодотворение — это медицинская манипуляция, представляющая для практикующих врачей прямой финансовый интерес.

Остается открытым и вопрос о том, имеет ли право на жизнь эмбрион. Упрощенный подход к искусственному оплодотворению, жизни и смерти человека, влечет за собой упрощенный подход к человеческому эмбриону. В 1970-х гг. появился способ диагностики состояния плода в утробе матери, методы определения наличия по-

роков развития, аномалий, генетических заболеваний. Частью такого диагностирования являются эхография (УЗИ), которая этически приемлема как неинвазивный метод, и амниоцентез, представляющий опасность для плода. По медицинским показаниям этот метод применяется, когда есть опасность, что у плода будет какой-либо физический или генетический дефект. В настоящее время в медицине еще не найден способ терапевтического или хирургического лечения плода в утробе матери. Пока медики ставят своей задачей лишь поиск возможности аборттировать зародыш, имеющий пороки развития, на ранней стадии его развития. Отсюда возникает нравственная дилемма для родителей, поскольку для них принятие такого диагноза означает принятие идеи аборта. Родители чувствуют, что их вынуждают пойти на такой скрининг. Иногда родители даже подвергаются насмешкам или обвинениям в преступных замыслах, если они отказываются от предродового диагностирования или хотя бы так или иначе, сохранить ребенка.

Развитие эхографии повлекло за собой уничтожение значительного количества не родившихся детей. Опосредованным следствием использования этого метода явилось также морально-нравственное упрощение подхода к аборту и оправдание аборта. Начиная с 1958 года, человечество пользуется медицинскими средствами контрацепции. Внедрение ВМС (внутриматочных средств) и их систематическое применение в слаборазвитых странах, несмотря на их аборттивные функции и вредоносность для здоровья женщины, являются этически неоднозначными не только потому что сами эти средства по своим характеристикам являются контрацептивно аборттивными. В слаборазвитых странах способ установки этих противозачаточных средств сродни ветеринарному и не несет в себе никакого уважения к человеку.

Противозачаточные эстроген-гестогенные таблетки, индекс Перла 1 (количество женщин из 100, способных забеременеть за год) были приняты на вооружение для освобождения женщин от нежелательных беременностей. При этом они стали средством лишения полового акта его детородной направленности, средством достижения «свободных», ни к чему не обязывающих сексуальных отношений, и привели к самому низкому уровню рождаемости в истории человечества.

Осуждение контрацепции, содержащееся в Encyclical «Humanae Vitae» Папы Павла VI, послужило причиной разногласий между теологами, занимающимися вопросами нравственности, в самой Католической Церкви. Эти таблетки привели промышленно развитые страны в их теперешнее состояние демографической зимы со всеми ее предсказуемыми ужасными последствиями для населения этих стран, которые могут иметь место в том случае, если само население не отреагирует на это медленное самоубийство.

Новые противозачаточные средства — «мини-пили», таблетки, не содержащие эстрогенов, инъеклируемые средства (ДМПА, НЕТ-ЕН) или имплантируемые (Норплант) — по своим характеристикам являются абортивными, что вызывает появление новых нравственных проблем. Говоря об этическом аспекте контрацепции, следует обратить внимание на то, как ведется их пропаганда, и как иногда население вынуждают ими пользоваться (особенно имплантантами), не получив от людей по-настоящему осознанного согласия.

Не утихают споры и по поводу аборт. С одной стороны, родители имеют полное право решать, иметь или не иметь им детей. С другой стороны, не только плод, но и эмбрион можно рассматривать как человеческое существо, имеющее право на защиту от прихотей его родителей.

Всемирная организация здравоохранения принимает активное участие в борьбе с инфекционными заболеваниями по всему миру. Борьба с некоторыми из них — например, черной оспой — закончилась успешно. Однако малярию победить еще не удалось, и в Африке смертность от малярии среди молодежи по-прежнему стоит на первом месте. Сегодня, как это ни печально, вновь злободневна проблема туберкулеза, причем туберкулеза в таких формах, которые не поддаются лечению.

В наши дни человек расстается с жизнью чаще всего в больнице, что дало основание не только для изменения морально-нравственных традиций отношения к смерти и умиранию, но и для формирования качественно нового законодательства в этой области. В Сиднейской декларации Всемирной медицинской ассоциации 1986 года констатация смерти признана юридической обязанностью врача. Согласно статье 46 «Основ законодательства

Российской Федерации об охране здоровья граждан» «констатация смерти осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером).

Эта тенденция ведет к тому, что медицинским работникам все чаще приходится иметь дело со смертью и процессом умирания. И если сама смерть, по сути, — одномоментный акт, то умирание под наблюдением медиков иногда настолько длительный процесс, что превращается из естественного в контролируемый человеческой деятельностью, а потому — искусственный. Смерть в больничных условиях, по утверждению Ф. Арьеса, «укорачивается или продлевается в зависимости от действий врача: он не может ее предотвратить, но часто в состоянии регулировать ее длительность — от нескольких часов до нескольких недель, месяцев, или даже лет... Бывает, оттягивание смертного часа становится самоцелью, и медицинский персонал не жалеет усилий, чтобы продлить жизнь человека искусственными методами... Медицина, организованная в форме больницы, в принципе может позволить неизлечимому больному продолжать существование неопределенно долго». Но всякая ли жизнь стоит того?

Медикализация смерти прямо связала феномен умирания в современном мире с научно-техническим прогрессом в области медицины. Традиционно смерть определялась по таким критериям, как необратимая остановка дыхания и кровообращения. Однако научно-технический прогресс создал условия для поддержания процессов дыхания и кровообращения, а также — питания искусственным образом. Это позволило, с одной стороны, решить благородную задачу продления жизни, а с другой — создало новые проблемы морально-нравственного и юридического характера.

Появилось понятие «клинической смерти», при котором угасают функции центральной нервной системы, отсутствуют сердечная деятельность и дыхание, но сохраняются обменные процессы в тканях. Клиническая смерть отличается от биологической своей принципиальной обратимостью. Возникает ситуация, при которой наступление смерти еще не предполагает прекращение борьбы за жизнь. Поскольку одновременно врачи приобрели возможность с помощью таких средств, как ИВЛ, очень долго продлевать жизнь, возникла проблема создания такой дефи-

ниции смерти, которая содержала бы критерии констатации необратимости и обратимости.

В связи с изобретением новых технологий число биоэтических проблем только увеличивается, а негативные последствия их непродуманного включения в практику медицинской деятельности становятся все более явными.

2. Этические аспекты современных научных биологических исследований

Серьезные основания для размышлений о праве человека вмешиваться в живые системы создаются новыми открытиями в биологии. Биологические исследования в области генетики дали успешные научные результаты.

Структура ДНК была расшифрована Уотсоном и Криком в 1953 году. В 1956 году была установлена взаимосвязь между генетическим кодом и хромосомами. Рестриктивные ферменты открыты Абером в 1965 году. «Энзиматический нож» изобретен в 1972–1973 годах (Смитом и Нэтаном). Таким образом, эпоха генетических манипуляций началась со всеми ее возможными положительными результатами (использование бактерий в качестве фабрик человеческого инсулина, или производство человеческого СТН), а также с риском для будущего (евгенизм) еще в середине XX века.

Реализация программы исследования генома к 2003 году дала достаточно полное представление о карте и строении нашей генетической системы и ее патологиях. В области профилактики и лечения генетических заболеваний это может дать положительные результаты. Но для страдающих генетическими нарушениями или для лиц, имеющих генетическое предрасположение к таким заболеваниям, как, например, рак молочной железы, лейкемия, сердечно-сосудистые заболевания, нарушения обмена веществ и т. д. это может иметь негативные последствия. Работодатели и страховые компании смогут реально пользоваться генетическим скринингом при отборе людей. Весьма велик риск создания полового дисбаланса в человеческой популяции, ведь в ряде культур семьи, выполняющие репродуктивную функцию, традиционно настроены на рождение детей определенного пола.

Основной этической проблемой медицинской биологии, уважающей права человека, является вопрос о том, имеет ли она право проводить фундаментальные научные исследования и применять их результаты в терапии на человеке. Без таких научных исследований, получивших название «клинических исследований» или «опытов на человеке», она объективно не может развиваться, а при проведении таких экспериментов испытуемые подвергаются существенному риску своей жизни и здоровья.

Было время, когда клинические испытания и биологические эксперименты врачи-энтузиасты проводили на себе. Такими исследованиями занимались, например, Геннер и Пастор. Однако, несмотря на то, что проведение таких клинических опытов является необходимым на заключительном этапе конкретного исследования, их проведение всегда является небезопасным и не проходит бесследно для тех лиц, которые служат материалом для опытов. С другой стороны, проблема состоит в том, что снизить степень риска пропорционально цели и ожидаемым результатам конкретного исследования, объективно невозможно, поскольку успешность научных открытий и изобретений в любой науке — математике, физике, химии и др. — не превышает 17 %. Медикобиологические исследования — не исключение.

Между тем, современные врачи-исследователи часто игнорируют этические нормы постановки экспериментов на человеке, если уверены в своей безнаказанности. Широко известным является факт проведения экспериментов фармацевтическими компаниями, которые проводят клинические испытания новых лекарственных средств в других странах, пользуясь тем, что законодательство этих стран не запрещает постановку таких экспериментов.

Так, американская вакцина «Антибэби» была апробирована на людях в Индии, так как проводить ее испытания в США не представлялось возможным в связи с соответствующими законодательными актами. Организация и проведение подобных мероприятий, естественно, осуществляются без огласки. Когда в 1972 году выяснилось, что в Таскеги на протяжении сорока лет ставились опыты на чернокожих американцах, больных сифилисом, без их осознанного согласия, пресса подняла скандал. Но этот скандал запоздал для подопытных. Эксперимент состоял в

том, что некоторым пациентам давали плацебо, не проводя никакого лечения для того, чтобы проследить за естественным развитием заболевания.

Необходимость проведения опытов на людях очевидна. Однако такие опыты оправданны в нравственном отношении лишь при условии, что человек, подлежащий эксперименту в лечебных целях, дал на его проведение свое информированное согласие в условиях совершенно свободного волеизъявления. Иными словами, эксперименты над человеком допустимы только тогда, когда он, будучи «в трезвом уме и памяти», был полностью ознакомлен с планом и методикой проведения эксперимента, а также осведомлен о том риске, которым чреват этот эксперимент.

Так, клиническое исследование любого нового фармакологического средства на человеке необходимо в силу того, что его испытания на животных никогда не смогут выявить значительную часть специфических желательных и нежелательных эффектов, с целью определить клиническую ценность препарата. Существенно отличаются от человека своей психофизиологией даже высшие антропоиды, хотя и имеют почти схожую с человеческой анатомию. А это означает, что часть биохимических следствий, при проведении клинических исследований на животных, будет не выявлена.

Письменное информированное согласие, требование к исследователю сообщить о целях и характере исследования, возможном риске, ожидаемых эффектах и компенсации возможного ущерба, не способны в полной мере гарантировать все права испытуемых. Ведь к тому моменту, когда начинаются клинические испытания нового фармакологического средства на человеке, в первой фазе исследования речь идет о безопасности средства и установлении диапазона переносимых доз⁸. Однако выявление этих пределов — это выявление, с одной стороны, дозы, которая недостаточна и не влияет ни на заболевание, ни на здоровье пациента; а с другой стороны — дозы, которая чрезмерна и опасна

⁸ Моисеев В. С. Клинические испытания лекарственных препаратов. Принципы качественной клинической практики // Биомедицинская этика / Под ред. В. И. Покровского. — М., 1997. — С. 184.

и для жизни, и для здоровья пациента. Добровольное согласие на подобные эксперименты сродни проблеме эвтаназии: что с того, что пациент выразил свое желание умереть? Разве добровольное согласие на смертельный эксперимент освобождает медицинско-го работника от моральной ответственности за этот выбор?

Моральное обязательство, которым должен руководствоваться в любой своей деятельности человек, и которое сформулировано Иммануилом Кантом как формула: «Человека следует уважать в себе и в других» или «Относись к другому так же, как ты хотел бы, чтобы относились к тебе самому». Моральное обязательство, которое принимает человек, живя и действуя среди других людей, носит абсолютный, *императивный* характер, и исключений из него не должно быть. Из этого морального обязательства следует правило, согласно которому «проводить на человеке какие-либо эксперименты можно лишь при условии его полной осведомленности об эксперименте и при наличии согласия данного человека на эксперимент, полученного в условиях свободного волеизъявления» (Нюрнбергская Декларация, 1974 год). Вот почему требуется, чтобы те люди, на которых в лечебных целях предполагается апробировать лекарства, были полностью информированы, дали на это свое согласие или даже добровольно заявили о своем желании подвергнуться эксперименту *на благо человечества*.

Этические проблемы возникают, когда не соблюдаются критерии получения осознанного согласия: например, когда на детях, особенно на детях с физическими недостатками, ставят клинические эксперименты без согласия их родителей, или когда клинические опыты ставятся на душевнобольных или больных с психическими расстройствами без согласия их попечителей. Впрочем, в реальной клинической практике и родители, и попечители, не всегда дают свое согласие бескорыстно и в интересах испытуемых. Эксперимент в медицинской биологии становится все более рискованным и безнравственным.

Так, в 1966 году в «Journal of Medicine» — известном журнале, издающемся в Новой Англии — был опубликован доклад анестезиолога из Медицинской школы Гарварда о методах, которые применялись при проведении 22 экспериментов на людях. Это сообщение было своего рода бомбой, брошенной в научную об-

щественность. В 1973 году Вич и Соллито опубликовали статью, которая представляла собой обзор результатов 43 подобных экспериментов, сообщения о которых появлялись в медицинских журналах с 1966 года. В 75 % этих случаев согласия пациентов, подвергшихся эксперименту, никто не спрашивал.

Практическим следствием появления метода искусственного оплодотворения явилось то, что был получен легкий доступ к живым человеческим эмбрионам. Наличие такого доступа немедленно стимулировало у ученых, работающих в этой области, желание использовать для опытов и исследовательской работы лишние эмбрионы, полученные методом искусственного оплодотворения и не предназначенные к имплантации в материнской утробе. В различных комитетах и комиссиях, занимающихся вопросами биоэтики, разгорелись горячие споры. В Великобритании разрешено было свободно использовать для научных исследований живые эмбрионы не старше 14 дней со дня зачатия. Однако такие исследования не разрешены во Франции и США.

С другой стороны, большое количество провоцированных абортов здоровых зародышей, которые делаются сегодня по всему миру, также навело ученых на мысль использовать ткани и органы таких зародышей. Ткани человеческого зародыша можно использовать в терапии, например, для лечения некоторых типов иммунодефицита или болезни Паркинсона. С этической точки зрения это было бы приемлемым, если бы зародыш умер до использования, и если бы не существовало связи между спросом на аборты и просьбами о получении зародышевых тканей. Но в реальной жизни трудно избежать этой связи или помешать аморальным ученым способствовать росту числа абортов для получения свежих тканей от живых зародышей.

Новейшие биомедицинские разработки, особенно те, в основе которых лежит метод искусственного зачатия, и все генетические исследования вызывают один основной вопрос: должно ли быть разрешено все, что технически возможно?

Еще 50–100 лет назад научные открытия проходили длительный (иногда свыше двадцати лет) путь от разработки до внедрения в практику. За это время общественное и профессиональное сознание успевало осмыслить не только позитивные, но и воз-

можные негативные долговременные следствия таких открытий. Сейчас ситуация качественно изменилась. В современной экономической практике любое научное изобретение, пользующееся спросом, тут же внедряется в промышленное производство. Разработка полного технологического цикла, от момента изобретения до массового производства его результатов, может занять теперь всего несколько месяцев.

Ясно, что этическая сторона такого изобретения первоначально просто не может быть осмыслена исключительно непрофессионалами, поскольку нравственные нормы затрагивают ядерный уровень личности и формируются на протяжении всей жизни человека. Ядерный уровень мировоззрения хранит в себе наиболее заветные и медленно изменяющиеся элементы любого мировоззрения — веру, убеждения, семейные, профессиональные, образовательные, религиозные ценности. Человек, получивший экономическое или техническое образование, мало озабочен размышлениями об этической стороне новой технологии, затрагивающей популяционное благополучие, так как в отличие от врача, которому с первого курса внушали деонтологические принципы профессионального человеколюбия или от священника, профессионально ориентированного на самые высокие нравственные стандарты, он далек от этих понятий. При появлении любой новой технологии в биологии и медицине нельзя ждать никаких ограничений или сдерживания со стороны производителей или пользователей, поскольку они способны видеть только одну сторону изобретения. Единственный эффективный барьер, который может сдерживать, например, производителя, — это соотношение стоимости и выгоды. Взвешенная морально-нравственная реакция со стороны общественности объективно способна появиться не раньше, чем появятся практические следствия. Следовательно, первоначальная ответственность за внедрение новых биомедицинских технологий естественным образом ложится на медицинскую общественность.

Этическая ответственность в случаях практического применения новых биоэтических технологий фактически полностью ложится на профессионалов: изобретателей и исполнителей. Например, как только появились способы искусственного зачатия,

бесплодные пары стали активными потребителями этого товара. Естественно, появились производители и торговцы новыми технологиями. И только медики и биологи могли заподозрить негативные следствия массового внедрения новых технологий, но, по сути, так и не начали широкой общественной дискуссии на эту тему. Так, первый зачатый «в пробирке» канадский ребенок уже находится сегодня в зрелом возрасте. А ведь его «рождение» с юридической точки зрения было незаконным хотя бы с той точки зрения, что «суррогатные» дети имеют трех, а не двух родителей, как обычные млекопитающие. Только в 1996 году в Канаде подготовили закон, юридически регулирующий искусственное зачатие и «суррогатное» рождение. А необходимость в морально-философском осмыслении целого круга проблем искусственного осеменения назрела давно, поэтому правовое регулирование поведения заинтересованных сторон — лишь завершающий шаг такого осмысления.

Естественно, задача состоит не в том, чтобы остановить научные исследования — что все равно невозможно сделать. Именно профессиональные медики и биологи в союзе с общественностью должны взять под контроль вновь разработанные методы, как только они достигли стадии эксперимента, и до того, как они стали предметом коммерции. Государство в этом отношении вряд ли способно быть компетентным. Анри Пуанкаре (1910) находил смехотворной саму мысль о том, что парламенты разных государств могут принимать компетентные решения по вопросам научных исследований. Он писал: «Следует руководствоваться своей совестью; любое правовое вмешательство будет неуместно и несколько нелепо». Вот почему современной медицине нужна мудрость — мудрость, с которой ученые должны подходить к своим желаниям. Есть способы проведения научных исследований, которыми лучше не пользоваться.

«Мы сами себе должны закрыть доступ к знанию, на восприятие которого у нас не хватает нравственности» (Ниренберг, Рамсей).

«Возможно, высшая мудрость состоит в том, чтобы признать, что мы недостаточно мудры для того, чтобы знать, чего мы не хотим знать» (Коуэн, 1977). Во Всемирной Декларации прав человека (принята на сессии ООН 10.12.48) в третьей главе гово-

рится: «Каждый человек имеет право на жизнь, свободу и безопасность своей личности». В седьмой главе добавляется: «Все равны перед законом и имеют право на защиту со стороны закона» (ЮНЕСКО, Право быть человеком. Т. 2. С. 662). Эти принципы должны быть главными нравственными ценностями, которыми руководствуется в своей деятельности специалист медицинского, биологического или фармацевтического профиля.

3. Предмет биоэтики

Таким образом, в круг биоэтического обсуждения биологов, медиков, психологов, философов, этиков, священнослужителей, и других специалистов, изучающих человека, общество и природу, относятся проблемы, связанные с:

- модификацией поведения с помощью «шоковой терапии»,
- прав личности с психиатрической патологией,
- генной инженерией,
- суррогатным материнством,
- клонированием,
- этикой аборта,
- трансплантацией органов,
- продажей детей,
- изменением пола,
- искусственным продлением жизни, эвтаназией,
- клиническими испытаниями новых лекарственных препаратов,
- фетотерапией,
- трансфузиологией,
- производством трансгенных продуктов и т. п.

Новые технологии поставили человечество перед новой и чрезвычайно актуальной глобальной проблемой, суть которой заключается в том, что эти технологии уже сегодня способны изменить сложившуюся за время существования человечества направленность его развития на организменном уровне существования. К чему это может привести в долгосрочной перспективе, — не знает никто. К такому вмешательству общество морально не готово, хотя в стремительно стареющем, страдающем от голода, бес-

плодия и системных заболеваний обществе медики и биологи могут принести реальную пользу, используя технологически и научно корректные методики.

Однако новые возможности медицины и биологии связаны не только с лечением, но и с управлением человеческой жизнью и смертью. Именно поэтому биоэтику сегодня часто определяют как *систему знаний о границах допустимого манипулирования жизнью и смертью человека*⁹.

Здравый смысл и моральный закон требуют предварительного осмысления новых перспектив. Проблемы биоэтики все больше привлекают внимание международных организаций: ООН, ЮНЕСКО, Совета Европы, Всемирной организации здравоохранения, Всемирной медицинской ассоциации и т. д. Каждая из этих организаций принимает документы — конвенции, рекомендации, соглашения и пр., направленные на этическое и юридическое регулирование медико-биологических исследований и практики здравоохранения. Часть из этих документов обязательны для исполнения, часть — имеет рекомендательный характер.

Международные договоры и другие документы, в которых участвует Россия, имеют при этом приоритетное значение по сравнению с российскими законами, т. е., если между российскими и международными законами возникает противоречие, то руководствоваться следует международными, а не российскими, правовыми нормами. В 1992 году при Российской Академии наук впервые создан Национальный комитет по биоэтике, сопредседателями которого стали А. А. Баев и И. Т. Фролов. В новом поколении Государственного образовательного стандарта, утвержденном Комитетом по высшему образованию РФ в 1999 году, биомедицинская этика обозначена как самостоятельная учебная дисциплина и ее преподавание рекомендовано УМО для всех высших медицинских и фармацевтических образовательных учреждений России. Сегодня биоэтика преподается как обязательный учебный курс во всех медицинских вузах, а раздел по биоэтике имеют все современные учебники по этике.

⁹ Силуянова И. В. Биоэтика в России: Ценности и законы. — М., «Грантъ». — 2001. — С. 5.

Биоэтика как научное направление явилась системным ответом на возникшее в медицинской практике противоречие между технологическими возможностями медицины и объективным отсутствием культурно-психологических стереотипов поведения в ситуациях применения новых биотехнологий.

«Биоэтика исследует акты самоопределения человека в его отношении к своей жизни, анализирует возникающие здесь коллизии выбора, синтезирует максимы достойного поведения в этих ситуациях»¹⁰. Круг вопросов, которые входят в проблемное поле биоэтики, многообразен. Но все биоэтические проблемы объединяет признание в методологии их решения приоритета таких общечеловеческих ценностей, как жизнь, индивидуальное и популяционное здоровье, благополучие, справедливость, милосердие, человек, смирение и ответственность.

Медицинская биоэтика имеет основным объектом изучения профессиональное поведение медицинских работников в новых условиях. В биоэтике как новой науке междисциплинарного типа делаются попытки синтезировать на принципах равноправия ценностные установки, методологические основания и теоретические аппараты множества научных дисциплин, не входивших до недавнего времени в парадигму официальной академической медицины: социологии, психологии, правоведения, религиоведения, философии, культурологии, этнологии, этнографии, антропологии и этики. Это как раз те отрасли научного знания, которые входят в систему гуманитарных наук, изучая процесс формирования и стереотипы функционирования индивидуального и группового сознания, а также — мотивацию и стимулирование человеческого поведения и общественных отношений.

Современная литература по проблемам биоэтики насчитывает не одну тысячу наименований. Например, в библиотеке одного из крупнейших образовательных медицинских центров — в Институте им. Кеннеди Джорджтаунского университета собрано свыше 21 тыс. книг, энциклопедий, справочников, диссертаций, материалов различных конгрессов, симпозиумов по различным ас-

¹⁰ Баталов А. А. Биоэтика и космизм // Методол. и социал. проблемы медицины и биологии: Сб. научн. трудов. Вып. 12. — М., 2000. — С. 24.

пектам биомедицинской этики, ежегодно выписывается свыше 300 периодических изданий, выпускаемых в различных странах по теории и практике биоэтики¹¹.

Термин «биоэтика» предложен В. Поттером в 1969 году. Ключевым понятием слова «биоэтика» является «этика». Этика — наука о морали и нравственности, т. е. теоретическая система, исследующая системные побуждения человеческого поведения, определяемого представлениями о добре, зле и справедливости. Под понятием «морали» следует понимать систему внешних, коллективно определяемых побуждений (стимулов) поведения человека, а под «нравственностью» — систему внутренних побуждений (мотивов).

Моральные нормы современного общества признают медицину как деятельность, избавляющую человека от болезней тела и духа и облегчающую физическое и психическое страдания в состоянии болезни. Над таким истолкованием медицины можно размышлять, потому что традиционное восточное мировоззрение, например, понимает медицину как деятельность по обеспечению здоровья.

Разность толкований социокультурной миссии медицины предопределяет состояние, при котором каждое конкретно-историческое медицинское сообщество, как и любая социальная общность, имеет собственную этику — медицинскую. Но медицинская этика, отличаясь от моральных систем других социальных групп, кое в чем с ними схожа.

Все существующие этические системы и медицина близки друг другу и на «практическом» уровне, и теоретическом в том, что соотносятся со своими составляющими и друг с другом через понятие нормативности. При этом в медицине речь всегда идет о нормативности нескольких уровней: взаимосвязи органического и психического; органического и социального; психического и социального. Другими словами, медицина теоретически взаимосвязана с этикой на уровнях «врач — болезнь»; «врач — пациент» и «врач — общество».

¹¹ Яровинский М. Я. Лекции по курсу «Медицинская этика» (биоэтика): Учеб. пособие. — М.: Медицина, 2001. — С. 3.

Этическая взаимосвязь уровня «врач — болезнь» определяется необходимостью учета врачом собственных ценностных установок в отношении оценки природы и механизмов конкретного заболевания. Уровень взаимоотношений «врач — пациент» предполагает высокий уровень нравственности врача («нравственную культуру»). Во взаимодействии и взаимовлиянии «врач — общество» акцентировано значение моральных и правовых норм данной исторически-конкретной ступени общественного развития.

Таким образом, медицинская этика в целом — это раздел этики. Объектом медицинской этики являются «общие» и «профессионально-особенные» принципы и методы профессионального поведения, причем как осознанные медиками, так и бессознательно применяемые ими на «корпоративном уровне». В этом значении медицинская этика во многом смыкается с понятием «этика» вообще. В более узком смысле под термином «медицинская этика» понимается осознанная и даже записанная в виде своеобразных кодексов совокупность этических норм выполнения медицинским персоналом своих профессиональных обязанностей по отношению к пациентам и их родственникам. В последнем значении понятие медицинской этики тесно взаимосвязано с понятием «деонтология».

Термин «деонтология» был введен в научный обиход в XIX веке английским философом Дж. Бентамом — основателем Лондонского университета. Получил юридическое образование, но юристом-практиком никогда не был. Тем не менее, его авторитет создателя и толкователя различных законов, кодексов, философских доктрин, экономических и этических идей был настолько велик, что он состоял в переписке и лично встречался с главами таких государств, как Россия, Франция, Германия, Испания, Греция, США и др. Дж. Бентам является основоположником философии утилитаризма¹² и деонтологии.

Понятие деонтологии используется Дж. Бентамом не наряду, а в противовес термину «этика», признающей моральными только те поступки, которые не могут иметь антиобщественных следст-

¹² Утилитаризм может быть упрощенно истолкован как принцип оценки всех явлений, событий, фактов и процессов с точки зрения их полезности.

вий (не могут быть аморальными) и, следовательно, всегда одобряются обществом. Между тем, в ряде случаев человеку, например врачу, иногда приходится в интересах больного или его родственников нарушать общественные моральные нормы (не говорить правды по поводу болезни и о ее прогнозе). Поэтому, по Дж. Бентаму, деонтология это учение о том, как должно поступать в той или иной конкретной ситуации, и как поступать нельзя в отношении конкретных людей и событий, но безотносительно к моральным нормам общества в целом. Таким образом, деонтология, по Бентаму, учит, как должно поступать во вполне конкретных ситуациях, даже если эти поступки будут антигуманными (антиобщественными) в общепринятом значении понятия «мораль». В понимании Дж. Бентама деонтология имеет ярко выраженный исторический характер и всегда уникально-специфична по отношению к определенному историческому времени и состоянию общества.

По сути, деонтология является уставом, т. е. собранием правил, инструкций, законов и т. п., предназначенных исключительно для профессионалов, и только для них.

Если соблюдение моральных норм «в обществе в целом» предполагает личности выбор («могу поступить так, а могу и иначе»), ибо мораль в обществе всегда сослагательна и не обязательна для исполнения, а носит рекомендательный характер: «хорошо бы...», то соблюдение норм деонтологии обязательно. Обязательно почти точно так же, как обязательно для граждан соблюдение статей уголовного кодекса, как соблюдение норм права. При этом «обязательность» исполнения предписаний деонтологии никогда не фиксируется законодательно, а существует в виде «профессиональных кодексов чести». А. П. Зильбер¹³, например, считает, что деонтология — «это этика роботов, в которых заложен алгоритм, составленный программистом, благодаря которому робот всегда поступает должным образом, хотя и не знает, почему так поступает». Тем не менее, медицинская деонтология существует и признается как единственно правильный

¹³ Зильбер А. П. Этика и закон в медицине критических состояний. Этюды критической медицины. Т. 4. — Петрозаводск, 1998. — С. 35.

способ обучения моральному поведению врачей в России, и более того — любые спецкурсы медицинского вуза в современной России имеют разделы деонтологии, обязательные для изучения студентами.

Деонтология взамен медицинской этики (и в терминологии, и по сути), по мнению все того же А. П. Зильбера, получила особое распространение исключительно в практической медицине нашей страны, хотя в других странах это понятие используется только в рамках юриспруденции и философии, и западный врач руководствуется в своей профессиональной деятельности не столько деонтологическими принципами, сколько законом.

В современной философии и биоэтике деонтология как учение о должном противопоставляется аксиологии — учению о добре и зле, о моральных ценностях вообще, поскольку главным препятствием на пути международного распространения деонтологических принципов является их частое противоречие с законодательными нормами.

Необходимость выделения медицинской этики в особый раздел этической теории, вместо деонтологии, таким образом, определяется уникальностью морально-нравственных требований к медицинским работникам, но во вписывании «медицинской этики» в общий контекст моральных норм общества, сама медицина нуждается не меньше, чем в признании обществом ее права на ее особый «моральный кодекс». Основная функция современной медицинской этики, включающей как деонтологический, так и аксиологический аспекты нормативной этики, заключается в том, чтобы усилиями самих медиков непротиворечиво вписывать медицину в систему существующих общественных норм и моральных предписаний, в систему общечеловеческих представлений о благе, добре и зле, справедливости и несправедливости, долге, свободе и ответственности.

Общество намерено, и имеет законное право на это, осуществлять определенный контроль за моральностью медицины, поскольку медицина входит в сферу социальной деятельности и уже тем самым подконтрольна обществу. И потребность контролировать медицину именно в отношении соблюдения ею моральных норм и принципов данного общества определяется именно

спецификой взаимоотношения медицины и морали. Например, специфической особенностью медицинской деятельности является то, что врач имеет, и обязан иметь дело с людьми, у которых нарушена самая чувствительная, многоликая и существенная составляющая человеческого существования — здоровье.

Врач имеет дело с человеком субъективно и объективно страдающим, т. е. — дезадаптированным в самых различных отношениях, в том числе — и в морально-нравственном. Эта особенность порождает неповторимое многообразие отношений врача как субъекта с объектом его деятельности в сфере морали и нравственности — с пациентом.

Субъектная специфика объекта медицинской деятельности ставит врача в ситуацию сложнейших интеллектуальных и моральных выборов, поскольку дезадаптированный пациент нарушает привычные нормы жизнедеятельности не только на биологическом уровне, но и в самых разнообразных морально-нравственных отношениях: например, может публично плакать (и проявлять аффекты иного рода), может быть агрессивным, или, напротив, неадекватно терпеливым, подобострастным и пр. Если для медицинской науки проблемой является определение нормы, то проявление и установление наиболее оптимальных и эффективных взаимодействий с патологией еще более затруднено.

То же самое справедливо и в описании поведения его родственников или коллег, постоянно находящихся в стрессовых (ненормальных) условиях длительного взаимодействия с людьми, физически и нравственно дезадаптированными в жизни. Вовсе не случайно больной в стационаре сулит врачу «золотые горы» за свое выздоровление, а после такового — в лучшем случае забывает врача и медперсонал, а в худшем — пишет на них жалобы. Что уж говорить о ситуациях инвалидизации или летального исхода! При этом для успешной диагностики и лечения врачу зачастую приходится вторгаться в историю жизни пациента, вникать в особенности его характера, привычек, осознавать систему ценностей. Отсюда возникают проблемы профессиональной и моральной ответственности медицинского работника, профессионального долга, проблема меры ответственности за жизнь, здоровье и эмоциональное состояние пациента.

Производным от понятий профессиональной и моральной ответственности является понятие «обязанность». «Обязать» творчески и предельно ответственно подходить к уникальному состоянию каждого пациента при помощи только внешних стимулов невозможно. Отсюда — необходимость специального и целенаправленного нравственного воспитания медицинского работника, а также — проблема определения критериев нравственного соответствия требованиям профессии. Нельзя видеть в профессиональной ответственности медика лишь «дамоклов меч» общественных требований к специалисту и профессионалу.

Профессионально необходимые нравственные качества медика должны быть частью его «Я». Тогда ответственность, которую человек возлагает на себя добровольно, превращается в его право, в его личную потребность, в его интерес к профессии, в профессиональный навык корректного и морального поведения как в профессиональном, так и «общественном» смысле. Понятие «профессиональной ответственности» в медицине, кроме морально-нравственного, имеет и юридическое значение. В законодательстве фиксируются наиболее типичные отношения медицинских работников и их пациентов, которые имеют особенно ярко выраженные социальные последствия. Менее типичные, хотя и регулярные отношения, фиксируются моральными и нравственными нормами корпоративной морали и нравственности.

Моральные нормы, регулирующие взаимоотношения медицинских работников с пациентами в ситуациях, неопределяемых законодательно, составляют предмет нормативной медицинской этики в целом и деонтологии — в частности. В современную эпоху медицина испытала потребность и в дополнительном регуляторе своих взаимоотношений с пациентами, их родственниками и обществе в целом — в биоэтике и биоэтической теоретической системе.

Этическая направленность биоэтики предполагает, что медицина в целом так же, как и любой человек в процессе своей жизнедеятельности, ищет в этике общественное оправдание своего поведения в непривычных (нетрадиционных) для него условиях и нравственные мотивы личностного поведения. Деонтология — это своего рода устоявшийся «этикет» медицинского поведения; а

биоэтика — это процесс осмысления ситуаций социальной и биологической двусмысленности в практической медицине, порожденных прогрессом биологической науки и медицинского знания.

4. Этические комитеты

Для первичной морально-нравственной экспертизы биоэтических ситуаций и их оценки в международной практике стали создаваться этические комитеты.

Прототипы этических комитетов впервые возникли в клиниках США в 50-е гг., когда начали создаваться «экспертные комитеты», осуществлявшие экспертизы научно-исследовательских проектов в клиниках. Федеральное законодательство, требующее предварительной независимой оценки таких проектов появилось в США в 1966 году. Первое упоминание о «специальном комитете», созданном для защиты прав, достоинства, а также физического и психического благополучия испытуемых, содержится в редакции текста «Хельсинской декларации», принятой ВМА в октябре 1975 года в Токио.

Согласно «Декларации», такой комитет должен быть «независимым, т. е. не связанным ни с исследователем, ни с финансирующей данное исследование структурой (или отдельным лицом), органом, действующим в соответствии с законодательством страны».

Согласно международным требованиям, *каждый протокол* биомедицинского исследования проблемного плана должен пройти предварительно этическую экспертизу, задача которой — вынести постановление об одобрении или неодобрении предлагаемого проекта. Цель этой экспертизы — обеспечить защиту права, безопасности, благополучия и достоинства людей, участвующих в экспериментах в качестве испытуемых. Кроме того, этические комитеты проводят морально-нравственную экспертизу биоэтических проблем и конфликтов, возникающих в сфере здравоохранения и медицины.

Основным документом, которым руководствуются в своей деятельности члены этических комитетов, являются решения и

положения международной конвенции по биоэтике. Так, важнейшим положением конвенции является признание необходимости по мере развития новых технологий находить приемлемые морально-этические и юридические решения двусмысленных биомедицинских проблем путем дискуссий и обсуждений.

Этические комитеты эффективно работают во многих странах. В США, например, существует три разновидности этических комитетов. Комитеты по этике исследования (IRB), больничные этические комитеты и созданная в июле 1996 года «Национальная консультативная комиссия по биоэтике» при Президенте США. Комиссия при Президенте является преемницей существовавшей с 1974 до 1978 год «Национальной комиссии по защите субъектов в биомедицинских и поведенческих исследованиях» и работавшей с 1980 по 1983 год «Президентской Комиссии по изучению этических проблем в медицине, биомедицинских и поведенческих исследованиях». Президентский уровень комиссий по биоэтике свидетельствует о том общенациональном значении, которое имеют биоэтические проблемы.

В большинстве европейских стран также существуют этические комитеты национального уровня, но в них основной акцент делается на обсуждении биоэтических проблем с общественностью и формировании системы биоэтического образования. Несмотря на весьма существенные различия между «европейской» и «американской» моделями, вследствие их активности, современная общественность и средства массовой информации находят согласительные решения в проблемных вопросах биомедицины.

В состав этических комитетов, кроме медиков, входят представители религиозных и общественных организаций, философы, психологи, уважаемые граждане. Такой состав призван гарантировать соблюдение прав всех сторон, вовлеченных в морально-нравственный конфликт или этически двусмысленную ситуацию. В своей деятельности этический комитет руководствуется имеющимся законодательством, своей совестью и теми моральными традициями, которые существуют в медицинской этике, а также существуют в данной культуре.

В нашей стране правовой базой при формировании этических комитетов является статья 16 «Основ законодательства Россий-

ской Федерации об охране здоровья граждан», провозглашающая возможность создания «комитетов (комиссий) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан». Эта статья является к началу 2001 года фактически единственным нормативным документом, но его содержание не позволяет детально и последовательно отобразить юридические процедуры организации самих комитетов по биоэтике, равно как и содержательную организацию их деятельности¹⁴. Кроме этой статьи в России приняты законы «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (1992) с дополнениями, внесенными в 1999 году; «О донорстве крови и ее компонентов»; «О медицинском страховании» (дополнения и изменения последнего обсуждаются в настоящее время); «О психиатрической помощи»; «О лекарственных средствах»; «Об иммунопрофилактике» и др. Подготавливаются к обсуждению также законы о клонировании и генетике.

Этих законов пока явно недостаточно. Врачи, создающие новые технологии и осваивающие новые сферы приложения медицинского знания, объективно нуждаются в определенной этико-нормативной системе более широкого плана, содержанием которой является цельная и вполне определенная программа нравственного оправдания нетрадиционного действия врача.

О каких разрешающих поведенческих нормативах идет речь?

На первый взгляд, любой врач, дававший клятву и имеющий опыт практической деятельности, и так предельно ясно осознает свою нравственную ответственность и перед пациентами, и перед коллегами, и перед обществом в целом: существуют даже юридические нормы, конституирующие на государственном уровне и собственно профессиональные, и нравственные обязанности врача. Не случайно любые спецкурсы медицинского вуза рассматривают принципы деонтологии: взаимоотношения врача с больным, его родственниками на разных этапах лечения, взаимоотношения между специалистом и медперсоналом, соблюдение врачебной тайны и т. д.

¹⁴ Подробнее см.: Игнатъев В. Н. Этический комитет: история создания, модели, уровни и перспективы деятельности // Биомедицинская этика / Под ред. Покровского В. И. — М., 1997. — С. 207–223.

Однако в связи с научно-техническим прогрессом ситуация постоянно усложняется и врачи все чаще попадают в двусмысленные ситуации. *В Калифорнийском университете три врача без ведома пациентов провели уникальный эксперимент по обмену эмбрионами; в результате по меньшей мере 10 женщин выносили и родили «не своих» детей. В Йельском университете возник своеобразный бизнес: студентки продавали свои яйцеклетки для последующего оплодотворения...*

Новый канадский закон запрещает эксперименты над эмбрионами старше двух недель (отсчет с момента зачатия). Современные канадские законодатели предусмотрели самое невероятное в биомедицине: запрещено изъятие яйцеклеток и спермы из тел умерших; запрещено создание смешанных эмбрионов человека и животного.

Но можно ли *законодательно* ограничить полет творчества, в том числе и в сфере биотехнологий? История показывает, что нельзя.

Парадоксально, но факт: во все времена общество затрачивало и затрачивает колоссальную энергию на формирование у членов культуры навыков репродуктивного (исполнительского) поведения, вводя системы запретов (законов, табу) на любой образ действий, кроме должного. Однако во все времена члены общества нарушали и нарушают эти запреты, причем как безопасными, так и опасными для них и общества в целом способами. Более того, чем большее количество *рекомендаций*, регулирующих жизнь общества при помощи *морали*, переводилось в ранг *законов (табу)*, тем большее количество людей и во все большем количестве сфер деятельности стремятся нарушать (или обходить) границы, устанавливаемые этими законами. Чем жестче законы, тем более авантюрно и дерзко их нарушение. Человек, обычно, не нарушает только те правила, которые в виде нравственного закона, установил себе сам. *Скорее всего, более правомерной и продуктивной является позиция национальных европейских биоэтических комитетов, поставивших своей главной целью полилог с общественностью и биоэтическое просвещение.*

Кроме того, большинство сфер человеческой деятельности вообще невозможно жестко регламентировать. Например, фразу

«Ты очень умный», при желании, можно произнести с такой интонацией, что она прозвучит не как похвала, а как оскорбление. Невозможно и создать правила, в которых будут регламентированы все возможные профессиональные ситуации в системе человек — человек. Какие жесткие указания по установлению очередности приема пациентов может выдать для дежурного врача главврач, если к тому одновременно обратятся с острой болью в животе два ребенка или ребенок и беременная женщина, имеющие одинаковые «объективные показатели» для хирургической операции?

Какими критериями выбора руководствоваться врачу, если, например, в результате природной катастрофы огромное количество пострадавших с полостными и иными тяжелыми травмами требует незамедлительной медицинской помощи, а возможности медиков не безграничны? Следует ли врачу, например, считаться с желанием пациента умереть, или это желание определено болезненным состоянием пациента? А если болезнь неизлечима? Или: следует ли врачу идти навстречу пожеланиям бесплодной пары и помогать ей с помощью суррогатного материнства, если родителям больше сорока лет и есть опасность, что у них не хватит сил полноценно воспитать этого ребенка, или ответственность за этот выбор полностью ложится на пациентов?

Общество, даже не осознавая этих сложностей выбора в медицинской профессии, *чувствует проблематичность* возникшей ситуации, и потому стремится ограничить произвол в медицине, прямо манипулирующей жизнью и здоровьем членов сообщества. Общественность заинтересована в необходимости формирования соответствующей морали едва ли не больше, чем в справедливом и жестком законодательстве. Биоэтика — предпосылка и результат такого регулирования здравоохранительной сферы.

К сожалению, в нашей стране пока отсутствует не только система юридических норм, регулирующая биомедицинскую деятельность; в России отсутствует и единый этический кодекс профессионального поведения представителей медицинской профессии, и механизм *реальной* законодательной защиты *всех* прав и достоинства пациентов (испытываемых).

Например, в существующей редакции «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» говорится:

«Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является согласие гражданина» (статья 32), но не говорится ни о целях, ни о последствиях медицинского вмешательства, ни о форме получения согласия от пациента (испытуемого). Законов, защищающих медицинских работников, нет даже в таком виде.

Подобное же положение можно обнаружить в Законе РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека», который гласит: «Изъятие органов и (или) тканей у трупа не допускается, если учреждение здравоохранения на момент изъятия поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо либо его близкие родственники или законный представитель заявили о своем несогласии на изъятие его органов и (или) тканей после смерти для трансплантации реципиенту» (статья 8). А если у умирающего были другие пожелания? Или он не высказал пожеланий в связи с тем, что не был информирован о перспективах? Или он не имеет родственников или других законных представителей, способных отстаивать его права? Нашему законодательству еще только предстоит вводить норму, которая позволяла бы без излишних бюрократических проволочек, но на законных основаниях, фиксировать пожелания гражданина относительно будущего медицинского вмешательства в собственный организм после смерти, а обществу — вырабатывать критерии морально-нравственного отношения к биоэтическим ситуациям и культуру поведения в этих ситуациях.

Вопросы по теме

1. С помощью словарей и лекций дайте определение понятиям «мораль», «нравственность», «этика», «биоэтика», «деонтология», «медицинская этика», «право», «закон», «рекомендация».

2. Почему невозможно жестко регламентировать жизнь людей в обществе даже с помощью ужесточения законодательства, и какую роль в регулировании человеческого поведения играют мораль и нравственность?

3. Почему Дж. Бентам противопоставлял понятия «этика» и «деонтология»?

4. Выявите общее и различное в содержании понятий «мораль» и «право».

5. В чем заключается специфика «медицинской этики» и чем она отличается от «этики вообще»?

6. Что общего и различного в содержании понятий «моральное поведение врача» и «нравственное поведение врача»?

7. Раскройте содержание понятия «морально-нравственная культура личности».

8. Какие организационные, правовые, социальные и этические функции должны выполнять комитеты по биоэтике?

9. Как соотносятся правовое регулирование здравоохранительной деятельности и биоэтика?

10. Как следует поступить врачу, если его нравственное чувство противоречит сложившейся моральной традиции?

11. Проанализируйте понятия «гуманизм», «гуманитарный», «гуманный», «человечный» и «человеческий».

12. ВЕНА, 01 сентября 2002 год. — Европейские и американские организации медиков выступают за изменения знаменитой клятвы Гиппократата и приведения ее «в соответствие с современными этическими ценностями».

По мнению большинства медиков, нынешняя клятва Гиппократата, возникшая как своеобразный «устав этического поведения врачей» еще 2,5 тысяч лет назад, не отражает современных этических проблем, которые возникли с развитием, например, генетики или теории клонирования живых существ. О пересмотре каких принципов и норм идет речь?

13. Один из авторов инициативы доктор Уолтер Макдоналдс, работающий в Американском институте врачей, считает, что новая «врачебная хартия должна поставить во главу угла здравоохранения интересы пациента, отношения к которому должно быть одинаково, независимо от его происхождения, национальности, расы и конфессии».

Как считают врачебные союзы и объединения Европы и США, новая клятва или хартия должна быть признана всеми медицинскими учебными и лечебными заведениями и практиковаться ими. Оцените и проанализируйте позицию доктора Уолтера Макдоналдса.

14. Попробуйте выстроить иерархию основных аспектов врачебной деятельности по степени их значимости. Аргументируйте свой выбор:

- а) профилактическая медицина,
- б) диагностика,
- в) лечение,
- г) уход,
- д) высоконравственные взаимоотношения с пациентом,
- е) высоконравственные взаимоотношения с родственниками пациентов,

- ж) поддержание доброжелательной моральной атмосферы в коллективе,
- з) специально-медицинская компетенция,
- и) формирование и поддержание атмосферы ответственности и принципиальности в коллективе,
- к) соблюдение норм юридической законности при исполнении врачебных обязанностей,
- л) другое.

15. Член религиозной секты «Свидетели Иеговы», которая запрещает переливание крови как носителя, по мнению этого учения, жизни и души, отказывается делать необходимую ему по медицинским показаниям аппендэктомия. Когда его аппендикс разрывается, и он впадает в бессознательное состояние, хирург все же делает ему операцию и спасает жизнь.

Оцените моральные и правовые аспекты ситуации.

16. Восемнадцатилетний пациент в состоянии наркотического опьянения после автодорожной аварии узнает от врача скорой помощи, что у него раздроблена нога, и необходимо решать вопрос об ампутации. Какую линию поведения следует выбрать врачу?

17. Девочка 8 лет доставлена в отделение больницы бригадой скорой помощи с диагнозом «менингит» из школы, в которой учителя предупредили врачей, что родители девочки — последователи религиозного учения «христианская наука», отрицающей право человека на любую медицинскую помощь. Что могут, и что должны в этой ситуации предпринять медицинские работники?

18. *Проанализируйте «рационализм моральной позиции» в сцене спора царя Креона и Антигоны после ее неудачной попытки похоронить брата Полиника, за которую ей в соответствии с указом царя грозит смертная казнь*¹⁵:

«КРЕОН. Ты хочешь повторить свой нелепый поступок? Но у тела Полиника стоит стража, и даже если опять тебе удастся засыпать труп землей, его опять откопают, ты прекрасно знаешь. Что ты можешь сделать? Только обломаешь ногти и дашь себя снова схватить?

АНТИГОНА. Да, ничего другого я не знаю. Но это, по крайней мере, в моих силах. А делать нужно то, что в твоих силах».

Царь убеждает Антигону в том, что ее поступки нерациональны, бесполезны и советует ей примириться с обстоятельствами, после чего ей станет «легче жить».

¹⁵ Ануй Ж. «Антигона» / Пьесы. Т. 1. — М., 1969. — С. 305, 315–317.

«КРЕОН. У тебя вся жизнь впереди... Все остальное не в счет... Ты будешь еще больше презирать меня, но когда-нибудь — это ничтожное утешение в старости — ты поймешь, что жизнь, вероятно, все-таки счастье.

АНТИГОНА. Как вы все противны мне с вашим счастьем! С вашей жизнью, которую надо любить, какой бы она ни была. Вы, словно собаки, облизываете все, что найдете. Вот оно, жалкое, будничное счастье, надо только не быть слишком требовательным! А я хочу всего, и сразу, и пусть мое счастье будет полным, иначе мне не надо его совсем!».

19. Среди японцев распространено убеждение, что теплое, кровото-чащее тело живо, даже если врачи констатировали смерть мозга. Возможно ли развитие трансплантологии в японской культуре? Если «да», то при каких условиях, если «нет», то в каких формах?

20. «Все культуры имеют свои сильные и слабые стороны, и очень легко оказаться в одной из двух в равной степени спорных позиций. Одна крайность — это представление о том, что западная медицина имеет исключительное право на истину и включает в себя все знания и методы, необходимые для того чтобы понять причины человеческих страданий. Другая крайность: не существует правильной точки зрения, и каждый традиционный подход к медицине столь же обоснован, как и западная традиция»¹⁶. Где же тогда находится истина, и в каком направлении должно развиваться биоэтическое знание?

¹⁶ Кэмпбелл А., Джиллетт Г., Джонс Г. Медицинская этика / Под ред. Ю. М. Лопухина и Б. Г. Юдина. — М., 2004. — С. 56.



Тема 3 ЭТИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И МОРАЛЬНО-НРАВСТВЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Основной тезис. Успешное и продуктивное решение биоэтических проблем прямо зависит от тех этических принципов, которые заложены в методологию здравоохранения и медицинской деятельности, а также от тех морально-нравственных традиций, в соответствии с которыми медицина строит модели врачевания, манипулируя рождением, жизнью, здоровьем и смертью человека.

План

1. Методология медицинской деятельности и ее морально-нравственные основания.
2. Принципы биомедицинской этики.
3. Модели медицинской этики.
4. Модели врачевания.

1. Методология медицинской деятельности и ее морально-нравственные основания

Под понятием «методология» в науке и философии понимается комплекс взаимосвязанных и взаимодополняющих способов (методов) целенаправленного и последовательного осуществления какой-либо деятельности. Этот комплекс «системен», т. е. строится как хорошо организованная структура идей, которые соподчинены и функционально взаимосвязаны друг с другом. основополагающие идеи методологии, в соответствии с которыми определяется значимость и функции метода, называются *принципами*, которые сами являются сложными комплексами и состоят из идей-аксиом и ценностей ядерного уровня мировоззрения.

Аксиома — это истина, принимаемая на веру без доказательств. Например, любая из противоречащих друг другу идей о том, что «девушку украшает скромность» или «девушку украшает скромность, если ей больше нечем себя украсить» сначала принимается человеком на веру как истинная, и либо воспринимается всерьез как действительная истина, либо оценивается иронично. В любом случае эта идея, сформулированная в форме афоризма, сначала затрагивает базовые ценности («красота, любовь, забота, семья» или другие) каждого человека, для которого девичьи качества актуальны, и лишь затем подвергается критической оценке сознанием как «принцип оценки девичьей скромности». Принципы идеальны, т. е. это системы, состоящие исключительно из идей, которые управляют деятельностью человека в форме морально-нравственных или формально-логических правил.

Принцип, таким образом, — это представление человека о ценности, значении, цели или сверхцели определенной деятельности или качестве. Соблюдение принципов успешной методологии предопределяет успешность применения методов.

Организованные на основании определенных принципов необходимые, целенаправленные и взаимосвязанные действия называются *методами*. *Метод* — это «объективированный» во времени и пространстве способ осуществления какой-либо деятельности. «*Объективированность*» метода предполагает, что ему, т. е. данному способу действий, возможно обучить любого чело-

века, поверившему в целесообразность и правильность данной методологии. Объективированность метода позволяет не только обучать ему кого-то, но и контролировать соблюдение правил, методик осуществления.

Принцип *субъективирован*, т. е. его соблюдение находится преимущественно только под контролем самой личности. Принцип *предшествует деятельности* как процессу реализации методов. Проконтролировать соблюдение принципа со стороны группы можно далеко не во всех случаях. Например, соблюдение принципа «информированного согласия пациента на все риски медицинского манипулирования» проконтролировать возможно только в том случае, если он оформлен в виде договора. Проконтролировать соблюдение принципа «не навреди» сложнее, ведь он относится не только к определенной медицинской манипуляции, а и к тону, интонации, внимательности медика, т. е. к качеству медицинского обслуживания, и обнаружить, нанесен вред пациенту или нет, возможно только на конечных этапах деятельности. Хорошо, если медицинский работник справился с поставленной профессиональной задачей, не нанеся пациенту ятрогенного поражения. А если — нет?

Организация элементов какой-либо системы называется *структурой*. С элементами системы и их взаимосвязями можно осуществлять определенные действия. Количество этих действий и их характер зависят не столько от специфики структуры объекта и предмета исследования, сколько от принципов, на основе которых построена используемая методология деятельности. Все действия, подчиненные определенной методологии, необходимы, целенаправлены и взаимосвязаны. В этих действиях нет ничего лишнего.

Метод всегда доказателен и проверяется на практике. Методология отчасти проверяется, отчасти — принимается «на веру». «Верить» или «не верить» определенной методологии возможно по причине того, что в заложенных в ее основании принципах (идеях), всегда присутствует некоторый набор непротиворечивых *аксиом*, т. е. ценностей, которые принимаются личностью без доказательств.

Таким образом, методология — это система методов и принципов деятельности. Методология официальной (академической) медицины строится как система медицинских технологий и

методик (методов), в основании которой лежат теоретико-логические и морально-нравственные *принципы*.

К теоретико-логическим аксиомам (ценностям) принципов методологии современной официальной (академической) медицины относятся убежденность в достоверности выводов и законов естественных наук и правомерности распространения этих выводов на жизнедеятельность человека. Именно в силу этой убежденности современное академическое сообщество взяло курс на «научно достоверную медицину».

К морально-нравственным аксиомам (ценностям) академической (западно-европейской) медицины относится традиционная вера в гуманное предназначение медицинской деятельности, убежденность в необходимости соблюдения медицинскими работниками вполне определенных деонтологических правил поведения, убежденность в ценности индивидуальной жизни. Право личности на информацию о собственном здоровье на морально-нравственном уровне признается не всеми членами медицинского сообщества и в европейской культуре нередко критикуется американская практика возведения сообщения обреченному больному правды о его состоянии здоровья в ранг безусловной добродетели¹⁷. Основными морально-нравственными принципами, на основании которых строится современная медицинская деятельность, и в биоэтических ситуациях признаны эти требования: «делай благо», «автономии пациентов» и «информированное согласие».

Соблюдение общих моральных принципов является внутренним делом личности и далеко не всегда может быть проверено в формализованной форме (как проверить, верит ли личность в добро, в какой степени верит, и как заставить в него поверить?) Для того чтобы хотя бы отчасти регламентировать моральное поведение медика, медицинское общество создало профессиональные кодексы этического поведения в стандартных медицинских ситуациях (деонтологию).

В пользу и необходимость деонтологии верят медицинские сообщества не всех современных стран и государств. «Деонтология

¹⁷ См., например: Иванюшкин А. Я. Новая медицинская этика приходит из хосписа // Человек. — 1994. — № 5. — С. 108.

взамен медицинской этики — и в терминологии, и, по сути, — получила особое распространение в нашей стране, хотя в других странах это понятие почти не используется — разве только в рамках научной юриспруденции и философии»¹⁸. А. П. Зильбер объясняет популярность деонтологии в нашей стране длительным засильем административно-командной системы, которая закономерно, — обратите внимание, как все взаимосвязано и взаимообусловлено в системе, — вынудила мышление прекрасных, гуманных врачей психологически преувеличить значение деонтологической части в медицинской этике.

Мы уже говорили в предыдущих лекциях о том, что медицинская этика, как любая этическая система, состоит из двух уровней: аксиологического (ценностного) и деонтологического (нормативного). И что ценности — это то, во что человек верит, значение чего считает для себя главным, обязательным для исполнения. Нормы же — это поведенческие следствия веры и убеждения.

Если признавать огромную роль аксиологических оснований в формировании направленности и характера поведения любого человека, — значит, признавать право врача на выбор. А если верить в ведущую роль деонтологии и нормативов деятельности, это значит — признавать отсутствие права медицинского работника на выбор и необходимость его абсолютного подчинения строгим правилам в морально-нравственной сфере.

Но на практике, как это ни парадоксально, человек, поступающий всегда *должным образом* по жестким правилам, ошибается чаще того, кто сомневается и выбирает линию поведения самостоятельно. Ведь набор деонтологических правил ограничен жестким набором ситуаций и описанием их условий. В жизни набор ситуаций для человека практически не ограничен, и, следовательно, для безошибочных действий ему недостаточно знания правил поведения. Необходим еще навык морально-нравственного выбора.

Деонтология ближе к закону, аксиология — к творчеству. Если за медицинской этикой признавать право на творчество, необходимое для продуктивных решений в меняющихся клиниче-

¹⁸ Зильбер А. П. Этика и закон в медицине критических состояний. Этюды критической медицины. Т. 4. — Петрозаводск, 1998. — С. 35.

ских ситуациях, то становится более понятна дискуссионность биоэтических проблем, для которых современное медицинское сообщество пытается выработать единые принципы, а не только единые правила поведения. Правила, их знание и соблюдение, необходимы для типичных ситуаций; принципы, их знание и соблюдение — для атипичных.

Этические принципы и нормы поведения в биоэтических ситуациях в последние годы активно разрабатываются медицинской общественностью во всех странах мира, но в большинстве этих не всегда стандартных ситуаций медику всегда будет необходимо самостоятельно принимать морально-нравственное решение, руководствуясь основными принципами биоэтики.

2. Принципы биомедицинской этики¹⁹

Принятие морального решения всегда является трудным делом, оно требует ответственного размышления. Поскольку далеко не всегда в реальной жизни есть время на обдумывание и анализ аргументации в пользу того или иного морального выбора, практичным является использование моральных принципов, которые были выведены и обоснованы в рамках этической теории. Из этической теории вытекает (могут быть выведены) ряд этических принципов и правил, а также основные моральные обязательства врачей и других профессионалов здравоохранения и права пациентов.

Любая из имеющихся этических теорий приняла бы эти принципы в качестве подходящих установок для принятия моральных решений, хотя не все сформулировали бы их одинаковым образом и не все придали бы им одинаковый моральный вес.

Все принципы биомедицинской этики имеют непосредственное отношение к проблемам, связанным с решениями относительно медицинского обслуживания и проведения биомедицинского исследования. Они имеют свои ограничения: например, не имеют абсолютного значения. Появляются моральные проблемы (даже в контексте медицины), в отношении которых они не мо-

¹⁹ Излагается по: Силуянова И. В. Биоэтика в России: ценности и законы. — М., 2001.

гут обеспечить прямого руководства. В других случаях принципы могут вступать в противоречие и приводить к несовместимым решениям. Сами по себе принципы не указывают способа разрешения подобных конфликтов, так как они, даже взятые вместе, не составляют логически последовательной моральной теории. Для разрешения подобных конфликтов нужны общие принципы построения этической теории.

Биомедицинская этика включает в себя определение обязательств медицинских работников с точки зрения цели медицинской профессии, а также общей и специальной практической роли врача и других профессионалов здравоохранения. Эти цели и роль являются результатом соглашения между профессией, пациентами и обществом. Участие общества в этом определении находится под влиянием философии, религии, истории конкретного общества, одним словом, всей культуры.

В связи с таким пониманием природы морали, согласно которому мораль предполагает автономную личность, первый принцип биомедицинской этики — этический принцип уважения автономии личности.

Общечеловеческими принципами биомедицинской этики являются:

- принцип гуманности, уважения человеческого достоинства личности;
- принцип благодеяния;
- принцип справедливости.

Минимум знаний в области биоэтики необходим любому человеку, поскольку и ему самому, и его родным и близким так или иначе приходится вступать в контакты с системой здравоохранения, включая, прежде всего медицинское обслуживание. Это значит, что для студента-медика, биолога или психолога, который готовится лечить человека либо проводить с его участием научные исследования, специальная подготовка в области этико-правовых проблем медицинской науки и практики является более чем желательной — *необходимой*. То же самое относится и к организаторам служб здравоохранения, и ко всему медицинскому персоналу вообще.

Из одного только анализа принципов можно заключить, что моральные стороны взаимодействия между медиком, пациентом и общественностью и есть главный объект изучения в биомедицинской этике.

Биоэтика исходит из того, что в основе отношений между медиком и пациентом лежат неотчуждаемые права человека и уважение достоинства каждого. Пациент, с которым сталкивается медик, может испытывать глубокие страдания, из-за которых он даже может потерять человеческий облик; он может быть законченным алкоголиком или наркоманом, закоренелым преступником, умственно неполноценным; он может быть тяжело изувеченным, быть без сознания или находиться на пороге смерти; более того, медикам приходится иметь дело и с телом умершего, и с существом, которое только в перспективе обретет человеческую жизнь. Во всех этих, как и во многих других не менее тяжелых, ситуациях, медику нельзя забывать того, что человек, в отличие от неодушевленного предмета или даже от очень высокоразвитого животного, заслуживает особого отношения. Носителем человеческого достоинства является каждый, безотносительно к его социальному статусу, заслугам, финансовым или иным возможностям.

Что касается прав человека, то здесь прежде всего следует сказать о праве каждого быть признанным личностью. Это право должно быть признано всеми наравне с моральным обязательством (долгом) каждого признавать в качестве личности любого другого человека, а не только себя.

Медицинская деятельность есть осуществление милосердия к страждущим. В наиболее общей форме принцип милосердия реализуется в требовании «Делай добро и избегай зла». К сожалению, эти формулировки настолько общи, что не в состоянии помочь личности в ситуации, когда непонятно, что есть Добро, а что — есть Зло.

История общества свидетельствует, что ценить любого человека люди научились не сразу. В первобытном обществе умели ценить только «своих»; в эпоху рабовладения — только «свободных» и т. д. В современном обществе сложилась традиция отношения к любому человеку как ценности самой по себе, безотносительно к тому, насколько данный человек «полезен» для дан-

ного сообщества. Именно такое отношение к человеку сегодня позволяет оценивать все другие вещи и процессы с точки зрения их последствий для личности. Выделяют вещи объективно *необходимые* для человека. Например, личную свободу, здоровье, продовольствие, жилище. Необходимыми таким образом считаются вещи, необходимые для сохранения жизни и человеческого достоинства. Другие вещи или явления могут быть *полезными*, но не необходимыми для человека. К полезным вещам относят, например, *модную* одежду или *модную* диету. Необходимое для человека считается Благом.

Невозможно делать Благо абсолютно всем, потому что для разных людей иногда необходимы разные вещи. Так, необходимость в личной свободе и независимости в случае утраты здоровья может быть объективно ограничена *единственно возможным способом снабжения пациента пищей или продолжением медицинского обслуживания*. Обязательство делать добро ограничено требованием не делать зла. Спасение тонущего среди льдин ребенка ограничивается опасением свидетелей утонуть самим и тем самым принести зло в свои семьи. Ясно, что медицине, профессионально занимающейся милосердием, необходимы более точные и определенные формулировки, которые помогли бы им поступать «как должно» в сложных ситуациях.

Нужно ли, например, врачу сопереживать пациенту настолько, чтобы «надсадить собственное сердце» и потом лечиться от депрессии? Но как измерить сочувствие и сопереживание, зная, что пациенту легче разделять свою боль с другими людьми? Является ли Благом для пациента, когда медики поддерживают его жизнь лишь в «вегетативном статусе»? Может ли считаться Благом сохранение «врачебной тайны» в отношении больного открытой формой туберкулеза, но не желающего ограничивать себя в общении?

Однако часто вопрос заключается не в том, какие Блага признать необходимыми, а какие просто полезными для человека. Иногда проблема возникает в форме выбора между обеспечением Блага либо для одного, либо для другого человека. Например, при выборе между двумя одинаково пострадавшими в катастрофе пациентами, или при ситуации отказа пациента от медицинского обслуживания ради сохранения базисных благ для членов своей

семьи. Человек, подвергающийся по медицинским показателям химиотерапии, подвергается риску вреда от этой терапии и врачу приходится решать, стоит ли подвергать пациента этому виду лекарственного воздействия. К слову сказать, перед медиками часто встает вопрос, может ли такой риск причинения вреда быть оправданным, и, если «да», то каким образом?

Для того чтобы медик имел возможность оптимального решения в подобных ситуациях, медицинская общественность выработала ряд этических принципов, которыми следует руководствоваться, формируя линию своего профессионального поведения.

Принципы «Не навреди» и «Делай Благо». Одним из наиболее древних этических принципов медицины, заложенный в традицию во времена Гиппократата, является принцип «не навреди». Этот принцип предписывает не наносить зло (вред) кому-либо умышленно или прямо, запрещает подвергать других риску. Обязательство «не вредить» пациентам предполагает для врача необходимость осуществлять только те медицинские манипуляции, в позитивном действии которых он уверен, и которые не угрожают непредвиденными последствиями. Однако следование этому принципу как единственному решению проблемы в полном объеме не решает.

Как, например, должен поступить врач, и кому он обязан «не вредить», если в процессе обследования женщины с четырехмесячной (долгожданной для обоих супругов) беременностью, выясняется, что у матери — рак матки. Если пытаться спасти жизнь женщины, то матку следует немедленно удалить. Если пытаться спасти жизнь плода, то ценой жизни матери матку следует сохранить.

Долг милосердия требует, чтобы человек нес моральное обязательство всегда помогать другим людям и содействовать их интересам, если только возможно это сделать без существенного риска для нас самих²⁰. При этом степень обязательства милосердия определяется в соответствии со следующими критериями.

— Человек, которому мы должны помочь, рискует значительной опасностью или ущербом.

²⁰ Бартко А. Н., Михаловска-Карлова Е. П. Биомедицинская этика. Теория, принципы и проблемы. Часть 2. — М., 1999. — С. 49.

— Существует объективная и субъективная возможность предотвращения этой опасности или ущерба.

— Вполне определенное действие должно предотвратить данную опасность или ущерб.

— Блага, которые человек получит в результате произведенных другим человеком действий, превышают вред и риск, наносимый данными действиями самому, другому, человеку.

Но, оказывая вполне доступный ему акт милосердия в отношении забеременевшей онкологической больной (гарантированно обеспечить жизнь плода ему гораздо сложнее), медик сталкивается с другой достаточно сложной моральной проблемой: гибелью плода.

В этом случае существует моральный принцип «двойного эффекта», позволяющий оценить моральную приемлемость существующего риска или вреда, суть его в следующем.

— Само действие должно быть в моральном отношении хорошим или, по крайней мере, индифферентным.

— Вред, который принимается во внимание, не должен быть средством достижения хорошего результата.

— Мотивом действия должно быть достижение только хорошего результата, т. е. вредное последствие действия не должно быть умышленным, а только возможным и терпимым.

— Должна быть соразмерная причина, чтобы осуществить действия, имеющие вредные последствия.

1) Если операцию по удалению матки онкологической больной рассматривать как действие, то оно в моральном отношении индифферентно, *т. е. эта технически осуществимая операция не является ни плохой, ни хорошей.*

2) Если врач намерен спасти жизнь пациентки и уверен в прогнозе, то средством спасения ее жизни является удаление матки, а *не убийство плода.*

3) Мотивом операции является спасение жизни женщины, а *не смерть плода.*

4) Хороший результат (спасение жизни матери), по крайней мере, равноценен плохому (смерть плода).

При отсутствии других обстоятельств операция по удалению матки, следовательно, считается морально оправданной, хоть и наносит вред, но приносящей Благо большее, чем нанесенный вред.

Подобные ситуации привели современную медицину к осознанию исторической необходимости смещения морально-нравственных оценок в основополагающем принципе милосердия. Сегодня принцип «Не навреди» уступает место моральному принципу «Делай Благо».

Принцип автономии. Родовая сущность человека еще выдающимся представителем немецкой классической философии Л. Фейербахом определена как единство индивидуального и коллективного способов жизнедеятельности. «Коллективизм» предполагает зависимость поведения отдельного человека от правил поведения группы; индивидуализм — автономность человеческого существования. Термин «автономия» происходит от греческих слов «сам» и «закон» и означает целый ряд понятий: самоуправление, право на основные свободы, право на невмешательство, право на индивидуальный выбор, право на свободу действовать согласно своей собственной воле и быть самим собой. Мы действуем автономно, когда наши мотивы и наши действия не зависят от воли других людей, а наши решения зависят только от нашей собственной доброй воли (добровольны). Быть автономным — значит быть самоопределяемым. Автономия личностного бытия нарушается, когда человека принуждают к действию физической силой, психологическим давлением, чьим-то интеллектуальным превосходством или угрозой социального наказания.

У шестилетней девочки в школе обнаруживается сильная лихорадка, рвота и конвульсии. Учителя вызывают скорую медицинскую помощь. В больнице лечащий врач ставит диагноз менингита и звонит родителям за разрешением начать лечение. Однако родители настаивают, чтобы их ребенку не проводили никаких медицинских мероприятий, так как они последователи религиозного учения «Христианская наука», которое утверждает, что болезни и излечение определяются верой в Бога. Тем не менее, врач начинает лечение, а родители позже предъявляют иск врачу и больнице.

В этом и подобном ему случаях возникает целый комплекс моральных проблем, связанных с нарушением автономии личности. В данном случае, нарушено законное право родителей принимать решения относительно благополучия их ребенка. Врач имел право действовать либо только с согласия родителей, либо — через суд.

Врач утаивал от родителей умершего младенца, информацию о врожденном непредсказуемом дефекте, так как не хотел оказывать влияние на их решение в последующем иметь детей.

В данном примере речь идет о сокрытии информации, способной стать решающей при принятии осознанного и взвешенного будущего решения родителями иметь или не иметь детей.

Одна из традиционных проблем любой социальной организации — структурировать общество таким образом, чтобы автономия индивидуального существования сохранялась и поддерживалась в любых жизненных ситуациях. В медицине проблема автономии, понимаемая и как право на свободу действия, и как право на свободу рационального решения, актуальна, прежде всего, потому что в значительной части клинических и других медицинских ситуаций уважение к индивидуальной автономии сложно проявить в силу ряда психологических причин.

Пациент, даже находящийся в сознании, зачастую объективно лишен возможности эффективно обдумать ситуацию и принять свободное решение, потому что он страдает, и не всегда вполне отдает себе отчет о действительном состоянии. Например, он может отказываться от операции из-за «страха» и под влиянием минутной эмоции. Иногда пациент может не обладать достаточными интеллектуальными способностями для того, чтобы адекватно отреагировать на ситуацию. В ряде случаев пациент может находиться в бессознательном состоянии.

Например, пациент с неоперабельной формой карциномы может спрашивать у врача «У меня рак?» в одном случае с надеждой на опровержение этого предположения, а в другом — потому что действительно хочет *знать* и осознанно предпринять необходимые распоряжения для членов своей семьи.

Принцип уважения автономии личности в медицинской практике предполагает позитивную и утвердительную обязанность медика *уважительного обращения, информирования пациента о состоянии дел и перспективах, благоприятствованию автономного принятия решения*. Вследствие неравного распределения знания между профессионалами и пациентами, из принципа уважения автономии, именно врач обязан оказывать услуги пациенту по его информированию, подготовке к добровольному принятию

решения, осознанию прямых и косвенных следствий ситуации. При этом специализированное знание, даже лицензия, не уполномочивает медика *контролировать* какие-либо аспекты жизни пациента или ограничивать его свободу. Врач не имеет права *решать за пациента*, он может только оказать *экспертное* влияние на принятие добровольного решения пациента.

Принцип информированного согласия. Принцип автономии пациента предполагает, что *медик не может лечить пациента без информированного согласия пациента или его законного заместителя, кроме как в точно определенных законом чрезвычайных ситуациях.*

Концепция информированного согласия является относительно новой в медицине, особенно российской. Российская этическая медицинская традиция, вслед за этической традицией Гиппократа, обязывала врача не информировать пациента, а скрывать от него реальное положение дел. Те из врачей, что и сегодня пользуются *патерналистской* моделью врача, продолжают строить свои отношения с пациентом на вертикальном уровне²¹, продолжая оценивать пациента в силу его меньшего медицинского профессионализма как «неразумное дитя». Все, кто следует коллегиальной модели, видят в пациенте делового, т. е. равноправного партнера, понимают, что информированное согласие является не только этической необходимостью, но и специфической медицинской технологией. Врачи, конструирующие свои отношения с пациентами или их законными представителями по контрактной модели, точно знают, что информированное согласие и определяет содержание и сущность контракта.

Независимо от личной позиции профессионалов здравоохранения, закон Российской Федерации настоятельно требует информированного согласия, особенно для инвазивных процедур (медицинских процедур со значительными рисками, такими, как в хирургии). Исключение составляет только оказание неотложной помощи.

Для *информированного согласия пациента* (или его законного заместителя) необходимо обеспечение компетентности пациента (или его заместителя), т. е. понимание последствий согласия без ка-

²¹ См. раздел «Уровни общения» в теме «Биоэтика и психология».

кого-либо принуждения. Компетентности пациента должен добиваться профессиональный медик, владеющий всей информацией о состоянии и следствиях лечения в соответствии со своими профессиональными обязанностями. Именно поэтому *профессионал обязан предоставить пациенту или его заместителю всю необходимую информацию и удостовериться в том, что она была понята.*

Необходимо подчеркнуть, что профессионал здравоохранения, с одной стороны, не имеет права лечить пациента, который является некомпетентным, когда тот находится в бессознательном состоянии, в состоянии сильного опьянения или является в сильной степени умственно отсталым. Пациенты до 18 лет являются компетентными в этическом смысле и не компетентными — в правовом. Для лечения всегда требуется разрешение пациента, его представителя или суда. С другой стороны, в законе существуют оговорки, в соответствии с которыми врач *обязан* оказывать экстренную медицинскую помощь по жизненно важным показаниям, невзирая на компетентность пациента. Это вновь рождает сложные этико-правовые проблемы.

Пределы компетентности пациента определяются прежде всего здравым смыслом, а не уровнем образования пациента или соответствием с какими-либо техническими стандартами: пациент должен понимать факт, что без лечения он умрет, станет инвалидом, или будет испытывать длительную сильную боль. Пациент должен понимать, что он санкционирует лечение. Тот факт, что пациент отверг предложенное профессионалом лечение, не означает отсутствие его компетентности или понимания. Пациент может предпочесть боль от болезни, а не от лечения; смерть, а не длительные эмоциональные страдания своей семьи.

Существуют четыре правила или критерия информирования пациента.

— Правило предпочтения пациента, согласно которому профессионал сообщает пациенту ту информацию, которую тот желает знать.

— Правило профессионального обычая, в соответствии с которым профессионал должен говорить пациенту то, что принято говорить в данном медицинском сообществе.

— Правило благоразумной личности, согласно которому профессиональный медик предоставляет пациенту ту информацию, в которой нуждается всякая благоразумная личность.

— Правило раскрытия информации, важной для данного лица. В соответствии с этим правилом медик обязан предоставить не абстрактному, а данному пациенту именно ту информацию, в которой он нуждается, особенно в том случае, если эта информация способна позитивно повлиять на решение пациента.

3. Модели медицинской этики²²

1. *Модель Гиппократ* (в основе модели лежит принцип: «не навреди»).

Принципы врачевания, заложенные «отцом медицины» Гиппократом (460–377 до н. э.), лежат у истоков врачебной этики как таковой. В своей знаменитой «Клятве», Гиппократ сформулировал обязанности врача перед пациентом.

Клятва Гиппократ

Клянусь Аполлоном врачом, Асклепием, Гигиеей и Панакеей и всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство: считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своими недостатками и в случае необходимости помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и безо всякого договора; наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никому другому.

Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости.

Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно также

²² Излагается по: Силуянова И. В. Биоэтика в России: ценности и законы. — М., 2001.

я не вручу никакой женщине абортивного pessария. Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство.

Я ни в коем случае не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимся этим делом.

В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедливого и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами.

Что при лечении — а также и без лечения — я ни увижу или ни услышу касательно жизни людской из того, что не следует разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной.

Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена; преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому.

Модель Гиппократов предполагает морально приемлемыми только те врачебные средства и действия, которые не причиняют несправедливости и не наносят ущерба пациентам. Этот принцип отличает мудрость, т. е. осторожность в использовании врачебного искусства. Вся полнота ответственности за результаты диагностики и лечения возложена на врача, а пациент выступает не субъектом, но объектом врачебных манипуляций.

Принцип «не навреди» (модель Гиппократов). Исторически первой формой врачебной этики были моральные принципы врачевания Гиппократов, изложенные им в «Клятве», а также в книгах «О законе», «О врачах» и др. Гиппократов называют «отцом медицины». Эта характеристика не случайна. Она фиксирует рождение профессиональной врачебной этики. В древних культурах — вавилонской, египетской, иудейской, персидской, индийской, греческой — способность человека врачевать свидетельствовала о его «божественной» избранности и определяла элитное, как правило, жреческое положение в обществе. Например, первые вавилонские врачи были жрецами, и основными средствами лечения были обряды и магия. Первый египетский целитель Имхотеп — жрец, который впоследствии был обожествлен, и храм в его честь в Мемфисе был одновременно и госпиталем, и

медицинской школой. Медицинская практика была исключительным правом магов Персии и брахманов Древней Индии.

Исследователи предполагают, что отец Гиппократ был одним из жрецов Асклепия — бога медицины в древнегреческой цивилизации. Становление греческой светской медицины было связано не только с влиянием рационального знания и накоплением опыта врачевания, но и с принципами демократической жизни городов-государств Древней Греции. Освященные и не обсуждаемые права врачующих жрецов постепенно, но неизбежно сменялись моральными профессиональными гарантиями и обязательствами лекарей перед пациентами. Так, в Клятве Гиппократы были впервые сформулированы и выписаны обязанности врача перед больными, перед своими коллегами по ремеслу.

Практическое отношение врача к больному и здоровому человеку, изначально ориентированное на заботу, помощь, поддержку, безусловно, является основной чертой профессиональной врачебной этики. То, что впоследствии, в христианской морали, станет идеальной нормой отношения человека к человеку — «люби ближнего своего как самого себя», «любите врагов ваших» (Мф. 5,44) — в профессиональной врачебной этике является реальным критерием и для выбора профессии, и для определения меры врачебного искусства.

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

Примером документа, созданного в режиме «модели Гиппократы», является «Клятва российского врача», принятая 4-й Конференцией Ассоциации врачей России в ноябре 1994 года:

«Добровольно вступая в медицинское сообщество, я торжественно клянусь и даю письменное обязательство посвятить себя служению жизни других людей, всеми профессиональными средствами стремясь продлить ее и

сделать лучше; здоровье моего пациента всегда будет для меня высшей наградой.

Клянусь постоянно совершенствовать мои медицинские познания и врачебное мастерство, отдать все знания и силы охране здоровья человека, и ни при каких обстоятельствах я не только не использую сам, но и никому не позволю использовать их в ущерб нормам гуманности.

Я клянусь, что никогда не позволю соображениям личного, религиозного, национального, расового, этнического, политического, экономического, социального и иного немедицинского характера встать между мною и моим пациентом.

Клянусь безотлагательно оказывать неотложную медицинскую помощь любому, кто в ней нуждается, внимательно, заботливо, уважительно и беспристрастно относиться к своим пациентам, хранить секреты доверившихся мне людей даже после их смерти, обращаться, если этого требуют интересы врачевания, за советом к коллегам и самому никогда не отказывать им ни в совете, ни в бескорыстной помощи, беречь и развивать благородные традиции медицинского сообщества, на всю жизнь сохранить благодарность и уважение к тем, кто научил меня врачебному искусству.

Я обязуюсь во всех своих действиях руководствоваться этическим кодексом российского врача, этическими требованиями моей ассоциации, а также международными нормами профессиональной этики, исключая не признаваемое Ассоциацией врачей России положение о допустимости пассивной эвтаназии. Я даю эту клятву свободно и искренне. Я исполню врачебный долг по совести и с достоинством».

Ту часть врачебной этики, которая рассматривает проблему взаимоотношения врача и пациента под углом зрения социальных гарантий и профессиональных обязательств медицинского сообщества, можно назвать «моделью Гиппократ». Совокупность же рекомендаций, которые принимает медицинское сообщество, осознавая свою особую включенность в общественную жизнь, является принципами, заданными этикой Гиппократ. Речь идет об обязательствах перед учителями, коллегами и учениками, о гарантиях непричинения вреда, оказания помощи, проявления уважения, справедливости, об отрицательном отношении к эвтаназии, абортам, об отказе от интимных связей с пациентами, заботе о пользе больного, о врачебной тайне.

Среди перечисленных принципов основополагающим для модели Гиппократа является принцип «не навреди». В «Клятве» говорится: «Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости». В культурно-историческом контексте этики Гиппократа принцип «не навреди» фокусирует в себе гражданское кредо врачебного сословия, ту исходную профессиональную гарантию, которая может рассматриваться как условие и основание его признания обществом в целом и каждым человеком, который доверяет врачу ни много, ни мало — свою жизнь.

2. Модель Парацельса. В основе модели заложен принцип: «делай добро».

Следующая официально признанная модель врачебной этики сложилась в средние века. Наиболее четко ее принципы были изложены Парацельсом (1493–1541). В отличие от модели Гиппократа, когда врач завоевывает социальное доверие пациента, в модели Парацельса основное значение приобретает патернализм — эмоциональный и духовный контакт врача с пациентом, на основе которого и строится весь лечебный процесс.

Завещание Парацельса (к вопросу о медицинской этике Движения «Врач простого Человека»)

Совершенствуй свое врачебное искусство, не уклоняйся ни на шаг от своего призвания до тех пор, пока Бог не призовет тебя к себе, и всеми силами противодействуй ложным искусствам и учениям в медицине.

Стремись любить больных больше, чем самого себя.

Помни, что недопустимо судить о состоянии больного исключительно по внешним симптомам и назначать лекарства, не вникнув в суть болезни.

Никогда не бери денег, которых ты не заслужил.

Не доверяй слепо аптекарям и не заставляй насильно лечиться детей.

Обязуйся не тратить время на пустые домыслы, но неизменно устремляться к точному знанию.

Никогда не лечи князей и знатных людей, если они не заплатят вперед, причитающийся тебе гонорар.

Никогда не лечи благородных дворян в их замках, а монахов или монахинь — в их монастырях.

Если поблизости заболит какой-либо врач, ты должен приложить все усилия для его лечения, даже если он никогда не слышал о твоём существовании и не приглашал тебя к себе.

Если болезнь послана человеку во испытание или в наказание за грехи, ты не должен вмешиваться в Божий промысел. Там, где природа бессильна, тебе также не должно предпринимать напрасных попыток.

Тот, кто задерживает полагающийся тебе гонорар, достоин презрения. Ты должен оказывать помощь женщинам, утешать советом и добрым словом всех тех, кто страдает от уныния. Поскольку больному посылает врача сам Христос, ты, всякий раз подходя к одру страждущего, должен воспринимать себя как Божьего избранника и действовать в соответствии со словами Спасителя о любви к ближнему. Однако ты не должен применять свое искусство в доме, где муж и жена находятся в ссоре друг с другом, простирает ли она из личной неприязни или имеет в своей основе материальные причины. Никогда не лечи тех, кто презирает врачей, но, несмотря на это, требует помощи. Ни при каких обстоятельствах не давай человеку, больному незнакомой тебе болезнью, неизвестное лекарство, даже если он будет просить об этом.

Согласно этической модели Парацельса, отношения врача и пациента подобны отношениям духовного наставника и послушника, так как понятие *pater* (лат. — отец) в христианстве распространяется и на Бога. Вся сущность отношений врача и пациента определяется благодеянием врача, благо в свою очередь имеет божественное происхождение, ибо всякое Благо исходит свыше, от Бога. Пациент обязан беспрекословно слушаться врача, который является носителем Блага.

К. Г. Юнг так писал о Парацельсе: «В Парацельсе мы видим родоначальника не только в области создания химических лекарств, но так же и в области эмпирического психического лечения». Если в гиппократовской модели медицинской этики врач должен завоевать социальное доверие личности пациента, то «модель Парацельса» — это прежде всего учет эмоционально-психических особенностей личности, признание глубины ее душевно-духовных контактов с врачом и включенности этих контактов в лечебный процесс.

В «модели Парацельса» в полной мере развивается патернализм как тип взаимосвязи врача и пациента. Смысл слова «отец» в патернализме фиксирует, что «образцом» связей между врачом и пациентом являются не только кровно-родственные отношения, для которых характерны положительные психо-эмоциональные привязанности и социально-моральная ответственность старшего, но и «целебность», «божественность» самого контакта врача и больного. Эти «целебность» и «божественность» определены, заданы добродетелью врача, направленностью его воли к благу больного.

Неудивительно, что основным моральным принципом, формирующимся в границах данной модели, является принцип «делай добро», благо, или «твори любовь», благодеяние, милосердие. Врачевание в модели Парацельса — это организованное осуществление добра. Парацельс учил: «Сила врача — в его сердце, работа его должна руководствоваться Богом и освещаться естественным светом и опытностью; важнейшая основа лекарства — любовь»²³.

В средние века характер и уровень развития медицинских знаний находился в гармоничной связи с христианской антропологией, в частности, с постановкой и решением проблемы взаимоотношения души и тела. Патологические процессы в организме человека проявляли себя и фиксировались в опыте и медицинском знании только на уровне болевых ощущений. Средневековое понимание собственно болезни — это прежде всего понимание состояния переживания боли в результате физического страдания. Боль так же, как и радость или благодарность — это человеческое чувство. «А чувство, — учил Августин Блаженный (354–430), — есть то, благодаря чему душа осведомлена о том, что испытывает тело».

Согласно средневековой логике, чувство боли от ножевой раны испытывает душа, а не тело. «Боль не содержится в ножевой ране, так как чисто механическое повреждение не включает в себе боли»²⁴. Душа же является для тела деятельным и управляющим принципом. Десять веков спустя христианский философ Иоанн Жоденский так сформулирует этот принцип христи-

²³ Алексеев С. С. Теория права. — М.: БЕК, 1995. — С. 31.

²⁴ Соловьев Вл. Оправдание добра. Соч. в 2-х т. Т. 1. — М., 1988. — С. 448.

анской антропологии: «Я верю и тверд в убеждении, что субстанция души наделена естественными способностями, чья деятельность независима от каких бы то ни было телесных органов... Такие способности относятся к более высокому уровню, чем телесность, и намного превосходят ее возможности»²⁵. Несомненно, под влиянием христианской антропологии Парацельс рассматривал физическое тело человека «лишь как дом, в котором обитает истинный человек, строитель этого дома; поэтому, рассматривая и изучая этот дом, нельзя забывать главного строителя и истинного хозяина — духовного человека и его душу».

Считается, и не без достаточных оснований, что христианское понимание души способствовало становлению суггестивной терапии (терапии внушения), которую активно применял выдающийся врач XVI столетия Джероламо Кардано, рассматривая ее как необходимую и эффективную составляющую любого терапевтического воздействия. Кардано понял роль фактора доверия и утверждал, что успешность лечения во многом определяется верой пациента во врача: «Тот, кто больше верит, излечивается лучше».

В терминологии современной психоаналитической медицины пациент, который верит, т. е. всецело расположен к своему терапевту, готов поделиться с ним своими секретами, находится в состоянии «позитивной трансференции». В конце XIX века З. Фрейд десакрализирует патернализм, констатируя либидоносный характер взаимоотношения врача и пациента. Его понятия «трансфер» и «контртрансфер» являются средством теоретического осмысления сложного межличностного отношения между врачом и пациентом в психотерапевтической практике. С одной стороны, Фрейд констатирует «целебный» характер личной включенности врача в лечебный процесс, с другой — говорит о необходимости ее максимальной деперсонализации (со стороны врача) как средстве психоэмоциональной защиты врача, работающего, как правило, одновременно с несколькими пациентами.

Условием и средством достижения деперсонализации является этичность поведения врача. З. Фрейд полагал, что всякий пси-

²⁵ Доссе Жан. Научное знание и человеческое достоинство // Курьер Юнеско. — Ноябрь, 1994. — С. 7.

хотерапевт, а деятельность врача любой специальности включает в себя психотерапевтический компонент, должен быть безупречным, особенно в нравственном отношении.

3. Принцип «соблюдения долга» (деонтологическая модель).

В основе данной модели, пришедшей на смену этической модели Парацельса, лежит принцип «соблюдения долга» (deontos по-гречески означает «должное»). Эта модель базируется на строжайшем выполнении медиком предписаний морального порядка. Соблюдение некоторого набора правил, устанавливаемых медицинским сообществом, социумом, а также собственным разумом и волей врача, становится обязательным для исполнения. Для каждой врачебной специальности существует свой «кодекс чести», несоблюдение которого чревато дисциплинарными взысканиями или даже исключением из врачебного сословия.

«Деонтологическая модель» медицины была введена в советскую медицинскую науку в 40-х гг. XX века профессором Н. Н. Петровым, который использовал этот термин, чтобы обозначить реально существующую область медицинской практики — врачебную этику. Врачебная этика была отменена в России после Октябрьской революции 1917 года за ее связь с религиозной культурой. Но от связи этики с религией на практике никуда не уйти, поскольку именно религия тысячелетиями выявляет, формулирует, транслирует и хранит морально-нравственные традиции, присущие культуре.

Деонтологическая модель врачебной этики — это совокупность правил «должного», соответствующих той или иной конкретной области медицинской практики. Примером этой модели может служить хирургическая деонтология.

Н. Н. Петров в работе «Вопросы хирургической деонтологии» выделял следующие этические правила: «хирургия для больных, а не больные для хирургии»; «делай и советуй делать больному только такую операцию, на которую ты согласился бы при наличной обстановке для самого себя или для самого близкого тебе человека»; «для душевного покоя больных необходимы посещения хирурга накануне операции и несколько раз в самый день операции, как до нее, так и после»; «идеалом большой хирургии является работа с действительно полным устранением не только всякой

физической боли, но и всякого душевного волнения больного»; «информирование больного», которое должно включать упоминание о риске, о возможности инфекции, побочных повреждений.

Симптоматично, что с точки зрения Н. Н. Петрова информирование пациента должно включать не столько «адекватную информацию», сколько внушение «о незначительности риска в сравнении с вероятной пользой операции». Еще одним примером деонтологической модели являются правила относительно интимных связей между врачом и пациентом, разработанные Комитетом по этическим и правовым вопросам при Американской медицинской ассоциации.

Они таковы: «интимные контакты между врачом и пациентом, возникающие в период лечения, аморальны; интимная связь с бывшим пациентом может в определенных ситуациях признаваться неэтичной; вопрос об интимных отношениях между доктором и пациентом следует включить в программу обучения всех медицинских работников. Врачи должны непременно докладывать о нарушении врачебной этики своими коллегами».

Характер этих рекомендаций достаточно жесткий. Очевидно, что их нарушение влечет за собой определенные дисциплинарные и правовые последствия для врачей, которых объединяет данная Ассоциация. Принцип *соблюдения долга* — основной для деонтологической модели. Соблюдать долг — это значит выполнять определенные требования. Не должный поступок — тот, который противоречит требованиям, предъявляемым врачу со стороны медицинского сообщества, общества в целом и его собственной воли и разума.

Когда правила поведения открыты и точно сформулированы для каждой медицинской специальности, принцип «соблюдения долга» не признает оправданий при уклонении от его выполнения, в том числе аргументы «приятного и неприятного», «полезного и бесполезного» и т. п. Идея долга является определяющим, необходимым и достаточным основанием действий врача. Если человек способен действовать по безусловному требованию долга, то такой человек соответствует избранной им профессии, если нет, то он должен покинуть данное профессиональное сообщество. Наборы «точно сформулированных правил поведения» в рос-

сийской системе здравоохранения разработаны практически для каждой медицинской специальности. Многочисленные советские издания по медицинской деонтологии периода 60–80-х гг. представляют собой перечень и характеристику этих правил практически по всем медицинским областям. Однако проблема в том, что практика слишком часто требует отклонения от этих правил ради блага все того же пациента.

Биоэтика (принцип «уважения прав и достоинства человека»). Современная медицина, биология, генетика и соответствующие биомедицинские технологии вплотную подошли к проблеме прогнозирования и управления наследственностью, проблеме жизни и смерти организма, контроля функций человеческого организма на тканевом, клеточном и субклеточном уровне. Некоторые проблемы, стоящие перед современным обществом, были упомянуты в самом начале данной работы. Поэтому как никогда остро встал вопрос соблюдения прав и свобод пациента как личности. Соблюдение прав пациента (право выбора, право на информацию и др.) возложено на этические комитеты, которые фактически сделали биоэтику общественным институтом.

Если в деонтологической модели, в соответствии с которой в акушерстве и гинекологии, например, рекомендуется «осторожность в высказываниях при пациентках», «завоевание доверия», «ровное, спокойное, разумное поведение врача, сочетаемое с заботливым и внимательным отношением к пациентке», то биоэтическая модель делает акцент на конфликте прав, который медик должен разрешить. Например, в тех же акушерстве и гинекологии современная медицинская этика призвана разрешить конфликт между «правом плода на жизнь» и «правом женщины на аборт». Еще одним примером таких проблем является отношение к эвтаназии. Здесь правовое сознание пациента, восходящее до осознания «права на достойную смерть», вступает в противоречие с правом личности врача исполнить не только профессиональное правило «не навреди», но и заповедь — «не убий».

Вследствие достижений научно-технического плана, в современной медицине речь идет уже не только о помощи больному, но и о возможностях управления процессами патологии, зачатия и умирания. Между тем возрастание технических возможностей ме-

дицины прямо сопряжено и с возрастанием степеней ответственности медицинских работников, поскольку они, вполне рядовые с обывательской точки зрения люди, в массовом порядке способны создавать весьма проблематичные в «физическом» и «метафизическом» (морально-нравственном и духовном) отношении последствия для человеческой популяции в целом. Медицина, работающая сегодня на молекулярном уровне, способна решать не только проблемы настоящего, но и будущего, предвидеть проблемы «будущего», которые могут возникнуть вследствие новых молекулярных технологий, а это поднимает уровень моральной ответственности медиков перед обществом на небывалую высоту.

Поскольку специалисты биологического и медицинского профиля являются членами не только микросреды (профессионального сообщества), но и макросреды (общества в целом), *референтной*, т. е. доминирующей в задании образцов поведения для них может стать любая из социальных групп, в которую они входят: семья, политическая партия, этническое сообщество или соседи по подъезду. Человек, как известно, ориентируется на ценности социальной группы, реализует их в своей жизнедеятельности, а референтная группа осуществляет положительное подкрепление (признает своим) или отрицательное подкрепление (непризнание, отталкивание, физическое насилие и т. д.).

К сожалению, в большинстве социальных групп современного населения сегодня преобладает *патосоциализация*, т. е. социализация, усиливающая тенденции раздора и животной inferнальности. Нетрудно понять, что упоение процессом научного исследования самим по себе, или «зарабатывания денег на несчастии (нездоровье) окружающих», удовольствие от власти над чужими судьбами, без принятия ответственности за результаты своей деятельности (техническая модель взаимоотношения врача и пациента), выполняют только деструктивную функцию в медицинском сообществе.

Современная медицина более чем когда-либо технически способна подняться до высот долговременного управления человеческой жизнью. Французский иммунолог и генетик Ж. Доссе полагает, что прогностическая медицина «поможет сделать жизнь человека долгой, счастливой и лишенной болезней». Однако этому

мешает одно «но». Это «но», с точки зрения Ж. Доссе, стоит на пути этой светлой перспективы. Это — «лицо или группа лиц, движимых жаждой власти и нередко зараженных тоталитарной идеологией». Прогностическую медицину еще можно определить как бессубъектную, безличностную, т. е. способную к диагностированию без субъективных показателей, жалоб и т. п. пациента. И это действительно реальный и беспрецедентный рычаг контроля и власти как над отдельным человеческим организмом, так и над человеческой популяцией в целом.

Эти процессы высвечивают, почему в 60–70-х гг. XX века формулируется такая форма медицинской этики как биоэтика, которая начинает рассматривать медицину в контексте прав человека. Основным моральным принципом биоэтики выдвинут принцип уважения прав и достоинства человека. Под влиянием этого принципа меняется решение «основного вопроса» медицинской этики — вопроса об отношении врача и пациента. Как известно, патернализм работал в режиме неоспоримого приоритета или «первичности» авторитета врача.

Сегодня остро стоит вопрос об участии больного в принятии врачебного решения. Это далеко не «вторичное» участие оформляется в ряд новых моделей взаимоотношения врача и пациента. Среди них — информационная, совещательная, интерпретационная, каждая из которых является своеобразной формой защиты прав и достоинства человека. Конфликт прав, принципов, ценностей, а по сути — человеческих жизней и судеб культуры — реальность современного плюралистического общества. Конкретной формой разрешения возможных противоречий в области биомедицины являются биоэтические общественные организации (этические комитеты).

Профессор Б. Г. Юдин полагает, что биоэтику следует понимать не только как область знаний, но и как формирующийся социальный институт современного общества. Этот институт включает этические комитеты при больницах, этические комиссии в научно-исследовательских учреждениях, специализированные биоэтические организации, объединяющие наряду с медиками священников, юристов, специалистов по биомедицинской этике и других граждан. Их задача — решение вопросов, связанных с вы-

работкой рекомендаций по конкретным проблемным ситуациям медико-биологической деятельности, будь то ее теоретическая или практическая сторона.

Введение этических комитетов в качестве самостоятельной структуры в систему российского здравоохранения предусмотрено и в «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (1993 г.). В разделе III «Организация охраны здоровья граждан в Российской Федерации» статья 16 гласит: «При органах государственной власти и управления, на предприятиях, в учреждениях, организациях государственной или муниципальной системы здравоохранения могут создаваться комитеты (комиссии) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан и в целях защиты прав человека и отдельных групп населения в этой области». Исторический и логический анализ развития этики врачевания приводит к выводу, что связь научности и нравственности в медицинской деятельности — одно из условий существования и выживания современной цивилизации.

4. Модели врачевания

Медицинская практика, в том числе и современная, это сложная дифференцированная система, в которой врачи и пациенты (элементы системы) могут находиться в самых разных формах социального взаимодействия. Каждая из форм отражает, во-первых, определенную этическую систему, а во-вторых, особенности пациента. Социальные роли врача и пациента устойчиво воспроизводимы в каждой культуре, поскольку каждая культура стремится выработать определенные традиции собственного существования. В устойчивой социальной системе, в устойчивой системе здравоохранения определенность взаимных ожиданий у врача и пациента поддерживаются при этом без особых существенных усилий каждой из сторон и потому можно говорить *о традиционных моделях врачевания*, присущих определенной культуре.

Рассмотрим конкретные и реально существующие модели взаимодействия медика и пациента, включающие в себя некоторые правовые аспекты описываемых отношений. Большая часть этических проблем взаимоотношений врача и пациента возника-

ет в медицинской практике там, где психологическое состояние больного, его характер и уровень культурного развития, социальная роль и ожидания не учитываются лечащим врачом при выборе стратегии и тактики поведения.

Патерналистская модель. В рамках патерналистской модели отношения между врачом и пациентом напоминают отеческое отношение родителя к ребенку или священника к прихожанину. В этой модели заметен существенный прогресс в моральном содержании взаимоотношений. Это уже не безличная манипуляция с предметом, характерная для инженерной модели²⁶. Патерналистское отношение наполнено субъективным содержанием и строится как определенного рода межличностное общение. Оно мотивировано стремлением помочь страдающему человеку и избежать нанесения ему вреда. Его моральными характеристиками можно полагать любовь к ближнему, благотворительность, милосердие и справедливость.

Правда, личности находятся при этом в неравном положении. Врач играет роль «отца», обладающего определенными научными знаниями и умеющего их применить. Пациент играет роль несведущего ребенка, моральная добродетель которого заключается в дисциплинированном выполнении предписаний и назначений «старшего».

Патерналистская модель господствовала в медицине на протяжении многих столетий. Она явно выражена и в Клятве Гиппократов, и в Обещании врача России. Патернализм в общении с пациентами остается нормой и для значительного числа современных медиков, да и многие пациенты воспринимают патерналистское отношение к себе как наиболее адекватное. Существует и значительное число людей, для которых патерналистское отношение врача психологически наиболее приемлемо. Их личные предпочтения необходимо уважать.

Так в чем же несовершенство этой модели с моральной точки зрения? Патернализм ущемляет права пациента как автономной личности, самостоятельно и свободно принимающей жизненно важные решения, контролирующей свое состояние. По сути дела,

²⁶ См. ниже, с. 114–116.

при этом присутствует элемент унижения личного достоинства больного, поскольку взаимодействие строится не как «горизонтальное» — равноправное, а как «вертикальное» — отношения власти и подчинения. Пациент, фигурально выражаясь, вынужден глядеть на врача «снизу вверх».

Социолог медицины Роберт Н. Вилсон характеризует эту модель как сакральную.

Основной моральный принцип, который выражает традицию сакрального типа, гласит: «Оказывая пациенту помощь, не нанеси ему вреда». Отрицательной чертой данной модели является то, что соблюдение всех указанных выше принципов, возложено исключительно на врача, а это требует от него высочайших моральных качеств. К сожалению, сейчас подобный подход при оказании медицинских услуг труднореализуем вследствие высокого уровня дискриминации по различным признакам (расовому, материальному, половому и пр.).

Думается, что патернализм является естественной и самой адекватной формой отношения врачей к больным детям и другим пациентам с ограниченной дееспособностью. То обстоятельство, что в момент принятия ответственного решения интересы ребенка или психически больного могут быть защищены за счет участия их законных представителей (например, родителей), несколько не умаляет уместности и моральной оправданности патерналистского отношения к ним в контексте рутинных отношений врачевания.

Патернализм, по сути, лишает пациента возможности принимать решения. Следовательно, для сбалансированной этической системы необходимо расширить круг моральных норм, которых должен придерживаться медик.

Приносить пользу и не наносить вреда. Ни один человек не может снять моральную обязанность приносить пользу и при этом полностью избежать нанесения вреда. Этот принцип существует в широком контексте и составляет только один элемент всего множества моральных обязанностей.

Защита личной свободы. Фундаментальной ценностью любого общества является личная свобода. Личная свобода и врача, и пациента должна защищаться, даже если кажется, что это может

нанести какой-то вред. Мнение какой-либо группы людей не может служить авторитетом при решении вопроса о том, что приносит пользу, а что наносит вред.

Охрана человеческого достоинства. Равенство всех людей по их моральным качествам означает, что каждый из них обладает основными человеческими достоинствами.

«Говорить правду и исполнять обещания». Моральные обязанности — говорить правду и исполнять обещания — столь же здравые, сколь и традиционные. Можно лишь сожалеть о том, что эти основания человеческого взаимодействия могут быть сведены до минимума ради того, чтобы соблюсти принцип «не навреди».

«Соблюдай справедливость и восстанавливай ее». То, что называют социальной революцией, усилило озабоченность общества равенством распределения основных медицинских услуг. Иными словами: если охрана здоровья — право, то это право — для всех.

Модель «технического» (инженерного) типа. Одно из следствий научно-технической революции — возникновение врача, беспристрастно относящегося к пациенту. Врач, как и ученый-математик, пытается опираться на факты, избегая ценностных суждений. Лишь после создания атомной бомбы и медицинских исследований нацистов, когда за испытуемым не признавалось ни каких прав (опыты, проводимые над заключенными концентрационных лагерей), человечество начало осуждать подобную позицию, но не смогло ее избежать. Сегодня модель инженерного типа зачастую выгодна врачу, потому что позволяет ему отгородиться от претензий пациента данными лабораторных анализов и компьютерной диагностики, лечебными стандартами.

В рамках называемой инженерной модели врач относится к пациенту, как к «безличностному механизму». Задача врачевания интерпретируется как исправление «поломки» механизма, обусловленной действием внешних или внутренних факторов. Впрочем, в ряде случаев вместо категории «поломки» используется понятие «отклонение физиологического механизма от положения равновесия».

Сам смысл врачевания при такой модели сводится к манипулированию с телом пациента и результатами лабораторных анализов. Инженерная модель строится на представлении о меди-

цинской деятельности как о сфере прикладного применения объективного научного знания о природных механизмах жизнедеятельности человеческого организма. Объективное знание определяет выбор метода лечения, которое осуществляется как техническая процедура. Благо пациента также уясняется через совокупность объективных признаков: биохимических показателей, значений артериального давления, газообмена, данных рентгенографии и т. п. Поскольку пациент не обладает необходимыми научными знаниями о собственном состоянии, то учет его мнения при выборе лечебного мероприятия считается не только бесполезным, но и вредным из-за привнесения субъективных, — «не научных» — оценок. Личное мнение пациента о собственном благо (здоровье) не учитывается.

Инженерная модель опирается на устаревшее представление об объективной природе научного знания. Между тем, как убеждена современная философия науки, любое объективное знание исходит из субъективных мировоззренческих установок, среди которых немаловажную роль играют личные и групповые интересы, а также, и не в последнюю очередь, определенные моральные предпочтения. Устаревший в научном смысле современный стандарт общественных взаимодействий допускает деперсонализацию отношения врача и пациента настолько, что интерпретирует медицинскую деятельность исключительно как особый род экономических отношений, в процессе которых медицинская услуга оценивается как качественная или некачественная потребителем, т. е. самим пациентом.

Пациент при таком подходе получает не только моральное, но и юридическое право требовать от производителя услуги возмещения материального и морального ущерба в судебном порядке. Переход к технической (инженерной модели) становится в таком случае обоснованным средством ухода врача от уголовной и административной ответственности в случае объективно непредвиденных следствий в диагностике и лечении, которые в медицине естественны и даже закономерны в силу сверхсложности объекта и предмета его профессиональной деятельности.

Однако всегда ли деперсонализация является результатом современного в научном плане и морально ущербного отноше-

ния медика к больному? В целом ряде распространенных в сегодняшней медицине конкретных ситуаций пациент объективно не может фигурировать в качестве полноценной личности. Высокая степень разделения труда в современной клинике, оснащенной высокотехнологичным оборудованием, приводит к тому, что непосредственно личный контакт с пациентом осуществляют, как правило, лечащий врач и медицинская сестра, в то время как значительное число специалистов, обслуживающих данного пациента, занято выполнением сугубо специальных процедур, практически исключающих элементы личного общения с пациентом. Деперсонализация отношения к пациенту является в данном случае не результатом аморального отношения или устаревшего научного мировоззрения, но следствием технологизации современной медицинской практики.

Модели контрактного и коллегиального типа. Сейчас медицина стала страховой, и в условиях коммерциализации все большую роль играют коллегиальная и контрактная модели отношений между медработником и пациентом. При таких моделях пациент становится деловым партнером своего врача. Он должен получать от врача всю информацию о состоянии своего здоровья, вариантах лечения, прогнозе развития заболевания, возможных осложнениях и т. д. и вместе с ним принимать решения.

Модель социальных отношений, которая более всего соответствует реальным условиям, большинству конкретных ситуаций, возникающих в клинической практике, а также принципам биоэтики, — это модель, основанная на контракте или соглашении. В понятие контракта следует вкладывать не только юридический смысл. Его следует трактовать также символически как традиционный религиозный или брачный обет, который подразумевает соблюдение принципов свободы, личного достоинства, честности, исполнения обещаний и справедливости. Данная модель позволяет избежать отказа от морали со стороны врача, что характерно для модели «технического» типа, и отказа от морали со стороны пациента, что характерно для модели сакрального (патерналистского) типа. Она позволяет избежать неконтролируемого равенства в модели коллегиального типа. В отношениях, основанных на «контракте», врач осознает, что в случаях значи-

мого выбора за пациентом должна сохраняться свобода управления своей жизнью и судьбой.

В модели контрактного типа у пациента есть законные основания верить, что исходная система ценностей, используемая при принятии медицинских решений, базируется на системе ценностей самого пациента, а множество разных решений, которые врач должен принимать ежедневно при оказании помощи пациентам, будет осуществляться в соответствии с ценностными идеалами больного. Кроме того, модель контрактного типа подразумевает морально чистоплотность и пациента, и врача. Решения принимаются медицинскими работниками на основе доверия. Если доверие утрачивается, то контракт расторгается.

Суть этой модели в том, что если условия соглашения не соблюдаются, или, по мнению одной из сторон, нарушаются, то врач или пациент вправе считать договор недействительным, лишит партнера тех полномочий, которые последний получил в силу договора, и потребовать компенсации. В Москве, Новосибирске и других городах России уже есть ряд коммерческих организаций, процветающих на этой модели медицины, а значит, есть и пациенты, которым нравится такой деловой подход. Безусловным преимуществом данных моделей является то, что пациент полностью осознает необходимость собственных усилий и участвует в лечении осмысленно, а значит, допускает минимум погрешностей при исполнении предписаний врача.

Коллегиальная модель отношений идет еще дальше: общение врача и пациента строится на принципе полного доверия друг к другу и предполагает взаимопомощь и взаимодополняемость деятельности, направленной на выздоровление. К сожалению, на практике такой вид взаимодействия требует значительных временных и психологических затрат врача и имеет высокую экономическую затратность, а потому эта модель используется только в редких случаях, хотя ее высочайшая медицинская эффективность доказана на практике.

Следует подчеркнуть, что на практике большинство специалистов медицинского профиля в своей профессиональной деятельности до сих пор руководствуется деонтологической моделью. Основные ее правила перечислены в разделах по деонтологии лю-

бого медицинского учебника или учебного пособия: врач должен быть порядочным, добрым, знающим, постоянно чувствовать свою ответственность за пациента, поддерживать его в ситуациях болезни. Но к этим очевидным морально-нравственным обязанностям врача деонтология обязательно добавляет очень сомнительное с нравственной точки зрения и юридически зыбкое требование скрывать от больного истинное положение его дел, тягостную правду, при тяжелых и смертельных заболеваниях. Тем не менее, для наших отечественных практикующих врачей это просто аксиома. И она совершенно не согласуется с коллегиальной и контрактной моделями взаимоотношений врача и пациента.

Вместе с тем известно, что в современной медицинской практике вполне успешно работают все основные модели взаимоотношения медицинского работника и пациента, поскольку в некоторых клинических ситуациях или сферах медицинской деятельности, в зависимости от обстоятельств, может быть эффективна одна модель, а в других ситуациях и сферах деятельности, — другая. Задача медицинского работника — владение каждой из них в целях успешного осуществления своей профессиональной миссии.

Вопросы по теме

1. Раскройте содержание понятия «принцип».
2. Чем отличаются принципы от методов, а методы от стиля? Какую роль играют принципы в жизнедеятельности человека?
3. Раскройте содержание принципов биоэтики.
4. В чем преимущества патерналистской модели взаимоотношений врача и пациента, в чем ее недостатки?
5. Раскройте содержание этических моделей инженерного и деонтологического типа. Проанализируйте их плюсы и минусы.
6. Раскройте содержание этических моделей коллегиального и договорного типа. Проанализируйте их плюсы и минусы. Раскройте преимущества биоэтической модели взаимодействия врача и пациента.
7. Проанализируйте этические и правовые проблемы взаимодействия:
 - а) «врач — пациент», б) «врач — родственник пациента», в) «врач — государство», г) «врач — врач», д) «врач — средний медицинский персонал», е) «врач — общество».

8. Острота морального выбора в конфликтных ситуациях подчас порождает мнение, что любой моральный выбор (выбор альтернативы поведения) есть следствие нравственного конфликта. Так ли это?

9. Тридцатидвухлетняя женщина на двадцать четвертой неделе своей первой беременности попадает в автомобильную аварию и получает повреждение спинного мозга. Врач сообщает ей, что у нее было бы больше шансов на восстановление, не имей она беременности. Женщина просит врача дать ей совет, как поступить. Что может и должен посоветовать пациентке медицинский работник?

Проанализируйте морально-нравственную и профессиональную проблему, стоящую перед врачом.

10. *Ассертивность* — умение решать любую проблему межличностного общения, осознавая, понимая, и учитывая интересы и себя, и других людей, вовлеченных в данную проблему. *Проанализируйте с этической позиции диалог, в котором участвуют врач и пациент, каждый из которых готов к партнерству, но заинтересован в его положительных результатах по-своему.*

— Добрый день! Вы опять пришли за больничным листом?	— Здравствуйте! Почему опять? И почему именно за больничным? В этом году я вообще к вам еще не приходила.
— У вас вся карточка заполнена обращениями к разным врачам. И ни одного серьезного диагноза.	— Вся карточка? Вы считаете, что я симулирую? Да просто нынешние врачи ни в чем не разбираются, только и способны гонять из одного кабинета в другой.
— Вы просто мнительны.	— Нет уж, извините, мне лучше знать, как я себя чувствую и насколько мне плохо!
— Но что же вы хотите? Ваше понимание хорошего самочувствия не изменилось с восемнадцати лет. А у вас, между тем, давно уже внуки растут!	— Так вы считаете, что пенсионерам уже и жить не нужно? Мы вам только мешаем и отрываем от более важных дел?
— Почему же? Прием таких, как вы, тоже входит в мои профессиональные обязанности!	— До-свидания! Я на вас жаловаться буду за издевательства над пациентами!

11. Согласны ли вы с выводами автора следующего отрывка? Обоснуйте свою позицию: «Английской медсестре-инструктору, которая готовила персонал для работы в первом российском Лахтинском хосписе (Санкт-Петербург) был задан вопрос: какая разница в отношении пациента к боли в Англии и здесь, в России? Оказывается, больные в Англии гораздо более нетерпеливы и требовательны. Здесь же они не очень надеются, что им помогут — «русские терпят боль». Причем, для описания боли, наши пациенты используют всего 5–6 слов, а в Англии — более 100. Дело, видимо, в том, что пациенты английских врачей хорошо знакомы с медико-психологическими опросниками, цель которых — объективизировать интенсивность боли»²⁷.

12. Проанализируйте с этической точки зрения отрывок из книги лауреата Нобелевской премии мира, выдающегося американского кардиолога Б. Лоуна.

...Одна пациентка накануне своего 90-летия рассказала мне о визите к офтальмологу. Исследуя ее глаза, врач заметил: «Сетчатка у вас в ужасном состоянии». Затем он спросил, сколько ей лет, и добавил: «Для вашего возраста это нормальное явление». Старушка пожаловалась мне, что в тот момент почувствовала себя совершенно несчастной²⁸.

13. Проанализируйте с этической точки зрения фавулу рассказа Л. Андреева «Правила добра». В основе сюжета парадокс: черт решил учиться добру у священника. «Два года сидел черт над книгами и мучительно доискивался: что есть добро и как его делать так, чтобы не вышло зла... Какими же словами можно описать отчаянье и последний ужас несчастного дьявола, когда, подведя последние итоги, не только не нашел в них ожидаемых твердых правил, а, наоборот, и последние утратил в смуте жесточайших противоречий. Подумать только, какие оказались итоги: когда надо — не убий; а когда надо — убий; когда надо — скажи правду; а когда надо — солги; когда надо — отдай; а когда надо — сам возьми, даже отними... И так до самого конца: когда надо... а когда надо, — и наоборот. Не было, кажется, ни одного действия, строго предписанного попином, которое через несколько страниц не встречало бы действия противоположного, столь же строго предначертанного к исполнению; и пока речь шла о действиях, все как будто шло согласно, и противоречий даже не замечалось, а как начнет дьявол делать из действий правило, — сейчас же ложь, противоречия, воистину безумная смута»

²⁷ Иванюшкин А. Я. Новая медицинская этика приходит из хосписов // Человек. — М., 1994. — № 5. — С. 111.

²⁸ Лоун Б. Утерянное искусство врачевания. — М., 1998. — С. 265.

«...Как начал я с умом читать эти ваши книги, так только одни противоречия и вижу... А мне такого ответа надо, чтобы годился он на все времена и для всяких случаев жизни, и чтобы не было никаких противоречий...», — требует дьявол. «Не для нас с тобой эти слова. И вообще не нужно ни слов, ни толкований, ни даже правил. Вижу я, что иногда хорошо любить, а иногда хорошо и ненавидеть; иногда хорошо, чтоб тебя били, а иногда хорошо, чтоб ты и сам кого-нибудь побил. Вот оно, сударь, добро-то... Нету правил. Нету и нету...», — отвечал отчаявшийся священник²⁹.

14. «Нет ничего мучительнее, чем говорить с африканской женщиной, которая знает о ВИЧ все... но говорит: «Я знаю, у моего мужа есть другие женщины, но что я могу поделать? Если я предложу ему пользоваться презервативом, он решит, что я, должно быть, имею любовников, и скажет, чтобы я уходила. А мне и моим детям некуда идти...»³⁰. Как должен говорить с африканской женщиной врач и что он может и должен сделать в такой ситуации?

²⁹ Андреев Л. Повести и рассказы. — М., 1957. — С. 477–496.

³⁰ Кэмпбелл А., Джиллетт Г., Джонс Г. Медицинская этика / Под ред. Ю. М. Лопухина и Б. Г. Юдина. — М., 2004. — С. 199.



Тема 4

БИОЭТИКА И ПРАВО

***Основной тезис.** В медицинской практике есть высоконравственные, есть девиантные, и есть типовые морально-нравственные способы решения биоэтических ситуаций. Типовые морально-нравственные решения в конечном итоге становятся законами, но это не означает, что они оправданы, разумны, и хороши во всех отношениях.*

План

1. Право, этика и медицина.
2. Международная практика правового регулирования биоэтических ситуаций.
3. Основные проблемы российского здравоохранения и их правовое регулирование.
4. Правовое регулирование биоэтических ситуаций в российском законодательстве.

1. Право, этика и медицина

Почему необходимо в учебном курсе биоэтики, решающей преимущественно этические проблемы о границах манипулирования жизнью и смертью, говорить о праве и законодательстве? Потому что в общественной практике, добровольно принятые большинством сообщества моральные обязательства всегда *обеспечиваются законодательно принятыми правами*. Обеспечение прав личности и социальных сообществ осуществляется с помощью жестких законов или, в широком смысле, с помощью работоспособной методологии государственного управления и эффективных методик социального менеджмента.

Право — система правил поведения или норм, которые:

- а) направлены на регулирование общественных отношений;
- б) имеют повелительный (императивный) или дозволительный (диспозитивный) характер;
- в) обеспечиваются силой государственного принуждения.

Биоэтика и право являются взаимосвязанными науками, как доказывает современная действительность. И биоэтика, и право развиваются на стыке таких проблем, как право на жизнь, право на смерть, эвтаназия, суррогатное материнство, право на здоровье, трансплантация органов и тканей. При этом биоэтика развивается опережающими темпами, и далеко не все ее нововведения могут быть сразу же урегулированы законом.

При всех различиях биоэтику и право объединяет одно — принцип защиты достоинства человеческой личности. Это особенно актуально в современных условиях, когда международный терроризм объявил войну всему миру, природные катаклизмы уносят сотни и тысячи человеческих жизней, а человек пытается достойно противостоять техногенной цивилизации.

Медицинское право — это комплекс из нескольких разделов законодательства, касающихся работников сферы здравоохранения в отношении их профессиональных обязанностей.

В целом оно состоит из трех основных разделов.

1. Право, связанное с медицинской практикой посредством таких документов, как законы о медицинских работниках, зако-

ны о больницах, законы о психиатрическом здоровье, законы о наркотических средствах и т. д.

2. Уголовное право, которое рассматривает роли, выполняемые докторами в контексте расследования и наказания преступлений, но может также касаться тех действий, которые считаются криминальными, даже если их выполняет медицинский работник в процессе медицинской деятельности.

3. Гражданское право, положения которого применяются при спорах между доктором и пациентом.

Первый из разделов определяет, что общество ожидает от человека, который считается зарегистрированным практикующим доктором или зарегистрированной медицинской сестрой, и налагает на них определенные профессиональные обязанности и полномочия.

Второй раздел касается некоторых преступлений, ведущих к смерти или повреждениям, возникающим вследствие нарушения медицинскими работниками своих обязанностей или полномочий. Например, патологоанатома могут спросить в суде, по какой причине наступила смерть, и мог ли лечащий врач предвидеть все последствия.

Третий из разделов касается случаев, когда врач причиняет какой-либо вред пациенту, а тот требует возмещения. Подобные тяжбы редки для таких стран, как Новая Зеландия или Швеция, где предусмотрены специальные компенсационные соглашения, которых нет, например, в Англии или Австралии³¹.

Определенные проблемы возникают также и оттого, что люди, не сведущие в юриспруденции часто не понимают разницы между «писанным правом» и «обычным правом». Писаное право — это зафиксированные в письменном виде законы и акты правительства или парламента. «Обычное право» — это то, как письменное право понимается, истолковывается и исполняется на практике судами. Логический объем понятия «обычное право» обычно отличается от «писаного права», потому что законодательством невозможно предусмотреть не только все возможные

³¹ Кэмпбелл А., Джиллетт Г., Джонс Г. Медицинская этика / Под ред. Ю. М. Лопухина, Б. Г. Юдина. — М., 2004. — С. 347–348.

прецеденты, но и их квалифицирующие юридические признаки. Так, в большинстве стран Британского содружества наций писаное право устанавливает, что человек, отвечающий за жизнь другого, не вправе отказывать ему в жизненно необходимых вещах.... Но «именно обычное право, или судебные решения, говорят нам, что когда умирающему пациенту дают обезболивающее, скорее всего это не будет истолковано как убийство, заслуживающее наказания, даже если использованная доза была достаточно велика, чтобы вызвать риск ускорения смерти»³².

В этом смысле медицинская деятельность — это деятельность, которая очень часто балансирует на грани между неэтичным и противоправным. Поэтому «моральная прозрачность мотивов поступков» для медицинских работников не менее важна, чем правовая однозначность и справедливость профессиональной деятельности.

Какого рода биоэтические проблемы требуют и правового, и морально-нравственного решения от врача, пациента, общества? Все. Каждая.

Существуют ли общие черты во всех биоэтических проблемах?

Можно ли предъявлять общие требования к их решению?

Для того, чтобы обоснованно ответить на эти вопросы, следует проанализировать правовые аспекты биоэтических ситуаций.

При этом для успешного выхода из любой биоэтической ситуации важно:

— не только умение видеть множество возможных решений, но и умение принять одно единственное решение быстро и эффективно;

— нужно уметь видеть не только множество возможных решений, но и множество возможных *оснований* для принятия решения и уметь выбирать наилучшее, применяясь к месту, времени, ситуации;

— моральное решение — всегда в большей степени акт воли, чем ума;

— основания для принятия решения — культуральные, социальные, теоретические, психологические, юридические.

³² Кэмпбелл А., Джиллетт Г., Джонс Г. Указ. соч. — М., 2004. — С. 348.

По отношению к биоэтическим ситуациям до сих пор не выработано однозначного правового отношения в виде «писаного права». Между тем, решения по их разрешению принимаются и реализуются на практике во вполне определенных, и нередко повторяющихся действиях, как в суде так и в самой медицинской практике. В международной практике некоторые решения биоэтических проблем стали уже типичными, другие — до сих пор не приняты и находятся в стадии обсуждения. Нужно решить на законодательном уровне и вопрос о рациональной оправданности практикуемых решений, поскольку воспрепятствовать действию НТР во вред человеку и действию человека во вред окружающей среде, могут только рациональные формы регуляции человеческого поведения.

Таковыми рациональными формами являются общественная мораль и право. Религия и нравственность могут выполнять только консультирующую роль, роль «совести», ибо они, — в отличие от морали и права, регулируют поведение в основном внерациональным способом.

При этом поиски уникальных и продуктивных решений биоэтических ситуаций должны опираться на хорошо проработанную методологию, вместе с ее осознанными ценностями и принципами, и на известные социуму методики, — поэтому так важно быть знакомыми и с разными методологиями, и с разными методами, и с методами разных уровней.

2. Международная практика правового регулирования биоэтических ситуаций

Импульс развитию биоэтики, в том числе в контексте прав человека, как мы уже отмечали, был дан Нюрнбергским процессом (1945–1946) против нацистских преступников, которые совершали злодеяния при участии врачей. «От этого драматического события... ведут свое начало две нормативные линии: формулировки «прав человека» и постоянно приводимые в соответствие с сегодняшним днем Кодексы профессиональной медицинской этики, принятые такими международными учреждениями, как Всемирная медицинская ассоциация (ВМА) и Совет международных организаций медицинских наук». Среди таких кодексов: Нюрнбергский ко-

декс 1947 г., Кодекс медицинской этики 1948 г. (Женева), Хельсинкская декларация ВМА о биомедицинских экспериментах и исследованиях 1962 г. (с изменениями 1964, 1975, 1983 и 1989 гг.), «Принципы европейской медицинской этики» 1987 г. (Париж)³³.

Как уже было сказано выше, впервые термин «биоэтика» появился в работе онколога Вана Ренсселера Поттера в 1970 году в журнале «*Perspectives in biology and medicine*», а в 1971 году эта работа вышла в качестве первой главы его книги «*Bioethics: bridge to the future*»³⁴. Поттер первым употребил и разработал этот термин, родившийся в США. Он отмечал, что биоэтика должна стать «новой дисциплиной, соединяющей в себе биологические знания и познание системы человеческих ценностей». В то же время было разработано другое понимание биоэтики медиком Андре Хеллегерсом, который рассматривал ее «как майевтику, т. е. науку, способную обрести смысл в процессе диалога и сопоставления ее с медициной, философией и этикой», что нашло отражение в 1988 году в его книге о глобальной биоэтике.

Однако еще до этих исследований Поттера и Хеллегерса в США в 1969 году философом Даниелом Кэллэхэном и психиатром Уиллардом Гейлином был создан *Hastings Center*, в котором проводились эксперименты в области биомедицины, делались попытки разработки правил с точки зрения этических, социальных и юридических аспектов медицинских наук и здравоохранения³⁵. Первый центр — Институт биоэтики (*Kennedy Institute of Ethics*) был создан в 1971 году для исследования физиологии размножения и биоэтики. Идея института возникла у Хеллегерса в связи с решением семьи Кеннеди финансировать ряд исследований, связанных «с предупреждением врожденных умственных недостатков». Более широкое понятие биоэтики было дано в «Энциклопедии по биоэтике» (1978), в которой указывались четыре области биоэтики:

- а) этические проблемы медицинских профессий;
- б) этические проблемы, возникающие в области исследований о человеке, включая и те, которые непосредственно к терапии отношения не имеют;

³³ Сгречча Э., Тамбоне В. Биоэтика. — М., 2000. — С. 18.

³⁴ Там же. — С. 3.

³⁵ Там же. — С. 5.

в) социальные проблемы, связанные с политикой (государственной или международной) в области здравоохранения, с трудовой медициной, с политикой планирования семьи и демографического контроля;

г) «проблемы, вызванные вмешательством человека в жизненные процессы других живых существ (растений, микроорганизмов и животных) и всего того, что относится к поддержанию равновесия экосистемы»³⁶.

В настоящее время проблемами биоэтики занимаются два исследовательских центра в США, а также центры в Австрии, Испании, Франции, Голландии, Англии, Италии. Многие из них созданы при университетах и клиниках. В ряде стран биоэтика является научной дисциплиной, преподаваемой в университетах как факультативный или обязательный предмет.

Столь активное развитие биоэтики в современном мире вызвано прежде всего необходимостью решения социальных проблем, связанных с государственной политикой в области здравоохранения и, соответственно, с государственной поддержкой подобных исследований. Среди этих проблем: старение населения Европы, снижение рождаемости, голод, нищета и т. д. Так, по данным ООН шестая часть населения самых развитых регионов старше шестидесяти лет; в 2005 году четверть населения вступило в эту возрастную группу. В масштабе планеты три ребенка рождаются каждую секунду (250 тыс. в день); один ребенок из трех развивающихся странах недоедает; каждые три минуты погибает женщина вследствие аборта; 15 млн людей погибают от голода ежедневно и более миллиарда человеческих существ живут в абсолютной нищете.

Одной из глобальных проблем, наиболее тесно связывающих биоэтику и право, является обеспечение права на жизнь, в том числе права на уважение к уникальности личности. Содержание, соблюдение и защита этого права нередко становились предметом полемики в мире, так как затрагивают широкий спектр различных сторон жизнедеятельности общества и государства: мораль, политику, религию, право, медицину.

³⁶ Сгречча Э., Тамбоне В. Указ. соч. — С. 21.

Так, проблема права на жизнь в современной биоэтике включает в себя следующее: вопросы, связанные с абортами, проблемы признания за утробным плодом абсолютного права на жизнь, определения начала человеческой жизни (с момента зачатия или с момента рождения), использования человеческих эмбрионов (плода или извлеченных тканей) в результате прерывания беременности, умышленного лишения человека жизни, клонирования, качества жизни и т. п.

Решение указанных вопросов и проблем при соблюдении этических норм и гуманных правовых принципов в политике и медицине позволяет защитить право на жизнь каждого. Но для повышения эффективности совместной деятельности в области права необходимо развивать национальное законодательство по защите права на жизнь, в основе которого должно быть уважение не только к человеку, но и к эмбриону или плоду как к потенциальной человеческой личности, которая являлась или является живой.

Если в клинической практике имеет место такой факт, когда замужняя женщина, имеющая детей, обращается к врачу с просьбой о перевязывании маточных труб, то остается не вполне ясным, как он должен поступить, поскольку ни современное международное, ни российское право не содержит прямых норм, относящихся к добровольной стерилизации.

С одной стороны, в современных текстах по правам человека право на деторождение признается одним из основополагающих прав и не уточнено, является ли отказ от этого права одной из форм проявления этого права, тем более, что процесс стерилизации необратим для носителя этого права. Как определить сознательность намерений пациентки? Какую ответственность — перевязывание или окончательную резекцию — имеет право взять на себя врач? Имеет ли право врач соблюдать «врачебную тайну» перед мужем пациентки, если право деторождения принадлежит также и ему?

Специального деонтологического документа по этим вопросам нет. Декларация Ранчо Мираж 1986 года о профессиональной свободе врача говорит о его праве давать профессиональную оценку и принимать самостоятельные решения клинического и этического характера относительно лечения. Но в Венской резолюции 1988 го-

да добавляется, что врач не может подменять концепцию качества жизни своим пониманием этого вопроса и должен согласовывать свои действия с пациентом и действовать в его интересах.

С другой стороны, интересы пациентки определяются не только ее непосредственным желанием стерилизации, но и моральными нормами того окружения, в котором она живет. Добровольная стерилизация, например, противоречит католическому принципу свободы человеческого тела и потом допускается только по медицинским показаниям. С точки зрения протестантской морали данное решение находится в сфере моральной компетенции и врача, и пациента. Протестантская мораль требует обстоятельного выяснения всех мотивов и факторов данного желания пациентки и принятии решения на основе добровольно взятой ответственности семейной пары, но не врача. Иудейская мораль к возможности подобного желания пациентки относится весьма снисходительно, поскольку процесс продолжения рода признается здесь как основное моральное обязательство мужчины, а женщина не обязана участвовать в процессе деторождения наравне с мужчиной. Мусульманская этическая традиция допускает перевязывание труб, но только в случае согласия обоих супругов и при условии, что операция не будет иметь необратимых последствий. Буддистская традиция относится к этому положительно, хотя остается проблема обратимости операции.

Подобных ситуаций в клинической практике достаточно много, а законодательная регуляция проведена лишь частично. Так, проведение медицинских экспериментов по использованию эмбрионов в соответствии с Рекомендацией № R (90) 13 Комитета министров Совета Европы, Кодексом здравоохранения Франции должно преследовать особо важную и полезную для прогресса медицины цель. Использование анализов не может быть ни доходным, ни коммерческим, ни промышленным. Оно не может определять ни необходимость искусственного прерывания беременности, ни технику его производства. Медицинская бригада должна быть независима от бригады пользователей эмбрионов.

Право на жизнь в современном праве является личным неимущественным правом человека, складывающимся «по поводу лично-

го нематериального блага, каковым является жизнь каждого»³⁷. Наряду с правом на жизнь личными неимущественными правами являются право на здоровье, право на честь и достоинство, право на тайну усыновления, право на тайну переписки, телефонных переговоров, телеграфных и иных сообщений, право авторства на произведение науки, литературы и искусства, право на индивидуальный облик, в том числе голос, право на адвокатскую тайну, право на благоприятную окружающую среду и другие права.

В объективном смысле слова право на жизнь — «это совокупность гражданско-правовых норм, направленных на охрану жизни человека, устанавливающих недопустимость произвольного лишения жизни, запрет активной эвтаназии, дозволенность искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона, а также самостоятельного решения женщиной вопроса о материнстве, в том числе об искусственном прерывании беременности»³⁸.

С позиций цивилистики право на жизнь включает в себя правомочия на сохранение жизни (индивидуальности) и правомочия на распоряжение жизнью. При этом соблюдение правомочий на сохранение жизни в национальном законодательстве, государственной политике и правовой практике должно предполагать отмену смертной казни, отказ от войны и участия в ней, «правовое регулирование пересадки людям органов и тканей животных, использования искусственных органов и тканей, создания человеческого организма с заранее запрограммированными признаками методами генной инженерии или другими способами, изменения биологического пола»³⁹.

Для законодательного решения проблем этого рода некоторые ученые предлагают создание отрасли генетической юстиции, содержащей правовые нормы по защите личности человека⁴⁰. Правомочия на распоряжение жизнью включают в себя права человека подвергать себя серьезному риску и решать вопрос о

³⁷ Красавчикова Л. О. Право на жизнь // Вестник Гуманитарного ун-та. Серия: Право. — Екатеринбург, 1996. — № 1. — С. 24.

³⁸ Там же. — С. 25.

³⁹ Там же. — С. 63.

⁴⁰ Ковалев М. И. Юридические проблемы современной генетики // Государство и право. — М., 1995. — № 6. — С. 16–17.

прекращении жизни (научные эксперименты по исследованию космоса, новых вакцин, лекарственных препаратов, самоубийства, эвтаназия). Для соблюдения, обеспечения и защиты правомочий на сохранение жизни и на распоряжение жизнью в целом права на жизнь необходим комплекс мер законодательной, исполнительной, судебной власти, объединенные усилия государства и институтов гражданского общества, гуманная, правовая политика в международной и внутренней сферах⁴¹.

Правовые основы биоэтики и охраны здоровья граждан были регламентированы в международных стандартах ООН и Совета Европы в области прав человека. Так, Всеобщая декларация прав человека от 10 декабря 1948 года провозгласила право каждого человека на жизнь, свободу и личную неприкосновенность. В Международном пакте ООН о гражданских и политических правах 1966 года, вступившем в силу 23 марта 1976 года, право на жизнь было закреплено как неотъемлемое право каждого человека, охраняемое законом.

Но не закреплено право на смерть (тем более достойную смерть). Проблема достойной смерти сейчас существует исключительно в виде проблемы эвтаназии: «Одной из самых острых и интересующих общество проблем биоэтики является проблема эвтаназии. Эвтаназия традиционно понимается как легкая безмятежная смерть, наступившая естественно или с помощью медицинских средств. Обычно выделяют пассивную и активную эвтаназию, добровольную и недобровольную, прямую и непрямую. При анализе активной и пассивной эвтаназии разворачиваются дискуссии о соотношении понятий «действие» и «бездействие». Нет четкости и в понимании «недобровольной» эвтаназии, так как в этом случае отсутствие возможности проявить волю свидетельствует о тяжелом состоянии пациента, т. е. действия по прекращению жизни фактически становятся насильственными.

Выделение терминов «прямая» и «непрямая» эвтаназия на первый план выводит проблему намерения и цели. Особенно важным это различие может выступить в практике обслуживания безна-

⁴¹ См.: Малеина М. Н. Личные неимущественные права граждан. — М., 2001. — С. 68.

дежных пациентов. Так, передозировка болеутоляющих препаратов может быть признана непрямой эвтаназией.

В российском законодательстве все формы эвтаназии запрещены в статье № 45 ОЗОЗ, причем там не проводятся различия между активной и пассивной эвтаназией, но выделяется аспект побуждения к ней пациента. Однако в статье № 33 ОЗОЗ зафиксировано право больного отказаться от любого вида лечения, что можно трактовать как допущение пассивной эвтаназии.

В этических кодексах российского врача и медицинской сестры России, вышедших в 1994 и в 1997 годах, отношение к эвтаназии выражено более четко. В кодексе российского врача в статье № 14 отмечается недопустимость как активной, так и пассивной эвтаназии. Можно сделать вывод, что, во-первых, в этических кодексах медицинских работников России проблема эвтаназии ставится более четко, чем в законодательстве и, во-вторых, в них выражено отрицательное отношение ко всем формам эвтаназии.

Большинство российских медиков по данным опросов либо уклоняется от высказывания определенного мнения по проблеме эвтаназии, либо констатирует неподготовленность общества к ее решению. Современный уровень развития правовой и нравственной культуры российского общества делает весьма актуальным так называемый аргумент «наклонной плоскости» против проведения эвтаназии», I-net, 15 февраля 2005 года.

В 1982 году в ООН были приняты «Принципы медицинской этики, относящиеся к роли работников здравоохранения, в особенности врачей, в защите заключенных или задержанных лиц от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания», в которых нарушениями медицинской этики было признано:

— «участие или соучастие в пытках или других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видах обращения или наказания, или подстрекательство к их совершению или попытке совершить их»;

— применение знания и опыта для содействия проведению допроса заключенных или задержанных так, что это отрицательно влияет на их физическое или психическое здоровье;

— участие в удовлетворении того, что «состояние здоровья заключенных или задержанных лиц позволяет подвергать их любой форме обращения или наказания», которое окажет отрицательное воздействие на их психическое и физическое здоровье⁴².

В Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод (Совет Европы, 4 ноября 1950 г.) права каждого лица на жизнь, свободу и личную неприкосновенность были разделены и зафиксированы в отдельных статьях, что особенно подчеркнуло значимость каждого из этих прав. Наряду с этим гражданские права были дополнены существенным правом на уважение частной и семейной жизни каждого человека.

Кроме деклараций и конвенций, регулирующих вопросы защиты жизни и физической неприкосновенности, был принят ряд рекомендаций Совета Европы, Европейского Союза по проблемам биоэтики. В частности, это следующие рекомендации Совета Европы: «№ 29/1978 — по пересадке тканей и органов, № 79/1976 — о правах больных и умирающих, № 1046/1986 и 1100/1989 — об использовании эмбрионов и человеческих зародышей»⁴³.

4 апреля 1977 года в г. Овьедо Советом Европы была принята Конвенция о защите прав человека и достоинства человеческого существа в связи с использованием достижений биологии и медицины — Конвенция о правах человека и биомедицине.

В соответствии с Конвенцией государства-участники обязались защищать достоинство и индивидуальность каждого человеческого существа, гарантировать каждому уважение целостности и неприкосновенности его личности и соблюдение других прав и основных свобод при использовании достижений биологии и медицины.

Среди прав и свобод человека, которые защищает Конвенция, необходимо отметить прежде всего следующие: 1) право на выбор вмешательства или невмешательства в сферу своего здоровья; данное вмешательство возможно только при свободном и осознанном согласии человека, основанном на информированности (ст. 5); 2) право каждого на уважение его частной жизни в сфере,

⁴² Международные акты о правах человека. — М., 1998. — С. 181–182.

⁴³ Сгречча Э., Тамбоне В. Биоэтика. — М., 2000. — С. 18.

касающейся сведений о его здоровье (п. 1 ст. 10); 3) право каждого на ознакомление с любой собранной информацией о состоянии его здоровья (п. 2 ст. 10); 4) запрет дискриминации личности на основании ее генетических особенностей (ст. 11); 5) запрет на использование вспомогательных репродуктивных технологий в целях выбора пола будущего ребенка, исключением являются случаи их использования для предотвращения тяжелого заболевания, наследуемого вместе с полом (ст. 14); 6) право лиц, выступающих в качестве испытуемых, на информацию о своих правах и гарантиях своей защиты (ст. 16); 7) запрет создания эмбрионов человека в исследовательских целях (п. 2 ст. 18); 8) запрет на использование тела человека и частей его тела для извлечения финансовой выгоды (ст. 21); 9) право каждого на судебную защиту в случае нарушения прав, признанных Конвенцией (ст. 23).

Для контроля за выполнением государствами-участниками положений Конвенции, внесения поправок, анализа и применения Конвенции в соответствии с последними достижениями науки, в 1977 году был создан Руководящий комитет по биоэтике (CDBI) (ст. 32).

В связи с экспериментами по клонированию — экспериментами с неизвестными долговременными последствиями — в конце XX века возникла потребность принять международные стандарты по правам человека в этой сфере. Так, 12 января 1998 года в Париже Советом Европы был принят Дополнительный протокол к Конвенции о защите прав человека и достоинства человеческого существа в связи с использованием достижений биологии и медицины, касающийся запрещения клонирования человеческих существ. В соответствии с данным протоколом запрещено любое вмешательство с целью создания человеческого существа, генетически идентичного другому, умершему или живому человеческому существу (п. 1 ст. 1). При этом человеческое существо, «генетически идентичное» другому человеческому существу, — это «человеческое существо, имеющее с другим человеческим существом тождественный набор генов ядра» (п. 2 ст. 1).

Порядок трансплантации органов и тканей регламентируют следующие официальные документы Всемирной медицинской ассоциации.

— Заявление ВМА о торговле живыми органами (1985), где была осуждена купля-продажа человеческих органов для трансплантации, а правительства всех стран призваны принимать меры для предотвращения этого.

— Декларация ВМА о трансплантации органов (1987).

— Резолюция ВМА по вопросам поведения врачей при осуществлении трансплантации человеческих органов (1994), которая была принята в связи с озабоченностью ВМА возрастающим количеством сообщений об участии врачей в операциях по трансплантации человеческих органов, изъятых из тел заключенных, приговоренных к смерти, при эвтаназии человека, страдающего психическими или физическими недостатками, бедных людей, украденных детей⁴⁴.

Международные стандарты в сфере охраны здоровья граждан впервые были закреплены в Уставе (Конституции) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), принятом в Нью-Йорке 22 июля 1946 года. Целью ВОЗ провозглашено достижение всеми народами возможно высшего уровня здоровья. Здоровье, в соответствии с уставом, является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней или физических дефектов.

Каждое государство обязано обеспечить основное право всякого человека — обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья. Именно здоровье в соответствии с Уставом ВОЗ является основным фактором в достижении мира и безопасности, зависящим от полного сотрудничества отдельных лиц и государств. Для достижения высшего уровня всем народам должны быть предоставлены возможности пользования всеми достижениями медицины, психологии и родственных им наук.

Структура ВОЗ состоит из Всемирной Ассамблеи по здравоохранению, Исполнительного Комитета и Секретариата. Функциями Ассамблеи Здравоохранения объявлены:

- определять направление деятельности организации;
- определять государства — члены организации, которым предоставляется право назначать своих представителей в Исполнительный Комитет (далее — Комитет);

⁴⁴ Акопов В. И., Маслов Е. Н. Право в медицине. — М., 2002. — С. 82.

- назначать Генерального Директора;
- рассматривать и утверждать доклады и деятельность Комитета и Генерального Директора и давать указания Комитету по вопросам, по которым желательно предпринять действия, изучение, исследование или предоставление доклада;
- создавать комитеты, которые могут оказаться нужными для работы организации;
- наблюдать за финансовой деятельностью Организации, рассматривать и утверждать бюджет;
- давать указания Комитету и Генеральному Директору о необходимости обращать внимание членов, а также международных организаций как правительственных, так и неправительственных на любой вопрос, касающийся здравоохранения, который Ассамблея признает требующим рассмотрения;
- приглашать любую организацию, международную или национальную, правительственную или неправительственную, задачи которой сходны с задачами организации, назначать представителей для участия, без права голоса, на своих собственных заседаниях и на заседаниях ее комитетов и созываемых ею конференций, на условиях, устанавливаемых Ассамблеей Здравоохранения; в отношении национальных организаций приглашения посылаются лишь с согласия соответствующего правительства;
- рассматривать рекомендации, имеющие отношение к здравоохранению, сделанные Генеральной Ассамблеей, Экономическим и Социальным Советом, Советом Безопасности или Советом по опеке Объединенных Наций и представлять им доклады о мерах, принятых организацией в целях осуществления означенных рекомендаций;
- предоставлять Экономическому и Социальному Совету ООН доклады в соответствии с любым соглашением между Организацией и Объединенными Нациями;
- способствовать проведению и проводить исследования в области здравоохранения силами персонала организации, созданием своих собственных учреждений или путем сотрудничества с официальными или неофициальными учреждениями любого члена с согласия его правительства;
- создавать любые другие учреждения, которые будут признаны желательными (ст. 18 Устава ВОЗ). Ассамблея Здравоохра-

нения имеет право принимать конвенции и соглашения по любому вопросу, входящему в компетенцию организации (ст. 19).

• Ассамблея Здравоохранения имеет полномочия устанавливать правила, касающиеся:

• санитарных и карантинных требований и иных мероприятий, направленных против международного распространения болезней;

• номенклатуры болезней, причин смерти и приемов общественного здравоохранения;

• стандартов диагностических методов исследования для их международного использования;

• стандартов в отношении безвредности, чистоты и силы действия биологических, фармацевтических и подобных продуктов, имеющих обращение в международной торговле;

• рекламы и ярлыков биологических, фармацевтических и подобных продуктов, имеющих обращение в международной торговле (ст. 21).

В настоящее время Генеральным Директором ВОЗ является Гру Харлем Брундтланд, которая подводя итоги сотрудничества государств в области защиты здоровья и окружающей среды в XX веке отметила: заканчивается век конкуренции, новый XXI век будет веком партнерства и прежде всего в тех областях, в которых могут быть достигнуты самые эффективные результаты для охраны здоровья. Это водные ресурсы, транспорт, промышленность и рабочие места; национальные планы действий в области окружающей среды и здоровья, экономики и участие население; окружающая среда и здоровье детей; изменение климата, разрушение озонового слоя и здоровья человека.

В 1989 году во Франкфурте ВОЗ была организована Конференция министров окружающей среды и здравоохранения государств-членов Европейского отделения ВОЗ. На этой встрече была разработана Европейская хартия окружающей среды и здоровья. На второй подобной Конференции в 1994 году в Хельсинки был разработан план действий по гигиене окружающей среды и защите здоровья. Темой третьей Конференции в Лондоне в 1999 году стала политика партнерства государств в сфере здравоохранения и окружающей среды.

На Конференции 1994 году в каждой стране-члене ВОЗ было выдвинуто требование разработки Национального плана действий в защиту окружающей среды и здоровья не позднее 1997 года. К концу 1998 года свои национальные планы, в которых определялись будущие меры правительства для улучшения состояния окружающей среды, стратегия их осуществления, процедуры контроля, оценки и мониторинга за осуществление плана, опубликовала 41 страна. В Национальных планах действий рассматривается широкий спектр вопросов: «качество воды и воздуха, химические вещества и отходы, жилье, продукты питания, радиоактивность, здоровье и безопасность труда, катастрофы и аварии»⁴⁵.

Здоровье, право на здоровье как главные задачи устойчивого развития были заявлены в принятой на встрече на высшем уровне «Планета Земля» (Рио-де-Жанейро, 1992) Декларации к Повестке дня на XXI век. На встрече руководители всех стран признали «первостепенную роль человека и необходимость инвестиций в охрану здоровья и окружающей среды для обеспечения устойчивого развития»⁴⁶. Именно здоровье и окружающая среда заняли приоритетные позиции в Повестке дня на XXI век (ПДМ 21), в рамках которой государствами разрабатываются национальные и местные планы устойчивого развития. Ежегодно каждое государство-член ВОЗ представляет доклад относительно принятых им мер и достигнутых результатов в улучшении здоровья своего народа.

3. Основные проблемы российского здравоохранения и их правовое регулирование

В России с 1986 года началось устойчивое сокращение прироста населения⁴⁷. Среди факторов, свидетельствующих о демографическом кризисе, ухудшении здоровья населения России, необходимо отметить прежде всего следующие:

⁴⁵ Холопайнен М. Национальный план действий // *Naturopa*. — 1999. — № 90. — С. 24.

⁴⁶ Крайзель В. Межправительственные организации // *Naturopa*. — 1999. — № 90. — С. 20.

⁴⁷ См.: Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации за 2000 г. // *Здравоохранение Российской Федерации*. — 2002. — № 1. — С. 5.

- крайне низкий уровень рождаемости (8,7 на 1000 человек);
- сохранение убыли населения, начиная с 1993 года, на стабильно высоком уровне (0,7–0,9 млн чел. в год);
- сокращение численности населения в 65 из 89 субъектов РФ, особенно опасной данная тенденция является в Чукотском автономном округе (где численность населения за 1992–2000 гг. снизилась на 51 %), в Магаданской области, Корякском и Эвенкийском автономных округах, в Камчатской и Сахалинской областях, Таймырском автономном округе;
- превышение в 2–3 раза числа умерших по сравнению с числом родившихся в 27 регионах России;
- наличие естественного прироста населения только в 15 регионах России;
- превышение примерно в 1,8 раза числа аборт по сравнению с числом родов, что является самым высоким в мире показателем (50,1 аборт на 1000 женщин фертильного возраста);
- недостаточность рождений для простого воспроизводства; так для простого воспроизводства необходимо на одну женщину иметь 2,15 рождений, у нас же в стране эта цифра составляет 1,2 рождений;
- злоупотребление алкогольными напитками; так, если ВОЗ оценивает как опасное для здоровья человека среднестатистическое потребление 8 литров алкоголя в год, то в России реальный показатель такого потребления 14 литров в год;
- высокий уровень младенческой смертности;
- высокие показатели смертности мужчин и женщин трудоспособного возраста, в частности — мужчин (в 2–4 раза выше, чем в других странах) в республике Тыва, Псковской, Ивановской, Новгородской, Тверской, Тульской областях;
- превышение числа пенсионеров по сравнению с числом детей (на 1,1 млн чел. на 1 января 2001 года);
- старение населения России в целом; так, если доля людей 65 лет и старше превышает, по данным ООН, 7 %, то население считается старым; в России же доля таких людей — 12,5 %⁴⁸.

⁴⁸ Государств. доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации за 2000 г. — С. 5–7.

Особенно остро проблемы соблюдения, обеспечения и защиты прав на жизнь и здоровье стоят в регионах России, существенно отдаленных от центра. Так, в 2002 году в специальном докладе Уполномоченного по правам человека Свердловской области Т. Г. Мерзляковой «О сбережении народа и обеспечении гарантий права на жизнь населения Свердловской области» были отмечены следующие проблемы охраны здоровья граждан и демографические проблемы Свердловской области и Российской Федерации в целом.

Современная ситуация с рождаемостью отражает значительные перемены в репродуктивном поведении населения России в целом, которые определяются распространением малодетных семей (1–2 ребенка), сближением уровней рождаемости в сельской и городской местности, откладыванием на более позднее время рождения первого ребенка, ростом внебрачной рождаемости и увеличением процента бесплодных семейных пар⁴⁹. Сверхкрупные и крупные города выступают при этом своеобразными флагманами новейших тенденций в демографии. Уровень рождаемости, например, в Свердловской области упал до самых минимальных значений. В Екатеринбурге в 1993–1994 гг. уже был зафиксирован уровень СКР⁵⁰ порядка 0,954. В России ряд теоретиков признают возможным падение рождаемости по данному показателю до 0,8 (А. Антропова, В. Медков). Это делает реальным половинное сокращение населения страны в первой четверти века⁵¹.

Основными мотивами отказа женщин от деторождения являются причины материального порядка и нестабильность института семьи. Так, до сих пор только менее трети мужей в Свердловской области способны обеспечить доходы семьи таким образом, чтобы супруга имела возможность не работать. Опросы показали, что 60 % женщин в периоды трудных жизненных ситуаций полагаются только на свои собственные усилия. Особую тревогу вызывает рост смертности в молодежной группе насе-

⁴⁹ Мерзлякова Т. Г. О сбережении народа и обеспечении гарантий права на жизнь населения Свердловской области: Спец. доклад. — Екатеринбург, 2002. — С. 9–10.

⁵⁰ СКР — суммарный коэффициент рождаемости // См.: там же. — С. 16.

⁵¹ Мерзлякова Т. Г. Указ. соч. — С. 25.

ния и в возрастных группах, примыкающих к сорокалетнему рубежу, а также общероссийская тенденция повышения уровня «алкогольной смертности».

Среди основных причин смертности населения — болезни системы кровообращения; несчастные случаи, отравления и травмы; новообразования. За последние 10–15 лет величина потерь от суицидальных попыток в России превысила 40 на 100 тыс. населения, что в 2 раза выше социально опасного уровня, установленного Всемирной организацией здравоохранения. Достаточно высокими являются показатели наркотизации населения, причем в Свердловской области они выше, чем в среднем по России в 1,5 раза; так, на 1 января 2002 года на учете состояло 13,5 тыс. больных наркоманией, в том числе более 2 тыс. женщин (доля женщин возросла с 13,7 % в 1999 году до 15,4 % в 2001 году). Так, возросла острота проблемы химических отравлений в ряду насильственных причин демографических и трудовых потерь, что характерно для большинства развитых стран мира.

Снижение продолжительности предстоящей жизни поколений является общероссийской тенденцией современного развития. Так, в Свердловской области только каждый второй мужчина имеет шансы дожить до первого года получения пенсии по возрасту (т. е. от 16 до 60 лет)⁵² и др. Многие специалисты, исследующие социально-демографическое состояние различных регионов мира, отмечают, что в целом во всех бывших советских республиках, начиная с 60-х гг. XX в. отчетливо проявилась стагнация, способствующая замораживанию, нередко сокращению ожидаемой продолжительности жизни; в то время как в западных странах подобный показатель непрерывно увеличивается. Уже в 70-е гг. XX в. (а тем более в 80–90-е гг.) Россию по уровню средней продолжительности жизни обогнали не только европейские передовые страны, но и «ранее отстававшие от России или бывшие с ней примерно на одном уровне Ирландия, Португалия, Финляндия»⁵³.

⁵² Излагается по: Мерзлякова Т. Г. Указ. соч. — С. 41–50.

⁵³ См.: Колесова Н. С. Права человека и современные демографические процессы // Права человека: итоги века, тенденции, перспективы / Под ред. Е. А. Лукашевой. — М., 2002. — С. 86–87.

Сложность проблем демографического характера в России подтверждает то, что «за последние 100 лет Россия пережила не менее пяти демографических катастроф, связанных с революциями и войнами, политическими репрессиями и голодом, включая последнюю «демографическую депрессию», предопределенную структурным кризисом в социально-экономической и политической сферах»⁵⁴. Современный демографический кризис в России не только обусловлен последствиями предшествующих демографических катастроф, но и вызван негативными последствиями социально-экономических реформ 90-х гг. XX века, переходом к рыночной экономике, ухудшением условий жизни большинства населения, неспособностью государства обеспечить каждому человеку право на достойное существование. Это подтверждает истину о том, что «фундаментальные трансформации вплоть до кардинальной смены социально-политического строя в любом государстве нередко оказывают катастрофическое воздействие на демографические процессы и состояние народонаселения». По данным ВОЗ «до 30 % заболеваний населения России связано с загрязнением окружающей среды» и это обусловлено скорее всего тем, что около 17 % территории РФ относится к зонам экологического неблагополучия⁵⁵.

В России пока не удается остановить деградацию здоровья населения. И хотя проект бюджета РФ на 2003 год предусматривал выделение на нужды здравоохранения 39,4 млрд руб., т. е. на 26 % больше предыдущего, тем не менее сравнение его с бюджетом здравоохранения небольшой по территории Великобритании (58 млрд долл.) выглядит явно не в пользу России. Так, в России на здоровье одного человека выделяют, в общей сложности, 3 долл. в год, в то время как в США — 300. Если в мире минимальный уровень расходов на здравоохранение — не менее 5 % от ВВП, а в США — 15 % от ВВП (что составляет 1 трлн 200 млн долл.), то в России — около 2 %.

В целом, по финансированию здравоохранения Россия занимает 85-е место в мире. В результате почти одна треть населения

⁵⁴ Колесова Н. С. Указ. соч. — С. 87.

⁵⁵ Там же. — С. 87–89.

России (более 40 млн чел.) не может обеспечить себя общедоступной медицинской помощью, минимум населения может обеспечить себе нормальное здоровье (для профилактики и лечения которого в год необходимо по западным стандартам не менее 1,5–2 тыс. долл.). В связи с этими проблемами в России необходимо формировать рациональную политику в области здравоохранения, выйти (для начала) на мировой минимальный уровень расходов на здравоохранение, предоставить каждому человеку возможность использования общедоступной медицинской помощи, возродить профилактическую медицину и т. п.

Насущной потребностью в современной России является формирование культуры охраны здоровья, которая исходит из определения здоровья Всемирной организацией здравоохранения: «Здоровье — это состояние полного физического, психического и социального благополучия, оно определяется не только отсутствием болезни и немощи»⁵⁶. Оно существенно отличается от ставшего традиционным (и не только в России) понимания здоровья как только медицинской категории.

Определение здоровья, данное ВОЗ, основано на гуманистическом подходе к биоэтике, персонцентристской концепции человека и с необходимостью требует правового регулирования проблем биоэтики, недопустимости коммерциализации человеческого тела. Несмотря на декларацию права на жизнь и здоровье в Конституции России, в настоящее время остаются нерешенные проблемы, связанные с соблюдением, обеспечением и защитой этих прав, трансплантацией органов и тканей, эвтаназией, операциями по изменению пола и т. п. Как отмечает М. Н. Малеина, «в нашей стране пора принять решение о неиспользовании или использовании (с указанием условий) человеческого плода для научных исследований и лечения... В качестве общего правила следовало бы установить, что зачатие и аборт только с целью получения материала для трансплантации или фармацевтических и научных исследований не разрешается»⁵⁷.

⁵⁶ Сгречча Э., Тамбоне В. Биоэтика. — М., 2002. — С. 98.

⁵⁷ Малеина М. Н. Личные неимущественные права граждан. — С. 59.

4. Правовое регулирование биоэтических ситуаций в российском законодательстве

В Российском законодательстве имеются специфические особенности регулирования биоэтических ситуаций.

В России право на жизнь было официально провозглашено Декларацией прав и свобод человека и гражданина РСФСР 22 ноября 1991 года. Позднее это же право было закреплено в Законе Российской Федерации «О трансплантации органов и (или) тканей человека» от 22 декабря 1992 года, а так же в Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года, в Гражданском кодексе РФ. Наряду с этим правом в российском законодательстве закреплено право на здоровье, в частности: в ст. 41 Конституции России 1993 года, в Основах законодательства об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года, Законах Российской Федерации: «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28 июня 1991 года, «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2 июля 1992 года, «О донорстве крови и ее компонентов» от 9 июля 1993 года.

Согласно ст. 150 Гражданского кодекса РФ, здоровье названо нематериальным благом и отнесено к объектам гражданских прав. В соответствии со статьей 2 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, основными принципами охраны здоровья граждан провозглашены следующие: 1) соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий; 2) приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан; 3) доступность медико-социальной помощи; 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья; 5) ответственность органов государственной власти и управления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

Неотъемлемым правом на охрану здоровья обладают все граждане России, которым государство гарантирует охрану здоровья независимо от пола, расы, национальности, языка, социального

происхождения, должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям. Также государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний (ст. 17). Это право, в соответствии со статьей 17 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, обеспечивается охраной окружающей природной среды, созданием благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией доброкачественных продуктов питания, а также предоставлением населению доступной медико-социальной помощи.

Особенно актуально и насущно развитие и правовое регулирование биоэтики, т. е. проблем, связанных с правами на жизнь, смерть, суррогатное материнство, на отказ от медицинского вмешательства в сфере здоровья человека.

В целях обеспечения порядка финансирования и организации медицинских услуг, оказываемых пациенту, с 1993 года в России введено обязательное медицинское страхование. В этом же году в российском законодательстве было закреплено право каждой совершеннолетней женщины на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона (ст. 35 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан). В 1996 году в Семейном кодексе РФ появился институт суррогатного материнства, были закреплены права суррогатной матери. Так, в п. 4 ст. 51 Семейного кодекса было закреплено, что лица, состоящие в браке и давшие согласие в письменной форме на имплантацию эмбриона другой женщине с целью вынашивания, могут быть записаны родителями ребенка только с согласия женщины, родившей ребенка.

Правовые основы проведения медицинских экспериментов, т. е. биомедицинских исследований человека в качестве их объекта, были зафиксированы в ст. 43 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, в частности: право на предварительную информацию о будущем эксперименте; необходимость свободного письменного согласия гражданина — объекта исследования при предварительном проведении лабораторного эксперимента, осуществлении эксперимента в учреждении государственной или муниципальной системы здравоохранения.

В 1997 году в российском законодательстве было закреплено право гражданина на проведение профилактических прививок с его согласия и его обязанность подтвердить отказ от прививки в письменном виде (Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17 сентября 1998 г.). В соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации каждый гражданин имеет право на возмещение вреда, причиненного его здоровью. В соответствии со ст. 1064 Гражданского кодекса вред, причиненный личности, должен быть возмещен лицом, причинившим вред в полном объеме. Потерпевшему возмещается не только моральный, но и имущественный вред в виде компенсации дополнительных расходов (п. 1 ст. 1085 Гражданского кодекса РФ).

Наряду с указанными правами в российском законодательстве также закреплены следующие.

— Право каждого на личную (физическую и психическую) неприкосновенность (ст. 22 Конституции РФ, Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан, Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»).

— Право на благоприятную окружающую среду (ст. 42 Конституции РФ, Закон РФ «Об охране окружающей среды», Закон РФ «Об экологической экспертизе» от 18 ноября 1995 г., Федеральный закон «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» от 21 декабря 1994 г.).

— Право на медицинскую тайну (Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан, Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», другие правовые акты). При этом медицинская тайна включает в себя информацию о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья граждан, диагнозе его заболевания и иные сведения, в том числе информацию о его семейной, интимной жизни, состоянии здоровья родственников пациента. Обязанность хранить медицинскую тайну распространяется как на врачей, так и на медицинский персонал (сестру, няню, сиделку, регистратора), а также на студентов медицинских вузов, техникумов, проходящих практику в лечебных учреждениях, и на других лиц, которым были переданы соответствующие сведения в установленном законом порядке (ст. 62 Основ законодательства РФ об охране

здоровья граждан). В то же время в законодательстве предусмотрены пределы и ограничения данного права. Они следующие.

— Право граждан на квалифицированную медицинскую помощь в рамках программ обязательного всеобщего страхования и добровольного медицинского страхования, предполагающего получение не только обязательных, но и дополнительных услуг (ст. 41 Конституции РФ, Закон РФ «О медицинском страховании граждан Российской Федерации», Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан).

— Права пациентов, закрепленные в ст. 30 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, которые включают:

- право на уважительное и гуманное отношение медицинского и обслуживающего персонала;
- право на выбор врача, в том числе семейного и лечащего (при его согласии), на выбор лечебно-профилактического учреждения;
- право на проведение по просьбе пациента консилиума и консультации других специалистов;
- право на облегчение боли, вызванной заболеванием и (или) медицинским вмешательством;
- право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, отказ от такого вмешательства;
- право на получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья;
- право на возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью пациента при оказании медицинской помощи;
- право на допуск адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
- право на допуск священнослужителя, на создание условий для отправления религиозных обрядов;
- право на регулярное и своевременное получение информации о факторах, способствующих сохранению здоровья и оказывающих на него вредное влияние. При этом информация может быть предоставлена в различном порядке: так, существует четыре модели информации:

1) информационная (потребительская), в которой врач выступает как компетентный, беспристрастный эксперт, пациент здесь сам принимает решение и несет ответственность;

2) интерпретационная (потребительская), в которой врач выступает в роли убедительного консультанта, сохраняющего автономию больного;

3) совещательная модель предполагает достижение взаимного согласия при совместном обсуждении положения больного;

4) патерналистская модель, наиболее распространенная в России, предполагает, что врач чаще всего выступает в роли опекуна, который самостоятельно принимает решение или навязывает его больному.

— Право на информацию в отношении лекарств и других изделий, применяемых в медицине и в сфере медицинских услуг (Закон РФ «О защите прав потребителей» от 7 февраля 1992 г. в редакции Федеральных законов от 9 января 1996 г., от 17 декабря 1999 г., от 30 декабря 2001 г.).

При нарушении права на здоровье в РФ можно использовать следующие способы его защиты: 1) прекращение правоотношений (например, расторжение договора с медицинским учреждением, частнопрактикующим врачом); 2) изменение правоотношения (например, выбор другого врача (с его согласия); 3) возмещение возникшего вреда.

Последний является наиболее характерным способом защиты права на здоровье. При этом: 1) вред, причиненный личности, подлежит возмещению лицом, причинившим вред в полном объеме (ст. 1064 Гражданского кодекса РФ); 2) сумма, выплачиваемая по денежному обязательству непосредственно на содержание гражданина, пропорционально увеличивается с увеличением установленного законом минимального размера оплаты труда (ст. 318 ГК); 3) потерпевшему возмещается также имущественный вред в виде компенсации дополнительных расходов (п. 1 ст. 1085): расходы на дополнительное питание, уход за потерпевшим, санаторно-курортное лечение, проезд к месту лечения и обратно и др. В целом, возмещение вреда, причиненного здоровью, производится в форме взыскания утраченного потерпевшим заработка, которого он был лишен вследствие повреждения здоровья; вынужденных дополнительных расходов; морального ущерба. Но не стоит дожидаться нарушения права на здоровье, необходимо предотвращать достаточно распространенное в нашей стране на-

рушение данного права. Для этого каждому человеку нужно быть взыскательным и требовательным потребителем на рынке медицинских услуг. В настоящее время российские граждане не являются таковыми в силу ряда причин.

Среди них: «представление о том, что некачественность и безответственность здравоохранения является непрямым следствием его «бесплатности»; незнание иерархии и архитектуры системы здравоохранения, профессиональных и должностных обязанностей ее работников, и, как следствие, неумение пользоваться достаточно широкими возможностями системы; нехватка сведений о законном объеме своих притязаний в сфере «бесплатной» медицинской помощи; необеспеченность пациентов помощью профессионально подготовленных специалистов в области медицинского права; задержка принятия давно уже разработанного «Закона о защите прав пациентов»; отсутствие системы представления групповых интересов пациентов в органах государственной власти и управления; дефицит знаний о существовании иного, нежели советский, правового статуса пациента и о существовании иных (по уровню, ответственности, гуманности, ценностных ориентаций) государственных систем здравоохранения (Великобритания, Италия и т. д.); многолетняя информационная закрытость для публичного обсуждения системных проблем государственного здравоохранения; смешение понятий доверчивость и доверие к государственному здравоохранению; своеобразие психофизиологического состояния пациента (астенизация, тревога), зачастую препятствующее идентификации правонарушений и самозащите прав; отсутствие опыта правового решения проблем, как в сфере повседневной жизни, так и в сфере медицинской помощи; национально-исторические психологические особенности граждан (пациентов) и их взглядов на медицину, здравоохранение, государство как на то, чему надо подчиняться, а не сотрудничать как с равноправным партнером; неопределенность представлений о собственной роли в процессе лечения, об ответственности человека за свое здоровье; неразвитость представлений о ведущей роли уровней гражданской активности, медицинской и правовой грамотности пациентов в формировании уровня качества деятельности государственного здравоохранения; традиционная готовность отка-

заться от личного принятия решений в вопросах жизни и здоровья и передать эту функцию незнакомому представителю государства; неинформированность о проблемах безопасности современных медицинских технологий; дефицит сведений, необходимых для реализации пациентом своих прав выбора врача и медицинского учреждения; отсутствие действующих стандартов качества медицинской помощи; отсутствие взгляда на медицинскую помощь как на разновидность услуг, а на себя, как на взыскательного и заинтересованного в высоком качестве этих услуг потребителя»⁵⁸.

Основными задачами каждого из нас как потенциального пациента должны быть следующие: «защитить себя от недоброкачественной медицинской помощи и предпринять усилия для получения помощи качественной»⁵⁹. О достижении данных целей можно судить только тогда, когда пациент ощущает себя максимально защищенным. Это предполагает, что пациент:

- 1) сам осознанно и обоснованно делает выбор в сфере медицинской помощи;
- 2) согласен, что эффективный язык дискуссии «пациент — медработник» — язык юридический, а надежный аргумент — обязательная к исполнению норма права;
- 3) не сомневается, что самая главная и самая сильная фигура в здравоохранении — это он, пациент;
- 4) видит во взаимоотношениях «здравоохранение — пациент» не столько свободное творчество, сколько регламентированные законом процедуры, права, обязанности, ответственность каждой из сторон;
- 5) повседневно применяет свои права как инструмент безопасной жизнедеятельности;
- 6) имеет навыки самозащиты прав, опыт использования представителей;
- 7) не питает излишних иллюзий о заботливости государственных систем, в том числе, здравоохранения;

⁵⁸ Человек и здравоохранение: правила игры: Пособие для пациентов и родственников. — СПб., 2001. — С. 51–52.

⁵⁹ Там же. — С. 20.

8) является грамотным, требовательным и эффективным пользователем здравоохранения — системы, созданной и функционирующей на его (налогоплательщика) деньги;

9) осваивает статус «потребителя», а не «просителя» медицинских услуг⁶⁰.

Среди защитников прав пациентов выделяют традиционных (сам пациент, суд, прокуратура) и нетрадиционных. К нетрадиционным субъектам защиты нарушенных прав пациентов относятся страховые медицинские организации; государственные органы и должностные лица учреждений здравоохранения; органы местного самоуправления; федеральный антимонопольный орган; федеральные органы по стандартизации и сертификации; федеральные органы исполнительной власти, осуществляющие контроль за качеством и безопасностью услуг; лицензионная палата; общественные объединения (ассоциации, союзы), защищающие права потребителей и юридические лица, уставом которых предусмотрена деятельность по защите прав пациентов; уполномоченный по правам человека.

Права человека в сфере охраны здоровья защищены российским уголовным законодательством. Так, под причинением вреда здоровью пациента, в том числе и медицинскими работниками, Уголовный кодекс РФ предусматривает: либо телесные повреждения, т. е. анатомические или функциональные нарушения органов и тканей, либо заболевания и патологические состояния, возникшие в результате действия различных (физических, включая механические, химические, биологические, психологические) факторов внешней среды. При этом в Уголовном кодексе РФ определяются три степени тяжести вреда здоровью: тяжкий, средний и легкий; степень тяжести устанавливается судебно-медицинской экспертизой на основании соответствующих квалифицирующих признаков (ст. 111, 112, 115).

Наряду с правами пациента в российском законодательстве закреплены права медицинских работников: право на обеспечение условий их деятельности в соответствии с требованиями охраны труда; право на работу по трудовому договору, в том числе и за ру-

⁶⁰ Человек и здравоохранение: правила игры: Пособие для пациентов и родственников. — СПб., 2001. — С. 218–219.

бежом; право на защиту своей профессиональной чести и достоинства, в том числе в судебном порядке; право на получение квалификационных категорий в соответствии с достигнутым уровнем теоретической и практической подготовки; право на повышение квалификации, по крайней мере каждые 5 лет; право страхования профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью граждан, не связанные с халатным или небрежным выполнением ими своих профессиональных обязанностей (ст. 63 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан).

Кроме прав пациента, гражданин Российской Федерации в медицинской (прежде всего в фармацевтической) сфере пользуется правами потребителя, закрепленными в Законе «О правах потребителей»: право на безопасность товара (работы, услуги) для жизни, здоровья потребителя (ст. 7); окружающей среды, право на информацию об изготовителе (исполнителе, продавце) и о товарах (работах, услугах) (ст. 8); право на информацию о товарах (об основных потребительских свойствах товаров, работ, услуг, сроке годности, правилах и условиях эффективного и безопасного использования товаров, работ, услуг) и т. п. (ст. 10). Потребитель имеет право требовать возмещения морального и имущественного вреда, причиненного жизни, здоровью или имуществу потребителя вследствие конструктивных, производственных, рецептурных или иных недостатков товара (работы, услуги) (ст. 14–15). Защита прав потребителей осуществляется судом, при этом иски предъявляются в суд по месту жительства истца или по месту нахождения ответчика или по месту причинения вреда (ст. 17).

Самой насущной потребностью в современной России являются соблюдение, обеспечение и защита прав каждого человека на жизнь, здоровье, физическую и психическую неприкосновенность, права на благоприятную окружающую среду, т. е. прав, обеспечивающих физическое и психическое благополучие (целостность) личности. От степени защищенности каждого человека как потенциального пациента, как гражданина и личности зависит будет ли Россия как сильная, стабильная и независимая держава существовать в XXI веке.

В настоящее время необходимо развивать правовое просвещение в области биоэтики, охраны здоровья граждан; отказаться от

мифов и стереотипов советской медицины; увеличить бюджет здравоохранения как минимум до мировых стандартов (5 % от ВВП); проводить правовую политику в области здравоохранения. Одним из ведущих принципов такой политики в России должен быть контроль государственной системы здравоохранения. Для этого можно использовать опыт Великобритании, имеющей с 1948 года аналогичную российской государственную систему здравоохранения и установившей для контроля за качеством медицинской помощи 15 простых клинических индикаторов.

Среди таких индикаторов — качественные показатели, по которым перед налогоплательщиками отчитывается каждый стационар Великобритании: смерть в стационаре в течение 30 дней после экстренной и плановой госпитализации; экстренная повторная госпитализация в течение 28 дней после выписки; повреждение органов при хирургических вмешательствах при экстренной и плановой госпитализации; кардиологические осложнения у пациентов хирургических стационаров, оперированных в экстренном и плановом порядке. Данные индикаторы позволяют видеть, насколько качественно работает тот или иной стационар и здравоохранение в целом. В 1997 году правительством Великобритании была провозглашена «политика партнерства между правительством, пациентами и здравоохранением в целях оказания максимально качественной помощи везде, где это возможно»⁶¹.

Российские граждане так же нуждаются в подобной политике, в контроле за государственной и негосударственной системами здравоохранения, в максимальной защищенности своих прав на жизнь, здоровье и достойный уровень жизни.

Вопросы по теме

1. В чем заключается прагматическая ценность правового регулирования биоэтических ситуаций?
2. Перечислите основные проблемы правового регулирования отношений в системе здравоохранения РФ.

⁶¹ Человек и здравоохранение: правила игры: Пособие для пациентов и родственников. — СПб., 2001. — С. 281.

3. Какие права имеет пациент согласно российскому законодательству в системе здравоохранительных отношений?

4. Насколько защищены права человека в сфере охраны здоровья в российском уголовном праве?

5. Сформулируйте основные права и обязанности медицинского работника с точки зрения российского законодательства.

6. Что отличает моральное регулирование медицинской деятельности от правового:

- а) гражданская безнаказанность,
- б) уголовная безнаказанность,
- в) административная безнаказанность,
- д) моральная ответственность.

7. Моральные нормы определяют становление законопослушного поведения граждан. Какие моральные нормы определяют законодательную базу медицинского обслуживания населения в нашей стране? Как влияет сложившаяся моральная атмосфера в обществе на качество медицинского обслуживания населения?

8. Как вы понимаете выражение «приоритеты здравоохранительной политики государства»? Какие приоритеты в здравоохранительной стратегии и тактике характерны для современного российского правительства? Обоснуйте свое мнение при помощи материалов средств массовой информации и российского законодательства.

9. Чем отличается правовое регулирование биоэтических ситуаций от морально-нравственного?

10. Существуют ли международные принципы медицинской этики, узаконенные правом?

11. Как соблюсти адекватный баланс между риском, сопряженным с медицинским исследованием, и успехом?

12. Перечислите основные обязанности врача.

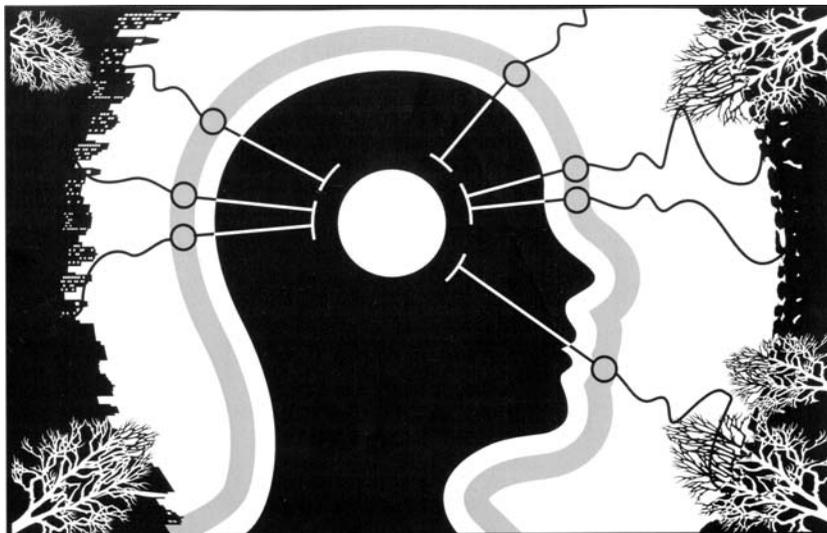
13. Возможна ли законная принудительная госпитализация больного?

14. Что важнее: обязанности врача или права пациента?

15. Может ли иметь юридическое и моральное оправдание врач-стоматолог, манипулирующий данными относительно вида страхования для того, чтобы обеспечить лучшую или более своевременную терапию пациенту, который не мог бы иными способами позволить ее себе? Этично ли стоматологу воздержаться от рекомендации лучшего разряда терапии пациенту, чья страховка обеспечивает практикующему врачу-стоматологу фиксированную оплату в течение года за все лечение, в котором пациент может нуждаться, и рекомендовать в клиническом отношении приемлемую, но минимальную терапию, так как страховка обеспечивает покрытие именно минимальной терапии, хотя пациент

нуждается в большем? В каком размере стоматолог профессионально обязан нести потерю дохода, чтобы предоставить пациенту необходимую, но не экстренную терапию?

16. Новорожденный страдает атрезией заднего прохода и болезнью Дауна. Немедленное хирургическое вмешательство могло бы спасти ему жизнь, но его интеллект никогда не превысил бы уровня четырехлетнего ребенка, а продолжительность жизни составила бы около 20 лет. Какими правовыми и морально-нравственными нормами должен руководствоваться врач, принимая решение о своих дальнейших действиях? Какие правовые, психологические, культурологические и этические проблемы он должен при этом решить?



Тема 5

БИОЭТИКА И ПСИХОЛОГИЯ

***Основной тезис.** Медицинская деятельность направлена на помощь страждущим и страдающим. Постоянная работа со страдающими людьми зачастую сопровождается значительными переживаниями для медицинских работников, вынужденных включать в понятие профессионализма и эмоциональную вовлеченность в чужое страдание. Переживания медиков многократно усиливаются в биоэтических ситуациях, поэтому качество их помощи во многом зависит от психологической культуры медика и медицинского сообщества в целом. Психологическая культура медицинских работников определяет уровень продуктивности решения профессиональных и личностных задач.*

План

1. Психология и этика блага, любви, милосердия, сострадания в медицинской деятельности.
2. Уровни общения и медицинская деятельность.
3. Психологические аспекты биоэтических ситуаций.
4. Этика и психология медицинского работника и пациента.

1. Психология и этика блага, любви, милосердия, сострадания в медицинской деятельности

Кто-то из философов однажды обмолвился, что опыт любви — самый потрясающий опыт человечества. С одной стороны, любовь — это нарушение существующего порядка, это встряска, это буря, это парадоксы и парадоксальные отношения; с другой — это нечто гармоничное, закономерное, безусловно нравственное. Чтобы понять, что есть любовь, следует попытаться понять, например, любовь Петрарки к Лауре — «заурядной жене заурядного авиньонца, имевшей одиннадцать детей!»⁶², любовь Элоизы к Абеляру — кастрату, заточенному в монастырь, или любовь матери к преступившему закон сыну...

Животное, так же, как и человек, живет под голубым небом, среди лесов и рек, пустыней и снежных просторов. Но только человеку доступно находить тождество между звездой и любимой, нежностью и ветром, ритмом моря и ритмом сердца... Это тождество, это родство обычно закрыто от тех, кто не любит и не умеет любить. Теряя, любящий страдает не о себе, а о любимом: «Я не могу простить себе, что так и не сказал слова признательности и любви своему отцу... А ведь он так ждал их! Но теперь ничего не вернешь, не исправишь... отец умер, так и не узнав, как сильно я его люблю».

Тому, кто не любит, кажется, что он существует сам по себе, ему не хочется ни думать, ни верить, что есть законы, объединяющие жизнь Галактики и человеческого сердца, гармонизирующие страстность и душевность, соединяющие ум и доверчивость, объединяющие разное и непохожее на первый взгляд. Напротив, человек, способный любить, всегда открывает новую реальность, причем реальность не выдуманную, но не видимую; новые взаимосвязи и закономерности, но не очевидные. Новая реальность обогащает жизнь человека, добавляет в нее новые краски и ощущения, мысли и чувства. По сути, любящий человек творит новую реальность, причем именно реальность, а не ее ил-

⁶² Богат Е. Что движет солнце и светила... Любовь в письмах выдающихся людей. — М., 1978. — С. 17.

люзию. Чем масштабнее личность, чем больше человек способен к любви, чем сильнее он любит, тем более созидателен он в процессе своей деятельности, тем более результативна его душа в своем взаимодействии с миром.

Любовь «обогащает душу», т. е. обогащает ядро мировоззрения, о котором мы говорили в первой лекции. Ценности, убеждения, направленность развития личности любящего увеличиваются на то количество ценностей и убеждений, которые до этого времени оставляли его безучастным, равнодушным. При этом поскольку собственным мировоззрением (Душой), воспринимаются как свои не только сами убеждения и ценности другого человека, но и их приоритетность, алгоритмы оценки, направленность «во вне себя» или «в себя», то возникает новая — синергетическая — целостность, превышающая по богатству восприятия и оценке мира, сумму обеих исходных составляющих! Именно в подобном, т. е. «измененном» состоянии сознания, человек и находит наиболее продуктивные решения и совершает самый креативный морально-нравственный выбор. У любящего изменяется не только душа, но и мотивы поступков. Мотив, — как мы уже говорили, — это внутреннее побуждение к деятельности, определяемое представлениями личности о прекрасном, справедливом, лучшем, должном. Приведение мотивов к единому основанию формирует, по мнению древних греков, пять родов любви⁶³.

Иногда любовь отождествляют с понятием влюбленности. Это не правильно. Влюбленность — преимущественно психофизиологический процесс, он основан на биохимических и социальных стимулах, которые и управляют человеком. Стимулы — это внешние побуждения к деятельности, которые находят отклик в психофизиологии влюбленного. Под влиянием этих стимулов (феромонов, или, например, чувства восхищения талантом или красотой возлюбленной) влюбленный начинает смотреть на предмет своего обожания крайне предвзято, субъективно, не обращая внимания на те его качества или привычки, которые не поддерживаются стимулами. В результате влюбленный «идеали-

⁶³ См. подробнее Рюриков Ю. Б. Мед и яд любви (семья и любовь на слове времен). — М., 1990. — С. 321–338.

зирует» возлюбленную, не замечая большинство черт, составляющих объективный портрет человека, поскольку влюбленность сиюминутна и узконаправленна. Разве важно влюбленному, что его избранница грубит собственным родителям или плохо учится, ведь она так мила и привлекательна здесь и сейчас, где никаких родителей нет и в помине, а ее зачетная книжка не имеет никакого значения? С влюбленности чаще всего начинается любовь мужчины и женщины, но до любви дело доходит далеко не всегда, поскольку по мере угасания новизны привлекающих стимулов, начинают все яснее вырисовываться те свойства и черты характера, которые находятся в явном противоречии с долговременными установками и ожиданиями влюбленного. Новые, неизвестные качества личности возлюбленной, даже если они положительны, в момент влюбленности скорее мешают, чем помогают, потому что усложняют чувство и требуют для их освоения «как своих» дополнительных усилий.

Психологическая привлекательность влюбленности обеспечивается за счет того, что партнеры играют разные роли⁶⁴: скромница — в смелую и откровенную, верный и доверчивый — в ревнивца, скупой — в щедрого, жесткий — в мягкого и милосердного и т. п. Влюбленные «надевают маски» даже негативных, но знакомых им типов личности потому что уверены в доброжелательности партнера, его способности принять и простить любую линию поведения. Игра всегда интересна и увлекательна возможностью безнаказанно попробовать себя в новой роли, кроме того, она создает условия для проявления великодушия, снисходительности, благородства и других высоких моральных качеств, признаваемых «лучшими» обоими партнерами. Помимо этого, игра не требует дополнительного напряжения и волевых усилий, необходимых для любви. Человек и так находится в тонусе в связи со стрессом гормональной сферы.

Любовь отличается от влюбленности прежде всего глубиной, «серьезностью», многосторонностью и длительностью переживания. Влюбленность заканчивается сразу, как только исчезает чувство и переживание новизны ощущений, как только наступает привычка-

⁶⁴ См. п. 2 данной лекции.

ние. О любви можно говорить, когда переживание преклонения, восхищения, привлекательности, сочувствия, понимания, привязанности проходит проверку временем. Если влюбленность сохраняется несмотря на то, что о предмете любви ты уже узнал множество нелицеприятных вещей, например, что любимый в обыденной жизни не очень аккуратен или склонен принимать скоропалительные решения, можно говорить о начале любви или переходе влюбленности в любовь. Когда человек любит, он обычно испытывает одновременно и чувство восхищения от совершенства любимого, и боль от понимания его несовершенства, и от сопереживания трудностям, которые закономерно испытывает объект любви, взаимодействуя с миром по своим слабым функциям. Любовь, таким образом, более объективна и *трудна*, чем влюбленность.

Любить в русской культуре можно не только человека. Немецкий язык, например, вкладывает различное содержание в понятия «*lieben*» — любить человека, и «*mögen*» — желать, обожать, хотеть, обладать чем-то неодушевленным. Первый употребляется в значении «я люблю кого-то», второй — «я желаю нечто». Немец никогда не скажет «я люблю молоко», он обязательно употребит глагол «*mögen*» — «я всегда желаю молоко», «я всегда желаю свою кошку». Последнее для «русского» восприятия кажется забавным. В русском языке все намного сложнее. Любить можно и человека, и кошку, и мороженое. Но желать можно только человека и мороженое. Скорее всего, подобное положение в языке возникло потому что слово «любовь» у русских имеет огромное количество значений в связи с созерцательностью русской культуры, ее «феминностью»⁶⁵.

В русской культуре слово «любовь» подразумевает множество оттенков, зависящих от контекста и других особенностей ситуации. Русское слово «любовь» в качестве главного значения подразумевает: любить — значит смотреть на объект любви объективно, принимая не только его достоинства, но и недостатки. В Рос-

⁶⁵ Этнологи классифицируют разные культуры по многим основаниям. Феминность и маскулинность — одно из таких оснований. Большинство западноевропейских культур относят к маскулинным; восточных — к феминным, «культурам женского типа».

сии вполне обычно любить не только Родину, родителей, семью или живопись, но и пиво или бездумную трату денег. При этом русский человек обычно отдает себе полный отчет как в романтической возвышенности собственного любовного чувства, так и в низменности (пагубности) некоторых качеств объекта любви. Не случайно именно в России существует масса поговорок и пословиц, оправдывающих или снисходительно посмеивающихся над нежелательными пристрастиями: «кто не курит и не пьет, тот здоровеньким умрет», «не в деньгах счастье, а в их количестве», «любовь зла, полюбишь и козла»... Одновременно, в ряде русских диалектов слово «любовь» является, например, синонимом слова «жалость», и вместо «люблю тебя», там не реже говорят «жалею тебя». «Жалею», потому что принимаю таким, какой ты есть, понимаю, хоть и не нахожу тебе оправдания. В этом смысле «русская любовь» очень похожа на эталон любви в восточных культурах, для которых характерна созерцательная эмпатийность и недосказанность:

Хотя в этот вечер
Я в гости не жду никого,
Но дрогнуло в сердце,
Когда всколыхнулась под ветром
Бамбуковая занавеска⁶⁶.

Однако многозначность слова «любовь» в русской культуре предполагает не только тонкую «восточную» нюансированность любовного отношения, но и его активную прямолинейную ответственность, подобную западно-европейской:

Пер Гюнт.
Когда я правдой жил, в согласии с судьбой?
Когда я сильным был? И где я был собой?
О, если знаешь ты, то истину яви!

Сольвейг.
В моей надежде, вере и любви!
Во мне одной!⁶⁷

⁶⁶ Одзава Роан.

⁶⁷ Ибсен Г. Пер Гюнт. — М., 1978. — С. 256.

Однако и в западной, и в восточной культуре за любовь, как правило, признается право и способность изменять, творить не только внутренний мир человека, но и его внешнюю, телесную жизнь:

Был в мире ты,
И самый тяжкий путь
Не был тяжелым.
Но вот я одна, и покрыто росой
Мое изголовье из трав⁶⁸.

Когда речь идет о любви к человеку, то сила любви способна изменить жизнь не только любящего, но и любимого. Приготовленное с любовью блюдо — вкуснее и аппетитней, потому что повар знает вкусы тех, кому предназначен продукт его труда; сделанная с любовью машина — надежней, красивей, экономичней, потому что конструктор искренне заботится о том, чтобы потребителям было безопасно, красиво и выгодно... Любящий совершенно точно чувствует и знает, в чем именно нуждается любимая и потому учитывает ее потребности⁶⁹ в своей деятельности. Любящий берет от любимой прежде всего возможность смотреть на мир и не только своими глазами, и значит, возможность быть точнее, быстрее, успешнее. Но и отдает любящий не меньше, — отдает прежде всего понимание, своевременную помощь, оправдание и поддержку по всем слабым функциям любимой. Медик, относящийся к пациентам с любовью, способен излечить некоторые заболевания одним только своим отношением к больному.

К сожалению, в условиях постоянно возрастающей интенсификации социального развития многие с готовностью принимают как высшую ценность иллюзию, согласно которой учиться культуре отношений с другими людьми можно только на собственных ошибках и собственном опыте, потому что легче считать, что чем меньше души вкладываешь в других людей, тем лучше проживешь. Но это слишком легкий путь, чтобы быть правдой.

⁶⁸ Акадзомэ-эмон.

⁶⁹ Интерес — это осознанная потребность. Потребность — это необходимость, которая может и не осознаваться самой личностью, во всяком случае до тех пор, пока эта потребность удовлетворяется.

Оптимальная, продуктивная, созидаящая, а не разрушающая любовь как любое социальное, а не природное, отношение между людьми, требует не только наличия чувств и ощущений, но и определенных навыков, знаний, умений. Это навыки самопреодоления и силы воли, умение считаться с потребностями и интересами другого человека, способность выявлять и искренне восхищаться инакомыслием и инакочувствованием. Природа может наделить нас обаянием или сексуальной привлекательностью, но она не дает способности любить и быть любимыми. Любви, дружелюбия, человеколюбия можно и нужно учиться. Без обучения любовь может приносить человеку не только пользу, но и вред. Вспомним, хотя бы о случаях пагубных плодов безмерной материнской любви, «несчастливой» или даже трагической любви между мужчиной и женщиной, себялюбии и эгоизме, болезненном самолюбии...

Вряд ли возможно требовать от медицинского работника любви ко всем своим пациентам, хотя любить людей он, безусловно, должен уметь. Врач или медицинская сестра, умеющие любить пациентов, гораздо эффективнее в своей профессиональной и личной жизни, чем не способные к переживанию этого чувства или подменяющие его чувством долга. Только любящий способен уловить даже те изменения в состоянии пациента, о которых сам пациент еще не вполне догадывается. Кроме того, любящий человек в большей степени защищен от синдрома эмоционального выгорания. Именно о созидательной любви говорится в поговорке: «что хранишь ты, — то пропало, что отдал ты, — то твое».

Ошибочно считать, что от страдания и привкуса горечи в любви мы можем спастись поверхностными отношениями и напускными чувствами или простой вежливостью. «Поверхностный характер человеческих отношений вызывает у многих ложную надежду на то, что они могут обрести глубину и силу чувств в индивидуальной любви. Но понятие любви к одному конкретному человеку и общее понятие любви к ближнему неразделимы: в любой из культур человечества любовные отношения — это только более сильно выраженные формы родства со всеми людьми, которые преобладают в данной культуре. И потому представление о том, что одиночество человека рыноч-

ной ориентации можно излечить индивидуальной любовью, является иллюзорным и ошибочным»⁷⁰.

Любовь — это культура отношений полного равенства, целенаправленно и осознанно психологически устанавливаемого человеком между двумя нетождественными процессами, явлениями или людьми; это риск, новизна и необычность в видении мира или человека; это — волевое усилие не отторгнуть инородное, это отсутствие страха и самосохраняющей осторожности в экстраординарной ситуации. Не случайно Л. Фейербах считал, что любовь является важнейшим специфицирующим качеством человека, отличающим его от животного и способного привести человека и человечество к подлинному счастью. Э. Фромм остроумно и точно заметил, что человек, умеющий любить только себя, не умеет любить даже себя; а человек, умеющий любить только других, не умеет любить даже других.

Любовь медика всегда полезна пациенту, но не всегда приносит пользу самому медику, например, специалисту, помогающему безнадежным больным. Ведь любящая душа, получившая новое рождение вместе с формированием любви, умирает вместе со смертью любимых. Психологически легче работать, например, в неонатологии или акушерстве, здесь любовь к пациенту в большей степени счастлива, чем трагична. Но и здесь любовь постоянно травмирует любящее сердце медика, ведь пациенты уходят, забывая о врачах и медицинских сестрах, вложивших в их здоровье значительную часть своей души...

Профессионально обезопасить себя от психотравмирующих чувств при выполнении своих прямых обязанностей медицинский работник может, проявляя к пациентам такой вид любви, как любовь — сострадание. Сострадание — это особый вид любви, при котором участие в страданиях другого существа (человека или животного) рождает желание помочь ему. Состраданием называется такая любовь к другим, которая не предполагает приравнивания любимого к себе, а помещающая объект любви «вниз», на позицию «ребенка», требующего постоянных заботы и опеки.

⁷⁰ Фромм Э. Человек для себя. — Минск: Харвест, 2003. — С. 114.

Отношение к состраданию в различных картинах мира зачастую диаметрально противоположно. Если для христианства сострадание — проявление нравственного достоинства человека и неразрывно связано с важнейшей заповедью Христа о любви к ближнему, о милосердии к нему, то в даосизме оно понимается как бесполезное и ненужное. Лао-цзы принадлежат строки: «Небо и земля лишены сострадания... И мудрый не имеет сострадания». Близки к даосистской оценке сострадания и европейские стоики, но стоики, поставив превыше всего невозмутимость и спокойствие, одобряли деятельное участие и помощь страждущим. Впрочем, среди христианских мыслителей Нового времени и современности отношение к состраданию часто лишено единодушия. Так, И. Кант считал нравственно достойным помогать страждущим не из сострадания, а из чувства долга.

В любом случае, медик должен быть способным и к любви, и к состраданию, которые могут быть востребованы теми, чьи страдания он призван облегчать. Главная миссия медицины — облегчать и излечивать именно страдание. Понятие «страдание» отличается от понятия боли. Боль известна и животным, страдать судя по всему способен только человек с его способностью мыслить и думать о прошлом и будущем. Сострадание предполагает активную помощь в страдании другого, активное исследование причин страдания и поиск средств для устранения страдания. И если боль относительно легко убрать с помощью лекарственной терапии или хирургического вмешательства, то страдание обычно имеет не только физическую природу, но и психологические, нравственные, социальные или интеллектуальные основания. Сострадание требует от личности не только высокой нравственной культуры, но и огромного запаса эмоциональных сил. Не случайно одним из профессиональных рисков для медицинского работника является синдром эмоционального выгорания — состояние эмоциональной опустошенности, часто наступающее специалистов, длительно работающих в системе человек–человек и постоянно вкладывающих души в других.

Следует осознавать, что сострадание тоже не всегда полезно и оправданно как для пациента, так и для самого медика. В сострадании не бывает восхищения и, следовательно, сострадающий

медик не сможет помочь пациенту преодолеть себя или свое страдание в необходимых случаях. Кроме того, сострадание, в отличие от других видов любви, ослепляет страдающего, делает его необъективным, почти влюбленным. Сострадающий пациенту медик легче допускает ошибки. Вот почему медицинские работники так неохотно оказывают медицинскую помощь собственным родственникам или друзьям. Сострадать, равно как и любить «вообще», тоже нужно *уметь*.

Так или иначе, но все основные картины мира, пронизанные идеями гуманности, объединяет представление о необходимости милосердного отношения к людям. Милосердие — это сострадательное, доброжелательное, заботливое, любовное отношение к другому человеку. Но милосердие в большей степени поведенческая нежели психологическая характеристика отношения к другим людям. Милосердие — скорее привычка, чем чувство и переживание. Оно предполагает прощение, не обидчивость, не злопамятность и великодушие при общении. С древности и в различных культурных традициях милосердие трактуется как фундаментальное условие человеческого общежития. Очень часто медикам приходится быть не столько любящими и сострадательными, сколько милосердными. Именно милосердие всегда позволяет медицинским работникам эффективно оказывать медицинскую помощь самым различным людям, в том числе и не симпатичным, аморальным, преступившим закон.

2. Уровни общения и медицинская деятельность

Для того чтобы будущие медики способны были сами становиться референтной группой для населения, они должны уметь взаимодействовать с человеком на самом высоком духовном уровне, что не исключает, а предполагает умение использовать в случае необходимости и любой другой из известных науке семи уровней общения.

В повседневных контактах с плановыми пациентами преимущественно не возникает неординарных в моральном плане ситуаций. Деонтологические нормы и правила вполне успешно выполняют свою роль. Однако скрытая моральная конфронтация между

врачом и пациентом, особенно у молодых специалистов — и здесь довольно частое явление. Пациент достаточно часто не доверяет, или не вполне доверяет врачу и ищет другого специалиста только потому, что не удовлетворен уровнем общения с лечащим врачом.

Всякий акт поведения в науке принято условно разбивать на четыре фазы: первая — побуждение к действию, вторая — уточнение индивидом ситуации действия, третья — само действие и четвертая — его свертывание. Общение врача с пациентом не что иное, как специфический акт поведения. Первая фаза этого акта — направленность на партнера, которому предстоит стать объектом внимания и предстоящего действия. Вторая — психическое отражение партнера, попытка уловить его особенности. На третьей фазе осуществляется взаимоинформирование партнеров. На четвертой фазе происходит отключение от партнера.

Выпадение любой фазы контакта, или несогласование целей и средств общения на любой из фаз контакта всегда приводит к конфликтным ситуациям. Например, пациент в фазе взаимонаправленности на врача, обычно руководствуется установкой: «врач способен квалифицированно оценить мое состояние». При этом он интуитивно готовится к психологической пристройке «рядом», «на равных»: в качестве условия контакта пациентом заранее подразумевается, что он будет говорить с врачом то слушающим, то говорящим. Таким образом, и уважение к партнеру, и ожидание такого же уважения, встроены при общении на горизонтальных уровнях уже в фазу, которая предшествует реальному контакту.

А вот иной сценарий подготовки к общению с врачом: пациент хочет контакта, он хочет услышать квалифицированное суждение о своем состоянии, но не уверен, что врач захочет его внимательно выслушать и досконально осмотреть. В этом случае он заранее настроен на пристройку «снизу», он готов льстить и соглашаться. Неравенство позиций врача и пациента и в этом случае заложены еще на фазе, предшествующей реальному контакту! А ведь пациент (и/или его родственники) по разным причинам могут быть изначально настроены и на «пристройку сверху», кроме того, могут быть просто «плохо воспитаны» и считать, что деятельность медицинского работника тождественна обычным рыночным услугам, для которых провозглашен лозунг: «клиент всегда прав».

Хорошо, если врач оправдает лучшие ожидания пациента, а пациент окажется духовно развит настолько, что способен увидеть в медицинском работнике личность, а не функцию. Но пациент, по определению, существо страдающее и, следовательно, не вполне адекватное, субъективное. Конфронтация между партнерами, вольно или невольно спровоцированная пациентом, может возникнуть на любой фазе общения. А это чревато не только взаимной антипатией врача и пациента, но и снижением качества диагностики или лечения: у пациента может необоснованно с точки зрения основного заболевания повыситься или упасть давление, измениться температура тела, произойти покраснение кожи и т. д. Врач, «выбитый» из спокойно-доброжелательного эмоционального состояния, временно утратит способность предельно концентрировать внимание и начнет допускать профессиональные ошибки... Умение держать «диалог» на требуемом уровне, а тем более приводить его к нужному уровню, становится для врача сложным искусством, овладеть которым необходимо для успешного существования в профессии.

Оптимальным уровнем в общении считается конвенциональный (от лат. конвенция — согласие). На конвенциональном уровне общения взаимодействие партнеров протекает в духе равноправия партнеров и их обостренного внимания друг к другу на всех фазах контакта. В случае конгруэнции (взаимосогласия) оба заботятся о том, чтобы не навязывать свою персону другому после того, как беседа исчерпана. Поэтому незадолго до окончания общения партнеры уже заготавливают реплики «под занавес», что-нибудь вроде: «Удачи! Приятно было с вами поговорить». Уйти без такой фразы и без соответствующего теплого взгляда — значит, нанести партнеру незаслуженный укол. Даже в случае конфронтации партнеры расстаются уважительно, допуская право партнера оставаться при своем мнении: «До-свидания. Но все же подумайте еще раз над моим предложением».

Конвенциональный уровень общения считается оптимальным, в то время как в реальности общение может проходить как на уровнях, лежащих ниже конвенционального, так и на уровнях, находящихся выше него. Самый низкий уровень общения — «примитивный». Между ним и конвенциональным лежат «мани-

пулятивный» и «стандартизированный». Самым высоким уровнем общения издревле считается духовный. Между ним и конвенциональным располагаются еще два: «игровой» и «деловой».

Примитивный, манипулятивный и стандартизированный уровни общения объединяет то, что они осуществляются по модели «вертикальной» пристройки партнеров друг к другу. Каждый из партнеров при этом мечтает о том, чтобы занять психологическую пристройку «сверху», стать выше партнера. Если в силу обстоятельств человек не в состоянии занять позицию «родителя» (начальника и т. д.), он чувствует себя приниженным и ущемленным. Если занял «верхнюю позицию» — тратит немало сил, чтобы удержать завоеванное. Собственно содержание общения уходит при таких установках на второй план взаимодействия, а на первом плане оказывается борьба самолюбий (ума, физической силы, профессионального мастерства, красоты прически и т. п.). Различаются эти три уровня общения только формой проявления амбиций и способами борьбы за верхнюю позицию.

Примитивный партнер, например, достаточно легко способен смириться со своим положением ведомого, но, обнаружив в какой-то момент слабость «ведущего», не задумываясь воспользуется моментом, чтобы низложить противника. Стандартизированного партнера содержание общения не интересует вообще, он озабочен только тем, чтобы минимизировать общение и лучше спрятаться за навязанную ему социальную маску (в том числе, и маску Ведущего в общении). На стандартизированном уровне партнер общается формально, он соблюдает деонтологические правила общения, но никогда не задействует в коммуникации ядерный уровень собственного мировоззрения, не «вкладывает душу». Стандартизированное общение на глобальном, социально-экономическом уровне, создало предпосылки для особого рода политических и экономических забастовок, способных нарушить нормальную деятельность любого завода или государственной структуры: работникам рекомендуется просто выполнять *все* имеющиеся инструкции, не допуская ни малейшего отступления от них даже в ситуациях, требующих творческого решения. Этот вид забастовок, получивших название в общественной практике «итальянских» (по месту их первого применения), на практике доказал свою высочайшую эффек-

тивность: деятельность предприятия парализована, а формальных обвинений участникам забастовки предъявить не удастся.

Особого разговора заслуживает манипулятивный уровень общения. Манипуляцией в общении называется такое взаимодействие, при котором посредством технически грамотных коммуникативных приемов манипулятор добивается нужных результатов, невзирая на «цену», которую платит за это партнер. А партнер манипулятора всегда платит за общение очень высокую цену. Дело в том, что «техническая грамотность в общении» предполагает обязательную пристройку партнеров «рядом», предполагает отношение психологического равенства. Манипулятор эту пристройку на равных успешно имитирует. Например, если цель манипулятора — пожаловаться кому-нибудь на собственные неприятности, то он никогда не скажет об этом прямо, а сначала участливо поинтересуется делами партнера. После ответа он получает «законное право» рассказать и о собственных делах. Но вот тут он уже церемониться не будет, резонно полагая, что «долг платежом красен». Если его целью является получение определенной информации, то он для начала поделится собственной. Кроме того, манипулятор чутко следит за настроением партнера, но следит с единственной целью: использовать его для достижения собственных целей. На самом деле ни чувства, ни интересы партнера манипулятора не интересуют, его вообще не интересует ничего, кроме собственных целей, ради достижения которых он использует различные средства. Э. Фромм считает, что широкое распространение манипуляции в наше время является следствием высокого образования и поверхностных отношений между людьми. Поверхностность отношений, в свою очередь, является следствием рыночной экономики и интенсивности темпов общественного развития, которые требуют развитой способности к ориентации и сообразительности, но не глубоких знаний⁷¹. По сути, манипулятор не просто игнорирует интересы партнера, он наносит ему тяжелые психологические травмы, сначала создавая иллюзию высокой ценности личности партнера, а потом демонстрируя, что личность партнера не стоит ровно ничего.

⁷¹ Фромм Э. Человек для себя. 2003. — С. 115.

Всем уровням, находящимся «ниже» конвенционального, недостает этичности и искренности, и люди обычно интуитивно не доверяют подобным партнерам, поскольку «вертикальное» общение любого уровня всегда построено на принципах неуважения, презрения другого человека. В вертикальном общении реализуется желание власти, потребность подавлять другого, в нем главенствуют морально-нравственные принципы примата частного интереса над интересами общего дела и отрицания положительных ценностей и традиций. Врач, общающийся с пациентами на одном из вышеперечисленных уровней, по сути, даже против собственной воли и сознания демонстрирует пациенту только эгоцентризм и своекорыстные цели и, следовательно, лишает пациента объективной возможности принять посильное и полноценное участие в деле собственного оздоровления.

«Игровой», «деловой» и «духовный», т. е. «горизонтальные» уровни общения, предполагают равноправие позиций партнеров и предусматривают психологические пристройки «рядом». Они в полной мере обладают человечностью конвенционального уровня, но превосходят его тонкостью содержания и богатством оттенков. На каждой фазе контакта предполагается обостренное восприятие партнера, его актуальных ролей, ожиданий, интерес к личности, ее уважение или, даже, как на духовном уровне, — восхищение⁷².

Главный этический смысл этих уровней общения — принятие ценностей, знаний и умений самореализации через вклад в реализацию общего с партнером дела, развитие конструктивно-альтруистических задатков личности, становление диалога и творчества самоценности Я с самоценностями Ты и Мы. Именно на этих уровнях только и способны реализоваться подлинное милосердие и любовь как высшие блага человечности. Любовь, понимаемая в духе уже упоминавшегося высказывания Э. Фромма: «Человек, умеющий любить только себя, не умеет любить даже себя. Человек, умеющий любить только других, не способен любить даже других. И только человек, умеющий любить себя, как другого, а другого — как самого себя, умеет подлинно любить».

⁷² Добрович А. Б. Воспитателю о психологии и психогигиене общения. — М., 1987. — С. 66–121.

Так, игровой уровень общения обеспечивает безопасность общения за счет установки, предполагающей веру в уникальную неповторимость личности партнера, его справедливость и доброжелательность. В этой установке присутствует также и признание безусловного права партнера на ошибку, и свободу в выборе линии поведения. В результате в фазе улавливания актуальной роли партнера, участники общения с интересом принимают любую интонацию, поступок или слово, «подыгрывая» партнеру и создавая условия для его полной самореализации. Недостатком игрового уровня общения является его быстрая истощаемость в стандартных ситуациях, когда совместная деятельность имеет целью не самореализацию участников коммуникации, а получение определенного результата. Повторение одних и тех же методов, необходимое и закономерное, например, при выполнении бытовых обязанностей по дому, рано или поздно делает общение «скучным», ведь любая игра предполагает разнообразие и новизну впечатлений. На игровом уровне умеют общаться фактически все взрослые люди, и не только потому что помнят детство. В период влюбленности, например, желание лучше узнать избранника или избранницу, инициирует ситуации, при которых партнеры получают возможность показать собственную личность во всех ее нюансах.

Деловой уровень общения, на первый взгляд, может показаться скучным. Партнеров фактически не интересуют личности друг друга в их «полном объеме». В изначальной установке на общение присутствует только один интерес: оценка готовности и умений партнера осуществлять совместную деятельность. Однако культура психологического равенства исключает при этом саму возможность оценивать друг друга по принципу «кто больше или меньше вложил затрат в это общее дело». Зато партнеры нацелены на соизмерение общих долговременных целей и оценку сильных и слабых сторон друг друга при выполнении планируемой деятельности. Самолюбие, амбиции, обиды, благодарность или неблагодарность при таком подходе становятся не существенными. Если один из участников делового уровня общения умеет, например, отлично и чертить, и генерировать идеи проекта, а второй — только чертить, хотя и хуже первого, то при общей цели сделать качественный архитектурный проект и сдать его

подрядчику в запланированные сроки, чертить будет все же второй, а первый — только помогать ему, потому что у первого основное время будет занято обдумыванием конструкции и проблемы художественного замысла. Партнеры, общающиеся на деловом уровне в семейной жизни, вряд ли будут делить хозяйственные обязанности по принципу «мужские и женские», а будут исходить из реальных возможностей времени, умений и навыков друг друга. Тональность такого общения лучше всего проявляется при расставании, когда участники начинают испытывать «нехватку» друг друга в ситуациях, требующих чьей-то помощи и поддержки, потому что научились понимать партнера, что называется, с «полувзгляда». Все фазы контакта проходят у партнеров легко, но без особых эмоций: «Привет! Поможешь мне осмотреть больного? Хорошо. Осмотрели, сделали перевязку... Пока!».

Духовный уровень общения — высший из известных человеку. Здесь равенство обеспечивается за счет того, что участники общения уже в фазе установки на общение настроены на восхищение друг другом, считая, что у каждого есть черты характера, знания или умения, которые превосходят собственные. Так, старый восхищается молодостью и нешаблонностью мышления более молодого партнера, а молодой — заранее восхищен опытом и знаниями собеседника; экстраверт восхищается глубиной понимания проблемы интровертом, а интроверт — легкостью общения экстраверта. Впрочем, общаться на духовном уровне даже наиболее гармонично развитые личности способны лишь в определенных благоприятных условиях, а к постоянному взаимодействию на этом уровне готовы лишь очень немногие, и они совсем не обязательно являются интеллектуалами.

Автору этих слов довелось наблюдать высочайшую духовность, проявленную девочкой с отставанием в развитии. В младших классах школы одноклассники относились к ней явно недоброжелательно, поскольку в этом возрасте всякая непохожесть на других кажется вопиюще недопустимой, особенно если эта непохожесть связана с отклонением в нижнюю сторону от задаваемых семьей и школой норм. А девочка давала повод для недоброжелательства: она довольно старательно, но очень плохо училась, могла «сходить под себя» прямо во время урока...

В третьем классе учительница решила устроить чаепитие. Каждый из учеников должен был приготовить что-нибудь вкусненькое. Маша, — так звали девочку, вместе со своей мамой приготовили торт. С этим известием Маша по-соседски прибежала и к нам, так как была одноклассницей с моей дочери. «Мама такой торт, такой торт красивый и вкусный испекла!» — взახлеб делилась радостью Маша. И тут я услышала, как моя дочь с отрезвляющим сарказмом и жестоким реализмом опускает Машу с небес на землю: «Так кто ж его есть станет, — от тебя?». В комнате повисла пауза. И пока я на кухне лихорадочно соображала, как разрядить ситуацию, вновь раздался низкий Машин голос, на этот раз с просительной интонацией: «А давай, мы им не скажем, что он от меня, ладно?!».

Таких высот духовности от девятилетней девочки, хоть и из очень хорошей семьи, но с явной задержкой в развитии и постоянно подвергающейся оскорблениям и публичному осмеянию, ожидать было невозможно. Но Маша эту духовность обнаружила! Пусть обидчики, пусть злые, пусть не дружелюбные, но они — ее одноклассники и имеют право испытать ту же радость от прекрасного торта, что испытала она сама!

Когда речь идет о духовном уровне общения, дело даже не в альтруизме, который был проявлен в описанной выше ситуации. Главным показателем духовности в общении является благородство души, умение прощать и не держать обиду, желание дарить другим Благо, а не Зло, такт и деликатность. В медицине после того как патерналистская модель общения с пациентом все ощутимей уступает позиции контрактной и коллегиальной моделям, умение искренне прощать и желать добра даже тому, кто не способен в полной мере оценить тебя и твои усилия во благо, умение общаться на духовном уровне, становится одной из первоочередных задач. В процессе самовоспитания чрезвычайно важно помнить русскую поговорку: «Посеешь поступок — пожнешь привычку, посеешь привычку — пожнешь характер, посеешь характер, — пожнешь судьбу».

Наиважнейшая проблема современной медицинской этики состоит в том, что охрана здоровья должна быть правом любого человека, достойного любви хоть в каком-нибудь отношении, а

не привилегией для ограниченного круга лиц, которые в состоянии себе ее позволить в силу финансовой или образовательной, этнической или эстетической «состоятельности». Три революции: биологическая, научно-техническая и социальная, внесли свой вклад для того чтобы сделать потребность в высочайшей духовности врача или медсестры практически насущной. Благодаря социальной революции охрана здоровья стала юридически закрепленным правом каждого человека. Вследствие биологической революции стало возможно изменение биологии человека. Результатом научно-технической революции явилось формирование нового типа мышления и поведения. Примирить следствия, порожденные этими тремя революциями, без формирования высокой духовности личности врача невозможно.

Человеческие индивиды могут рассматриваться только как равные во всем лишь при условии признания единства их фундаментальных человеческих качеств — достоинства, свободы, индивидуальности, чести, права на счастье, любовь и милосердие. А это значит, что не только медицина, но и все человечество стоит сегодня перед практической необходимостью теоретического решения проблем фундаментальных оснований человеческого бытия, знание которых позволяет осознанно сформировать продуктивные морально-нравственные принципы поведения в рыночных условиях.

3. Психологические аспекты биоэтических ситуаций

Никакие моральные принципы в медицинской деятельности не могут быть реализованы без психологических знаний, а биоэтические проблемы продуктивно решены.

Слово «психика» в переводе с греческого означает «душа». В современной науке психологией называется теоретическая система знаний о закономерностях развития психики как особой формы жизнедеятельности живого. При этом под «психикой» понимается системное свойство животных со сложноорганизованной центральной нервной системой относительно активно перестраивать свое поведение в нестандартных жизненных обстоятельствах, активно адаптироваться при жизни к изменившимся обстоятельствам.

Психика, таким образом, есть у всех высших животных, способных «неосознанно» индивидуализировать свое поведение. Человеческая психика отличается от психики животных своей *осознанностью*, и тем, что некоторые свои реакции человек способен *произвольно* изменять: либо сдерживаться в проявлении каких-либо ощущений, либо, наоборот, демонстрировать их в преувеличенном виде; либо произвольно концентрировать внимание на каком-либо объекте, либо, напротив, вполне осознанно игнорировать его своим вниманием...

Момент произвольности, субъективности и субъектности в психических реакциях человека и процессах функционирования его психики, предполагает существенную роль прежде всего мировоззренческих *установок*. *Установка* — это готовность, предрасположенность субъекта, возникающая при предвосхищении им определенного объекта и обеспечивающая целенаправленный характер деятельности по отношению к данному объекту⁷³. Более позднее понятие *социальной установки* — *аттитюда* — введено для обозначения субъективных ориентаций индивидов как членов группы (или общества) на те или иные ценности, предписывающих индивидам определенные социально принятые способы поведения. А формирование определенных социально-психологических стереотипов поведения, как мы уже говорили в первой и второй темах, определяется морально-нравственными ценностями социальной группы или общества в целом.

Моменты субъективности и *предвзятости* человеческая психика начинает продуцировать только в режиме *познания*, точнее — в проблемной ситуации. С. Л. Рубинштейн определил проблемную ситуацию как ситуацию, в которой неизвестное дано не прямо (голоден, вижу зайца, для утоления голода надо поймать зайца), а опосредованно (хочу есть, ничего подходящего вокруг не видно, надо придумать, как утолить голод), через личное отношение к проблеме. Для решения любой проблемной задачи необходимо сначала найти, а затем заполнить «пробел» в знаниях, который всегда выступает в виде внешнего противоречия требований за-

⁷³ Психология: Словарь. Изд. 2 / Под ред. А. В. Петровского и М. Г. Ярошевского. — М., 1990. — С. 479.

дачи и ее решением. Иначе говоря, человеку всегда приходится думать и переживать, даже если имея цель (насытить голод), он не знает алгоритмов достижения этой цели.

Думать, т. е. решать проблемные задачи, человек при этом научился за счет того, что стал одновременно и строить тактику достижения цели, и эмоционально переживать процесс ее достижения. Дикие животные предпочитают включать эти функции попеременно: например, сначала охотятся, потом отдыхают и радуются добыче. Человек, как известно, может охотиться и получать от охоты удовольствие одновременно. Включением в алгоритм психического моделирования деятельности эмоций, человек получил возможность не только оценивать эту деятельность, но и искажать с помощью эмоций воспринимаемое. Трудно себе представить гепарда, который в хорошем настроении бежит быстрее или медленнее, чем в плохом! Но для человека это — норма.

Чем сложнее задача, стоящая перед человеком, тем больше он вынужден и думать, и переживать. Если проблемной ситуации, предполагающей многовариантное решение, в наличии не имеется, сознание человека бездействует («спит»), а человек если и действует, то рефлекторно или инстинктивно (бездумно или «бессознательно»).

Для значительного числа стандартных проблемных ситуаций, не имеющих однозначного решения, любая культура создает этическую традицию их оценки, ограничивающую «беспредел» возможных линий поведения человека морально-нравственными представлениями о Добре и Зле. Это означает, что любому человеку психологически гораздо легче принять нравственное решение, опираясь на уже известные его сообществу и психологически близкие ему самому моральные нормы. Так, Э. Фромм считает, что рыночная ориентация общественного сознания, со всем присущим ему комплексом моральных норм, оставляет отпечаток и на чувствах, и на мышлении конкретного человека «рыночной ориентации». «Этот отпечаток проявляется в том, что мышление берет на себя функцию быстро схватывать ситуацию, чтобы иметь возможность ею манипулировать. При более широком и эффективном образовании это приводит к высокому уровню сообразительности, но не разума», а для такого типа мышле-

ния «все проблемы равно интересны, и не стоит зря тратить время на разграничение этих проблем по степени важности.... Познание человеком самого себя, та психология, что в великой традиции западного мышления считалась условием добродетели, правильной жизни, счастья, в результате нелепых манипуляций выродилась в средство для лучшего манипулирования другими людьми и самим собой в рыночной конкуренции, в политической пропаганде, в рекламе и т. д.»⁷⁴.

Между тем, биоэтические ситуации — сложнейшие проблемные ситуации мировоззренческого и этического характера, возникшие именно в эпоху рыночных отношений и потому имеющие множество разноуровневых решений и разнонаправленных следствий в зависимости от того, с позиций какой моральной системы они решаются. Именно поэтому они, с одной стороны, одинаково интересны для любого человека, а с другой — значат для представителей разных социальных групп и разных культур по-разному. При этом, чем больше о биоэтических проблемных ситуациях человек знает, тем активнее он либо включается в их обсуждение и решение, либо уходит от их решения и публичной дискуссии.

Вместе с тем, решить биоэтические проблемы на поверхностном «манипуляционном» уровне невозможно, поскольку они затрагивают фундаментальные основания личностного существования. Для решения этих проблем приходится привлекать знания и принципы из разных сфер человеческой деятельности: правовой, религиозной, научной, бытовой, морфофизиологической, психологической, этнической, образовательной и др. О сущностной специфике права, религии или науки на бытовом, обыденном уровне нам помогают судить, например, юмор, присущий праву, религии или науке. Но юмор, ирония, сарказм, цинизм или пафосность, характер идеализации или прагматизации каждого из этих уровней имеют слишком разную природу, чтобы на их основе можно было бы прийти к теоретическому и деятельностному (практическому) консенсусу (согласию в результате коллективного обсуждения).

Фундаментальная психологическая проблема биоэтических ситуаций как раз и состоит в том, чтобы найти путь к компро-

⁷⁴ Фромм Э. Человек для себя. — С. 114–116.

миссу между значительным количеством разных позиций, научиться принимать не только индивидуальные, но и совместные общие решения. Основным требованием к продуктивным решениям биоэтических проблем является то, чтобы они в наибольшей степени соответствовали бы интересам каждой из сторон, вовлеченных в проблему.

До сих пор человеку европейской цивилизации приходилось активно решать в основном дихотомические проблемы, т. е. проблемы, предполагающие последовательное деление позиции по поводу обсуждаемого явления на две части: за и против, позитивное и негативное, правильное и не правильное, доброе или злое. В биоэтических ситуациях возникает иной психологический оттенок, не позволяющий упростить их до дихотомически простой оценки: «Вот это решение плохое, а это — правильное и хорошее».

Мировой общественности, например, хорошо известен скандал, возникший вокруг деятельности доктора Джека Кеворкяна (США). Профессиональная деятельность Дж. Кеворкяна получила огромный общественный резонанс: за период с 1990 по 1997 год в результате суицида, ассистированного доктором Джеком Кеворкяном, наступила смерть нескольких десятков пациентов, больных различными формами рака, болезнью Альцгеймера, синдромом хронической усталости и др. неизлечимыми на сегодняшний день заболеваниями. Джек Кеворкян разработал специальное приспособление для введения яда в организм пациента. Это приспособление приводилось в действие только тогда, когда безнадежно больной, получив необходимые инструкции от Джека Кеворкяна, сам нажимал особую кнопку, а доктор Кеворкян, в присутствии многих свидетелей, находился вдали от места санкционированного им суицида. Все лица, умерщвленные с помощью механизма, изобретенного доктором Кеворкяном, ранее высказывали в устной и письменной форме желание умереть. Однако никого, кроме этих лиц, доктор Кеворкян никогда не ставил в известность ни о механизме действия своего изобретения, ни о наличии сговора об эвтаназии-суициде. Поэтому расследованию удалось связать с личностью Джека Кеворкяна лишь несколько десятков случаев, выявленных на основании показаний родственников некоторых умерших, поставивших своих близких в из-

вестность о добровольности своего ухода и о том, что этот уход им помогли осуществить. Сколько было подобных случаев на самом деле, знает лишь сам доктор.

Выявленные факты говорят о готовности не одного, а значительного числа врачей оказывать содействие в ускорении наступления смерти и готовности некоторых категорий больных принять предложение врача об эвтаназии. Каждую из сторон, добровольно или невольно втянутых в проблему, можно понять с психологической точки зрения: пациенты устали от физического страдания, собственной беспомощности и, в ряде случаев, стараются оградить родственников от экономической и психологической тяжести длительного ухода за абсолютно безнадежным пациентом. Доктор, — совершенно добровольно, — взвалил на себя ношу палача, поскольку считает, что его эмоциональное удовлетворение от факта помощи безнадежно и длительно страдающему человеку, перевешивает на чаше весов угрызения совести от фактического убийства. С точки зрения культурных традиций общества, морально-нравственных заветов религии намерения и деятельность сторон являются безусловным грехом и преступлением.

Церковь осуждает суицид и эвтаназию на том основании, что право на жизнь и смерть человека принадлежит только Богу. Юристы рассматривают такое явление как преступление, потому что иное не предусмотрено в законодательстве. Общественное сознание вынуждено всерьез задуматься о реальной угрозе того, что в скором будущем общество рискует превратить моральную традицию в моральную модель, описываемую Ф. Ницше: «...Больной — паразит общества. В известном состоянии неприлично продолжать жить...».

Мы уже говорили о том, что нетренированному для постоянного, ежедневного решения сложных проблем мышлению, имеющему противоречивые морально-нравственные установки по отношению к фундаментальным ценностным основаниям человеческого бытия, психологически легче уйти от решения этих проблем, или принять «поверхностное» решение, актуальное не для фундаментальных свойств человека, а для «сегодняшнего момента». Так, «рыночная ориентация» личности, закономерно характерная для рыночной экономики, провоцирует нетренированное мышление на противоречивые, зачастую противоречащие друг

другу мысли и поступки, ведь «главной предпосылкой рыночной ориентации является пустота, отсутствие всякого специфического свойства, которое не может стать предметом обмена; ведь устойчивая черта характера в один прекрасный день может вступить в конфликт с требованиями, предъявляемыми рынком. Возможна ситуация, когда роль не согласовывается с особенностями характера человека. Следовательно, приходится избавляться от них. Но от чего именно? При рыночной ориентации сомнений не возникает — избавляться от особенностей характера. Ведь личность с рыночной ориентацией должна быть свободной от всякой индивидуальности⁷⁵, мешающей принимать своевременные, но зачастую взаимоисключающие, жизненные решения.

Вместе с тем, в эпоху интенсификации научно-технического прогресса и доминирования «рыночной ориентации» личности, «обезличивание, бессодержательность и бессмысленность существования, автоматизация индивида трансформируется в чувство неудовлетворенности и вызывает потребность искать другой, более адекватный образ жизни и другие нормы, которые могли бы найти его»⁷⁶. Современная личность явным образом страдает от последствий множества сложнейших социальных и культурно-психологических проблем и активно ищет средства для преодоления возникшего конфликта.

В теории биоэтики первый шаг на пути решения этой проблемы уже сделан: в результате многочисленных дискуссий по поводу биоэтических проблем на глазах современного общества формируется особый язык междисциплинарного обсуждения актуальных для многих людей тем. Этот язык, часто называемый в современной научной литературе *полилогом*, поскольку в нем участвуют инакомыслящие, иначе чувствующие, иначе различающие добро и зло граждане разных стран, профессиональных ориентаций и социальных слоев, чрезвычайно важен для осмысления и практикующими медицинскими работниками, профессионально и непосредственно, — *практически*, — стоящими перед решением биоэтических ситуаций.

⁷⁵ Фромм Э. Указ. соч. — С. 118–119.

⁷⁶ Там же. — С. 126.

4. Этика и психология медицинского работника и пациента

Мы уже говорили о том, что нормативного алгоритма для морально-нравственного решения биоэтических проблем в традиционной медицинской этике, имеющей многовековую историю, нет. Говорили мы и о том, что одна из причин возникновения биоэтики в современных условиях — объективная необходимость в новой интерпретации или пересмотре дающих сбой норм и правил традиционной медицинской нормативной этики.

Биоэтика сегодня — это не только новая область знания и познания, но и формирующийся социальный институт, задачей которого является регуляция отношений между людьми и организацией. В США и Западной Европе происходит институализация биоэтики как специального социального образования («социального института»), отрабатывающего процедуры принятия решений в нетрадиционных биомедицинских ситуациях. Данные процедуры предполагают обращение к универсальным правам и свободам личности, нормам международного права и законам конкретных государств, к национальным и религиозным традициям, к принципам либерализма и гуманизма. В России практика биоэтического мышления также нова, как и на Западе, и российским врачам приходится ей обучаться, находя ответы на возникающие вопросы прежде всего для самих себя.

Какими должны быть правильные, с моральной точки зрения, и продуктивные, — с психологической, действия медицинских работников, если пациенты просят об эвтаназии, аборте, использовании новой репродуктивной или трансплантационной технологии? В связи с современными научными открытиями, например, в медицинской практике технически возможны манипуляции с ДНК. Однако сложность генетической диагностики и терапии сопряжена с множеством моральных проблем, которые медицинским работникам придется переживать психологически одновременно с пациентом. Во-первых, не все диагностируемые наследственные заболевания могут быть вылечены. В таких случаях диагноз может превратиться в приговор. Во-вторых, поскольку многие выводы специалистов-генетиков носят

не непреложный, а вероятностный характер, возникают вопросы, не имеющие однозначных ответов.

Готов ли пациент с моральной и психологической точек зрения принять объективное знание о возможности или неизбежности генетической болезни? Стоит ли человека обрекать на неопределенность и вписывать его в группу риска, если многие диагнозы генетиков не окончательны? Насколько оправданна практика генетического усовершенствования, возможно дефектный ген может оказаться полезным для потомков? А если вмешательство совершается, то кто и на каких основаниях должен решать, какой запас памяти и уровень интеллекта следует «запрограммировать»?

Поскольку биоэтические ситуации всегда представляют собой проблемное поле для сознания всех участников ситуации, биоэтические проблемы представляют собой значительную психологическую сложность для медицинских работников. Мало того, что врачам приходится искать ответы на профессиональные вопросы, обращаясь не к медицинской, а к светской и религиозной традициям, осмысливая постулаты философии, выводы и наблюдения культурологии и этнологии, т. е. осваивать принципиально новую для себя методологию гуманитарного познания! Новую теорию приходится немедленно использовать в прикладном значении, проверяя не просто на практике, а в профессиональном взаимодействии с больными или страдающими людьми! Безусловно, подобное положение формирует стрессовую ситуацию для медицинских работников, вынуждая так же активно, как пациенты и их родственники, активно *переживать* биоэтические проблемы.

Основным психологическим содержанием биоэтических ситуаций, таким образом, является их *переживание*. Переживание — это психический процесс активного восприятия какого-либо явления, человека или процесса. Задача любого переживания — выработать адекватное и продуктивное отношение к воспринимаемому. Врачи постоянно имеют дело с проблемными ситуациями, их профессия не случайно относится к творческим профессиям. Сами медики называют врачебное мышление клиническим. Суть клинического мышления в том, чтобы мысленно суметь пойти дальше нозологического диагноза, понять и увидеть

индивидуальные особенности пациента, специфические черты в протекании выявленной патологии.

Биоэтические ситуации относятся к сверхсложным клиническим ситуациям, в их формирование вовлечены не только биохимические и морфофизиологические, но и социальные, культурные, экономические, психологические факторы. Биоэтические ситуации всегда имеют множество разнонаправленных следствий. Кроме того, биоэтические ситуации не имеют исторических прецедентов. Поэтому их практическое переживание врачом всегда фрустрировано и, как всякое кризисное состояние, переживается одним из двух возможных способов.

1. *Защитное переживание.* Игнорирует сложность ситуации и реализует установку избегания предвиденья долговременных следствий ради удовлетворения сиюминутных потребностей. Задача защитного переживания — избавить индивида от раскогласования целей деятельности и противоречивости разнонаправленных чувств. Цель достигается путем уступок, регрессии, самообмана или даже невроза.

2. *Продуктивное переживание.* Производит новые смыслы, выявляет новые взаимосвязи и отношения, реализуя установку предвиденья долговременных последствий со способностью пожертвовать сиюминутным ради будущего. Задача продуктивного переживания — получить удовольствие от новых целенаправленных ощущений, найти способ комфортного использования данной ситуации долговременно. Цель достигается путем сравнительного анализа, компромиссов и самокритики.

Если хирург переживает ситуацию трансплантации органа по защитному типу, то при вставшей перед ним цели — спасти жизнь конкретному больному, для него будет безразлично, зафиксирована ли законным образом клиническая смерть донора; существуют ли другие пациенты, которым именно эта хирургическая операция может спасти жизнь; сколько проживет пациент после операции и сохранит ли он работоспособность; в какой степени будет жив для собственных родственников донор органа; в какой степени станет «чуть-чуть личностью-донором» реципиент и т. п.

Переживание по защитному типу формирует, например, профессиональный цинизм медицинского работника, способного в

достаточно грубой и откровенной форме вести себя при умершем пациенте и его родственниках; саркастично относиться к живым пациентам или к их близким; халатно или недобросовестно исполнять свои профессиональные обязанности в случае разногласий с коллегами или начальством.

В тех случаях, когда защитные механизмы начинают составлять основную массу переживаний медицинского работника, он постепенно, но целенаправленно переходит к аморальному уровню профессионального поведения, а пациенты, — на уровне психологии восприятия и представления, — начинают превращаться для него в объекты, представляющие исключительно коммерческий или научный интерес.

Гуманность миссии врачебной деятельности в этом случае неизбежно утрачивается, а медицинский работник перестает получать эмоциональное удовлетворение от своей профессиональной деятельности, которая психологически трансформируется для него в источник негативных переживаний, требующих компенсации любыми доступными средствами.

На практике многие люди становятся медицинскими работниками в результате впечатлений, полученных еще в детстве. Восхищенные борьбой и победами врачей и сестер над смертью, или возмущенные ошибками или поражениями медицины, они видят в них специалистов, способных избавить человека от страданий и подарить ему жизнь и здоровье, и сами хотят стать такими же. Ни в одном медицинском вузе нельзя найти психически здорового первокурсника, поступившего на факультет с желанием приносить вред пациентам. Каждый студент-медик предполагает, что после получения медицинского диплома он начнет зарабатывать на жизнь путем реальной помощи реальным пациентам, получая за свой труд не только деньги, но и эмоциональное удовлетворение от работы. Однако часто эти ожидания, в силу объективной сложности и проблемности медицинской профессии, не оправдываются, и со временем появляются сломленность, подавленность, апатия, сопровождающие «отчаянье и чувство бессилия».

Особенно часто проявляются психологические реакции «защитного типа» у медицинских работников, работающих с тяжелобольными. Нередки они и у работников, специализирующихся

на медицине критических состояний, когда существует объективный недостаток времени и условий для принятия правильных, обоснованных решений и необходимых действий, когда объективно возрастает вероятность ошибок.

Почти неизбежная деперсонализация больного в медицине критических состояний также имеет несколько тяжелых психологических следствий. Дело в том, что личность человека мы воспринимаем не по паспортным данным, а в результате психологического контакта в ходе разговоров, взглядов, жестов. Но в критических состояниях пациент находится либо в коме, либо возбужден, либо имеет вегетативные расстройства и т. п. Это вынуждает врача поневоле воспринимать пациента не как личность, а как опасный для жизни синдром, который нужно устранить как можно скорее самым добросовестным образом. Но подобное отношение составляет психологическое основание для этических и юридических конфликтов, которые выражаются в следующем.

«1. Деперсонализация чаще ведет к забвению прав больного, потому что правами обладает не *синдром*, а *личность*. И если деперсонализация не регламентирована пунктами закона, а существует лишь в этических нормах, то нарушение прав больного, связанное с деперсонализацией, отражено в законодательстве совершенно четко (глава 2).

2. Когда перед врачом находится синдром, а не личность, то о каком активном участии синдрома в решении вопроса о характере и объеме интенсивной терапии может идти речь? Какие могут быть у синдрома законные представители, с которыми надо согласовывать любые медицинские действия? Когда наши действия по ликвидации синдрома увенчаются успехом, и он превратится в личность, — вот тогда пусть этот бывший синдром говорит нам спасибо и дарит цветы.

Только подарит ли? Есть ведь еще одно опасное следствие деперсонализации больного, которое мы называем *деперсонализацией врача*.

3. Деперсонализация врача логически вытекает из деперсонализации больного: если врач не знает больного как личность, то почему больной должен знать врача!.. Когда больной становится

способен осознавать окружающее, он идентифицирует лишь того врача, от которого попал в руки intensivистов-реаниматологов...

4. Опаснейшее следствие деперсонализации — это «преждевременное зачисление больных в разряд безнадежных»⁷⁷.

Достаточно сложным морально-психологическим вопросом в ведении больных в некоторых ситуациях является вопрос о психологической ответственности в ведении пациента несколькими специалистами. Юридическая ответственность определяется по принципу: *каждый отвечает за свои собственные действия или бездействие*. Иногда эту ответственность определить достаточно сложно. Например, в сложной, неоднозначной ситуации, принято созывать *консилиумы*. Латинское *consilium* имеет несколько значений — обсуждение, совещание, намерение, пронизательность, благоразумие, мудрость. Главная задача консилиума — обсудить несколько мнений, с тем, чтобы ни одна деталь и ни одна возможность в оценке состояния, диагнозе и плане лечения не была упущена, но на практике «консилиум часто выступает как удобный для врачей способ коллективной защиты от индивидуальной ответственности»⁷⁸.

Существенную морально-психологическую сложность для специалистов медицинских профессий имеют и «амбициозные конфликты»⁷⁹. А. П. Зильбер, например, указывает, что обилие специалистов, занимающихся больным, может привести еще к одному морально-психологическому последствию, негативно сказывающемуся на здоровье пациента: к конфликту разных школ, традиций и авторитетов даже в рамках одной медицинской специальности. То, что в медицинской деятельности существуют разные школы и направления, часто не совпадающие или даже противоречащие друг другу по взглядам на методологию оценки состояния пациента и план его лечения, — скорее нормально, потому что даже научно-доказательная медицина не в состоянии предвидеть особенности субъектной специфики пациента в ответ

⁷⁷ Зильбер А. П. Этика и закон в МКС. Этюды критической медицины. Т. 4. — Петрозаводск, 1998. — С. 46.

⁷⁸ Там же. — С. 54.

⁷⁹ Там же. — С. 56.

на лечение. Однако подмена теоретических дискуссий отрицанием чужих взглядов в практике ведения пациентов зачастую оборачивается поражением не врачей, а пациента, борющегося со своим заболеванием.

Избежать подобных издержек в профессии, или минимизировать их, возможно путем осознанного и целенаправленного формирования этической направленности собственного мировоззрения в соответствии с одной из присущих данной культуре морально-нравственных моделей врачевания и философской культуры мышления. Реально защитить интересы врача, создав условия для его сохранения как высоконравственной и испытывающей самоуважение личности, возможно путем целенаправленной корректировки мировоззрения и развития навыков гуманного и гуманитарного мышления. Того самого мышления, которое отличается от естественно-научного тем, что весьма эффективно и результативно осуществляется на базе «неявных» познавательных предпосылок.

Психологические аспекты медицинской этики и биоэтики предполагают знание медицинскими работниками не только психофизиологических механизмов жизнедеятельности человека «вообще», но и понимания социальной и психологической составляющих бессознательной и сознательной сфер его мышления. В работе с больными имеет значение все: профессиональная квалификация, морально-нравственная культура личности медицинского работника, его знание и понимание психологии человека, этнических и религиозных стандартов морального поведения и т. д. Множественные психологические зависимости и взаимовлияния в отдельных областях медицины удешевляют число задач в процессе обычных межличностных коммуникаций медицинского работника с больными и их родственниками, а уж в биоэтических ситуациях — особенно.

Как в любом кризисном состоянии, оказавшись в преддверии биоэтической ситуации, больные сначала вырабатывают к ней отношение в одиночку, позже они ожидают помощи от врача, от работников поликлиники, аптеки или больницы. При изменении ситуации психологические изменения в структуре жизнедеятельности пациента нередко становятся наиболее важными факторами жизнедеятельности, определяющими характер протекания

ния заболевания и ход лечения. Так, женщина, решившаяся на аборт, очень часто сожалеет о принятом решении после его совершения; бездетная пара, начавшая процедуру искусственного оплодотворения, начинает испытывать жестокие сомнения в правильности избранного пути после того, как оплодотворение произошло и т. д.

Профессиональное взаимодействие с больными в таких ситуациях, разумеется, не может быть сужено до сферы моральной деятельности медицинского работника, такой подход был бы ошибочным. Однако одной из важнейших задач многосторонней деятельности врача или медицинской сестры является обеспечение психической уравновешенности пациента, формирование или упрочение у него наиболее эффективных установок по отношению к собственному состоянию. Уравновешенность пациента при этом зависит не только от степени страдания или от его врожденного темперамента, но и от особенностей культуры поведения, усвоенной им с детства. На особенности поведения пациента оказывают влияние также его возраст, половая принадлежность, социальный и образовательный статус, религиозность, этническая принадлежность.

Известно, например, что представители восточных культур, исповедующих буддизм, с детства привыкают воспринимать страдание и эмоциональную сдержанность как норму жизни. Вследствие этого, и вне зависимости от индивидуального порога болевой чувствительности, они склонны весьма сдержанно оценивать собственные ощущения и скрывать эмоции даже по поводу острой боли. Эмоциональная открытость окружающих по поводу заболевания причиняет им скорее дискомфорт и психологическое неудобство. Пациенты с низким образовательным статусом в целом более откровенны, не сдержаны в проявлении эмоций, чем представители «среднего класса» и т. д. Разумеется, медицинскому работнику необходимо уметь учитывать эти культурологические различия и по-разному строить тактику поведения с каждым пациентом.

С древних времен известно, что психическое воздействие неизбежно даже при самых «физикальных», естественно-научно обоснованных методах лечения. Достаточно вспомнить эффект плацебо, в соответствии с которым у человека происходят биохимические

изменения в составе крови и самочувствии от одной мысли, что он принял эффективное лекарство. Именно поэтому можно считать, что немецкий термин «Behandlungspsychologie» — «психология обращения с больными», более точно отражает эффективное общение медицинского работника с пациентом, чем понятие «поведение». В ходе болезни, на отдельных ее стадиях умение понять пациента способствует разрешению многих проблем, трудностей, сопряженных с развитием болезни, «ведет» больного по пути к выздоровлению.

Учет культурологических и психологических сторон общения способствует выработке более эффективных методов обращения с больными, иными словами, формирует оптимальную психологическую технику. К сожалению, для врачей XX века, века замечательных завоеваний и развития техники, характерна склонность к автоматизму, к механичности в работе, собиранию анализов. Даже в реанимационных отделениях, какими бы современными завоеваниями техники или самым сложным оборудованием и аппаратурой они не были оснащены, ими невозможно заменить личной работы врача, его непосредственных контактов с больным. Медицинские сестры иногда думают, что их работа по уходу за больными исчерпывается точным исполнением возложенных на них конкретных обязанностей. Сейчас уже общеизвестно, что этого недостаточно.

Признание того, насколько важную роль играют в процессе выздоровления особенности личности больного и его психологического статуса, а так же понимание чувств пациентов, возлагает на всех членов лечащего коллектива определенные морально-нравственные и психологические обязанности. И медицинская этика, и медицинская психология, по сути, — общая дисциплина, распространяющаяся на деятельность и врачей, и сестер, суть которой составляют знания в области обращения с больными и центром которой является умение подойти к больному, найти ключ к его личности, путь к созданию контакта с ним.

Соответствующая подготовка, знания взаимозависимостей помогает изучить больного, но только знания теории не достаточно. Всем, кто связан с больными, нужно умение распознать и зарегистрировать определенные явления, а нередко и умение сообра-

зять, о чем думает и чувствует пациент. В этом помогает знание психологических факторов, влияющих на больного. Глубина познания больного, конечно, индивидуально различна. Реконструировать события и проблемы, волнующие больного, можно попытаться на основе логических (психологических) взаимосвязей, изучении языка его жестов, мимики, интонации в случаях, когда пациент не способен в силу разных причин рассказать о том, что его мучает.

В любом случае важно, «какие струны» затрагивает в личности медицинского работника данный больной, какой резонанс, отклик находит у него личность пациента, его поведение в различных ситуациях. Адекватный, обдуманый анализ поведения может во многом способствовать изучению больного, его пониманию, однако для настоящего понимания необходимо сопереживание его проблемам, способность почувствовать их как свои собственные, т. е. проявить то, что называют эмпатией. Правильная оценка характера высказываний пациента, стиля его речи, ударений, пауз, его представлений о должном и добром заведомо позволяют представить себя на месте больного, заглянуть в его душу, приблизиться к нему.

Таким образом, знание и практическое использование взаимосвязей психологических явлений, отклик на них, умение вжиться в эти психологические проявления личности, составляют основы психологической культуры медицинского работника, которая способствует лучшему пониманию больного и тем самым лучшему подходу к его проблемам, лучшему обращению с ним. Морально-нравственная культура личности и способность к адекватным психологическим взаимодействиям с пациентом у врача или медицинской сестры, постоянно находящихся среди больных, в связи с этим чрезвычайно важны.

Вопросы по теме

1. Раскройте содержание понятий «любовь, сострадание, милосердие».
2. Объясните причины формирования «синдрома эмоционального выгорания» у медицинских работников.
3. Раскройте содержание понятия «эмпатия».

4. Перечислите основные психологические моменты, учет которых необходим медицинскому работнику для правильного понимания состояния пациента.

5. Объясните, какую психологическую роль играет навык медицинского работника принимать решения и брать на себя ответственность в кризисных для пациента ситуациях?

6. Раскройте содержание понятий «защитное переживание», «продуктивное переживание».

7. Раскройте содержание понятия «психологическая защита» личности. Какие виды психологической защиты вы знаете?

8. Кто несет большую моральную ответственность за оптимальное разрешение биоэтической ситуации, — врач или пациент?

9. Какое значение имеет психологическое состояние пациента в патогенезе и лечении?

10. Проанализируйте содержание письма лорда Честерфильда к сыну. 9 октября 1747 г. Лондон.

... Презрение людям перенести всего тяжелее, и они очень неохотно его прощают. Им гораздо легче забыть любой причиненный им вред, нежели просто обиду. Поэтому если тебе больше хочется нравиться людям, нежели оскорблять их, хочется возбуждать в них любовь, а не ненависть, будь к ним всегда внимателен, помня, что у каждого человека есть свое маленькое самолюбие и этим вниманием ты всегда ему льстишь. Недостаток же внимания уязвляет его гордость и неминуемо вызывает в нем возмущение или, по меньшей мере, недоброежелательство. Например, у большинства людей (я бы даже сказал — у всех без исключения) есть свои слабости: к каким-то вещам они питают страсть, к другим — отвращение, поэтому если бы ты вздумал смеяться над человеком за то, что он терпеть не может кошек или сыр (чего, к слову сказать, не выносят многие), или по невнимательности своей и небрежности допустил, что человек этот натолкнулся на нечто для него неприятное и что ты мог предотвратить, он сочтет первое за обиду, а второе — за неуважение к себе и запомнит то и другое. Если ты попытаешься добыть для него то, что он любит, и избавить его от того, чего он не выносит, он почувствует, что ты, во всяком случае, к нему внимателен; его самолюбие будет польщено, и этим ты, быть может, больше приблизишь его к себе, чем какой-нибудь более важной услугой....

11. Структурируйте по значимости (в порядке убывания значимости) центральные ценности стоматологии и стоматологической практики:

- эстетические соображения с точки зрения квалифицированной стоматологической практики;
- оральное здоровье пациента, понимаемое как пригодное и свободное от боли оральное функционирование;
- жизнь и общее здоровье пациента;
- соображения эффективности с точки зрения врача-стоматолога, которые могут включать в себя соображения стоимости;
- предпочитаемые со стороны стоматолога образцы практики (включая различные философии стоматологической практики);
- автономия пациента в пределах, в которых он способен на нее, сверх того, что происходит с его телом (включая ранжировку пациентом здоровья, комфорта, стоимости, эстетических соображений и других ценностей)⁸⁰.

Аргументируйте свой выбор.

12. Содержит ли использование плацебо неэтический обман пациента? При каких условиях использование плацебо оправдано в морально-нравственном отношении?

13. У женщины на третьем месяце первой беременности обнаруживается рак матки. Если пытаться спасти жизнь женщины, матку следует удалить немедленно. Но если удалить матку, будет потеряна жизнь еще не родившегося младенца, которого так ждут оба родителя. Следует ли делать операцию? Проанализируйте психологические и этические аспекты данной ситуации.

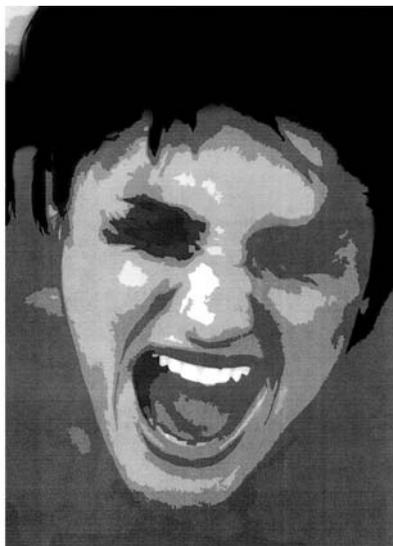
14. Когда практикующий врач-стоматолог, осматривая нового пациента, обнаруживает факт плохой стоматологической работы, что он должен сказать пациенту? Должен ли стоматолог связаться с предыдущим врачом, чтобы обсудить дело? Или стоматолог обязан обратиться в местное стоматологическое общество?

15. Медицинская этика запрещает эксперименты над человеком, но многие современные исследования являются таковыми. В частности, метод «шоковой терапии» является особой манипуляцией над личностью и меняет традиционные представления об автономии пациента. С этой проблемой связана другая — о допустимости шоковой терапии, осуществляемой не медицинскими работниками, а современной культурой и рекламой. Проанализируйте психологические и этические ас-

⁸⁰ Бартко А. Н., Михаловска-Карлова Е. П. Биомедицинская этика. Теория, принципы, проблемы. Ч. 2. Принципы и основные проблемы биомедицинской этики. — М., 1999. — С. 259.

пекты массового манипулирования общественным и индивидуальным сознанием, выявите положительные и отрицательные следствия такого манипулирования.

16. Является ли человек, находящийся в бессознательном состоянии, в полном смысле человеком? Является ли данный человек живым? Является ли такой человек личностью? Что такое достойная жизнь? Что такое — быть человеком? Кто должен брать на себя ответственность за принятие решений по поводу жизни и смерти в отношении таких пациентов?



Тема 6

ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ

***Основной тезис.** Диагноз. врачебная ошибка. Очнувшись после наркоза в палате хирургического отделения клиники г. Бамберга (Германия), 63-летний пенсионер Людвиг М. с ужасом обнаружил, что ему ампутировали ... не ту ногу. Мертвецки бледный заведующий отделением констатировал прискорбный факт: вместо левой — «безнадежной» — ноги у пациента, страдавшего нарушением кровообращения в конечностях, отняли правую. Перед операцией обе ноги были в бандажах, а на операционном столе санитары зафиксировали ремнем не ту ногу. В результате мужчина остался вообще без ног, потому что изначально запланированную ампутацию все же пришлось произвести. Против оперировавших врача и ассистента было возбуждено уголовное дело по обвинению в халатности.*

План

1. Понятия «ошибка мышления» и «ошибка деятельности».
2. Содержание понятия: «врачебная ошибка», источники ошибок в диагностике и выборе тактики ведения больных.

3. Этические и юридические аспекты врачебных ошибок.
4. Современная классификация врачебных ошибок и ятрогений.

1. Понятия «ошибка мышления» и «ошибка деятельности»

Мышление и деятельность человека характеризуются общностью единства репродуктивной (воспроизводящей по образцу) и продуктивной (творческой) сторон. Способом бытия мышления является язык, речь. Репродуктивная сторона мышления существует в виде устойчивых стереотипов речевой деятельности. В любой речи существуют устойчивые семантические единицы — понятия, которые позволяют выразить разным людям некоторое содержание понятным друг для друга образом. Кроме того, любая речь строится по определенным логическим законам, соблюдение которых необходимо для всех, общающихся в пределах данной языковой системы.

Творческая сторона мышления позволяет индивидуальному сознанию в некоторых пределах отклоняться (субъективировать реальность) от безусловного исполнения общепринятых значений и правил. Репродуктивная способность сознания позволяет мысленно решать стоящие перед человеком задачи по аналогии с уже известными ему алгоритмами. Если в повторяющихся однотипных экстремальных ситуациях, требующих высокой степени ответственности и исполнительской дисциплины, эффективнее использовать репродуктивное мышление, то в нестандартных экстремальных ситуациях успешность поведения зависит преимущественно от способности личности к творческим решениям. При этом стандартные мыслительные операции и процессы человек способен осознать и использовать в виде методов. Методически организованные процессы мышления, обрабатывающие воспринимаемую информацию на основе освоенных алгоритмов взаимодействия понятий, называются интеллектом, функционирование которого и обеспечивает минимальный уровень мышления, или «рациональное мышление». А вот творческое (продуктивное) мышление реализуется личностью преимущественно на «бессознательном» уровне в форме «инсайта», оза-

рения ассоциативным образом. Но это вовсе не означает, что продуктивному мышлению нельзя научиться.

Одновременная работа репродуктивных, упорядочивающих процессов мышления (интеллекта) и креативных, произвольно и субъективно связывающих воспринимаемую информацию с известными личности фактами и способами деятельности (эмоций) характерна для экстремальных неординарных ситуаций, в которых личности необходимо принять жизненно важное решение. Именно в таких ситуациях человек начинает усиленно «думать», получая от этого процесса либо несказанное удовольствие, либо почти физические страдания. Процесс поиска творческого решения осуществляется при этом одновременно и на осознаваемом, и на бессознательном уровне, формируя эффект, названный в современной научной литературе «измененным состоянием сознания»⁸¹.

Несмотря на высокую эффективность подобного реагирования на проблемные ситуации, синтез интеллекта и эмоций обычно требует значительных волевых усилий⁸². Волевые усилия или целенаправленное введение в организм определенных химических препаратов, требуются для достижения измененного состояния мышления. Измененное состояние сознания, в процессе которого осуществляется моральный выбор и формируется продуктивное решение, достигается, по сути, путем нарушения второго закона термодинамики и переходом на иной уровень реальности⁸³.

На физическом уровне этот физический закон диктует закономерное и неуклонное умирание любого живого существа, расходующего жизненную энергию. Чем активнее расход энергии, — тем быстрее гибель системы. Человек этот закон умудрился обойти и живет дольше всех антропоидов, хотя исторически интенсификация расхода физической энергии у него только возрастает.

⁸¹ Что такое «понятия, образы, термины, категории»; «методы аналогии, ассоциации» и др. см. подробнее в темах «Предмет философии», «Сознание», «Познание» учебного пособия: Бажутина Т.О. Пропедевтика философии и философские основания медицины. — Новосибирск, 2006.

⁸² Кроме ситуаций постпроизвольного внимания и постпроизвольного мышления.

⁸³ См. подробнее в теме «Онтология» учебного пособия: Бажутина Т.О. Пропедевтика философии и философские основания медицины. — Новосибирск, 2006.

Человек научился мыслить, т. е. находить такие решения стандартных и экстраординарных ситуаций, при реализации которых затраты «энергии на входе» меньше энергии «на выходе». Человек, научившись продуктивно мыслить, научился получать прибыль, расходуя жизненную энергию! «Прибыль в жизненной энергии» достигается человеком за счет того, что, расходуя силы на решение проблемной ситуации, он, одновременно, создает себе преимущества «на будущее», с запасом, достаточным для удовлетворения потребностей не только его одного, но и остальных членов сообщества. Однако столь эффективные продуктивные решения стали возможны только при условии самопреодоления человеком самого себя и природных законов, которые единолично управляли до этого времени жизнью биологических существ. Преодолеть эти законы, в свою очередь, стало возможно только посредством применения дополнительных, *излишних для биологического мира усилий*, а потому — *требующих силы воли*.

Сила воли необходима для того, чтобы «включить» параллельно два процесса: 1) эмоционально-оценочный, позволяющий воспринимать ситуацию вовлеченно-пристрастно, «эмпатийно» (субъективное искажение представлением о единстве нескольких восприятий) и 2) рационально-беспристрастно, объективно (искажение абстрагированием от частных). Синергетический эффект подобного восприятия обеспечивает увеличение поля видения и глубины понимания ситуации.

Не случайно эволюционная способность к мышлению возникла у человека одновременно с формированием *силы воли*. У не привыкших к постоянному напряжению психических процессов людей, мышление в «обычной жизни» ограничивается лишь моментами незапланированного «озарения и вдохновения». После таких всплесков продуктивной работы мышления обычно следует усталость, которую, в свою очередь, сменяет рефлекторный процесс интеллектуального или эмоционального расслабления (отдых). В этот период человек непроизвольно возвращается к репродуктивной, *рефлекторной* деятельности психики. Если в такие моменты человек и «думает», то только о не существенном или, напротив, наболевшем, но не решаемом. Для того чтобы разрешить имеющуюся проблемную ситуацию, человеку придется вновь «напрячься».

Чем сложнее проблемная ситуация, разрешить которую необходимо мышлению, тем сильнее волевое усилие. Чем продуктивнее работают «в унисон» интеллект и мышление, тем сильнее расслабление (торможение), следующее за усилием. «Волнообразное» чередование процессов напряжения, в период которого синтезируется работа интеллекта и эмоций, и расслабления, во время которого сознание позволяет отдыхать наиболее уставшей функции, и обеспечивает продуктивную работу мышления.

Если на этапе торможения процесса синтеза интеллекта и эмоций перед человеком снова ставят новую задачу, то нетренированное мышление начинает давать сбои. В зависимости от врожденных психофизиологических особенностей личности начинает преобладать врожденный тип реагирования — либо правополушарный (эмоциональный), либо левополушарный (интеллектуальный). В такой момент человек неизбежно начинает допускать ошибки, потому что невольно сужает поле восприятия и глубину понимания сущности выявляемых мышлением взаимодействий и взаимовлияний в воспринимаемом событии. Например, женщина, для которой более свойственно эмоциональное восприятие мира, начинает переживать воспринимаемое событие как личное и теряет объективность. Более рациональный мужчина, напротив, устав от непривычного напряжения, отключается от ситуации эмоционально и начинает судить о ней исключительно рационально, теряя в восприятии многие нюансы, значение которых обнаружится только через некоторое время.

Ошибки мышления заключаются в том, что человек не может должным образом сосредоточить внимание, не видит явных и существенных взаимосвязей, нарушает меру субъективизации или объективизации восприятия, нарушает формально-логические законы рассуждений, т. е., вне зависимости от качества врожденного интеллекта, принимает решения, которые заведомо, но не преднамеренно, ведут к неправильным выводам и решениям. Подобные закономерности легко обнаружить, понаблюдав за физически уставшим человеком, который после длительного или чрезмерного физического напряжения начинает допускать сбои даже в тех движениях, которые отработаны у него до уровня автоматизма.

Но ведь если ошибки начинают допускаться в мышлении, они тут же проявляются в ошибках деятельности, поскольку человек всегда действует только на основе той программы, которую вырабатывает или принимает собственным сознанием. Уставший человек обычно ошибается даже в тех действиях, которые отработаны у него до автоматизма, и в тех знаниях, которые у него безукоризненны.

Если человек увлечен деятельностью, т. е. активно задействует эмоциональную сферу собственной психики, некоторое время ему помогает интуиция, которая заботливо разыскивает в подсознании нужную информацию или необходимый алгоритм деятельности. При этом не особенно важно, нравится человеку данная ситуация, или нет. Мне доводилось знать студентов, которые легко выучивали сложнейшие для понимания и запоминания теоретические отрывки, только потому что активно негодовали и возмущались их непонятностью или удаленностью от практики! Мнемотехники, давно заметившие эту особенность мышления, даже сформулировали на данной основе специальный мнемотехнический прием, при котором обучающимся искусству запоминания советуют окрашивать новую информацию «эмоционально».

Абсолютно «безошибочного мышления» и абсолютно «безошибочной деятельности» не бывает. Однако есть множество людей, которые допускают минимальное количество ошибок, и есть периоды нашей жизни или времени суток, когда количество ошибок неизбежно возрастает даже у таких людей.

При каких условиях количество ошибок минимально? Во-первых, человек должен иметь «тренированное» продуктивное мышление. Не случайно возможна ситуация, при которой двое выскажут абсолютно противоположные утверждения: один человек будет настаивать, что, проснувшись, мыслит непрерывно, а его оппонент, — что ему за всю жизнь в голову пришло не более двух — трех мыслей. Между тем, оба правы: первый имеет в виду рациональное, второй, — продуктивное мышление.

Парадоксально, но факт: чем меньше человек знает, тем больше ему приходится думать. Ребенок 4–6 лет, действительно, думает почти непрерывно: информации о мире он усвоил еще немного, знаний у него мало, алгоритмы решения типичных познава-

тельных задач ему еще неизвестны. Любое взаимодействие с новой информацией вызывает у него ярчайший эмоциональный отклик, а интеллект работает с предельной нагрузкой. Подобным образом взаимодействует с миром каждый из нас в игровых ситуациях, т. е. в условиях полноты и человечности общения, наполненного тонкостью содержания и богатством оттенков восприятия. В игровой ситуации (или в ситуации влюбленности) человек проникнут симпатией к миру и *не боится* трудностей. Трудности становятся источником интереса к миру, а не препятствием, мешающим наслаждаться жизнью. Объективные и субъективные трудности формируют в поведении и познавательной деятельности скорее азарт, желание их преодолеть.

Главным психологическим поводом ошибок мышления, таким образом, становится страх перед риском ошибки, и боязнь ответственности за ее последствия. А причина коренится в установках мышления, ошибочно интерпретировавшего принцип «знание — сила» как «знающий не ошибается и не рискует». Между тем, уже в Екклесиасте сказано: «многознание умножает скорбь», — «кто больше знает и умеет, тот больше рискует и видит больше негативных последствий собственного незнания». Это атрибутивное свойство человеческого познания остроумно зафиксировал польский мыслитель и сатирик Станислав Ежи Лец в формуле: «Наше незнание достигает все более далеких миров». Чем больше мы знаем, тем больше осознаем, как много мы не знаем. Именно это понимание, по легенде, позволило когда-то Сократу произнести знаменитое: «Я знаю, что ничего не знаю, но другие не знают даже этого!».

Увеличение объема знаний на практике не снижает количества наших ошибок, а лишь изменяет их качество. Чем больше мы знаем и умеем, тем меньше ошибаемся «по мелочам», но зато страдаем от понимания относительности и условности наших знаний. Увеличение объема знаний не повод для духовной и душевной успокоенности, но и не причина для страха перед жизнью. Вовсе не случайно профессиональные ошибки, например, характерны преимущественно, не только для молодых специалистов, которые хотя и знают мало, но всегда «начеку» и не стыдятся в сложных случаях проконсультироваться в литературных ис-

точниках или у более опытных коллег. Профессиональные ошибки зачастую более характерны именно для «специалистов со стажем», позволившим себе удовлетвориться имеющимися знаниями и решившим, что они уже «все знают и умеют».

В действительности, увеличение объема знаний, — всего лишь новая причина для сомнения в собственных знаниях и повод для критической переоценки собственных рассуждений и решений. Эволюционно именно формирование субъективных концепций и технологий познавательной критики этих концепций создали видовые преимущества для *homo sapiens*. Отсутствие навыков *критического переосмысления* собственного мировоззрения и собственных рассуждений и выводов, а также — отсутствие умения *интерпретировать* собственные мировоззрение и рассуждения в процессе *интериоризации* и *экстериоризации* знания — вот реальная *гносеологическая* почва для ошибок познания и деятельности.

Критическая функция мышления, столь слабо развиваемая человеком «рыночной ориентации», в социальной реальности выполняет важнейшую роль в построении продуктивных мыслительных программ деятельности. «Критика» — это оценка, анализ и синтез идеи и поступка со всех возможных (мыслимых) точек зрения и позиций; это выявление позитивных и негативных следствий, наступающих в ходе возможной реализации данной идеи. «Интерпретация» — это понимание текста, исходя из его интенции, понимание на основе того, что автор текста *хотел бы* сказать.

Навыки продуктивной критики и полноценной интерпретации — гарантии относительно безошибочного мышления.

2. Содержание понятия: «врачебная ошибка», источники ошибок в диагностике и выборе тактики ведения больных

Поскольку «врачи тоже люди», они допускают ошибки.

Количество врачебных ошибок, ежегодно совершающихся, например, в Германии, по оценке организации по защите прав пациентов, составляет около 100 тысяч случаев. В России, за неимением вышеупомянутой организации, нет и статистики. Впрочем, истории пациентов, пострадавших

по вине врачей, от географии особо не зависят. 13 лет прожила женщина из г. Нюрнберга с зашитыми в брюшной полости хирургическими ножницами. Жительница Новосибирска пять месяцев носила в себе металлический зажим Кохера длиной 26 см, в результате чего лишилась части кишечника..

Диапазон незапланированных ни врачом, ни пациентом негативных следствий медицинского вмешательства, увы, обширен. Ребенок с большим шрамом на щеке — память о рождении с помощью кесарева сечения; кастрированный мужчина — итог операции по удалению паховой грыжи. Младенец, уснувший навсегда из-за щедрой дозы фенobarбитала, назначенной дежурным медперсоналом детям из отделения патологии новорожденных, чтобы спали ночью, а не плакали. Нашумевшие случаи инфицирования ВИЧ в результате переливания крови...

Одной из наиболее распространенных определений врачебной ошибки является предложенная академиком Давыдовским формулировка: «врачебная ошибка — это следствие добросовестного заблуждения врача при выполнении им профессиональных обязанностей. Главное отличие ошибки от других дефектов врачебной деятельности — исключение умышленных преступных действий — небрежности, халатности, а также невежества». В медицинской литературе под врачебной ошибкой так же часто понимают действия (бездействия) врача, имеющие в своей основе несовершенство современной медицинской науки, объективные условия работы, недостаточную квалификацию или неспособность использовать имеющиеся знания.

По другой точке зрения, под врачебной ошибкой понимают «не распознавание или несоразмерность действий характеру и тяжести патологического процесса, естественное прогрессирование которого приводит к неизбежной угрозе (реализации этой угрозы) жизни или здоровью пациента. И неважно также, вследствие ли недобросовестного заблуждения медицинского работника наступили последствия его действий в виде физического вреда для пациента или из-за профессионального невежества. И в связи с фактической выраженностью этих последствий наступает правовая ответственность такого лица, а не в связи с тем, насколько

полно соблюдены положения соответственной инструкции» (А. В. Тихомиров). Т. е. «врачебная ошибка» возникает вне зависимости от добросовестности или ее отсутствия.

А. П. Зильбер⁸⁴, конкретизируя понятие ошибки применительно к МКС, определяет ее следующим образом: «*Ошибка — это неправильная оценка состояния больного, неправильный выбор метода и его процедуры, которые могли вызвать или вызвали осложнение или ухудшение состояния, т. е. ошибка — это неучтенные или незамеченные опасности*». И он же приводит в этой связи слова Нобелевского лауреата по физике Нильса Бора (1885–1962): «Специалист — это тот, кто знает привычные ошибки в своей области и умеет их избегать». Можно было бы усилить эту мысль: специалист, это тот, кто совестится (стыдится) совершать привычные ошибки и потому умеет их избегать лучше других.

Речь и у Н. Бора, и у А. П. Зильбера идет о *типичных*, т. е. достаточно часто встречающихся ошибках. Но медицина имеет дело с уникальным объектом — человеком, оптимальная жизнедеятельность которого зачастую обеспечивается уникальной системностью структурно-функциональных взаимодействий. Например, при диагностической пункционной биопсии почки был поврежден сосуд, развилось массивное кровотечение, больной умер. Впоследствии, при аутопсии было установлено, что повредили аномальный сосуд, у миллионов людей расположенный совсем в другом месте или не встречающийся вообще, а процедура была выполнена по всем существующим правилам. Ошибка? Да, ошибка, заставляющая специалиста ругать самого себя за отсутствие интуиции. Но не преступление, поскольку *предвидеть* аномалию объективными методами было невозможно или маловероятно.

В ряде случаев следует знать обстоятельства поведения врача, приведшего к ошибке, прежде чем исполняться праведного гнева. «В одной из больниц врач по жизненным показаниям прописал больному стрептомицин и неомицин в дозах, превышающих официально установленные, иначе пациент погиб бы от тяжелейшего инфекционного заболевания (речь идет о 70-х гг. XX ве-

⁸⁴ Зильбер А. П. Этика и закон в МКС. — Петрозаводск, 1998. — С. 194.

ка. — Т. Б.). «За короткий срок приема этих антибиотиков у пациента развилась острая форма тугоухости. Его родственники обвинили врача в профессиональной неграмотности. Правы ли они были?»⁸⁵, задается, по сути, риторическим вопросом врач Л. Л. Хунданов. И подчеркивает, что одни и те же действия врача, имеющие одинаковые последствия, правомерно классифицировать по-разному, учитывая конкретные обстоятельства. Например, иногда ошибка в диагнозе обусловлена тем, что пациент *сам* скрывает, или даже фальсифицирует симптомы заболевания. Иногда причиной ошибки является отсутствие необходимого оборудования, иногда — уникальность клиники заболевания, обусловленная спецификой морфофизиологии или генетики пациента. Отрицательные последствия для жизни и здоровья пациента могут наступить не только в результате действия врача, но и медсестер, фельдшеров, других медработников, поэтому есть мнение, что в данных случаях целесообразно употреблять более широкий термин «медицинская ошибка», хотя при этом за профессиональные действия медсестры юридическую ответственность несет врач.

В современной научной литературе европейских стран не редкость исследования и статьи, посвященные качеству профессиональной деятельности врача в зависимости от времени суток, продолжительности его рабочего дня, условий труда. По результатам таких исследований дают рекомендации по изменению режима и условий работы медицинского персонала. Речь в таких публикациях все чаще ведется о побочных действиях лекарственных веществ, тяжелых реакциях на профилактические прививки детям, вероятность которых предвидеть невозможно. Эти ошибки носят ятрогенный характер. Кроме того, они нередко обусловлены качеством лекарственного или вакцинального препарата. Если фармацевтический рынок стихийен и слабо контролируем, на прилавки аптек попадают подделки лекарственных веществ. Естественно, число неудач в лечении больного увеличивается. Эти неудачи рассматриваются как врачебные ошибки, умножая претензии общественности к медицинским работникам. Но во всех этих случаях корень ошибок один и тот же: медицин-

⁸⁵ Хунданов Л. Л. Раздумья врача. — М., 1983. — С. 19.

ские работники так же, как и все остальные люди, ошибаются по причине того, что в силу несовершенства собственного мышления либо не сумели *вообразить* необходимое для данной ситуации число вариантов развития ситуации, либо потому что не сумели принять рациональное решение, выбирая из этих воображаемых сценариев развития ситуации.

Молодые врачи часто ошибаются из-за отсутствия опыта, более опытные — из-за переоценки опыта и ригидности познавательных установок, не позволяющих увидеть, что достижения фармацевтической промышленности, постарение населения, изменения реактивности организма и другие факторы изменили характер течения ранее более или менее «стандартно» текущих заболеваний.

Кроме того «современная техника обследования достигла такого уровня, что признать кого-либо здоровым стало невозможно», — свидетельствует ироническое высказывание, в котором немалая доля правды. По материалам некоторых массовых обследований взрослого населения в 50 % случаев выявлены чисто клинические отклонения от нормы, в 25 % — отклонения в лабораторных показателях и в 25 % — рентгенологические отклонения. Мнение, что большинство ошибок диагностики обусловлено редкими болезнями неточно. Чаще не распознают часто встречающиеся, но изменившие свое течение болезни (данные взяты: Зильбер А. П. Этика и закон в МКС, 1998).

Необычные симптомы распространенных болезней чаще ведут к ошибкам, чем редкие заболевания. Наличие симптома может свидетельствовать в пользу предполагаемой болезни, отсутствие его последнюю не исключает.

Лабораторные методы исследования иногда «уводят» врача от рационального диагноза и лечения. Так, по данным столичных клиник, рентгенологические, ультразвуковые, эндоскопические, цитологические и даже гистологические ошибки допускаются в 12–38 % случаев. А потому врачам нельзя забывать, что медицинская техника дает необходимую «информацию к размышлению», но не диктует, как поступить.

Имеются наблюдения, согласно которым наибольшее количество расхождений клинико-патологоанатомических диагнозов приходится на первые сутки пребывания больных в стационарах,

затем кривая расхождений падает. Начиная с седьмых и по десятые сутки она вновь поднимается из-за коррекции врачебным мышлением полученных данных лабораторно-аппаратных исследований. По данным патологоанатома Р. И. Шмурина, на первые сутки госпитализации приходится 28,2 % расхождений диагнозов, на третьи — 14,5 %, на десятые — 22,8 %, а при длительных сроках пребывания в больнице — 34,5 %. Врачебная ошибка — добросовестное заблуждение врача, которое повлекло или могло повлечь определенный ущерб здоровью больного.

Основными квалифицирующими медицинскую (врачебную) ошибку признаками к настоящему времени принято считать: соблюдение медицинскими работниками предусмотренных законом и обычаями правил профессионального поведения; добросовестность поведения при осуществлении медицинской деятельности.

В зависимости от причин, порождающих врачебные ошибки, ошибки можно классифицировать на два типа: объективные и субъективные.

Объективными причинами врачебных ошибок являются те, которые существуют вне зависимости от человеческой деятельности, т. е. повлиять на которые мы не в состоянии.

К *субъективным* причинам относятся причины, непосредственно связанные с личностью врача, особенностями его деятельности, т. е. причины, на которые мы можем и обязаны повлиять.

К *объективным* обстоятельствам, ведущим к ошибке, следует отнести условия, при которых нет возможности или средств для проведения того или иного исследования или вмешательства (например, невозможность при отсутствии эндоскопов диагностировать некоторые формы рака желудка и бронхов).

Из существенных объективных причин ошибок следует отметить непостоянство отдельных постулатов и принципов в области теоретической и практической медицины, в связи с чем меняются взгляды на этиологию, патогенез, понимание сущности болезней. Ошибки, имеющие в своей основе несовершенство медицинской науки, встречаются даже у опытного врача, так как ему приходится консультировать наиболее тяжелых и сложных в диагностическом отношении больных. В аналогичном положении, очевидно, оказываются даже самые авторитетные клиники.

Субъективные ошибки более разнообразны по своему происхождению и реализации. Ошибки, вызванные врачебным незнанием, наиболее многочисленны и особенно ответственны по своей интерпретации. В каждом отдельном случае вопрос об отношении действий врача к ошибке, особенно при дифференциации незнания, обусловленного недостаточной квалификацией и элементарным медицинским невежеством, решается исходя из конкретных особенностей течения болезни, длительности наблюдения, возможностей обследования.

Субъективные причины врачебных ошибок:

- неполноценный осмотр и обследование больного;
- пренебрежение доступным и информативным методом исследования;
- самоуверенность врача, отказ от совета коллеги, консилиума;
- использование устаревших методов диагностики и лечения;
- слепая вера во все новое;
- чрезмерная вера в интуицию, поспешное, поверхностное обследование больного;
- чрезмерное увлечение хирургической техникой;
- стремление врача прикрыться авторитетом консультанта;
- пренебрежение необычным симптомом;
- увлечение разнообразными специальными методами исследования.

Неверно связывать субъективные причины диагностических ошибок лишь с квалификацией врачей. Бесспорно, трудно переоценить значение знаний для правильной диагностики. Но знания — это не просто информационная осведомленность врача о признаках и формах болезни, это и способность к обработке этой информации, установка на постоянное приобретение, понимание, использование этой информации в форме знаний, во многом зависящая от характера индивидуального мировоззрения человека. Т. е. условно субъективный фактор выражается как в незнании, так и в недомыслии.

По мнению многих исследователей, на долю субъективного фактора приходится 60–70 % причин диагностических ошибок. По данным А. А. Дзизинского, на нелогичное осмысление полученных данных приходится 26 % причин диагностических оши-

бок в поликлинике и 22 % — в стационаре. Однако к этим показателям следует приплюсовать соответственно 10 и 8 % ошибок, обусловленных переоценкой или недооценкой лабораторно-инструментальных методов и консультаций. На них также указывает автор, но в основе и этих ошибок чаще всего лежат недостатки мышления. Значительную опасность в плане неправильной диагностики представляют так называемые внушенные диагнозы, во многом также зависящие от характера врача.

Речь идет о заведомом «настрое» врача на определенное заболевание, психологическим давлением на лечащего врача заключения консультанта или авторитетного учреждения, влиянии эпидемиологической обстановки (в период эпидемии гриппа этот диагноз выставляют большинству пациентов с повышенной температурой, среди которых оказываются больные ангиной, плевритом, менингитом и др.) или увлечении недавно описанными нозологическими формами (в настоящее время, например, наблюдается гипердиагностика СКВ и т. п.).

К этой категории ошибок примыкают и те, которые зависят от предвзятого, положительного или отрицательного, отношения к пациенту. Например, врач может быть подсознательно уверен, что никогда не заразится СПИДом, или интерпретация бессознательного состояния у больного алкоголизмом является следствием прямой алкогольной интоксикации и т. п. Большую роль играет неумение отбирать для осмысливания факты и проверять их на достоверность. В этих случаях врач попросту игнорирует не укладывающиеся в имеющуюся у него концепцию симптомы или данные исследований.

Как быть с врачебными ошибками? Сделать их тайной за семью печатями? Говорить о них открыто перед всем народом или только в кругу коллег? Эти вопросы все более настойчиво требуют решения. Соккрытие ошибок не только раздражает общество, но и способствует их тиражированию.

Осмысливая проблему «право врача на ошибку», полезно обратиться внимание на мнение известных представителей медицинской науки. По мнению Кассирского, «ошибки — неизбежные и печальные издержки врачебной деятельности, ошибки — это всегда плохо, и единственное оптимальное, что вытекает из трагедии

врачебных ошибок, это то, что они по диалектике вещей учат и помогают тому, чтобы их не было... Они несут в существовоем науку о том, как не ошибаться и виновен не тот врач, кто допускает ошибку, а тот, кто не свободен от трусости отстаивать ее».

3. Этические и юридические аспекты врачебных ошибок

Имеет ли врач право на ошибки? Конечно, нет. Но иногда он их совершает. Не ошибается тот, кто ничего не делает, а практикующему врачу делать приходится многое. Нежелание больного обследоваться или его неумение доступным для врача образом объяснить свое состояние, далекое от совершенства рабочее место, дефицит лекарств, когда приходится использовать далеко не лучшее, и многое другое, объективно способствуют ошибкам. Одни врачи не выдерживают груза ответственности и уходят в «безопасные» области медицины (лечебная физкультура, функциональная диагностика, физиотерапия, гомеопатия). Другие остаются, чтобы иногда рискуя ошибиться, оказывать больным действенную и своевременную помощь.

В 2005 году в Вашингтоне Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объявила о новой глобальной инициативе по обеспечению безопасности пациентов. Ее цель — сделать услуги здравоохранения более безопасными и оградить больных от побочных эффектов лечения и медицинских ошибок. На церемонию представления новой инициативы собрались представители правительств разных стран, медики и ученые. «Совершенствование системы здравоохранения, возможно, — одно из достижений человечества за последние 100 лет», — заявил Генеральный директор ВОЗ Чжон Ук Ли. «Обеспечение безопасности пациента в больницах и поликлиниках — лучший способ защиты того, чего удалось достичь», — добавил он. По данным ВОЗ, от 3,5 до 16,6 % пациентов медицинских учреждений залечиваются. Каждый десятый больной в больнице подвергается риску заболеть новым заболеванием и, возможно, вообще стать инвалидом.

Побочные негативные эффекты лечения — огромная проблема во всех странах мира. В особенно тяжелом положении на-

ходятся больные в бедных государствах. Ежегодно миллионы жителей развивающихся стран заболевают новыми болезнями, становятся инвалидами и даже умирают из-за ошибок врачей, последствий переливания крови, отсутствия надлежащих медицинских препаратов, антисанитарных условий в операционных и передозировки лекарств.

В рамках новой инициативы ВОЗ предлагаются эффективные меры, направленные на сокращение числа случаев побочных эффектов при лечении. В ближайшие два года планируется запустить шесть проектов ВОЗ в этой сфере.

Врачебные ошибки являются наиболее часто встречаемой категорией упущений медицинских работников и в России. По данным Российского Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в 1999 году в российском уголовном и гражданском судебном производстве находилось 785 «врачебных» дел. Судами рассмотрено 390, удовлетворено 267. Сумма возмещения ущерба составила 1 714 522 руб., или в среднем 6 421,4 руб. на один иск. Для сравнения — по данным Британской Национальной службы здравоохранения только в 1996–1997 годах пострадавшим от врачей было выплачено 235 млн фунтов, причем ежегодно эта сумма возрастает на 10 млн.

По результатам исследований, проводимых Национальной Академией Наук США, среди причин смерти врачебные ошибки занимают пятое место и около 98 тыс. американцев каждый год погибает от врачебных ошибок. Понимая, что побочные эффекты и осложнения в медицинском обслуживании неизбежны, исследования по выявлению и устранению наиболее типичных и часто встречающихся упущений, допускаемых по вине медицинского персонала, во многих странах мира являются приоритетными и по значимости стоят в числе первоочередных.

Следует подчеркнуть, что при проведении клинико-экспертного анализа летальных исходов, наступивших после оказания неотложной медицинской помощи, отмечается высокий уровень диагностических ошибок (около 30 %). Наиболее частыми на протяжении ряда последних лет являются ошибки в диагностике соматических заболеваний. Дефекты медицинской помощи, повлиявшие на неблагоприятный исход, чаще всего связаны с оши-

бочной трактовкой анамнестических данных, неполным клиническим обследованием пострадавших, недостаточным динамическим наблюдением, отсроченным началом лечебных мероприятий, непрофильной госпитализацией и др. В ряде случаев диагностика была затруднена запоздалой госпитализацией пострадавших и наличием интеркуррентных состояний. В догоспитальной диагностике расхождения диагнозов врачей скорой помощи с диагнозами, выставленными на основании вскрытий, отмечены в 27 % случаев. В насильственной категории смерти наибольшую сложность для врачей скорой медицинской помощи представляют отравления (22,5 %), черепно-мозговая травма (17 %) и действие низких температур (9 %). Изучение организации консультативной помощи внутри стационара и ее совершенствование также является фактором предотвращения врачебных ошибок, так как необходимые почти 30 % больным консультации, назначаются лишь в 15–17 % случаев, а проводятся в 10–13 %, и, как правило, в отсутствие лечащего врача⁸⁶.

В России до сегодняшнего времени практически отсутствует система регистрации ошибок, связанных с тяжелыми (и нетяжелыми) побочными реакциями на лекарственные препараты. Член-корреспондент РАМН В. Лепяхин на одном из конгрессов «Человек и лекарство» сетовал на то, что врачи избегают сообщать о таких реакциях в вышестоящие инстанции, в первую очередь потому, что доктор опасается быть обвиненным в том, что побочная реакция возникла по его вине.

Регистрация и учет ошибок, связанных с применением лекарств, исследование истинных причин их возникновения, открытое обсуждение этих причин на профессиональном и общественном уровне поправили бы ситуацию. Обвинительный уклон в отношении медицинских работников господствует и в СМИ, и в общественном сознании только потому что общество не осознает реальных проблем и действительного положения дел в медицинской деятельности. Выход — в открытости и прозрачности деятельности врача. Пришла пора выходить из профессиональной замкнутости, закрытости, самодостаточности. Врач —

⁸⁶ Излагается по: Томилин В. В., Капустин А. В., 1996.

человек общественный. Современное общество вполне способно понять, какие проблемы стоят перед врачом, какие ошибки он совершает и по какой причине. Общество, хотя бы в лице СМИ, может и должно изменить свое отношение к врачу. За фактом нужно учиться видеть причину его возникновения и механизм развития. Объяснить эти причинно-следственные связи и механизмы развития способны только сами врачи, осознавшие объективную необходимость нового уровня взаимодействия с настоящими и возможными пациентами или их родственниками.

По мнению Малеиной с юридической точки зрения среди врачебных ошибок выделяют как противоправные действия, так и причинение вреда пациенту при отсутствии вины. Соответственно первое квалифицируется как правонарушение, во втором случае вина отсутствует. Таким образом, в зависимости от квалификации врачебной ошибки врач либо не несет ответственности (ст. 13 ЗК РФ «О защите прав потребителей» исполнитель услуг освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, или по иным основаниям, предусмотренным законом. Аналогичное правило закреплено в п. 19 «Правил предоставления платных мед. услуг населению медицинскими учреждениями», утвержденных постановлением правительства РФ № 27 от 13 января 1996 г.), либо несет на основании нормативных правовых актов, регулирующих защиту прав граждан при получении медицинской помощи. К ним относятся ГК (гл. II и гл. VIII); Конституция РФ (ст. 41); закон «О защите прав потребителей» (гл. III); закон «Об охране здоровья граждан РФ» (раздел VI), а также закон «О медицинском страховании граждан в РФ» (ст. 6 и 7), Постановление Правительства РФ № 27 от 13.01.96 «Правила предоставления платных медицинских услуг населению МУ независимо от ведомственной подчиненности и формы собственности». Осуществляется защита прав граждан в виде возмещения материального и морального ущерба, нанесенного пациенту во время оказания ему некачественной медицинской помощи. Это право закреплено следующими законами: ГК (ст. 1064–1101); закон «О защите прав потребителей» (ст. 14–17); закон «Основы законодательства в РФ об охране здоровья граждан» (разд. 12, ст. 66, 67, 69); а

также ФЗ «О медицинском страховании граждан в РФ» (ст. 6). Также врач может нести ответственность по УК РФ ст. 109, 118; 293 и др., в зависимости от частных обстоятельств.

Так что же такое — «врачебная ошибка»? *Ошибкой* называется *неправильность в действиях, поступках, высказываниях, мыслях, погрешность*. В медицинской деятельности неправильности в действиях могут быть оценены как с точки зрения этики, так и закона, поскольку погрешности могут возникнуть как вследствие недобросовестности специалиста, так и вследствие его добросовестного заблуждения. Недобросовестность или *злой умысел* в выполнении правил медицинской деятельности, повлекшие за собой негативные последствия для пациента, обозначаются понятиями «халатность», «преступление» и подлежат юридической оценке. *Добросовестность* ошибки предполагает способность человека критически оценивать свои поступки, мысли, желания, осознавать и переживать свое несоответствие должному как собственное несовершенство. Следовательно, врачебная ошибка заключается в нарушении имеющихся *правил* или *методов* в результате добросовестного заблуждения, влечет за собой «утрызения совести» лица, не сумевшего предвидеть или не допустить негативные следствия своих поступков и может быть оценена только с позиций профессиональной и общечеловеческой морали и нравственности.

Понятие «совесть», к которому и относится вышеприведенная дефиниция, исторически коренится в чувстве *стыда* и родственна ему. Понимание совести как «стыда перед самим собой» нашло отражение уже в трудах древнегреческих мыслителей, например, в наставлении Демокрита: «Должно стыдиться самого себя столько же, сколько других, и одинаково не делать дурного, останется ли оно никому не известным или о нем узнают все». В христианской традиции совесть трактуется как показатель нравственной обязанности (Рим. 2:15). В средние века Св. Иероним в комментариях на Книгу пророка Иезекииля указывал, что к трем платоновским частям души (разумной, яростной и вожделеющей) необходимо добавить еще одну, а именно ту, которая заставляет человека чувствовать свою вину и мучиться от совершенного греха. В Новое время трактовка совести наряду с категорией «свобода» (свобода совести) привела к осознанию необходимости постоянного нравственного

самоозадачивания человека. Неспособность человека ориентировать себя на совершенствование и духовное возвышение ведет не к свободе человека, а к *бессовестности*. Сознание собственной вины и осознанное принятие наказания за совершенный проступок — не просто показатель нравственности человека, но и признак добродетельности свободного человека.

Как показывает экспертная практика, ошибки и недостатки в процессе оказания медицинской помощи не единичны и присущи не только молодым специалистам, но и врачам, имеющим опыт работы и достаточную квалификацию, что связано также с организационными просчетами со стороны администрации, заведующих отделениями и методическими отделами.

Должен ли врач нести ответственность, если он непреднамеренно, «по ошибке», причинил физические страдания, помимо и сверх тех, которые уже имеются, человеку, доверившему себя специалисту?

Медицина является наиболее сложной формой человеческой деятельности, требующей глубоких специальных знаний, практических навыков, высоких душевных качеств, поскольку объектом профессиональной деятельности врача является человек, научное познание которого до сих пор фрагментарно и, следовательно, не абсолютно. При этом предметом деятельности врача является самое ценное, что имеет человек — его собственная жизнь и здоровье. На протяжении веков к представителям медицинской профессии предъявлялись требования о недопущении ошибок. Однако врач ошибается потому что имеет дело с очень сложным человеческим организмом, ежедневно сталкивается с нетиповыми задачами, нетипичным течением патологических процессов, да и медицинская наука несовершенна.

Пути борьбы с врачебными ошибками вытекают из их источников. Во-первых, речь должна идти о необходимости фундаментальных исследований человека, его сущности, факторов и механизмов функционирования. Во-вторых, медицинская профессия предполагает систематическое повышение квалификации врачей, особенно в процессе повседневной работы. Большое значение имеет развитие практики повседневного анализа ошибок.

Процедура ежедневного группового и личностного анализа врачебных ошибок — обязательное условие сокращения их чис-

ла. Первейшей целью анализа врачебной ошибки должен быть не поиск и наказание виновного, а поиск причины совершенной ошибки и путей ее предупреждения. Групповой разбор ошибки должен проводиться деликатно, не унижая профессионального и человеческого достоинства врача, допустившего просчет. Главным действующим лицом при разборе ошибки должен быть сам врач, совершивший ее.

Лишь 55 % взрослых пациентов исправно принимают предписанные лекарства и следуют другим рекомендациям врача. По оценкам Академии Медицинских Наук США Institute of Medicine, временной разрыв между разработкой нового эффективного лекарства и его внедрением в повседневную врачебную практику, в среднем, составляет 17 лет. 18 тыс. американцев умирают ежегодно от сердечных приступов, потому что они не принимали профилактических препаратов, которые им предписывались врачом.

Исследования показывают, что пациенты, которые более активно вовлечены в процесс собственного лечения, имеют не только лучший шанс предотвратить медицинскую ошибку, но и справиться с болезнью.

Эксперты Национального Фонда Защиты Прав Пациентов National Patient Safety Foundation рекомендуют: будьте активным игроком команды медиков, которая борется за ваше здоровье! Пациентам, находящимся на приеме у врача, они советуют следующее.

— Убедитесь, что ваш доктор и другие медицинские работники, обслуживающие вас, знают обо всех лекарствах, которые вы принимаете, включая витамины и специальные диетические добавки, что им также хорошо известно обо всех имеющихся у вас аллергиях.

— Убедитесь, что вы можете прочесть рецепт, написанный доктором. Это важно, поскольку у фармаколога могут возникнуть затруднения в прочтении рецепта.

— Поинтересуйтесь информацией о лекарстве: для чего оно нужно? Как часто и как долго его следует принимать? Какие побочные эффекты возможны? Что делать, если побочные эффекты появятся? Безопасны ли эти лекарства в комбинации с другими? Следует ли избегать употребления в пищу каких-либо продуктов в период приема лекарств? Причем сделайте это и тогда, когда лекарство выписывает доктор, и когда выдает аптекарь.

— Забирая лекарство из аптеки, на всякий случай, спросите: это именно то лекарство, что прописал доктор?

Пациентам, находящимся в больнице, они же советуют следующее.

— Если есть возможность выбрать больницу, в которой многие пациенты имеют сходный диагноз, сделайте это. Исследования показывают, что лечение имеет лучший результат, если больница имеет хороший опыт в лечении данной болезни.

— Не постесняйтесь спросить медперсонал, мыли ли они руки. Исследования показывают, что если пациенты спрашивают об этом, персонал моет руки чаще и использует при этом больше мыла. Это необходимо для того, чтобы избежать распространения инфекций.

— Когда придет время покинуть больницу, следует попросить доктора разъяснить лечебный план, которому вы должны следовать вне стационара. Исследования показывают, что доктора склонны переоценивать уровень информированности пациентов.

— Убедитесь, что весь медицинский персонал, вовлеченный в лечебный процесс, имеет всю базовую информацию о состоянии вашего здоровья.

— Попросите кого-либо из членов семьи или друзей помочь представлять ваши интересы, если вы не в состоянии это делать сами.

— Выясните, зачем этот тест или процедура нужны, как они помогут вам. Вполне возможно, что без них можно обойтись. Больше — не значит лучше.

— Постарайтесь узнать о состоянии вашего здоровья как можно больше из надежных источников, прежде всего от доктора.

— Если предстоит хирургическая операция, поговорите с хирургом и другим медицинским персоналом и убедитесь, что они четко знают, что будут делать и между их мнениями нет противоречий. Редко, но бывает, что оперируют правую коленку, вместо левой.

4. Современная классификация врачебных ошибок и ятрогений

В современной медицинской литературе врачебные ошибки, помимо деления на объективные и субъективные, чаще всего, делятся на следующие группы:

- диагностические;
- лечебно-тактические;
- технические;
- организационные;
- деонтологические.

1. Диагностические ошибки выражаются в нераспознавании или неверном распознавании болезни, что может быть обусловлено ее атипичным течением, несовершенством методики диагностирования, неопытностью врача.

2. Лечебно-тактические выражаются в ошибочном назначении и осуществлении лечебных мероприятий, что может быть обусловлено неверным диагнозом, несовершенством меднауки и т. д.

3. Технические ошибки. Предполагают неправильное использование медицинской техники, применение несоответствующих медикаментов.

Иногда в медицинской литературе выделяют также следующие ошибки, достаточно часто встречающиеся в клинической практике.

4. Затянутое обследование, являющееся результатом отсутствия четкого плана и системы в назначениях.

5. Неполноценное обследование, при котором не используются имеющиеся методы, показанные при данном или сходном заболевании. Особенно это относится к поликлиникам.

6. Упрощенное понимание комплексности при отсутствии диагностической концепции. При этом назначают всевозможные исследования, а не показанные при конкретно предполагающейся болезни. Между тем комплексность предполагает использование наиболее результативных методов. Хорош тот врач, который получает максимум информации при минимуме исследований.

7. Повторение в стационаре без достаточных оснований исследований, выполненных амбулаторно.

8. Обследование больного только в связи с основным заболеванием (жалобами) при недостаточном внимании к сопутствующим болезням.

9. Использование инвазивных методов исследования без строгих показаний и учета того, что уточнение диагноза может не сказаться ни на лечении, ни на исходе болезни. Недопустимо превращать диагностический метод в самоцель.

Для доказательства нарушений со стороны медработников необходимо проведение экспертизы, которая отвечает на вопросы о правильности лечения — это «экспертиза качества медицинской помощи», которая является самостоятельным видом медицинских экспертиз. Экспертизу качества медицинской помощи должны проводить квалифицированные врачи клинических профилей.

Экспертиза качества медицинской помощи — это исследование случая медицинской помощи, выполняемое специалистом-экспертом в целях выявления врачебных ошибок, выяснения причин их возникновения и установления причинно-следственной связи с наступившими последствиями. При этом обязательной частью такого заключения специалиста должно быть указание на:

— имевшиеся нарушения со стороны медицинских работников (неправильные действия либо бездействие, дефекты, недостатки, упущения, ошибки);

— фактическое наличие у пациента повреждения здоровья;

— причинно-следственная связь между первым и вторым;

— выполнение либо невыполнение медицинскими работниками всех необходимых мер для надлежащего оказания медицинской помощи.

Вопросы «правового характера» перед экспертами не ставятся. Экспертные исследования бывают досудебными и судебными.

Досудебная экспертиза проводится без специального поручения суда различными организациями, у которых есть право (лицензия) для такой деятельности. Обычно — это медицинские страховые компании. В силу закона «О медицинском страховании граждан в РФ» (ст. 15) они не только вправе, но и обязаны

проводить экспертизу качества медицинской помощи, а также защищать интересы застрахованных.

Эксперты в данном случае привлекаются страховой компанией, они не дают подписки о предупреждении их об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения, и суд никак не влияет на ход такого исследования.

Согласно закону «О защите прав потребителей» (ст. 45) общественные объединения потребителей вправе проводить независимую экспертизу качества и безопасности услуг. Экспертизу качества медицинской помощи могут осуществлять и любые другие юридические лица, независимо от организационно-правовой формы при наличии у них лицензии на данный вид деятельности (Постановление правительства РФ от 25.03.96 № 350 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности»). Но фактически досудебную экспертизу проводят только структуры медицинского страхования. Преимущества досудебной экспертизы в страховой компании — это быстрота проведения, бесплатность для пациента, возможность взыскания штрафных санкций и урегулирование спора на досудебном уровне.

Следует подчеркнуть, что страховые компании не входят в систему местного здравоохранения, поэтому их заключению по качеству медицинской помощи можно смело доверять. Недостатком досудебной экспертизы следует признать то, что ее выводы не обладают доказательной силой для судебных инстанций, поскольку с процессуальной точки зрения «судебное экспертное заключение» является лишь «письменным заключением специалиста». Обладающая юридической доказательностью судебная экспертиза назначается только судом, а ее проведение поручается специальным экспертным учреждениям, либо отдельным экспертам, чья квалификация не вызывает у суда сомнений.

Судебное экспертное заключение является самостоятельным видом доказательств. В качестве недостатка судебной экспертизы для пациентов следует отметить ее платный характер. Высокая стоимость судебных экспертиз не позволяет многим пациентам обращаться в суд за защитой своих прав, несмотря на то, что по закону по окончании процесса все судебные расходы взыскиваются с проигравшей стороны.

Результатом изменений гражданско-правовых взаимоотношений между пациентами и исполнителями медицинских услуг, т. е. МУ любой формы собственности и частнопрактикующими врачами, стало значительное увеличение числа конфликтов между вышеуказанными субъектами договорных отношений. Это обусловлено еще и реальностями эпохи. Возможность получения денежной компенсации морального и физического ущерба оказалась для «потребителя медицинских услуг» чрезвычайно привлекательной. Появилась новая разновидность пациента — «пациент-рэкетир». По данным председателя юридического комитета Санкт-Петербургского отделения РМА (Российская медицинская ассоциация) Евгения Никитина, в городе с 1997 по 2001 год количество судебных исков от пациентов к МУ по поводу дефектов в лечении увеличилось в два раза. Причем 15 % исков подается необоснованно, что подтверждено заключениями бюро судебно-медицинской экспертизы.

В связи с увеличением подаваемых больными жалоб в медицинской среде может сложиться парадоксальная ситуация, когда необходимость проведения сложных оперативных вмешательств, внедрение новых медицинских технологий в клиническую практику, использование современных методов инструментальной и рентгеновской диагностики, а все это связано с потенциальной опасностью для здоровья и жизни больного, а также возникновением ятрогений, может привести к тому, что врач из опасения быть обвиненным в совершении врачебной ошибки в случае неблагоприятного исхода его профессиональной деятельности может отказаться или уклониться по тем или иным причинам от проведения сложных медицинских манипуляций или же, по возможности, отложить их на потом. Здесь его трудно будет обвинить в ненадлежащем исполнении своих профессиональных обязанностей, так как в этом случае в основе возникновения возможных неблагоприятных для больного последствий могут лежать объективные причины. Они обусловлены, как правило, несовершенством современной медицинской науки и техники, сложностью и атипичностью течения заболевания у пациента, а также отсутствием у врача необходимых средств и условий для проведения лечебно-диагностических мероприятий. Но при этом сте-

пень вероятности не выздороветь, а то и умереть у пациента заметно возрастает, так как в этой ситуации упускается время для принятия врачебного решения и соответственно проведения необходимых для лечения, а нередко и спасения больного лечебно-диагностических манипуляций.

Комплекс проблем, связанный, с одной стороны, с увеличением числа жалоб пациентов по поводу некачественно оказанной медицинской помощи, которая приводит к ухудшению их здоровья, а с другой стороны, с опасением врачей в неблагоприятном исходе той или иной сложной операции или диагностического обследования, породил необходимость поиска мер по адекватной защите медработников. В здравоохранении защита прав пациента невозможна без отрыва от защиты врача и медсестры от рисков в их профессиональной деятельности. Во всех развитых странах защита медработников является важнейшим элементом эффективного использования кадрового потенциала, так как общество и государство обязаны защищать своих граждан от любого рода опасностей. В связи с этим на цели преодоления естественного страха медперсонала за возможные неблагоприятные последствия в работе и направлены все существующие системы страхования рисков профессиональной деятельности медработников.

Одной из действенных мер и является СПОМР (страхование профессиональной ответственности медицинских работников). Одним из первых оснований для введения СПОМР является необходимость решения вопроса по возмещению материального и морального ущерба пациенту на основании ГК гл. 59 ст. 1072, а это ведет к росту ответственности врачей, связанной с потенциальным совершением ошибок при оказании медицинской помощи. С другой стороны, любое медицинское вмешательство всегда сопряжено с риском причинения вреда здоровью пациента и не исключает вероятности неблагоприятных последствий.

Таким образом, основной целью при внедрении системы СПОМР является повышение уровня социальной и правовой защищенности как медработников, так и их пациентов. В последние годы XX века ФФОМС совместно со СК «Росно» и РМА (Российская медицинская ассоциация) проводил исследования по вопросам страхования ПОМР. В процессе разработки концепции

СПОМР предлагались различные механизмы страхования как за счет средств ФФОМС и ФФСС, так и за счет бюджета. Но с учетом дефицита денежных средств во всех этих структурах предлагаемые варианты интереса не вызвали в силу того, что их реализация значительно увеличит дефицит финансирования ЛПУ. В 2000 году была сформирована рабочая группа, в которую вошли представители РМА, Минздрава РФ, члены комитета по здравоохранению Госдумы, представители отраслевого профсоюза медработников РФ, а также эксперты СК «Макс» и «Ресо-Гарантия». По итогам работы в том же 2000 году было решено начать подготовку законопроекта с целью внесения его на рассмотрение в Государственную Думу.

Если врач сделал какую-то ошибку, обязан ли он ставить пациента в известность? С одной стороны, — не обязан.. Дело в том, что нет четко прописанной обязанности врача извещать пациента о допущенной ошибке. Нет такой статьи, так как в законодательстве вообще нет понятия врачебной ошибки. Есть понятие о причинении вреда здоровью. Но этот вред, если он не явный, никак не обнаружить. А потому, согласно законодательству, никто *не обязан давать показания против самого себя*. Врач совсем не обязан говорить о совершенной ошибке.

Другое дело, что врач, совершив какое-то неправильное действие, обязан сделать все, чтобы предотвратить негативные последствия. Если врач на операции случайно перерезал не тот кровеносный сосуд, но тут же его зашил и остановил кровотечение, то никто этого не заметит и извещать об этом пациента он не обязан. Но если он плохо ушил этот сосуд и пациенту не сказал, что ему нельзя неделю прыгать, а тот прыгнул, сосуд порвался опять и пациент умер, то врач будет виноват. Т. е. врач не имеет права утаивать ту информацию, которая важна для жизни и здоровья пациента

Ошибки допускали и будут допускать и молодые и опытные врачи, так как это свойственно человеку, а медицина очень сложная наука. Лишить врача права на ошибку и привлекать его к уголовной ответственности — значит сковать инициативу, убрать творчество и потерять множество хороших специалистов. Но это должно относиться только к добросовестным специалистам, соответствующим требованиям профессии и квалификации.

В то же время необходимо защищать права пациентов на квалифицированную надлежащую медпомощь. Вера во врачей не должна быть верой отчаяния, необходимо ее подкрепление не только качественными действиями врачей, но и отсутствием невежества, недобросовестности. Пациент не должен превращаться в объект, на котором можно ошибиться, лишь действительно непредвиденные и непреодолимые обстоятельства должны приводить к нанесению вреда его здоровью, а врач со своей стороны должен стремиться к снижению риска возникновения ошибок в своей практической деятельности.

Осмысливая проблему врачебных ошибок, следует осознать, что в медицинской практике встречаются заболевания, прямо или косвенно обусловленные медицинским вмешательством, но которые не являются врачебными ошибками. Такие заболевания называют *ятрогенными*.

Когда-то ятрогией называли заболевание, возникающее как реакция на неправильные или неправильно истолкованные слова врача, его поведение или медицинскую литературу, в том числе и популярную. По сути, ятрогении отождествлялись либо с ошибкой врача, либо — с ошибкой пациента. Сегодня под ятрогениями понимают любую патологию, возникающую исключительно в связи с медицинскими действиями — профилактическими, диагностическими, лечебными.

Расширительное толкование понятия ятрогений вызвано, по-видимому, возрастанием агрессивности современной медицины, использующей в связи с научно-техническим прогрессом все более узконаправленные и действенные медицинские средства и манипуляции. В связи с этим даже *правильные* медицинские действия могут вызвать патологические реакции в связи с неизбежным повреждением функций или структуры организма, требующие своевременного распознавания, устранения и профилактики. Пример неумышленного, но практически неизбежного повреждения — перелом ребер при сердечно-легочной реанимации у лиц старческого возраста.

Ятрогении бывают психогенные и органические. В ветеринарной практике, например, в основном рассматриваются органические ятрогении. Причины их весьма многообразны и не могут быть сведены только к техническим ошибкам врача.

В медицинской практике так же можно выделить четыре группы ятрогений на иных логических основаниях. Они следующие.

1. Связанные с диагностическими процедурами. Например, радиационные поражения при радиологических исследованиях.

2. Связанные с лечебными процедурами. Например, лекарственная болезнь при химиотерапии.

3. Связанные с профилактическими мерами. Например, реакция организма на вакцинацию.

4. Информационные. Например, реакция на слова медицинского работника.

Информационные ошибки заслуживают отдельного разговора. К сожалению, очень часто медицинские работники не умеют правильно вести себя по отношению к пациентам, не имеют общекультурных навыков учета в диалоге интересов партнера.

Например, мы уже говорили о том, что человек — единственное из всех живых существ, знающее о неизбежности смерти. Однако, согласно множеству психологических наблюдений, ни один человек по-настоящему не может осознать этого. «По сути, никто не верит в собственную смерть. Или, что каждый из нас, не осознавая того, убежден, в своем бессмертии», как утверждал Фрейд. Обычно, говоря о смерти, используются такие выражения, как «ушел», «удалился в иной мир», «покинул нас». Естественно, что труднее всего воспринимается смерть детьми, которые не понимают происшедшего, часто говорят об умершем: «Дядя ушел». В этом отношении детей напоминают и взрослые: большинство их, сталкиваясь с трагическим фактом смерти, испытывают страх перед чем-то неизвестным, непостижимым. Страх смерти — чувство естественное. Однако здорового человека не занимает мысль о смерти, его внимание занято большими и малыми заботами и проблемами повседневной жизни. Если же мысль о смерти становится навязчивой, постоянной, занимает все внимание человека, это непременно свидетельствует о том, что что-то не в порядке, что мы имеем дело с патологическим явлением. Необоснованный страх смерти — одна из форм навязчивых страхов, он может быть проявлением невроза, психоза, разнообразных панических состояний. Страх смерти, подобно страху перед сумасшествием, может выражать оторванность от людей, от среды. Он может быть связан и со

стремлением освободиться от напряжения, от непомерной нагрузки. Есть и такие психологические теории, сторонники которых исходной причиной всех необоснованных страхов, не имеющих реальной почвы, причиной мучительного беспокойства в конечном итоге считают страх смерти.

Проходят годы, люди стареют, теряют все больше и больше родных и близких. Мысль о близости смерти все чаще посещает стареющего человека. В старости люди чувствуют смерть более близкой. Одиночество, постепенное ослабление привычных связей с жизнью усугубляют это чувство.

Большинство врачей и сестер, которые изо дня в день сталкиваются со смертью, так же вынуждены вспоминать о смерти слишком часто, но многие из них «по детски» вырабатывают переживание «защитного типа». В очередной раз сталкиваясь с процессом умирания, они часто становятся жесткими, замкнутыми, отчужденными, «равнодушными». «Привыкли видеть смерть, закалились», — говорят об этом в повседневной жизни. Однако они, как и сами умирающие, просто эгоистически стремятся защитить себя от воздействия трагизма смерти, так как не знают, что можно вести себя иначе. На практике большинство сестер или врачей, работающих со стариками или неизлечимыми больными, предпочитают не отвечать на их вопросы о будущем. В большинстве случаев, вместо ответов на поставленные пациентами вопросы, они отвлекают внимание больных или отрицают факты («Сто лет жить будете...»), а в некоторых случаях прибегают к фаталистическим ответам вроде того, что «Все там будем»..., «Всех нас ждет одно и то же»... Таким образом, за цинизмом или «равнодушием» скрываются страх и отсутствие эффективных мировоззренческих установок, которые необходимы для продуктивного поведения в этой ситуации.

Тщательное изучение причин возникновения ятрогенных заболеваний позволяет врачу выбрать правильные инструментальные и лабораторные методы проведения специфических исследований, которые самым коротким путем могут привести врача к правильному диагнозу и не вызвать осложнений.

Несмотря на наличие современной электронной диагностической техники, новейших лекарств, высоких медицинских

стандартов, желаний врачей приносить помощь своим пациентам, ошибки в профессиональной деятельности медицинских работников, очевидно, исчезнут не скоро. Но этих ошибок явно станет гораздо меньше, если пациент, а не его болезнь, станет действительным, а не декларативным, главным предметом заботы врача.

Вопросы по теме

1. Чем отличается ошибка от халатности и от преступления?
2. Раскройте условия безошибочной работы мышления.
3. Раскройте содержание понятия «врачебная ошибка».
4. Какие меры должен предпринять будущий врач, чтобы снизить риск врачебных ошибок в своей предстоящей профессиональной деятельности?
5. Какие меры должно предпринимать общество, чтобы снизить риск врачебных ошибок в системе здравоохранения?
6. Проведите сравнительный анализ понятий «врачебная ошибка» и «ятрогения».
7. Является ли ятрогенией самолечение под влиянием преступной рекламы?
8. Проанализируйте этическое содержание следующего отрывка:

«Многих ошибок, вызванных халатностью, можно было бы избежать, если бы врач удосужился просто выслушать пациента. Самым ярким примером является трагическая история Бетси Леман, журналистки из «Djston Globe», ведущей рубрики, посвященной вопросам здравоохранения. Она внезапно умерла в возрасте 39 лет в Бостонском институте онкологии, где в течение трех месяцев лечилась от рака молочной железы. Однако причиной смерти был не рак, а передозировка противоопухолевого препарата. В результате ее сердце было совершенно выведено из строя в самом конце курса лечения, перед выпиской домой. Аутопсия показала отсутствие каких-либо следов раковой опухоли в молочной железе. Страшная ошибка была сделана не каким-то неопытным или перегруженным работой интерном, а явилась следствием невнимательности десятков врачей, медсестер и фармацевтов. В течение последних четырех дней перед смертью ей давали дозу химиопрепарата, в четыре раза превышавшую допустимую, и никто не обратил на это внимания. Пациентка постоянно жаловалась на плохую переносимость препарата, однако ее никто не слушал! Бет-

си Леман несколько раз говорила врачам, что с ней творится что-то страшное. Однако невзирая на то, что она была довольно известным человеком в медицинских кругах, ее словам никто не придал значения»⁸⁷.

9. Проведите критический и герменевтический анализ «Ежедневной молитвы врача» известного врача и философа Моисея Маймонида, жившего в двенадцатом веке в Испании:

«Всемогущий! Сделай меня умеренным во всех суждениях и действиях, но только не знаниях, ибо в последнем я хочу оставаться ненасытным... Дай мне силу, волю и способность для расширения моих знаний так, чтобы дух мой мог обнаружить и осознать ошибки»⁸⁸.

10. Вскройте гносеологическую сущность ошибки в постановке клинического диагноза и проанализируйте познавательные и морально-нравственные факторы, необходимые для ее профилактики:

«К-в, 57 лет, преподаватель вуза, в последние полгода начал ощущать нарастающую слабость, снижение толерантности к физическим нагрузкам (заядлый зимний рыбак он стал с трудом ходить по льду с рюкзаком: «подгибались ноги»), возникло сердцебиение, одышка, потерял в весе свыше 10 кг, стала появляться субфебрильная температура. Все эти симптомы заставили больного обратиться к врачу.

Первым диагнозом, поставленным больному был: опухоль неясной локализации. В пользу него, по-видимому, были определены такие симптомы, как похудание и слабость. Многочисленные исследования не выявили этой патологии.

Второй диагноз, второго участкового врача, был: полиартрит (?). Вероятно, достаточным основанием для этого диагноза явились слабость в ногах и субфебрильная температура.

Третьим диагнозом, поставленным кардиологом и послужившим основанием для срочной госпитализации, был: инфаркт миокарда. К такому заключению врача привели выявленные сердцебиение, одышка, блокада левой ножки пучка Гиса.

В стационаре, на основе *всех* вышеприведенных жалоб, а также выявленных дополнительно слезотечений, периорбитальной пигментации кожи, был без труда поставлен диагноз: тиреотоксикоз тяжелой степени. Проведенное радионуклеидное исследование функции щитовидной железы полностью подтвердило этот диагноз. Лечение мерказалилом и

⁸⁷ Лоун Б. Утерянное искусство врачевания. — М., 1998. — С. 189.

⁸⁸ Цит. по: Яровинский М. Я. Лекции по курсу «Медицинская этика» (Биоэтика). — М., 2001. — С. 62.

преднизолоном (для коррекции офтальмопатии) значительно улучшило и стабилизировало состояние больного»⁸⁹.

11. Как следует вести себя врачу, в деятельности которого выявлена ошибка,

а) в отношении к пациенту,

б) по отношению к коллегам,

в) по отношению к административным органам управления учреждением здравоохранения?

12. ...Молодого человека ударили лопатой по голове. Врач посчитал травму легкой, не распознал имевшееся вдавление наружной пластинки теменной кости и не госпитализировал пострадавшего. Через два дня больной умер от гнойного менингита. Малые размеры раны и незначительное кровотечение затруднили объективную оценку тяжести повреждения⁹⁰. Проведите критический анализ ситуации.

13. В рассказе Дж. Лондона «Всегда неизменный» человеку не повезло в любви и он перерезал себе горло. В больнице, проведя сложнейшую операцию, его спасли от смерти. Перед выпиской, осматривая шрам на горле своего подопечного, хирург шутливо говорит: «Когда захотите проделать это еще раз, хорошенько откиньте голову назад и напрягите мышцы. Если вы наклоните голову вперед, — ничего не выйдет». Через несколько часов в больницу привезли труп. Хирург поднял простыню и пожал плечами: «На этот раз он хорошо откинул голову».

Дайте морально-нравственную оценку поведения хирурга.

⁸⁹ Казначеев В. П., Куимов А. Д. Клинический диагноз. — Новосибирск: НГУ, 1992. — С. 75.

⁹⁰ Хунданов Л. Л. Раздумья врача. — С. 21.



Тема 7

БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОТНОШЕНИЯ К ЖИЗНИ, РОЖДЕНИЮ, ЗДОРОВЬЮ И СМЕРТИ

Основной тезис. Человек — единственное существо, осознающее свою смертность и произвольно формирующее свое бытие. Социопсихологическая значимость актов рождения, болезни, смерти и умирания для человека предполагает соблюдение медицинскими работниками этических правил и морально-нравственных принципов определенной культуры.

План

1. Культура рождения, жизни, смерти, здоровья и болезни в человеческой популяции.
2. Право на жизнь. Этика аборта и проблема отношения к дефективным новорожденным.

3. Право на смерть. Эвтаназия как биоэтическая проблема. Этика и психология ведения умирающих.

4. Этапы умирания. Паллиативная помощь. Хосписы.

1. Культура рождения, жизни, смерти, здоровья и болезни в человеческой популяции

Мы уже говорили, что чем важнее жизненная задача, тем фундаментальнее ее культурное значение. Отношение к рождению (детству), инвалидизации, старости и смерти от старости имеют фундаментальное ценностное значение в любой культуре и являются важнейшим индикатором морально-нравственного состояния общества в целом.

Культурные традиции отношения к рождению и детству, способствующие чуду формированию человека с его самобытным характером, фантазией, талантами и душой, всесторонне изучены американским этнографом М. Мид⁹¹ и другими учеными разных специальностей. Важнейшие выводы полевых исследований М. Мид подводят к пониманию, что даже многие, казалось бы, — врожденные свойства, — например, пол ребенка, — не вытекают в человеческих популяциях непосредственно из природных половых различий, а во многом отражают нормативные морально-нравственные представления и особенности образа жизни различных обществ. Эти нормативные представления касаются не только сексуальной сферы, но и любых культурных традиций поведения во всех жизненно значимых ситуациях человеческой жизнедеятельности на всех ее этапах.

Однако нормативные представления о жизни и смерти сегодня подвергаются мучительному переосмыслению в связи с новыми возможностями медицины. Суррогатное материнство, «оплодотворение in-vitro», «оплодотворение heterologous», использование спермы донора, являющегося посторонним по отношению к супружеской паре, определение пола ребенка методами УЗИ и другие новые биомедицинские технологии ведут к тому, что возникновение жизни перестает быть тайной.

⁹¹ Мид М. Культура и мир детства. — М., 1988.

Перестает быть тайной и сексуальная жизнь человека. Повсеместная эротизация современного населения средствами массовой информации привела не только к разделению детородной функции и функции секса как техники релаксации и получения удовольствия, но и к тому, что духовная и сексуальная составляющая в жизни человека поменялись ролями. Сегодня вопрос о чувствах и мыслях человека психологически воспринимается как более интимный, чем вопрос об особенностях его сексуальной жизни. В связи с этим вопрос о субстанциональности человеческого бытия, задачах медицины по отношению к пациентам в моменты наибольшей интимности их жизни — рождения и умирания, — приобретает новую окраску.

Так, культурная традиция многих мусульманских народов воспринимать рождение сына как большое праздничное событие, а рождение дочери, — как «приход гостя», не сдерживаемая запретом шариата на планирование семьи и аборт, требует особенно вдумчивого и деликатного поведения акушера-гинеколога. Специфические моральные принципы, а вместе с ними, — не вполне традиционное для русской культуры поведение, демонстрируют кришнаиты или члены других новомодных религиозных сект, с которыми медикам приходится учиться говорить на не вполне привычном для себя языке, привлекая непривычные морально-нравственные аргументы.

Существенно изменилась и культура отношения к старости. Феномен старости существует только в обществе. В природе угасание репродуктивных функций организма и естественное умирание совпадают во времени. В животных сообществах бабушки и дедушки отсутствуют. Они необходимы только в обществе, сущность которого состоит в необходимости поддержания системной многоуровневости и разнообразия групповых картин мира. Неуважение к старости и смерти от старости является индикатором возрастания социального хаоса и обесмысливания существования у трудоспособной части населения. Однако сегодня даже старики нередко умирают в больницах под присмотром не близких, а медицинских работников. О чем и как говорить с ними, медицинские работники также не всегда знают, потому что прежние образовательные программы строились

на основе традиционно обезличенных, хотя и гуманных морально-нравственных норм и стереотипов.

Между тем различия мировоззрения пациентов определяют их особенное понимание смысла жизни и ее нравственного содержания. Разные культуры находят смысл жизни и ее главную цель по-разному. Русские, например, рождаются скорее для того, чтобы неравномерно наполнить событиями и *интересно*, «красиво» провести свою жизнь. Русские даже деньги зарабатывают для того, чтобы их тратить на то, что приносит удовольствие: книги или путешествия, выпивку или благотворительность, семью или наряды, в то время как протестантская мораль ориентирует членов сообщества на накопление, на получение «материального» результата жизни в ее конце... Русская культура инициирует такое поведение в пространстве и во времени, которое можно точнее всего обозначить понятием неравномерность, авральность, т. е. таким образом, которое отрицает равномерное течение жизненных событий. Даже выбирая религию, наиболее созвучную русской душе: «...выбор пал на греческую веру... их поразила красота, которую невозможно забыть. Наоборот, у «немцев» они красоты не видели никакой», а у мусульман просто поразились распушенностью одежды, непонятностью («безумностью») жестикуляций, отсутствием «веселия»(?) и «смадом великим»⁹². Установка на интерес, или «веселие», определили как норму такое отношение к жизни русского человека, которое позволило В. Шубарту в книге «Европа и душа Востока» заметить, что русские склонны даже «страдать с наслаждением» и на русском «терпит крушение утверждение Будды о том, что все существа стремятся к счастью и ненавидят страдания».

По мнению этнического немца В. Шубарта, «европеец в несчастье быстрее впадает в уныние, но и выкарабкивается из него быстрее — потому что страдание для него невыносимо, он предпринимает все усилия, чтобы преодолеть его. Русский же, наоборот, нужду переносит спокойно, свыкается с ней, затем начинает ее любить»⁹³. Можно не соглашаться с Шубартом в отношении

⁹² Цит. по: Вагнер Г. К., Владышевская Т. Ф. Искусство Древней Руси. — М., 1993. — С. 15.

⁹³ Шубарт В. Европа и душа Востока. — М., 2000. — С. 83.

его оценки поведения современных русских (В. Шубарт написал свой труд в 30-е гг. XX столетия). Но и отрицать, что в России, Монголии или Англии существуют социокультурные различия в отношении к рождению, жизни, страданию, болезни или смерти — невозможно. Как невозможно отрицать и наличие различия в структурах базовых ценностей у разных культур. Так, Е. В. Черносвитов, например, отмечает два источника европейских культурных традиций отношения к старости — древнеегипетскую и спартанскую. Древнеегипетская насчитывает 30 тысяч лет и в ней старость называется «самым почетным положением человека среди других людей», «пожилой человек единственный из людей, кто близок к богам», «старость — счастливое и безмятежное состояние человека» и т. д. Спартанская традиция насчитывает три тысячи лет, и для нее характерно утверждение, что «лучше быть бездомной собакой, чем стариком»⁹⁴. Стоит ли в этом случае специально обращать внимание на то, что качество жизни и представление о здоровье и норме здоровой жизни стариков в разных современных европейских субкультурах и сегодня будет различным?

Морально-нравственная система играет огромную роль и в отношении других медико-социальных аспектов поведения населения и медицинских работников, например, — моделей их взаимоотношения при решении вполне конкретных медицинских проблем. Е. В. Черносвитов отмечает, что разные виды религиозной морали определяют разное отношение человека к определению ценности собственного тела и границах личной *свободы* по манипулированию с ним. Католическая мораль, например, отстаивает принцип свободы человеческого тела, в том числе и свободы тела от населяющего его духа и, соответственно, допускает медицинское манипулирование телом только по жизненно важным показаниям. Протестантская морально-нравственная традиция возлагает личную ответственность за качество здоровья на самого человека, существующего в этом теле, на его совесть и ответственность. Иудейская возводит в ранг смыслообразующей ценности жизни способность тела к деторождению и, допуская возможность медицинского вмешательства в жизнедеятельность тела,

⁹⁴ Черносвитов Е. В. Социальная медицина. — М., 2000. — С. 105.

запрещает предпринимать какие-либо шаги только по лишению человека возможности деторождения. Примерно таких же традиций придерживается мусульманская культура. Буддистская моральная традиция акцентирует внимание на обязательстве человека считаться *в первую очередь* с интересами и правами окружающих⁹⁵, следовательно, пациент-буддист будет настаивать в первую очередь на таких решениях по поводу собственных жизни и здоровья, которые будут выгодны и приемлемы для близких. К слову сказать, буддистская мораль определяет таким образом даже характер непосредственного выражения физической боли и ее описание для врача.

Жизнь человека представляет безусловную ценность, эта истина безусловна для всех культур современного общества. Однако вопрос о том, когда начинается жизнь, — до рождения или после рождения, — трактуется по-разному в разных культурах, приобретая особую актуальность в западной цивилизации.

Различие в подходе к проблеме человека в восточном и западном мировоззрении сложилось, по-видимому, не сразу. Древнейшая мифология не расчленяет картину мира: природа, человек и божество в ней слиты. Это чувство слитности с природой присуще мифологическим и религиозным представлениям язычества, раннего христианства и мусульманства. Неживая природа, мифические существа, животные наделены в этих картинах мира человеческими чертами, а человек — природными. У древних греков, как и у большинства народов Востока, еще не сложилось понятие личности. Чтобы оно сформировалось, надо было сначала отделить индивида от космоса, а космос — от мира идей. Только в эпоху поздней античности западная картина мира становится «дифференцированной»: природа начинает противопоставляться божественному (идеальному), божественное — противопоставляется человеку, а человек — природе.

К началу Нового времени тело человека понимается всего лишь как специфическая машина из костей и тканей, очеловечивает которую божественное начало — сознание. Поскольку сознание начинает активно функционировать и проявляться только

⁹⁵ Черновитов Е. В. Социальная медицина. — М., 2000. — С. 23–29.

после рождения, плод и зародыш человека понимаются, по сути, как лишенные человеческой сущности, а для обозначения ценности индивидуального существования человеческого индивида формируется специфическое понятие — личность.

Когда в современных западных культурах начинаются дискуссии о человеке, подспудно подразумевается не «абстрактный человек», а «абстрактная личность». Начиная с эпохи средних веков и вплоть до двадцатого века, личность в западной культуре имеет безусловную ценность, как данное Богом или полученное в результате воспитания и самовоспитания. Доступ к душе и, следовательно, личности человека, имеют только представители религии и искусства, а тело существует как представитель природного начала в человеке и требует «ремонта» медицинскими средствами.

Если исходить из современных доминирующих западно-европейских представлений о праве личности распоряжаться собственным телом, то любая женщина имеет право на аборт, поскольку это — вмешательство в ее тело. Вопрос о праве плода на жизнь в европейской культуре решается двояко: с религиозной точки зрения плод — Божий дар, и потому человек не имеет права им распоряжаться, вне зависимости от того, обладает плод личностными качествами или нет. С атеистической точки зрения плод бесправен до тех пор, пока в нем не сформирована личность. С этой позиции аборт возможен по желанию матери до тех пор, пока он не чувствует и не мыслит.

В восточных культурах, создавших синкретические картины мира, человек — лишь материал, который содействует приобщению к высшим, вне личностным ценностям. В индуизме и буддизме личность отрицается, признается лишь безоговорочная «самость». Индивид не является ценностью, напротив, всякая уникальность, самобытность отдельного человека рассматривается как зло, «помеха». Личностные качества индивида противоречат общему настрою восточной культуры, призванной обнаруживать лишь безличные абсолюты бытия, идет ли речь о пантеистически осмысленной природе или конфуциански понимаемом обществе как иерархически организованном обществу людей. Совсем не случайно восточные культуры считают, что начало индивидуального бытия человека начинается не с рождения, а с

момента зачатия, с момента, когда слитность индивида с природой проявляется наиболее отчетливо, и момент рождения ничего не меняет в характере этого соотношения. При этом в восточных культурах активное сопереживание при умирании психологически не востребовано. Буддизм верит в реинкарнацию, — в возрождение души в новом теле того существа, которое умирающий заслужил своей жизнью. Поэтому умирающий буддист скорее нуждается в единомышленнике, нежели в согласовании разных типов мировоззрения, скорее в согласованности действий с партнером, чем во взаимопонимании с ним.

Вместе с тем, жизнь и смерть — вечные темы духовной культуры человечества во всех ее проявлениях. О них размышляли пророки и основоположники религий, философы и моралисты, деятели искусства и литературы, педагоги и медики. Вряд ли найдется человек, который рано или поздно не задумался бы о смысле собственного существования, о своей смертности или возможности достижения бессмертия. Эти мысли приходят в голову детям и совсем юным, и зрелым, умудренным жизнью людям, о чем говорят стихи и проза, драмы и трагедии, письма и дневники. Только раннее детство или старческий маразм избавляют человека от необходимости решения этих проблем. Современные исследования показывают, что особенно часто мысли о смерти посещают человека после 60 лет.

Мысль о смерти часто ведет к ощущению трагичности жизни и к достаточно негативным высказываниям о ней: «Жизнь — страдание» (Будда, Шопенгауэр и др.); «жизнь — сон» (Платон, Паскаль); «жизнь — бездна зла» (Древний Египет); «Жизнь — борьба и странствие по чужбине» (Марк Аврелий); «Жизнь — это повесть глупца, рассказанная идиотом, полна шума и ярости, но лишена смысла» (Шекспир); «Вся человеческая жизнь глубоко погружена в неправду» (Ницше) и т. п. О подобном мироощущении свидетельствуют также пословицы и поговорки разных народов: «Жизнь — копейка», «Учись — не учись, все равно дураком помрешь» и т. п.

Ортега-и-Гассет в XX веке определил человека не как тело и не как дух, а как специфически человеческую драму, т. е. как драматический процесс между рождением и смертью... Действи-

тельно, в этом смысле жизнь каждого человека драматична и трагична, как бы удачно не складывалась, как бы она не была длительна — конец ее неизбежен.

Исторически развитие медицины используется человеком для того чтобы повысить качество жизни и, невзирая на понимание драматизма человеческой судьбы, — для продления жизни. В современной медицине появилась даже новая наука — геронтология, изучающая процессы старения в человеческой популяции и вырабатывающая средства для замедления процессов старения человеческого организма.

Проблема отношения человека к жизни, здоровью и смерти имеет поэтому не только медицинское, но, прежде всего — общекультурное содержание. Смерть, как и рождение, формирует временные границы человеческой жизни. Человек единственное существо, осознающее, осмысливающее и оценивающее эти границы. Осознание собственной смертности заставляет человека искать смысл существования и организовывать свою жизнь таким образом, чтобы оправдать ее наличие. Поскольку о том, что человек смертен, он узнает уже в детстве, отношение к смерти начинает вырабатываться под влиянием окружающих, их поведения и их объяснений. Смерть, по мнению известного отечественного танатолога В. Стрелкова, — фундаментальное свидетельство человеческого «не одиночества», поскольку смерть каждого конкретного человека затрагивает окружающих зачастую больше, чем его жизнь.

2. Право на жизнь. Этика аборта и проблема отношения к дефективным новорожденным

С середины 60-х гг. XX века западная наука пришла к экспериментально подтвержденным выводам, что социальное окружение оказывает воспитательное воздействие не только на родившегося ребенка, но и на зародыш. Так, эмоции, пережитые беременной женщиной, сказываются на будущем характере еще не родившегося ребенка. Уже на шестом или седьмом месяце беременности ребенок формирует у себя способность тонко различать реакции и чувства матери и, что еще важнее, начинает дей-

ствовать в соответствии с ними. Это дало морально-нравственные основания для новой постановки старой западно-европейской проблемы и связанной с ней группы вопросов, порожденных другими сторонами научно-технического прогресса в медицине: *проблемы аборта, контрацепции и стерилизации.*

Искусственный аборт, контрацепция и стерилизация — современные формы вмешательства в репродуктивную способность человека. В XX веке это вмешательство приобрело массовый характер.

Аборт можно определить как изгнание или удаление нежизнеспособного вне матки плода из матки в условия, которые способствуют его гибели. Понятие «плод» в биологии используется с начала девятой недели беременности и на протяжении всего второго триместра. В обыденной и клинической практике абортом называют изгнание уже в первом триместре. В моральном смысле не особенно важно, идет ли речь о человеческом концептусе, эмбрионе или биологическом плоде. Аборт может быть самопроизвольным (выкидыш) или произвольным. Даже если признать, что аборты — зло, самопроизвольные аборты обычно не считаются моральной проблемой.

Морально-нравственные проблемы касаются только произвольных, преднамеренных абортов. Мотивацией для совершения аборта является несколько групп социально-психологических причин и причин по медицинским показаниям:

- аборты на основании медицинских показаний, например, ради спасения жизни беременной женщины;
- аборты по генетическим соображениям, например, если в процессе диагностики определены такие дефекты плода, которые сделают его нежизнеспособным вскоре после рождения;
- аборты по социально-экономическим или социально-медицинским причинам, например, если ребенок с врожденными дефектами должен быть рожден в социально неблагополучной семье;
- аборты по медицинско-юридическим причинам, например, если беременность наступила в результате насилия или кровосмешения;
- аборты по семейно-бытовым причинам, например, если семья после рождения данного или больного ребенка пострадает психологически или экономически;

- аборт ради смешанных благ, например, если женщина делает его ради сохранения карьеры или не хочет ребенка определенного пола.

Исторически плодоизгнание каралось смертной казнью во всех европейских государствах на протяжении многих столетий со времен возникновения христианства. Однако развитие медицинских технологий в западной цивилизации сопровождалось формированием убеждения, что ценность человеческой жизни начинается с момента рождения. Это закономерно привело к ситуации, при которой аборт на ранних стадиях беременности перестал считаться недопустимым, тем более, что европейцы с их линейно-рациональным отношением к жизни⁹⁶, в полном соответствии с магистральной линией развития их культуры, пришли к убеждению о примате прав личности над правами социума. Уже великий моралист Аристотель писал: «Если же у состоящих в супружеском сожитии должен родиться ребенок сверх (этого) положенного числа, то следует прибегнуть к аборту, прежде чем у зародыша появится чувствительность и жизнь»⁹⁷, хотя относительно незадолго до этого в V–VI веке до н. э., Гиппократ в своей «Клятве» особо выделил среди медицинских манипуляций плодоизгнание: «Я не вручу никакой женщине abortивного пессария»⁹⁸.

В европейской истории запрет на проведение абортов был введен в VII веке под влиянием христианской религии, осуждавшей любое убийство. В качестве наказания за аборт в этот период была избрана смертная казнь. Как разрешенная медицинская манипуляция, аборт появляется в европейской истории только в 1852 году, когда Парижской медицинской академией после упорной борьбы и под давлением статистики женской смертности при кесаревом сечении, аборт снова включают в число медицинских операций.

Почему европейцы, картина мира которых и религиозные догматы ничего не говорили об абортах, поверили в их аморальность настолько, что одобрили идею сурового наказания за аборт? Ско-

⁹⁶ См. подробнее: Бажутина Т. О. Пропедевтика философии и философские основания медицины. — Новосибирск, 2006.

⁹⁷ Аристотель. Политика. Соч. в 4 т. — 1984. — Т. 4. — С. 624.

⁹⁸ Гиппократ. Избранные книги. — М., 1936. — С. 87–88.

рее всего, потому что к началу средних веков большинство христиан слишком серьезно восприняли идеал целибата (полового воздержания) и население Европы рисковало вымереть, если бы Августин не пересмотрел христианское учение и не провозгласил допустимость полового акта в браке ради деторождения. «Это следует из доктрины Августина, что аборт должен быть греховен, потому что он мешает исполнению единственной допустимой цели полового сношения»⁹⁹. В XII столетии христианская доктрина начала отделять аборт от убийства, проведя различия между «сформированными и несформированными эмбрионами». Суды перед принятием решения начали анализировать обстоятельства аборта. Например, Фома Аквинский считал, что мужской эмбрион обладает душой уже на 40 день беременности, а у женщины — только на 90 день. Поэтому, хотя любой аборт был признан греховным, производство аборта мужского эмбриона, таким образом, каралось с 40 дня беременности, а женского — только с 90.

Начиная с середины XIX столетия, католицизм, являющийся одной из наиболее массовых разновидностей христианства, начинает осуждать аборт во все более абсолютистских терминах и перестает считаться с обстоятельствами плодизгнания. Папа Пий IX, по существу, уже отказался от различения «сформированного» и «несформированного» эмбриона и запретил аборт практически для всех женщин при любом виде аборта.

Современное упрощенное отношения к аборту можно объяснить прежде всего особенностями западно-европейской картины мира, для которой характерна склонность к дихотомии, желание оценивать мир в простой и логически ясной форме парной оппозиции: есть добро и есть зло, есть правда и есть ложь, есть живое и есть неживое, есть одушевленное и есть неодушевленное... Западно-европейскому мышлению гораздо проще принять любую из альтернатив «человек наделен душой либо с момента зачатия, либо с момента рождения», чем пытаться понять идею о переходных или неопределенных состояниях развития.

⁹⁹ Бартко А. Н., Михаловска-Карлова Е. П. Биомедицинская этика. Теория, принципы и проблемы. Часть 2. Принципы и основные проблемы биомедицинской этики. — М., 1999. — С. 228.

Для современного западно-европейского общества проблема аборта получила новый виток своего развития лишь с момента осознания того, что аборт затрагивает не только интересы женщины, имеющей, согласно европейской моральной традиции в целом, абсолютное право распоряжаться собственным телом, но и интересы плода. Главную моральную проблему аборта в общественном сознании европейцев сегодня составляет вопрос: «имеет ли право на жизнь и ее защиту обществом» сам плод? А если имеет, то с какого периода?

В современных западно-европейских дискуссиях проблема аборта «производит впечатление противостояния интересов плода интересам беременной женщины»¹⁰⁰. Если плод имеет право на жизнь как любое живое существо, а женщина имеет право распоряжаться собственным телом и собственной жизнью как личность, то чьи права следует уважать в данном случае? Решая эту проблему, Верховный суд Соединенных Штатов Америки, например, в «деле Роу против Уэйда», во-первых, решил, что «плод не является юридической личностью, защищенной Конституцией Соединенных Штатов», во-вторых, подтвердил права современной женщины на невмешательство в ее личную жизнь, но отметил, что эти права относительны, а не абсолютны и государство имеет право защищать здоровье граждан и медицинские стандарты, а также — защищать пренатальную жизнь в третьем триместре. Позже Верховный суд несколько изменил позицию о плоде, признав, что государство имеет право защищать не только жизнеспособность плода в последнем триместре, но и его здоровье. Центральный итог этого решения должен переместить основание законодательства по аборту от судов к государственному собранию штата и, таким образом, к более близкому приближению социального согласия¹⁰¹. Но эти поправки так и не решили проблему в полном объеме.

В истории русской медицины, близкой по своей онтологической и аксиологической направленности скорее восточной медицине и восточному мировоззрению, проблема аборта стала предметом специального осмысления и ожесточенных дискус-

¹⁰⁰ Бартко А. Н., Михаловска-Карлова Е. П. Указ. соч. — С. 224.

¹⁰¹ Там же. — С. 232.

сий много позднее. Смертная казнь за плодоизгнание была введена в России только в 1649 году, под давлением западно-европейского мировоззрения. Еще на рубеже XIX и XX веков доктор Э. Катунский писал: «У акушера нет ни нравственного, ни юридического права производить эмбриотомию над живым плодом»¹⁰². Но уже XII Пироговский съезд в 1913 году, признав аморальность искусственного выкидыша, тем не менее пришел к выводу, что государству необходимо отказаться от принципа уголовного наказания за плодоизгнание. Итогом широкого обсуждения в России проблем аборта стала парадоксальная, но типичная для России ситуация, при которой аборт признавался этически недопустимым, но уголовно ненаказуемым деянием.

«В 1920 году в России искусственный аборт был легализован, при этом новый закон полностью исключал какое-либо наказание за производство аборта как для врача, так и для женщины. Он производился совершенно бесплатно в больничных условиях дипломированным врачом.

Таким образом, именно в России впервые в мире был легализован искусственный аборт, производимый по желанию женщины, что имело глубокие и далеко идущие последствия. Население страны приспособилось к использованию как легального, так и подпольного аборта, так как они были наиболее простыми, эффективными и доступными методами контроля рождаемости, а вся система здравоохранения была приспособлена к технологии аборта.

В начале 30-х гг. XX века доступ к производству аборта стал сужаться, а в 1936 году было принято постановление о запрещении искусственного аборта с целью повышения численности населения. В результате принятия нового закона число легальных абортов, производимых, как правило, по медицинским показаниям, резко снизилось, а криминальные почти полностью вытеснили легальные. Через 16 лет было вновь разрешено производить искусственное прерывание беременности в медицинском учреждении в течение 12 недель беременности, но при условии, что с момента предыдущего аборта прошло не менее 6 мес.

¹⁰² Катунский Э. К вопросу о праве родителей на жизнь плода // Медицинская беседа. — 1900. — № 7. — С. 178.

В 60–70 гг. в стране были сделаны первые попытки вытеснить аборт эффективной контрацепцией. В 1962 году был издан приказ о борьбе с абортами, однако в 1974 году разослано письмо «О побочных эффектах и осложнениях при применении оральных контрацептивов», которое фактически запрещало использование гормональных таблеток с целью контрацепции. Однако вследствие частых изменений в указах об абортах чрезвычайно характерным для России стало психологическое сопротивление всего общества попыткам перейти от практики планирования семьи, основанной на искусственном прерывании беременности, к предупреждению нежелательной беременности. Кроме того, в результате плохой информированности населения о контрацептивах, недостаточного обеспечения ими Россия занимает второе (после Румынии) место по частоте аборт¹⁰³.

Дополнительные проблемы по поводу плодоизгнания возникают в связи с формированием нового медицинского знания и появлением новейших медицинских технологий, которые значительно снизили число возможных аборт¹⁰³. Теперь в ряде случаев возможно не только более действенная помощь беременной матери в донашивании плода и родовспоможении, но и лечение плода непосредственно внутри матки. Последнее ставит и врачей, и будущую мать в двусмысленное, с точки зрения закона, положение: врачи не могут лечить плод, не вторгаясь медицински в мать, а мать должна дать информированное согласие на манипуляции, связанные с риском для ее здоровья и социального существования в дальнейшем. При этом планируемые манипуляции не дают гарантии качества здоровья ни для плода, ни для ее собственного.

Кроме того, существует ряд социальных проблем, которые делают проблему здоровой беременности двусмысленной этически: это кровосмесительство, насилие, выявление генетически неизлечимых заболеваний у плода, принуждение к плодоизгнанию и др.

¹⁰³ Бартко А. Н., Михаловска-Карлова Е. П. Биомедицинская этика. Теория, принципы и проблемы. Часть 2. Принципы и основные проблемы биомедицинской этики. — М., 1999. — С. 230.

В современной международной практике аборт может быть законным, если сделан до 28 недель. После рождения ребенок имеет все права взрослого, и в первую очередь — право на жизнь. Однако на практике по отношению к новорожденным часто применяется эвтаназия, если врач считает, что данному младенцу лучше умереть. Врачи чаще всего не проводят различия между абортom и прекращением жизни ребенка, если ребенок — дефективен.

Правильна ли, морально допустима ли такая практика? Возможно, этот вопрос должны решать родители, а не врачи? Ведь никто не имеет права отказать, если родители настаивают на лечении. Но является ли морально допустимым навязывать родителям самостоятельно решать вопрос о жизни и смерти своего дефективного ребенка? Обычно родители ребенка, родившегося с отклонениями, находятся в состоянии отчаяния и обращаются за советом к врачу. И если ни один адвокат не в состоянии помочь в этом вопросе, то врач или священник вынуждены эти проблемы решать и находить правильное с моральной точки зрения решение. Суть проблемы заключается в моральной дилемме: лечить или не лечить дефективного новорожденного. При решении проблемы необходимо учитывать интересы двух сторон: родителей и ребенка.

Иногда родители сразу отказываются от ребенка с врожденными дефектами, иногда — из чувства долга — они берут на себя ответственность за жизнь ребенка, иногда — они хотят любой ценой лечить ребенка. Учитывать интересы новорожденного чрезвычайно сложно. Во-первых, интерес — это осознанная потребность, а младенец еще не обладает сформированным сознанием и не осознает свои потребности. Во-вторых, проблемным является само понятие «право на жизнь», потому что в человеческом обществе оно неизбежно включает в себя вопрос о качестве жизни. Но каково ожидаемое качество жизни дефективных новорожденных?

Существует точка зрения, согласно которой, если позитивная доля удовольствия, получаемая человеком, шире зоны страдания, то жизнь стоит того, чтобы жить. Но можно ли назвать, с этой точки зрения, хорошей жизнь серьезно больного новорожденного?

Думается, что интересы ребенка способны осознавать доброжелательные взрослые, способные моделировать, проектировать

и конструировать его будущее. При этом следует сознавать, что интересы ребенка далеко не во всех случаях могут быть решающими. Во-первых, в социальной практике существует масса ситуаций, в которых согласие человека не имеет никакого значения: человека по решению суда могут взять под стражу и он, против своей воли, проведет долгое время в заключении; молодого человека призывного возраста и не имеющего права на отсрочки могут призвать в армию, не спрашивая его согласия; ребенка школьного возраста, согласно закону о всеобщем среднем образовании, — отправить в школу и т. д.

В таком же положении находится и новорожденный с дефектами, излечение и комфортная жизнь которого потребовала бы страдания многих людей. Например, хирургическая операция при спинной сухотке в настоящее время стоит 275 тыс. долл.¹⁰⁴. Значительную часть этих расходов обычно несет семья ребенка. Но ведь кроме расходов на саму операцию, существуют расходы на лечение, уход, дополнительное питание. Большинство семей просто не в состоянии справиться с грузом возникающих экономических проблем. Если учесть, что ситуация имеет множество психологических следствий, если ребенок находится дома, то проблема становится совсем тупиковой, в семьях часто резко ухудшается психологический климат, ведь в дом сложно приглашать гостей и родственников. Братья и сестры ребенка с дефектами страдают из-за отсутствия внимания родителей, жизнь которых крутится вокруг больного ребенка, взаимоотношений со сверстниками и т. п.

Многие люди правомерно сочувствуют беспомощному новорожденному. Но в проблему вовлечены многие люди, интересы которых существенно страдают при наличии в семье ребенка с дефектами. Вместе с тем, следует иметь в виду, что по причине постоянной интенсификации темпов социального развития, человеческая популяция имеет своим *атрибутом*¹⁰⁵ ослабленные иммунные и генетические барьеры. Выгодное на популяционном уровне ослабление этих барьеров закономерно влечет за собой постоянное повышение числа новорожденных с самыми раз-

¹⁰⁴ Алексеева Т. А. Прикладная этика. — М., 2004. — С. 54.

¹⁰⁵ Атрибут — неотъемлемое свойство.

личными генетическими мутациями. Возникает вопрос: должно ли человечество бороться со следствиями эволюционной специфики вида медицинскими средствами или проблему дефективных новорожденных следует решать социальными средствами?

Задачи подобного рода могут быть решены только совместными усилиями медиков, философов, юристов, религиозных деятелей и общественности.

3. Право на смерть. Эвтаназия как биоэтическая проблема. Этика и психология ведения умирающих

Право человека на смерть является биоэтической проблемой, активно обсуждаемой в широких общественных кругах на протяжении последних 30 лет. Эта тема заслуживает отдельного внимания потому что в наиболее острой форме указывает на одну из самых острых коллизий нравственного опыта — конфликт между фундаментальными ценностями человеческого существования.

Смерть и потенциальное бессмертие — самая сильная приманка для ума, ибо поиск смысла и значения собственной жизни так или иначе соизмеряется с вечным. В любой культуре человек обречен на размышления о жизни и смерти, и в этом его отличие от животного, которое смертно, но не знает об этом. Смерть вообще — расплата за усложнение биологической системы. Одноклеточные практически бессмертны, и амeba в этом смысле — счастливое существо. Осознание собственной смертности — плата за человечность.

Большинство религий рассматривают жизнь как подготовку к смерти. «Институт смерти, равно как институты загробной жизни и бессмертия, суть поздние завоевания политического рационализма жреческих каст и церквей; именно на управлении этой воображаемой сферой смерти они строят свою власть»¹⁰⁶. Смерть — важнейший момент жизни человека, в который он подводит нравственные итоги всего пройденного им пути, осуществляет глубокое самопознание. В этот момент должно наступить нравственное озарение и прозрение. Поэтому в христианстве принято

¹⁰⁶ Бодрийар Ж. Символический обмен и смерть. — М., 2000. — С. 261.

перед смертью исповедоваться. В других религиях приняты другие формы духовного очищения.

Уже в первобытном обществе человек понял, что смертен. Наиболее часто повторяемый образ смерти в мифах — образ смерти как обмена. «Смерть у дикарей является предметом взаимного обмена между предками и живущими и образует не разрыв, а обмен встречными дарами, не менее интенсивный, чем при обмене ценными вещами или женщинами»¹⁰⁷. Человечество создало множество мифов о смерти. Центральной проблемой большинства вероисповеданий является вопрос о жизни в потустороннем мире, о жизни после смерти. Люди, испытывающие страх перед смертью, искали успокоения в мысли о том, что со смертью жизнь не прекращается и возможно ее продолжение в иной форме после смерти. Таким путем религия дает верующим успокоение, рассеивает их страх перед смертью.

В христианстве смерть — это наказание за первородный грех, в то же время Христос добровольно умер, выступив искупительной жертвой, которая освободила человечество от первородного греха (смертью смерть поправ).

Только в XVI веке (период Реформации) европеец осознал свое одиночество перед лицом смерти. До этого времени отношение к смерти носило фольклорно-веселый характер. «При капиталистическом способе обмена каждый одинок перед лицом всеобщего эквивалента. Точно так же каждый оказывается одинок перед лицом смерти — и это не случайное совпадение, ибо *всеобщая эквивалентность — это и есть смерть*»¹⁰⁸.

В эпоху этического нигилизма (XX век) сложилось пренебрежительное отношение к смерти, связанное, среди прочего, с отрицанием идеи бессмертия души и ведущее к значительному ценностному опустошению культуры.

Современный человек, до поры до времени не желающий ничего знать о смерти и не верящий в ее очищающий опыт, *поверхностен*, его инстинкты очень просты (они формируются преимущественно рекламой), а представления о жизни и смерти примитивны.

¹⁰⁷ Бодрийяр Ж. Указ. соч. — С. 242.

¹⁰⁸ Там же. — С. 262.

Как бабочка-однодневка, он порхает, чтобы сгореть. Страх смерти настолько возрос, что почитание мертвых идет на убыль, словно в Древней Греции. На кладбищах участки предоставляются на срок. Не стало больше торжественной смерти в кругу семьи, люди чаще умирают в больницах. Умирание, по сути, признано неудобным и непристойным для близких. Сегодня смерть все больше становится объектом социального контроля, т. е. социализируется. И этот социальный контроль возлагается на медицинских работников.

Вместе с тем, смерть не перестала быть биологическим и социально-психологическим фактором человеческой жизнедеятельности. И люди не перестали страдать уходя, и страдать, осознавая уход другого. Одиночество перед лицом смерти для человека «рыночной ориентации» особенно невыносимо. Умирающие начинают осознавать, что не сумели воспользоваться всей полнотой жизни, а со смертью уничтожается всякая возможность что-то исправить. Различия в обрядах, культурных нормах и конкретных обстоятельствах ее наступления, и даже в личном отношении к смерти, не могут этого изменить. Перед лицом смерти отступают все остальные проблемы человека. Смерть — это закон природы и общая характеристика живого человека, дающая ключ к пониманию друг друга.

Осознание смертности своего существования в истории всегда вело любое культурное сообщество к созданию единых традиций и ритуалов при рождении и погребении.

«И вот античный человек, руководствуясь глубоким, бессознательным жизнеощущением, избирает акт сожжения мертвых, акт уничтожения, в котором с полной силой выражено его стремление к настоящему. Он не хотел никакой истории, никакой долговечности, ни прошлого, ни будущего, ни заботы, ни разрешения, и потому уничтожал то, что не обладало более существованием в настоящем моменте»¹⁰⁹. Всенародный страх перед неотвратимостью смерти в Античности был так велик, что позволил Эпикуру выразить его в следующем совете-афоризме: «Приучай себя к мысли, что смерть не имеет к нам никакого отношения. Когда мы существуем, смерть еще не присутствует, а когда смерть присутствует, тогда мы не существуем».

¹⁰⁹ Шпенглер О. Закат Европы. — Новосибирск, 1993. — С. 201.

Факт смерти в современной действительности прежде всего констатирует врач. Заключение врача по этому поводу является не только официальным признанием того, что родным и близким больше не на что надеяться. Свидетельство о смерти является юридическим документом, дающим начало особым действиям и траурным ритуалам, и также новым правовым отношениям, при которых дети становятся сиротами, супруг (супруга) — вдовцом (вдовой), родственники «первой очереди» — наследниками и т. д.

Общество, наделяя врача функцией констатации момента смерти, вверяет ему не только тело, но и жизни остающихся жить близких покойного. Эта функция появилась у врачей относительно недавно — в середине XIX века, и это связано с медиализацией смерти. До этого умирающий имел дело со священником, который и констатировал смерть. В статье «Погребение» «Словаря медицинских наук», вышедшего в Париже в 1818 году, по этому поводу написано следующее: «Врачей редко зовут констатировать смерть, эта важная забота отдана наемным людям или тем, кто совершенно чужд знанию физического человека. Врач, который не может спасти больного, избегает находиться при нем после того, как тот издаст последний вздох, и все практикующие врачи, кажется, прониклись аксиомой одного великого философа, согласно которой «не подобает врачу навещать мертвеца»¹¹⁰.

Врачи с древности умели распознавать признаки приближающейся смерти, но только для того чтобы своевременно прекращать лечение. Это мотивировалось соображениями, в соответствии с которыми попытки продлить жизнь пациенту, который объективно не может выздороветь, признавались неэтичными и только травмирующими и пациента, и его родственников.

Мы уже говорили о том, что сегодня люди чаще умирают в больницах, чем дома. И на медицинских работниках лежит ответственность не только за здоровье пациентов, но и за качество их умирания. Это значит, что врачи и медицинские сестры должны знать о смерти не меньше священников, философов или психологов, ведь им приходится не только уметь оказывать пал-

¹¹⁰ Словарь медицинских наук. — Париж, 1818.

лиативную помощь умирающему, но и сопровождать его духовно в этом важнейшем и интимнейшем в жизни человека процессе. Процессе, для которого многие умирающие просто не подготовлены, потому что так и не научились общаться с окружающими тогда, когда были еще здоровы. В последнее время даже возникла новая отрасль медицинской науки — *танатология*, которая занимается всем комплексом проблем, связанных со смертью.

Далеко не всегда смерть человека является естественной смертью от старости. Очень часто человек умирает в муках, и эти муки несут страдания и самому умирающему, и его близким. Даже современная медицина далеко не во всех случаях способна облегчить эти страдания, но она может, например, ускорить смерть неизлечимо больного. Современная медицина имеет средства для того, чтобы сделать неизбежную смерть более быстрой и незаметной. И эта объективная возможность, возможность эвтаназии, — огромное искушение и для медицинских работников, и для пациентов, и для их близких. Термин «*эвтаназия*» (в переводе с греческого — «благая смерть») в философский теоретический аппарат введен Фр. Бэконом, который определял его как легкую, безболезненную (в некоторых источниках — счастливую) смерть. В современном языке за этим термином закрепилось несколько новых значений. Они следующие.

- Ускорение смерти неизлечимых больных и тяжело страдающих пациентов.
- Намеренное прекращение жизни людей по тем или иным медицинским показателям.
- Обеспечение достойной смерти, контроль за процессом умирания, забота об умирающих (Ф. Бэкон).
- Предоставление человеку возможности умереть по его желанию.

Эвтаназия — сложнейшая биоэтическая проблема, которую активно обсуждают не только врачи и религиозные деятели, но и общественность.

Одна из существенных сложностей при обсуждении животрепещущих проблем права человека на смерть является некорректное использование понятий, связанных со смертью. Так, смешение понятий «дать умереть» и «помочь умереть» нередко приводит к

ложной моральной дилемме: или 1) вы гуманны и способны сочувствовать ближнему, а значит перешагнуть через некоторые культурные табу ради прекращения бессмысленных страданий ближнего, которых вы не вынесли бы сами, или 2) вы заставите человека жить в невыносимых муках ради выполнения абстрактных требований гуманизма.

Этика и психология ведения умирающих. Отношение умирающего к смерти и его поведение зависит от многих обстоятельств. У большинства людей инстинкт жизни не приемлет смерть и заставляет ожидать ее со страхом, явным или подавленным, когда больной желает сохранить человеческое достоинство даже перед лицом смерти.

Как правило, умирающий больной испытывает физические страдания. Гиппократ утверждал, что если человек, у которого больно тело, не страдает, значит, у него больна еще и психика. *Обеспечение должного ухода умирающему* — задача медицины, ни у кого сегодня не вызывающая сомнений. Профессор Милтон, сиднейский хирург, опубликовал свои наблюдения по уходу за умирающими в двух работах. Из них, а также из работ многих других авторов, следует, что умирающему должен быть обеспечен соматический уход (устранение болей и вегетативных расстройств), а также психологический покой (священник, друзья, родственники). Любая просьба умирающего должна быть уважена, даже если выполнение ее сократит оставшиеся ему часы, потому что спокойствие и достоинство перед лицом смерти важнее нескольких часов жизни.

Рассуждая об уходе за умирающим больным, необходимо коснуться роли медицинских работников в обеспечении такого ухода. Не вызывает сомнений, *что основным лицом, находящимся сегодня при умирающем больном, является в первую очередь медицинская сестра.* Качество физического и психологического ухода за умирающим в первую очередь зависит от нее и ее душевности. *Врач* осуществляет в большей степени *духовный контакт* с умирающим. Именно врачу умирающий часто готов открыть главные истины о себе и науке жизни, и эти истины, сформулированные в короткие фразы, нуждаются в адекватной оценке авторитетной для пациента личностью. В этом отноше-

нии, помимо, разумеется, повышения профессиональных знаний и навыков, перед медицинскими работниками есть два пути:

1) психологическая и физиологическая индивидуализация больного, переживание его как личность равную себе, которой необходимо действительное понимание и сопереживание, эмоциональная и интеллектуальная поддержка.

2) деперсонализация больного в организм, который надо обслужить на высшем техническом уровне, снижающем до минимума риск осложнений или неудач.

Надо отметить, что современная технократическая медицина почти потеряла и врача, и медсестру как ассертивную личность. Медсестры, например, давно уже не пироговские сестры милосердия, не найтингейловские ученицы и уж тем более — не святые монахини-диконтессы, чья психология и, пожалуй, даже философия, были главным средством для умирающего человека, помогающим умереть в покое. Врач тоже отгорожен от пациента лечебными стандартами, нормами приема и обслуживания, мозаичным характером самой культуры, юридическими документами, требующими формального соблюдения прав пациента и не защищающими самого медика. Вряд ли возможно осуждать за это именно медицинских работников. В современной медицинской практике медицинским работникам и так приходится выдерживать непомерные эмоционально-психологические перегрузки, одновременно ухаживая как за выздоравливающими, так и за умирающими.

Выбирает ли сегодня каждый врач и каждая конкретная медсестра, вдобавок к формальным обязанностям еще и неформальную моральную ответственность перед умирающим, трудно сказать. В обычных больницах современные медицинские работники чаще всего идут по пути деперсонализации пациента, который оказался не способным выздороветь. Но тем выше человеческая цена тем медицинским сестрам и врачам, которые способны облегчить состояние не только выздоравливающего, но и умирающего.

Умение понять и квалифицированно поддержать пациента в трудную минуту, — неотъемлемое моральное требование к деятельности врача или медицинской сестры. Наряду с оказанием физической помощи больному и выявлением причин физиологи-

ческих и патологических явлений, именно медицинский работник может и должен разобраться в душевном состоянии пациента и оказать ему эмоциональную поддержку, ведь физические и душевные страдания неотделимы друг от друга. Беспомощность, зависимость умирающего человека от окружающих, его изолированность объясняют, почему он нуждается в такой помощи.

Конечно, желательно умирать, не чувствуя этого, но и для окружающих процесс умирания — тяжелое испытание. Смерть слишком явная, слишком шумная или театральная, особенно если умирающий сохраняет при этом достоинство, вызывает у окружающих эмоции, плохо совместимые с полноценной жизнью каждого, и прежде всего страдает медицинский персонал, обязанный, несмотря ни на что, выполнять свои профессиональные обязанности. Сознавая это или нет, врачи и медсестры выработали свое понимание того, что исследователи *Глейзер* и *Стросс* назвали *asserable style of facing death*, т. е. «приемлемый стиль того, как встречать смерть». Для больничного персонала, да и для всех окружающих «лучше всех» умирает тот, кто не кажется умирающим.

Человеку тем легче скрыть, что он умирает, чем меньше он сам подозревает об этом. Его неведение необходимо не самому умирающему, оно легче для окружающих.

То, что сегодня медики, на руках которых осуществляется значительное число уходов, называют «хорошей смертью», — смерть в неведении — в далеком прошлом считалось несчастьем и проклятьем: смерть внезапная, непредвиденная, к которой человек не успел подготовиться. Однако умирание в больнице зачастую длится долго, и умный пациент способен по действиям и поведению врачей и медсестер понять, что его ждет. Поэтому лечащий персонал инстинктивно, неосознанно вынуждает больного, который от них зависит и хочет им угодить, разыгрывать неведение. В некоторых случаях неведение может даже стать важным фактором выздоровления, а для лечащего персонала условием эффективности его действий. В некоторых случаях молчание превращается в безмолвное соучастие, в других случаях страх делает невозможной никакую коммуникацию между умирающим и теми, кто за ним ухаживает. Пассивность больного поддерживается успокаивающими препаратами, особенно в конце, когда

страдания становятся невыносимыми. Морфий снимает боль, но он же притупляет сознание, повергая умирающего в желанное для всех неведение своей участи.

Противоположностью «приемлемого стиля умирания» признается смерть плохая, безобразная, лишенная какой бы то ни было элегантности и деликатности. В одном случае больной, который знает, что умирает, восстает против неизбежности, кричит, становится агрессивен. Другой случай — его лечащий персонал боится не меньше — это когда умирающий принимает свою смерть, сосредотачивается на ней, отворачивается к стене, становится безучастен к окружающему миру, перестает общаться с людьми. Медперсонал угнетает это отталкивание, как бы устраняющее и делающее ненужными его усилия.

Часто смерть является огромным потрясением для остальных больных. Смерть одного из больных в палате таит в себе опасность «психической инфекции». Неожиданная смерть еще более глубоко потрясает соседей по палате. Трехдневная агония умирающего не оставляет равнодушными даже самых сильных духом наблюдателей. Смерть больного сопряжена так же и с различными административными мероприятиями, которые лишь усугубляют напряженность в палате, создают в ней «мертвую тишину». Боятся те, у кого подобное заболевание, озабочены и те, «кто еще не дошел до этого» и безусловно тяжелую травму получают невротики. Можно привести не один пример того, когда у невротиков после пережитой ими смерти соседа по палате отмечалось ухудшение психического состояния. Поэтому очень важно вовремя изолировать умирающего. Уход за такими больными в небольших палатах более интенсивен, что благоприятно и для самих тяжелобольных и для окружающих: не наносится вред остальным больным. Наряду с обычными болеутоляющими средствами и симптоматическим лечением для утолнения мучительного беспокойства, страхов или агонии применяют и современные психотропные препараты.

Сообщение медицинским работником близким о смерти пациента — дело тяжелое, но необходимое. Все, что принадлежало умершему, — это не просто предметы, подлежащее инвентаризации. Его вещи — это дорогая память для близких, поэтому их сле-

дует бережно сохранить. Близкие, родственники умершего требуют заботы, сочувствия, особого внимания. Прежде всего следует быть готовым к проявлениям сильных аффектов, уметь не только стерпеть их, но и помочь тем, кого постигло несчастье. Вполне обычно проявление гнева, агрессивности, несправедливых обвинений и многочисленных форм огорченности. Все они могут быть частными проявлениями реакции на смерть близких людей.

Трудным является вопрос о роли священника. Видимо, пациент имеет право на выбор, и вряд ли медицинским работникам следует препятствовать исполнению воли умирающего на отпущение грехов перед смертью (если речь идет о верующем).

Практикой был выработан подход к человеческой смерти, поведение в связи со смертью людей. Врач делает все ради спасения жизни больного, и если уже невозможно каузальное лечение, то прибегает к симптоматическому лечению, видоизменяя его по ходу трагических событий, развертыванию которых он уже помешать не в силах. Врачу остается напряженно следить за угасанием жизнедеятельности организма, за постепенно ослабевающими жизненными процессами: пульсом, дыханием, сердечной деятельностью, кровяным давлением, более того он постоянно контролирует и состояние сознания больного. По прекращении всех этих жизненных функций врач устанавливает факт наступления смерти. Подход врача носит своеобразный характер: в соответствии с традициями медицинской науки, врачи до последнего мгновения жизни больного следят за происходящими в его организме патологическими процессами, за угасанием жизненных функций. Затем уже следует деятельность патологоанатомов, которые ищут следы патологических процессов уже в умершем организме, контролируют, правильно ли была распознана врачом картина болезни, от которой скончался больной.

4. Этапы умирания. Паллиативная помощь. Хосписы

В результате многих психологических исследований были получены интересные наблюдения над большим числом умирающих: человек обычно умирает так, как жил. Все те силы, чувства, мысли, образы поведения, которые были характерны для

его жизни, свойственны и его смерти. У людей со здоровой нервной системой обычно не происходит перед смертью изменений личности. Ошибочно утверждение, что человек всегда и безусловно хочет жить. Измученный невыносимыми болями, изнуренный хроническим недугом больной, которому уже не помогают никакие болеутоляющие средства, часто ждет смерти как избавления, как выхода из тисков невыносимого страдания.

В работах по психотерапии зафиксированы общие и различные типы протекания процесса умирания. Кюблер-Росс¹¹¹ считает, что процесс смерти — это характерный психический процесс, в ходе которого, согласно его наблюдениям, можно выделить *пять* этапов.

1. *Вначале* чаще всего отмечается *реакция отрицания* возможности близкой смерти: «этого не может быть»... По мере ухудшения состояния, усиления опасности, возможно, из-за усугубления жалоб больного охватывает беспокойство, он может начать искать нового врача, требовать повторения обследования и т. п. Такое состояние может быть более или менее продолжительным. Отрицание может сочетаться с предчувствием истинного положения или даже с полным сознанием неизбежности конца. То больной не верит, то вдруг задается вопросом: «А может все-таки так?». Реакция отрицания отдельных людей может отмечаться до последней минуты жизни, в связи с концом может отмечаться и эйфория.

Примером может служить смерть А. П. Чехова, который сам был врачом. Писатель, находясь в предсмертном состоянии (он болел туберкулезом легких), был оптимистически возбужден: неправильно оценив происходящее с ним, он заявил, что с кашлем к нему возвращается здоровье.

2. Позднее начальную стадию сменяет *гнев, напряженность, возмущение*: «Именно мне это выпало на долю...». Больной продолжает бороться со все более мучительными страданиями. Чего бы он ни дал ради того, чтобы только освободиться от мучений. Чего только он не обещает судьбе, только бы стало полегче.

3. На этапе, который условно получил название «*сделки с жизнью*», больной нередко обращается и к Богу с различными своими желаниями и просьбами.

¹¹¹ Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. — Киев, 2001. — С. 52–135.

4. Следующий этап развития болезни может привести и к депрессии, могут проявиться сознание своей вины и самобичевание (*Чем я этого заслужил?*).

5. На последнем этапе, этапе *полного смирения*, принятия безвыходности положения, измученный вконец больной желает лишь отдохнуть, уснуть. Это уже прощание. Конец жизненному пути, человек сдается неотвратимой судьбе.

Однако бывает, что больной приняв однажды факт катастрофы, смирившись с судьбой, вдруг вновь отрицает неизбежность скорой смерти. В одну минуту он знает, что его ждет, сознает это, а в следующую — вновь ведет себя так, словно ни о чем таком и не думал, не слышал, строит новые планы. Агония во многих случаях является порождением борьбы враждебных сил, такого амбивалентного поведения в отношении смерти. Многие сильные, «нормальные» люди в момент смерти оказываются провозвестниками жизнеутверждения. Они упрямо сопротивляются смерти. Известны примеры, когда смерть наступала в момент проявления отчаянной ненависти к ней.

Вместе с тем, перечисленные этапы отмечаются не только у умирающих, но и в процессе становления хронических заболеваний, не имеющих смертельного исхода. Сознание умирающего человека — особенно в случае хронических заболеваний — постепенно сужается, часто даже отключается от внешнего мира. Оно исчезает раньше, чем прекращается деятельность организма. Поэтому-то так нелегко получить более глубокое представление о психологии смерти.

Только глубокое понимание всех процессов, протекающих в человеческом организме, стремление и умение понять самого человека, ведет к истинно гуманному поведению. К желаниям больного нужно относиться с глубоким вниманием, о непреложности этого требования свидетельствует и сложившийся у людей обычай исполнять последнее желание умирающего, каким бы оно ни было. Свет, темнота, шум и пр. — все это может мешать больному, а потому учет воздействия этих раздражителей имеет важное значение в уходе за ним. Забота родных, внимание друзей, посещение ими больного также необходимы. Врач, даже если он уже ничего не может сделать для больного, должен наве-

шать его; поводом для таких посещений может быть хотя бы симптоматическое лечение. Прощаясь с больным словами «До завтра», врач оказывает большое воздействие на психику больного. У многих больных в такие критические часы особенно проявляется потребность близости к родным, к людям вообще. При прощании с близкими всегда ярко проявляется желание хотя бы еще раз увидеть их.

Целесообразно ли любой ценой поддерживать в пациенте жизнь? Даже тогда, когда это очевидно бесполезно? Мероприятия у постели умирающего диктуются актуальной обстановкой, потребностями и возможностями их исполнения. Однако высокий такт и деликатность необходимы в любом случае. Характер и широта работы с умирающим зависят от его физического состояния и особенностей его личности, от его эмоциональной настроенности, мировоззрения и пр.

Если у больного отмечается выраженная реакция отрицания, если он и знать не желает о смерти, то говорить с ним о смерти было бы грубой ошибкой. Верить утверждениям больных, что они могут перенести любое известие, что им «спокойно можно сказать все», следует лишь в обоснованных случаях, в этом отношении надо быть очень осторожным, поскольку такие утверждения очень часто ничего не значат. Изменения личности, ее перестройка, возникающая в результате хронического заболевания, измененное состояние самого сознания больных, часто не позволяют сообщить ему правду. В таких случаях умирающий не способен по-настоящему понять о чем, собственно говоря, идет речь.

Многие зарубежные авторы предлагают: если позволяют особенности личности больного, можно сказать ему правду. Если больной действительно готов принять любую весть, если объективное положение более-менее ясно для него, врач может быть искренним. Во многих исследовательских работах можно прочесть и о том, что по всему миру идут споры о правильности этого метода, и многие врачи не склонны сообщать больному о приближении смерти. Чем объясняется такое противоречие?

Исследования продолжаются, единого ответа на поставленный вопрос нет. Очевидно, возможность сообщения правды

больному зависит от множества условий. Кроме всего указанного, и от методов работы с конкретным больным: если в нашем распоряжении достаточно времени, если с умирающим работает психотерапевт, возможна и искренняя беседа на эту тему (но не всегда, даже если речь идет об одном и том же больном!) Однако при нынешних условиях работы, при перегруженности врачей, недостатке времени провести любые благие намерения в жизнь так, чтобы не причинить ущерба умирающему, действительно эффективная помощь умирающему кажется пока невозможной. С другой стороны, многое зависит от индивидуальных особенностей личностей врача и пациента, и от формы, стиля сообщения, от количества информации и ее характера и т. п.

Из воспоминаний митрополита А. Сурожского: «Моя мать три года умирала от рака. Ее оперировали — и unsuccessfully. Доктор сообщил мне это и добавил: «Но, конечно, вы ничего не скажете своей матери». Я ответил: «Конечно, скажу». И сказал. Помню, я пришел к ней и сказал, что доктор звонил и сообщил, что операция не удалась. Мы помолчали, а потом моя мать сказала: «Значит, я умру». И я ответил: «Да». И затем мы остались вместе в полном молчании, общаясь без слов. Мне кажется, мы ничего не «обдумывали». Мы стояли перед лицом чего-то, что вошло в жизнь и все в ней перевернуло. Это не был призрак, это не было зло, ужас. Это было нечто окончательное, что нам предстояло встретить, еще не зная, чем оно скажется. Мы оставались вместе и молча так долго, как того требовали наши чувства. А затем жизнь пошла дальше. Но в результате случились две вещи. Одна — то, что ни в какой момент моя мать или я сам не были замурованы в ложь, не должны были играть, не остались без помощи. Никогда мне не требовалось входить в комнату матери с улыбкой, в которой была бы ложь, или с неправдивыми словами. Ни в какой момент нам не пришлось притворяться, будто жизнь побеждает, будто смерть, болезнь отступают, будто положение лучше, чем оно есть на самом деле, когда оба мы знаем, что это неправда. Ни в какой момент мы не были лишены взаимной поддержки. Были моменты, когда моя мать чувствовала, что нуждается в помощи; тогда она звала, я приходил, и мы разговаривали о ее смерти, о моем одиночестве. Она глубоко любила жизнь. За

несколько дней до смерти она сказала, что готова была бы страдать еще 150 лет, лишь бы жить. Она дорожила нашими отношениями. Она тосковала о нашей разлуке. Порой, в другие моменты, мне была невыносима боль разлуки, тогда я приходил, и мы разговаривали об этом, и мать поддерживала меня и утешала о своей смерти. Наши отношения были глубоки и истинны, в них не было лжи, и поэтому они могли вместить всю правду до глубины. Потому что смерть стояла рядом, потому что смерть могла прийти в любой миг, и тогда поздно будет что-либо исправить, — все должно было в любой миг выражать как можно совершеннее и полнее благоговение и любовь, которыми были полны наши отношения. Только смерть может наполнить величием и смыслом все, что кажется как будто мелким и незначительным. Как ты подашь чашку чая на подносе, каким движением поправишь подушки за спиной больного, как звучит твой голос, — все это может стать выражением глубины отношений. Если прозвучала ложная нота, если трещина появилась, если что-то не ладно, это должно быть исправлено немедленно, потому что есть несомненная уверенность, что позднее может оказаться слишком поздно. И это опять-таки ставит нас перед лицом правды жизни с такой остротой и ясностью, каких не может дать ничто другое».

Рецепта, действительного при всех обстоятельствах, в любом случае, дать нельзя. Необходимые мероприятия определяются в индивидуальном порядке для каждого отдельного больного, важнейшим является большой такт. Нужно следить за тем, чтобы у постели умирающего, даже если он находится в бессознательном состоянии, не прозвучали тяжело ранящие слова, не говорилось ничего обидного. Глубина потери сознания может быть переменчивой, больной может воспринять те или иные замечания. Самое важное и абсолютно безвредное — выслушать больного. Все исследователи подчеркивают, что одним из важнейших средств работы с умирающими является стремление помочь всеми силами тому, чтобы они высказались: рассказ больного о своих самых сокровенных переживаниях помогает рассеять его страхи и сомнения, устранить его изолированность, замкнутость. Если больной будет ощущать заботу о себе, ему будет легче переносить удары судьбы. В этот чрезвычайный период жизни многому мо-

жем научиться у него и мы. Мертвые учат живых — гласит латинская пословица. То же можно сказать и об умирающих.

Процесс тяжелого, смертельного заболевания, мир переживаний страдающего умирающего человека гениально описан Л. Н. Толстым в рассказе «Смерть Ивана Ильича».

Иван Ильич Головин, 45-летний член Судебной палаты, упал и стукнулся боком о ручку рамы. После этого появились боли в левом боку. Самыми разными путями он противился сознанию того, что с ним действительно что-то неладно, но боли не исчезали, и он в конце концов вынужден был обратиться к врачу. Болезнь захватывает его целиком, он копается в книгах, сравнивает свое заболевание с болезнями других, строит самые разные фантазии на основе поставленных у него диагнозов. Он пытается «усилием воображения поймать эту» блуждающую почку, о которой говорил врач, и «остановить, укрепить ее». Он ждет чуда и от приема лекарств: лежа на боку, он прислушивается к тому, «как благотворно действует лекарство и как оно уничтожает боль»... Но, конечно, разочаровывается и в этом. «Раз знакомая дама рассказала про исцеление иконами». «Иван Ильич застал себя на том, что он внимательно прислушивался и проверял действительность факта». Этот случай испугал его. «Неужели я так умственно ослабел?» — сказал он себе. Он пробует искать спасения в работе, но не помогает даже его большой опыт, «и товарищи и подчиненные с удивлением и огорчением видели, что он, такой блестящий, тонкий судья, путался, делал ошибки». Избавиться от боли было невозможно, «она проникала через все, и ничто не могло заслонить ее».

Жена, отношения с которой были полны напряженности и трений, его самого обвиняла во всем: «Отношение Прасковьи Федоровны было такое к болезни мужа, что в болезни этой виноват Иван Ильич»... В начале, отрицая наличие заболевания, отказываясь признать его, но, не имея возможности избавиться от боли, Иван Ильич становится раздражительным, причиняет много неприятностей окружающим. Позднее сами окружающие не принимают во внимание его болезни, ведут себя так, словно все в наибольшем порядке. Однако постепенно Иван Ильич признает, что «не в слепой кишке, не в почке дело, а в жизни и... смерти».

С прогрессированием процесса (из описания можно сделать вывод, что речь идет, очевидно, о злокачественной опухоли), он все чаще ищет убежища в прошлом, все чаще возвращается к впечатлениям детских лет, перед ним постоянно всплывают воспоминания, впечатления прошлого. Иван Ильич ест сливы и вспоминает тотчас о тех сливах, что ел в детстве, и вкус тех слив наполняет его рот. Глядя на сафьян дивана, он вспоминает о сафьяновом портфеле отца, разорванном в детстве, о наказании, и о пирожках, которые принесла мать.

Толстой мастерски изображает многочисленные проявления регрессии личности во время заболевания, в том числе и воспоминания детских лет, и желание больного, чтобы с ним нянчились, чтобы его пожалели, как ребенка. Буфетный мужик Герасим — единственный человек, кто испытывает к нему чувство, подобное жалости к ребенку, он самоотверженно ухаживает за барином. И это единственное утешение больного. «Ему хотелось, чтобы его приласкали, поцеловали, поплакали бы над ним, как ласкают и утешают детей. Он знал, что он важный член, что у него седеющая борода, и что потому это невозможно: но ему все-таки хотелось этого. И в отношении с Герасимом было что-то близкое этому, и потому отношения с Герасимом утешали его. Ивану Ильичу хочется плакать, хочется, чтоб его ласкали и плакали над ним, и вот приходит товарищ, член Шебек, и вместо того, чтобы плакать и ласкаться, Иван Ильич делает серьезное, строгое, глубокомысленное лицо и по инерции говорит свое мнение о значении кассационного решения и упорно настаивает на нем». Боль и страдания нарастают: «Все то же. То капля надежды блеснет, то взбушует море отчаяния, и все боль, все боль, все тоска и все одно и то же»... Больного мучают ужасные сны: «Ему казалось, что его с болью суют куда-то в узкий черный мешок и глубокий, и все дальше просовывают и не могут просушить. И это ужасное для него дело совершается со страданием. И он и боится, и хочет провалиться туда, и борется, и помогает. И вот вдруг он оборвался, и упал, и очнулся». Агония длится три дня. Три дня он, не переставая, кричит от мук. Он чувствует, насколько в тягость окружающим, жалеет их, и своими последними словами выражает эту жалость. В конце концов, побеждает

смерть, страдалец сдается. Гениальный писатель выражает это удивительной оговоркой умирающего: «Он хотел сказать еще «прости», но сказал «пропусти»...

Митрополит Антоний Сурожский пишет: «Я помню умирание молодого солдата, который оставлял после себя жену, ребенка, ферму. Он мне сказал: «Я сегодня умру. Мне жаль покидать жену, но тут ничего не поделаешь. Но мне так страшно умирать в одиночестве». Я сказал ему, что этого не произойдет: я буду сидеть с ним, и пока он будет в состоянии, он сможет открывать глаза и видеть, что я здесь, или разговаривать со мной. А потом он сможет взять меня за руку и время от времени пожимать ее, чтобы убедиться, что я здесь. Так мы сидели, и он ушел с миром. Он был избавлен от одиночества при смерти». Вряд ли у медицинского работника есть возможность быть рядом с умирающим постоянно. Поэтому следует позволить присутствовать при этом священнику или родственникам. Если такой возможности нет, следует знать основные *этические ориентиры общения с умирающими больными*.

- Задавайте «открытые» вопросы, которые стимулируют самораскрытие больного.

- Используйте молчание и «язык тела» как общение: смотрите больному в глаза, слегка наклонившись вперед, время от времени нежно, но уверенно касайтесь его или ее руки.

- Особенно прислушивайтесь к таким мотивам, как страх, одиночество, гнев, самообвинение, беспомощность. Стимулируйте их раскрытие. Настаивайте на четком выяснении этих мотивов и сами старайтесь добиться их понимания.

- Предпринимайте практические действия в ответ на услышанное.

- Чаще прикасайтесь к руке умирающего. Психологи установили, что человеческое прикосновение — это мощный фактор, изменяющий практически все физиологические константы, начиная от пульса и кровяного давления, до ощущения самоуважения и изменения внутреннего ощущения формы тела. «Прикосновение — это первый язык, которому мы учимся, входя в мир» (Д. Миллер).

- Служение больному «присутствием» имеет мощный психологический эффект даже когда у вас нечего ему сказать. Родст-

венники или друзья могут просто тихо сидеть в комнате, не обязательно близко к кровати больного. Очень часто больные говорят, как это успокаивает и умиротворяет, когда просыпаешься и видишь невдалеке знакомое лицо. *«Даже когда я иду Долиной Смерти, я не боюсь, потому что ты со мной».*

Паллиативная помощь. Хосписы. В последнее время все большую силу в общественном мнении приобретает тенденция, в соответствии с которой умирание рассматривается как естественная и закономерная фаза человеческой жизни, имеющая самостоятельную ценность и значимость. Речь идет о том, чтобы пациенту была дана возможность и в эти месяцы и годы вести содержательную, наполненную жизнь, т. е. не об одном лишь медикаментозном воздействии, но и о целом комплексе мер социальной и психологической поддержки.

Умиравшие испытывают страх перед смертью, болью, зависимостью от других при удовлетворении самых элементарных нужд (еда, питье, поддержание чистоты и т. п.), испытывают глубокую печаль и тоску. Основатель современных хосписов англичанка С. Саундерс еще в 1948 году пришла к простой мысли: умирающему пациенту можно и нужно помочь. Сложившаяся с тех пор система так называемой «паллиативной помощи» умирающим стала реализацией этой простой и гуманной цели.

Латинское слово «pallium» означает «оболочка», «покрытие». Когда уже невозможно прервать или даже замедлить развитие болезни, когда достаточно скорая смерть пациента становится неизбежной, медик-профессионал обязан перейти к тактике паллиативного лечения, т. е. купирования, смягчения ее отдельных симптомов.

Понятие «паллиативное лечение» не исчерпывается только клиническим содержанием, оно включает в себя новые социально-организационные формы лечения, оказания поддержки умирающим пациентам, новые решения моральных проблем и, если угодно, новую «философию медицинского дела». Различные формы организации паллиативной медицины — это патронажная служба помощи на дому, дневные и ночные стационары, выездная служба («скорая помощь») и стационар хосписов, специализированные отделения больниц общего профиля и т. д. Действенность помощи умирающим определяется комплексным подходом к ре-

шению их проблем, бригадным характером деятельности участвующих в этом деле врачей-специалистов, медицинских сестер, психологов, а также представителей духовенства, добровольцев, получивших специальную подготовку. Незаменима при этом роль близких родственников и друзей пациента, которые, однако, и сами нуждаются в квалифицированных советах и руководстве.

Когда врач и его коллеги владеют всем арсеналом средств и методов паллиативной помощи, они имеют моральное право сказать умирающему: «Мы поможем тебе пройти через ЭТО».

Умирающий пациент, избавленный с помощью грамотного паллиативного лечения от боли, имеющий возможность общаться с семьей и друзьями, способный даже в последние дни своей жизни на высшие духовные проявления, наверное, вполне искренне может сказать, что он счастлив.

Хоспис — это учреждение, в котором умирающие больные получают психологический и медицинский уход, облегчающий им дни и недели, предшествующие смерти. Хоспис предназначен не просто для облегчения неизбежной смерти: он помогает жить (не существовать, а жить!) до конца.

Основными принципами воздействия на больных в хосписе являются:

- различные современные варианты эффективной анальгезии;
- воздействие на психику умирающих больных, устранившее страх смерти, для чего используются медикаменты, психотерапевт, священник и т. п.;
- доброжелательные контакты больных между собой, с родственниками и друзьями, с миром искусства и литературы.

Вот примечательные слова медицинской сестры хосписа, которые приводят в своей книге «Путь к смерти. Жить до конца» Р. и В. Зорза: «Я получаю много радости от того, что я помогаю больным; я стараюсь, чтобы им было удобно, спокойно. Вот смотришь иногда на больного, страдающего, несчастного, а потом он засыпает спокойный, умиротворенный — так приятно это видеть, знать, что это я помогла ему заснуть. На это не жаль своих трудов».

Врачи и медсестры в хосписах устанавливают значительно больше целей, чем их коллеги в больницах. Для пациентов,

близких к смерти, надежда концентрируется больше на «бытии», чем на «деятельности», и на отношениях с окружающими и с Богом. Когда остается совсем мало надежды, здесь вполне реально надеяться на не одинокую смерть.

Вопросы по теме

1. Является ли зародыш человеческим существом?
2. Что такое человеческое существо?
3. Каковы критерии морального статуса плода?
4. Что такое жизнь и что такое «право на жизнь»?
5. Когда человек начинается и когда он кончается?
6. Раскройте содержание понятий «хорошая смерть» и «плохая смерть».
7. Существуют ли психологические и морально-нравственные различия в ведении обычных пациентов и умирающих?
8. Проанализируйте моральную позицию Д. И. Дубровского в отношении к смерти, дайте ее критический анализ:

«Одно из определений смерти может состоять в том, что она есть конец жизни, есть отрицание ее как высшей ценности. А поскольку смерть — это ценность того же ранга, как и жизнь, она несет в себе некий фундаментальный смысл, задающий масштаб подлинных ценностей. Жизнь как высшая ценность есть своего рода всеобщий эквивалент других высших ценностей — свободы, любви, чести и т. д., поэтому она обладает способностью удостоверять их существование, их действительное социальное бытие, обменивая себя на них. Это относится ко всем высшим нравственным ценностям. И смерть как раз является формой такого «обмена». Разумеется, речь идет о смерти конкретной личности, которая из нравственных побуждений — во имя свободы, чести, истины и так далее — совершает свой выбор, *предпочитая жизни смерть*.

«Отраднa эта участь —

Твоим огнем гореть,

Твоею мукой мучась

За правду умереть», — писал Пуль Герхард (XVII век) о Христе. Но вообще-то в них выражена идея типичного высоконравственного деяния независимо от ее религиозного содержания. ...Я думаю, мы должны избегать сравнительно легких путей решения этических проблем смерти, задаваемых постулатами о потустороннем мире и бессмертии души, либо дедуктивным выводением бессмертия души из подходящих посылок. Как было бы прекрасно, если бы это могло быть правдой! Не случайно Цицерон считал: «Если я здесь заблуждаюсь, веря в бессмер-

тие человеческой души, то заблуждаюсь я охотно и не хочу, чтобы меня лишили этого заблуждения, услаждающего меня. Пока я жив»¹¹².

9. Имеются две группы младенцев с расщелиной позвоночника. Первая группа умрет в течение нескольких дней или недель. Вторая группа будет жить на протяжении многих месяцев или лет, даже если бы их не лечили. Эту вторую группу можно подразделить на две подгруппы — А и Б.

Младенцы подгруппы А неоперабельны, поскольку рана слишком обширна и операция, имеющая мало шансов на успех, — это почти сто-процентный риск ее инфицирования. Операция может ухудшить состояние младенцев.

Младенцы подгруппы Б при рождении обнаруживали биение ножами и имеют, таким образом, некоторую мускульную силу. В этом случае у врачей есть шанс улучшить состояние пациентов в ходе операции, не делая им хуже. В этой подгруппе есть младенец с сильной задержкой психического развития. *Является ли операция по поводу расщелины позвоночника для этого младенца, который не умирает и не находится в операбельном состоянии, все еще показанной?*

10. Родители приводят к врачу-гинекологу свою двадцатилетнюю дочь, уже два года принимающую тяжелые наркотики. Девушка оказывается на шестом месяце беременности и у нее выявлено несколько венерических инфекций. Что может и должен в этой ситуации предпринять врач-гинеколог? Что могут и должны сделать родители? Что говорит о подобной ситуации закон? Проанализируйте морально-этические аспекты проблемы.

11. Перечислите этапы умирания и раскройте их психологическое содержание.

12. Объясните, как вы поняли следующее рассуждение:

«Известно, что если врачу удастся убедить больного в благоприятных перспективах заболевания, создать у него устойчивую надежду, то это значительно усиливает эффективность как психотерапевтического, так и медикаментозного лечения. Но в то же время обнадеживание больного без точного учета его истинных возможностей и терапевтических пределов, обусловливаемых характером больного, приводит к срыву адаптационных механизмов, к неудаче всего лечения в целом»¹¹³.

13. Проанализируйте морально-нравственные аспекты поведения врача из рассказа А. И. Куприна «Светлый конец». В рассказе речь идет о

¹¹² Жизнь и смерть: загадки и противоречия (по материалам «круглого стола»). — М., 1989. — С. 24–25.

¹¹³ Проблемы медицинской деонтологии. — М., 1977.

старом, прожившем бурную жизнь князе. Князь тяжело болен и болезнь неизлечима, однако старик судорожно цепляется за всякую возможность продлить свое существование. На консультацию приглашают известного врача. По настоянию больного врач рассказывает ему истинное положение вещей. Врач говорит, что жизнь старого князя никого не интересует, а дни, отпущенные больному, уже сочтены. Буря негодования приводит старика к единственно возможному следствию, — он преждевременно умирает.

14. Проанализируйте морально-нравственную ошибку, которую совершил известный петербургский врач Спасский. Он возвращался от умирающего А. С. Пушкина и по дороге заехал к другому тяжело болеющему пациенту. Тот заметил угнетенное состояние врача и с тревогой спросил: «Доктор, я могу умереть?». Спасский, в этот момент плохо контролирующийся свои слова, ответил, что сейчас умирают все, даже Пушкина не уберегли. Ничего больше не добавив, Спасский ушел. Больной умер почти одновременно с Пушкиным, узнав о его кончине.

15. Проведите сравнительный анализ морально-нравственных принципов, лежащих в основании этики ведения умирающих у тибетского целителя и у Гиппократ: тибетский врач откровенен с умирающим, не скрывает от него скорых печальных перспектив. Гиппократ же писал: «...надо думать только о больном: в случае необходимости строго и твердо отклоняй его требования, но в другом случае окружи больного любовью и разумным утешением; но, главное, оставь его в неведении того, что ему предстоит, и особенно того, что ему угрожает. Ибо некоторые больные вследствие этого ... решаются на крайние поступки (самоубийство)».

16. Проведите критический анализ высказывания древнеиндийского врача Чарака из его трактата «Чарака-Сумхита»:

«Идя к пациенту, успокой свои мысли и чувства, будь добр и человечен и не ищи в своем труде выгоды, обладая симпатией к пациенту, ощущай радость от его выздоровления и стремись лечить даже врагов — эти качества определяют поведение врача, пусть гуманность станет твоей религией. Пациент может сомневаться в своих родственниках, сыновьях и даже в родителях, но он должен верить врачу, поэтому относись к нему лучше, чем его дети и родители»¹¹⁴.

¹¹⁴ Хунданов Л. Л. Раздумья врача. — М., 1983. — С. 79–80.

Заключение

Сложность отношений между этикой, психологией, культурой и правом в современной медицине проявляется по-разному. С одной стороны, существуют социальные механизмы регулирования медицинской деятельности. Прежде всего, это закон и моральная традиция. Внутрикorporативное право и медицинская этика включают термы профессиональной регуляции и дисциплины, уголовное право определяет меру ответственности за некачественность медицинской услуги и халатность, а гражданское право определяет меру компенсации за нанесенные некачественным медицинским обслуживанием ущербы.

С другой стороны, огромный массив некачественных медицинских услуг объективно не может быть зафиксирован ни в статусном праве с его писаными законами, которые могут быть интерпретированы судом различным образом, а при буквальном прочтении и вовсе ввести в заблуждение, ни в деонтологии, в которой наибольшее значение приобретают не подконтрольные медицинскому сообществу психологические навыки и умения, мировоззренческие установки и кругозор медиков. Не может, потому что даже при понимании объективных причин происходящего, общество не знает еще решений, устраняющих негативные следствия этих причин.

Это означает, что здравоохранение во всех его проявлениях, обращенных к человеческим страданиям, должно осмысленно реагировать на собственные проблемы и на социальную ответственность при их решении, уметь самостоятельно и высоконравственно устанавливать приоритеты в медицинской деятельности и не бояться взять на себя ключевую роль в обществе, озабоченном только удовлетворением рыночных потребностей. Конечно, ни один практикующий медик, и ни одна группа медицинских специалистов сегодня не в состоянии увидеть общую картину происходящего в медицине во всех деталях. Но понять проблемы, стоящие перед профессионалами здравоохранения, осознать принципы, необходимые для решения этих проблем, — может каждый. Так же, как каждый может принять осознанное участие в дискуссиях, способных выработать продуктивные решения выхода из кризиса, в котором сегодня находится человеческая популяция. И к пониманию «этиологии, патогенеза и клиники» страдания человека в биоэтическом поле общество могут подвигнуть только медики. Каждый из них.

Литература

1. *Акопов В. И., Маслов Е. Н.* Право в медицине. — М., 2002.
2. *Алексеев С. С.* Теория права. — М., 1995.
3. *Алексина Т. А.* Прикладная этика. — М., 2004.
4. *Амосов Н.* Мысли и сердце. — М., 1959.
5. *Андреев Л.* Повести и рассказы. — М., 1957.
6. *Ануй Ж.* «Антигона» / Пьесы. Т. 1. — М., 1969.
7. *Аристотель.* Соч. в 4-х т. — М., 1964.
8. *Аристотель.* Этика. — СПб., 1908.
9. *Аръес Ф.* Человек перед лицом смерти / пер. с фр. — М., 1992.
10. *Бажутина Т. О., Бажутина Н. С.* Языки культуры и их функции // Современное терминоведение Сибири. Язык. Культура. Теория познания: Сб. научных статей. Часть 2. — Новосибирск, 2004.
11. *Бажутина Т. О.* Культура, творчество, устойчивость. — Новосибирск, 1994.
12. *Бажутина Т. О.* Национальное сознание в динамике идентификации личности // Известия СО РАН. Серия: История, филология и философия. — 1992. — № 3.
13. *Бажутина Т. О.* Происхождение человека: концепция переходных состояний развития. — Новосибирск, 1993.
14. *Бажутина Т. О.* Пропедевтика философии и философские основания медицины. — Новосибирск, 2006.

15. *Бажутина Т. О.* Психологические стереотипы в культурогенезе // Известия СО РАН. Серия: История, филология и философия. — 1994. — № 1.
16. *Бажутина Т. О.* Социокультурное пространство: проблемы сохранения и адаптации этнической целостности // Немецкий этнос в Сибири. Вып. 2. — Новосибирск, 1999.
17. *Бажутина Т. О.* Стереотипы русской психологии: поиск духовных оснований общественного развития // Известия СО РАН. Серия: История, филология и философия. — 1993. — № 2.
18. *Бажутина Т. О.* Этнопсихология и проблемы личности // Эвенки бассейна Енисея. — Новосибирск, 1992.
19. *Бажутина Т. О.* Язык культуры как механизм трансмиссии социокультурных ценностей // Языки, культура и будущее народов Арктики: Тез. докл. междунар. конф. (Якутск, 17–21 июня 1993 г.). Ч. 1. — Якутск, 1993.
20. *Бажутина Т. О., Бажутин И. С.* Философско-психологические основания интерпретации творческой деятельности // Гуманитарные науки в Сибири. Серия: Философия и социология. — 1996. — № 1.
21. *Бартко А. Н., Михаловска-Карлова Е. П.* Биомедицинская этика. Теории, принципы и проблемы. Ч. 2. Принципы и основные проблемы биомедицинской этики. — М., 1999.
22. *Баталов А. А.* Биоэтика и космизм // Методол. и социальные проблемы медицины и биологии: Сб. научн. тр. Вып. 12. — М., 2000.
23. *Берн Э.* Секс в человеческой любви. — М., 1990.
24. *Биомедицинская этика* / Под ред. Покровского В. И. — М., 1997.
25. *Биоэтика: принципы, правила, проблемы: Сб. статей* / Под ред. Б. Г. Юдина. — М., 1998.
26. *Биоэтика: реальность человека. Проблема человека в современной медицине и философской антропологии: Учебно-метод. пособие.* Вып. 2. — М., 2005.
27. *Богат Е.* Что движет солнце и светила. Любовь в письмах выдающихся людей. — М., 1978.
28. *Бодрийяр Ж.* Символический обмен и смерть. — М., 2000.
29. *Бородулин В. И., Вербицкий В. М., Кваскова Ю. Ю.* Врачебные ошибки и совесть врача: экскурс в историю отечественной медицины XIX — начала XX века // Сов. здравоохранение. — 1991. — № 11.
30. *Вагнер Г. К., Владышевская Т. Ф.* Искусство Древней Руси. — М., 1993.
31. *Введение в биоэтику.* Коллектив авторов. — М., 1998.
32. *Вересаев В. В.* Записки врача. — М., 1982.

33. *Врач и пациент: этико-правовой аспект.* — М., 1990.
34. *Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы.* Сборник официальных материалов. — М., 1996.
35. *Врачи, пациенты, общество. Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций.* — Киев, 1996.
36. *Все об этикете.* — М., 2004.
37. *Вунд В.* Психология народов. — СПб., 2002.
38. *Гачев Г.* Национальные образы мира. Америка в сравнении с Россией и славянством. — М., 1997.
39. *Гиппократ.* Этика общая и медицина. — СПб., 2001.
40. *Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации за 2000 г.* // Здравоохранение Российской Федерации. — 2002. — № 1.
41. *Грандо А. А.* Врачебная этика и медицинская деонтология. — Киев, 1982.
42. *Гуревич П. С.* Философская антропология. — М., 2001.
43. *Гуревич П. С.* Этика. Познание. Вера. Сверхшение. — М., 2006.
44. *Гусев А. Н.* Уголовная ответственность медицинских работников за причинение по неосторожности тяжкого или средней тяжести вреда здоровью пациентов // *Врач.* — 1998. — № 4.
45. *Гусейнов А. А., Апресян Р. Г.* Этика. — М., 2000.
46. *Добрович А. Б.* Воспитателю о психологии и психогигиене общеня. — М., 1987.
47. *Доссе Жан.* Научное знание и человеческое достоинство // *Курьер Юнеско.* — Ноябрь. — 1994.
48. *Дробницкий О. Г.* Понятие морали: историко-критический очерк. — М., 1974.
49. *Жаринов В. М.* Этика: Учеб. пособие для вузов. — М., 2003.
50. *Жизнь и смерть: загадки и противоречия (по материалам «круглого стола».* Москва, 1989. — М., 1990.
51. *Заблуждающийся разум?: Многообразие вненаучного знания /* Отв. ред. и сост. И. Т. Касавин. — М., 1990.
52. *Зильбер А. П.* Этика и закон в медицине критических состояний. Этюды критической медицины. Т. 4. — Петрозаводск, 1998.
53. *Золотухина-Аболина Е. В.* Современная этика. — М.; Р-н/Д. — 2003.
54. *Зорза Р., Зорза В.* Путь к смерти. Жить до конца. (пер. с англ.). — М., 1990.
55. *Зыбковец В. Ф.* Происхождение нравственности. — М., 1974.

56. *Ибсен Г.* Пер Гюнт. — М., 1978.
57. *Иванюшкин А. Я.* Новая медицинская этика приходит из хосписа // Человек. — М., 1994. — № 5.
58. *Иванюшкин А. Я.* Профессиональная этика в медицине. — М., 1990.
59. *Казначеев В. П., Куимов А. Д.* Клинический диагноз. — Новосибирск: НГУ, 1992.
60. *Кассирер Э.* Избранное. Опыт о человеке. — М., 1998.
61. *Кассирский И. А.* О врачевании. — М., 1970.
62. *Катунский Э.* К вопросу о праве родителей на жизнь плода // Медицинская беседа. — 1900. — № 7.
63. *Ковалев М. И.* Юридические проблемы современной генетики // Государство и право. — 1995. — № 6.
64. *Козлова Н. Н.* Социально-историческая антропология. — М., 1999.
65. *Козлова О. В., Пилецкий С. Г.* Биомедицинская этика. — М., 2001.
66. *Колесова Н. С.* Права человека и современные демографические процессы // Права человека: итоги века, тенденции, перспективы / Под ред. Е. А. Лукашевой. — М., 2002.
67. *Коновалова Л. В.* Прикладная этика. Вып.1. Биоэтика и экоэтика. — М., 1998.
68. *Крайзель В.* Межправительственные организации // Naturgora. — 1999. — № 90.
69. *Красавчикова Л. О.* Право на жизнь // Вест. Гуманитарного университета. Серия: Право. — Екатеринбург. — 1996. — № 1.
70. *Краткий очерк современной биоэтики в США.* — М., 1989.
71. *Кропоткин П. А.* Этика. — М., 1991.
72. *Кузнецов В. Г.* и др. Нравственные ценности. — М., 1999.
73. *Кук Ф.* Заговор против пациента (пер. с англ.). — М., 1972.
74. *Курс медицинской деонтологии.* — Киев, 1998.
75. *Кьеркегор С.* Страх и трепет. — М., 1998.
76. *Кэмпбелл А., Джиллетт Г., Джонс Г.* Медицинская этика. — М., 2004.
77. *Кюблер-Росс Элизабет.* О смерти и умирании. — Киев, 2001.
78. *Лисицын Ю., Изуткин А., Матюшин И.* Медицина и гуманизм. — М., 1984.
79. *Лисицын Ю. П.* Медицинская этика, деонтология и биоэтика // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. — 1998. — № 2.
80. *Лосский О. Н.* Условия абсолютного добра. — М., 1991.
81. *Лоун Б.* Утерянное искусство врачевания. — М., 1998.
82. *Лоуэн А.* Радость. — М., 1999.

83. *Лукашева Е. А.* Право, мораль, личность. — М., 1986.
84. *Лурия Р. А.* Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. — М., 1977.
85. *Малеина М. Н.* Личные неимущественные права граждан. — М., 2001.
86. *Малеина М. Н.* Человек и медицина в современном праве. — М., 1995.
87. *Медицина и права человека.* — М., 1992.
88. *Медицинская этика и деонтология* / Под ред. ак. Морозова Г. В. — М., 1983.
89. *Международные акты о правах человека.* — М., 1998.
90. *Мерзлякова Т. Г.* О сбережении народа и обеспечении гарантий права на жизнь населения Свердловской области: Спец. доклад. — Екатеринбург, 2002.
91. *Методологические и социальные проблемы медицины и биологии.* Вып. 12. — М., 2000.
92. *Мильнер-Иринин Я. А.* Этика, или принципы истинной человечности. — М., 1999.
93. *Мид М.* Культура и мир детства. — М., 1988.
94. *Митрополит Антоний Сурожский.* Жизнь. Болезнь. Смерть. — М., 1995.
95. *Нерсесянц В. С.* Философия права Гегеля. — М., 1998.
96. *Никитюк Б. А., Корнетов Н. А.* Интегративная биомедицинская антропология. — Томск, 1998.
97. *О человеческом в человеке* / Под общ. ред. И. Т. Фролова. — М., 1991.
98. *Петленко В. П., Царегородцев Г. И.* Философия медицины. — Киев, 1979.
99. *Петровский Б. В.* Человек. Медицина. Жизнь. — М., 1997.
100. *Православие и проблемы биоэтики.* Вып. 1 (1998–1999). — М., 2001.
101. *Прикладная этика* / Под общей ред. Зеленковой И. Л. — М., 2002.
102. *Проблемы медицинской деонтологии.* — М., 1977.
103. *Психология.* Словарь. Изд. 2. / Под ред. А. В. Петровского и М. Г. Ярошевского. — М., 1990.
104. *Рюриков Ю.* Три влечения. Любовь, ее вчера, сегодня и завтра. — Кемерово, 1984.
105. *Сборник материалов для семинарских занятий по биомедицинской этике.* — Омск, 2001.
106. *Сгречча Э., Тамбоне В.* Биоэтика. — М., 2000.

107. *Семейный быт народов СССР* / Отв. ред. Т. А. Жданко. — М., 1990.
108. *Силуянова И.* Этика врачевания. Современная медицина и православие. — М., 2001.
109. *Силуянова И. В.* Биоэтика в России: ценности и законы. — М., 2001.
110. *Силуянова И. В.* О сущности «этического» этических проблем современной медицины // Биоэтика: реальность человека. — М., 2005.
111. *Симонов П. В., Ершов П. М., Вяземский Ю. П.* Происхождение духовности. — М., 1989.
112. *Славская К. А.* Мысль в действии. — М., 1968.
113. *Соловьев Вл.* Оправдание добра. Соч. в 2-х т. Т. 1. — М., 1988.
114. *Сосновский А. В.* Лики любви: очерки истории половой морали. — М., 1992.
115. *Тополянский В. Д., Струковская М. В.* Психосоматические расстройства. — М., 1986.
116. *Феллер В.* Введение в историческую антропологию. Опыт решения логической проблемы философии истории. — М., 2005.
117. *Философия любви.* В 2-х т. / Под ред Д. П. Горского. — М., 1990.
118. *Философские и социальные проблемы медико-биологических наук:* Сб. научн. трудов / Под ред. Пехова А. П. — М., 1989.
119. *Фромм Э.* Анатомия человеческой деструктивности. — М., 1994.
120. *Фромм Э.* Психоанализ и этика. — М., 1993.
121. *Фромм Э.* Человек для себя. — М., 2003.
122. *Фуко М.* Рождение клиники (пер. с фр.). — М., 1998.
123. *Фут Э.* Эвтаназия // Философские науки. — 1990. — № 6.
124. *Холопайнен М.* Национальный план действий // *Naturora*. — 1999. — № 90.
125. *Хрусталева Ю. М.* Введение в философию: Учеб. пособие для студентов медицинских и фармацевтических вузов. — М., 1999.
126. *Хунданов Л. Л.* Раздумья врача. — М., 1983.
127. *Царегородцев Г. И., Ерохин В. Г.* Диалектический материализм и теоретические основы медицины. — М., 1986.
128. *Церковь и медицина.* На пороге третьего тысячелетия. — Минск, 1999.
129. *Человек и здравоохранение: правила игры: Пособие для пациентов и родственников.* — СПб., 2001.
130. *Человек.* Мыслители прошлого и настоящего о его жизни, смерти и бессмертии. Древний мир — эпоха Просвещения. — М., 1991.
131. *Черносвитов Е. В.* Социальная медицина. — М., 2000.

132. *Швейцер А.* Культура и этика. — М., 1975.
133. *Шпенглер О.* Закат Европы. — Новосибирск, 1993.
134. *Шубарт В.* Европа и душа Востока. — М., 2000.
135. *Этика* практической психиатрии: Руководство для врачей / Под ред. В. А. Тихоненко. — М., 1996.
136. *Этико-правовые* аспекты проекта «Геном человека». Международные документы и аналитические материалы / Отв. ред. Б. Г. Юдин. — М., 1998.
137. *Этнические* стереотипы поведения / Под ред. А. К. Байбурина. — М., 1985.
138. *Этнические* стереотипы мужского и женского поведения / Под ред. А. К. Байбурина и И. С. Кона. — СПб., 1991.
139. *Юдин Б. Г.* Биоэтика: принципы, правила, проблемы. — М., 1998.
140. *Янкелевич В.* Смерть (пер. с фр.). — М., 1999.
141. *Яровинский М. Я.* Лекции по курсу «Медицинская этика» (Биоэтика). — М., 2001.

Словарь базовых понятий курса

Аборт — любое прерывание беременности. Основные моральные проблемы связаны с *искусственно* вызванным абортом.

Авторитет — влияние, власть личности, основанные на признании другими людьми права этой личности на экспертную моральную, правовую или иную оценку, а так же — на право принятие решения в условиях совместной деятельности.

Альтруизм — моральный принцип, предписывающий человеку подавление собственного эгоизма, бескорыстность, готовность пожертвовать собственными интересами ради другого человека.

Апатия — одно из понятий этики стоицизма, обозначающее душевную невозмутимость, отсутствие чувств и страсти. В клинической практике апатия является патологическим симптомом.

Аскетизм — моральный принцип, предписывающий людям самоотречение от мирских благ и наслаждений ради достижения социальных целей или нравственного самосовершенствования.

Ассертивность — умение решать любую проблему межличностного общения, осознавая, понимая, и учитывая интересы свои и других людей, вовлеченных в данную проблему.

Атараксия — категория древнегреческой этики, обозначающая состояние безмятежности, невозмутимости, душевного покоя.

Беспристрастность — характеристика решений и действий, принимаемых и совершаемых исключительно на основе принципов и правил,

«не взирая на лица», независимо от предпочтений и интересов, которые удовлетворялись или ущемлялись.

Благо — общее понятие этики, употребляемое для обозначения положительной *ценности* предметов и явлений мира, раскрываемое на основе практической деятельности человека.

Благодарность — отношение человека к другому лицу (группе людей), оказавшему ему в прошлом *благодеение (действие, имеющее положительное нравственное значение)*, услугу. Благодарность выражается в готовности оказать ответное благодеение или услугу. Благодарность относится к сфере частных отношений людей, к сфере, выходящей за рамки профессиональных или общественных взаимоотношений.

Благородство — моральное качество, характеризующее поведение человека с точки зрения возвышенных мотивов, которыми он руководствуется в своих действиях.

Благотворительность — деятельность, посредством которой частные ресурсы добровольно и безвозмездно распределяются их обладателями нуждающимся людям или организациям в целях усовершенствования условий их жизни.

Вежливость — положительное моральное качество, проявляющееся в повседневной жизни и характеризующееся гуманным отношением к тем, кто не вполне заслуживает этой гуманности.

Великодушие — положительное моральное качество, при котором человек в своем отношении к людям превышает общепринятую меру вежливости и гуманности.

Вера — непосредственный и целостный акт свободного принятия человеком определенной системы ценностей без доказательств. В христианстве вера рассматривается наряду с *надеждой и любовью* как одна из основных добродетелей человека.

Вина (виновность) — положение человека среди других людей после того, как он не исполнил своего нравственного или юридического долга.

Врачебная этика — разновидность профессиональной этики, основным содержанием которой является определение и обоснование миссии врача, системы ценностей врачебной профессии, моральных качеств специалиста. Благодаря врачебной этике происходит передача от учителя к ученику моральных принципов и норм, регулирующих врачебную практику, сохраняется традиция поддержания высоких этических традиций этой профессии.

Высокомерие — отрицательное моральное качество, при котором выказывается неуважительно-презрительное отношение к другим людям, но преувеличиваются собственные достоинства. Противоположными качествами являются скромность и уважение.

Грех — религиозно-этическое понятие, признающее право Бога на обвинение человека виновным в безнравственных поступках или помыслах.

Грубость — отрицательное моральное качество, которое характеризуется неуважительным отношением к другим людям, пренебрежением к правилам поведения, недоброжелательностью и нежеланием считаться с чужими интересами и потребностями.

Гуманизм — принцип мировоззрения, в соответствии с которым всем поведением человека отстаивается убеждение в ценности любого другого человека, проявляется вера в его право на счастье, свободу и достоинство.

Деликатность — чуткость и мягкость в общении.

Деонтология — наука о должном, раздел этики, в котором рассматриваются проблемы *долга* и вообще должного. Термин впервые введен Дж. Бентамом, который обозначал им теорию нравственности в целом. Впоследствии деонтологию стали отличать от *аксиологии* — учения о добре и зле.

Добро — этическая категория, в которой содержится положительная оценка поведения и деятельности людей со стороны сообщества. При этом добром признаются такое поведение и деятельность людей, в котором гармонично сочетаются цели, мотивы, средства и результаты деятельности.

Добродетель — фундаментальное моральное понятие, означающее готовность и способность личности сознательно и твердо следовать добру; целостная совокупность духовных, душевных и интеллектуальных качеств личности, воплощающая человеческий *идеал* в его моральном совершенстве.

Доверие — отношение к действиям другого лица и к нему самому, которое основывается на убежденности в его правоте, справедливости, профессионализме, добросовестности, верности, честности.

Долг — одно из фундаментальных понятий этики, обозначающее нравственные обязанности человека или группы перед обществом, группой или личностью. Понятие *долга* имеет императивный, а не согласительный характер.

Достоинство — оценка фактической ценности личности, определяемая прежде всего самим человеком, а также — общественным мнением. Понятие *достоинство* употребляют как применительно к социальному статусу личности, так и в отношении общей оценки морально-нравственных качеств человека.

Дружба — высшая ступень товарищества, которая характеризуется общностью не только главных, но и второстепенных интересов, сходством нравственно-психологических качеств.

Дух, духовность — сознание человека, рассматриваемое преимущественно со стороны его интеллектуальных качеств и их этической направленности. Включает в себя так же интеллект, волю и морально-нравственные установки.

Душа, душевность — сознание человека, рассматриваемое преимущественно со стороны его эмоциональных качеств и их этической направленности. Включает в себя так же интеллект, волю и морально-нравственные установки.

Зло — категория, фиксирующая признаки, противостоящие добру, и оценивающая негативные моменты поведения и деятельности людей со стороны сообществ.

Интересы — осознанные потребности, мотивирующие человеческую деятельность.

Ирония — тонкая, скрытая насмешка, за которой не стоит намерения унизить или оскорбить партнера по общению.

Картина мира — исходный пункт и результат мышления человека о мире, его законах и особенностях, определяющая направленность активности и характер деятельности личности на протяжении всей его жизни. Способом построения картины мира является мировоззрение.

Клонирование — метод генной инженерии, ориентированный на повторение генотипа человека или животного, создание и тиражирование генетических копий людей (животных) путем бесполого размножения и иных манипуляций с генетическим материалом.

Корыстолюбие — отрицательное моральное качество, в соответствии с которым основной мотивацией поведения человека становятся соображения о личной материальной выгоде.

Культура поведения — совокупность всех форм повседневного поведения человека, в которых находят внешнее выражение моральность и эстетика этого поведения.

Лицемерие — отрицательное моральное качество, состоящее в том, что заведомо безнравственным поступкам, совершаемым из эгоистических интересов, приписывается псевдоморальный смысл, возвышенные мотивы и человеколюбивые цели.

Любовь — отношение к другому, как к самому себе, а к себе — как к другому. Современный философ Э. Фромм писал, характеризуя любовь: «Тот, кто умеет любить только себя, не умеет любить даже себя; тот, кто умеет любить только других, не умеет любить даже других». Любовь как отношение реализуется в чувстве любви и деятельности.

Малодушие — отрицательное моральное качество, при котором человек в своем отношении к людям занижает общепринятую меру мужества, совестливости и гуманности

Манеры — внешняя форма поведения, включающая в себя совокупность свойств речи (интонацию, тон, употребляемые выражения), походку, жестикуляцию, мимику, стиль одежды.

Методология — это система методов и принципов определенной деятельности.

Мировоззрение — целостная система знаний, оценок и установок личности о мире, определяемая жизненным опытом, а также опытом семьи, этноса, государства, транслируемом в процессе воспитания и жизнедеятельности в мировоззрение данной личности.

Мораль — общественный регулятор нравственного поведения человека, способ оптимального согласования интересов и потребностей многих людей, живущих в единой культуре, посредством установления единых норм и правил поведения в неоднозначных ситуациях. М. направлена на гуманизацию человеческих отношений; совокупность принятых в том или ином социальном организме норм поведения, общения и взаимоотношений.

Моральный авторитет — сила морального влияния личности на других людей.

Мотивация — побуждения, вызывающие активность мышления и деятельности индивида, определяющие их направленность.

Мужество — моральное качество, которое проявляется в смелости, стойкости, выдержке, самоотверженности и развитом чувстве внутреннего достоинства.

Навыки — действия, которые человек усвоил до степени автоматизма. В отличие от *привычки*, которая включает в себя потребность и склонность к действию, навыки касаются только технической стороны деятельности и, вместе со знаниями, лежат в основании *умений*.

Ненависть — моральное чувство, соответствующее отношениям вражды между людьми.

Нравственность — область субъективно-индивидуальной моральности, субъективно мыслимое долженствование.

Ответственность — категория этики, характеризующая отношение личности к обществу в отношении исполнения данной личностью предъявляемых к ней морально-нравственных требований. «Ответственность» предполагает необходимость ответа личности за свои действия перед обществом или другой личностью.

Оценка (моральная) — одобрение или осуждение различных явлений социальной действительности с точки зрения установления их соответствия существующим морально-нравственным нормам.

Ощущения — реакция организма на взаимодействие с миром, возникающая при непосредственном воздействии стимулов на рецепторы. Английский физиолог Ч. Шеррингтон выделил три основных класса ощущение

ний: 1) экстерорецептивные, возникающие при воздействии внешних раздражителей на рецепторы, находящиеся на поверхности тела; 2) проприорецептивные (кинестетические), отражающие движение и относительное положение частей тела благодаря работе рецепторов, расположенных в мышцах, сухожилиях и суставных сумках; 3) интерорецептивные (органические), сигнализирующие о протекании обменных процессов во внутренней среде организма.

Потребности (в психологии) — состояние индивида, созданное испытываемой им нуждой в объектах; необходимы для существования и развития. Потребности выступают источником активности индивида. Потребности человека можно классифицировать на физиологические (витальные), психические, социальные и духовные.

Правда (правота) — состояние объективированного нравственного отношения к объекту, с одинаковой вероятностью способное обернуться как добром, так и злом для другого человека.

Представления — образы предметов, сцен и событий, возникающие на основе их припоминания или воображения. В отличие от *восприятия*, представления могут носить обобщенный характер.

Принцип — это основополагающая сложная идея определенной деятельности, представление человека о ценности, значении, цели или сверхцели определенной деятельности. Соблюдение принципов успешной методологии предопределяет успешность применения методов.

Прощение — отказ от возмездия за обиду или ущерб. По В. Далю этимологически слово «прощение» восходит к слову «простой»: простить — сделать сердце простым, не отягощенным обидой, ненавистью, негодованием и т. п., вернуть сердце в состояние исходного человеколюбия.

Равнодушие — отрицательное моральное качество, при котором человек в своем отношении к людям занижает общепринятую меру человеколюбия и готовности прийти на помощь.

Сарказм — морально-нравственный навык оценивать событие, явление или предмет иронично, но отстраненно свысока, с явным желанием унижить или оскорбить партнера.

Свобода — мера независимости, автономности личности от сообщества или другого человека в своих мыслях, решениях и поступках.

Смех — морально-нравственный навык оценивать событие, чувство, явление или предмет отстранено, но не теряя пристрастного отношения к оцениваемому.

Совесьть — осознание моральной ответственности человека перед другим человеком, группой людей или обществом в целом. Совесьть служит нравственным руководством для человека в оценке и выборе своих намерений и поступков.

Сострадание — одно из основных нравственных переживаний человека. Участие в страданиях другого человека или животного рождает желание помочь ему.

Справедливость — мера добра, моральных прав и обязанностей человека или группы по отношению к сообществу.

Стыд — чувство, выражающее осознание человеком своего (а также близких и причастных к нему людей) несоответствия нормам поведения, принятом в сообществе. Может переживаться как действительное, так и мнимое несоответствие.

Счастье — моральное удовлетворение от полного или частичного достижения жизненного идеала.

Такт — «опыт чувств», позволяющий уважать чувства любых людей.

Товарищество — такая связь между людьми, которая характеризуется взаимной поддержкой в процессе постоянной деятельности.

Трагизм — морально-нравственный навык оценивать чувство, событие, явление или предмет «снизу», не теряя возвышенно-пристрастного отношения к оцениваемому.

Уважение — признание важности, авторитетности партнера, психологически не позволяющее проявлять по отношению к нему иронию, невежливость или невнимание.

Установка — готовность, предрасположенность субъекта, возникающая при предвосхищении им определенного объекта и обеспечивающая целенаправленный характер деятельности по отношению к данному объекту

Хамство — неуважительное отношение к человеку. От библейского Хама, публично посмеявшегося над собственным, заснувшим в откровенной позе, нетрезвым отцом.

Цинизм — грубая откровенность; вызывающе-презрительное отношение к общепринятым правилам нравственности и благопристойности.

Честность — качество нравственного поведения личности, при котором соотношение правды (правоты) и неправды (неправоты) личности, всегда оборачивается добром для другого человека.

Честолюбие — выраженность в личности мотивов достижения первенства. Гипертрофированное честолюбие дополнено тщеславием — высокомерным отношением к другим людям.

Честь — оценка достоинства личности, прежде всего обществом.

Чувства — основная форма устойчивого переживания человеком своего отношения к предметам и явлениям. В основе чувств лежат ощущения индивида и установки личности. Ощущения обеспечивают химизм и привыкание к данному типу переживания. Установки отве-

чают за изменяемость и направленность оценок данных ощущений. Чувства выделяют явления, имеющие стабильную мотивационную значимость для личности.

Эвтаназия — намеренное ускорение смерти или умерщвление неизлечимого больного с целью облегчения тяжелых страданий в процессе умирания. Различают активную и пассивную эвтаназию.

Эгоизм — принцип жизненной ориентации и моральное качество человека, связанное с предпочтением собственного интереса интересам других.

Эмотивизм — направление философии морали, рассматривающее все этические суждения как выражения эмоционального состояния человека.

Эмоции — пристрастное, оценочное переживание ощущений, проявление индивидом ощущений и чувств во вне себя, понятным «для других» образом.

Эмпатия — постижение эмоционального состояния другого человека в форме сопереживания.

Этика — проблемная сфера философии, объектом изучения которой является мораль, нравственность.

Этикет — система правил поведения в неоднозначных, сложных для общения ситуациях. Соблюдение этикета обеспечивает поддержание существующих в данном обществе представлений о подобающем поведении.

Юмор — морально-нравственный навык оценивать событие, чувство, явление или предмет отстранено свысока, но не теряя дружелюбно-пристрастного отношения к оцениваемому.

Ятрогенные поражения — неумышленное или неизбежное повреждение функции или структуры организма, вызванное медицинскими действиями.

Приложение

Женевская Декларация Всемирной Медицинской Ассоциации

Принята 2-й Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации, Женева, Швейцария, сентябрь 1948; дополнена 22-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Сидней, Австралия, август 1968; 35-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983 и 46-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Стокгольм, Швеция, сентябрь 1994.

Вступая в члены медицинского сообщества,

я торжественно обязуюсь посвятить свою жизнь служению идеалам гуманности;

я буду отдавать моим учителям дань уважения и благодарности, которую они заслуживают;

я буду исполнять мой профессиональный долг по совести и с достоинством;

здоровье моего пациента будет моим первейшим вознаграждением;

я буду уважать доверенные мне секреты, даже после смерти моего пациента;

я буду поддерживать всеми моими силами честь и благородные традиции медицинского сообщества;

мои коллеги станут моими братьями и сестрами;
я не позволю соображениям пола или возраста, болезни или недееспособности, вероисповедания, этнической или национальной клановости, партийно-политической идеологии, расовой принадлежности, сексуальной ориентации или социального положения встать между исполнением моего долга и моим пациентом;
я буду проявлять высочайшее уважение к человеческой жизни с момента ее зачатия и никогда, даже под угрозой, не использую свои медицинские знания в ущерб нормам гуманности;
я принимаю на себя эти обязательства торжественно, свободно и честно.

Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине*

Преамбула

Государства, являющиеся членами Совета Европы, другие государства и Европейское сообщество, подписавшие настоящую Конвенцию,

Исходя из положений:

Всеобщей Декларации прав человека, принятой Генеральной Ассамблеей ООН 10 декабря 1948 г.;

Конвенции о защите основных прав и свобод человека, принятой 4 ноября 1950 г.;

Европейской социальной хартии от 18 октября 1961 г.;

Международного пакта о гражданских и политических правах и
Международного пакта о социально-экономических и культурных правах от 16 декабря 1966 г.;

Конвенции о защите прав индивидов при использовании процессов автоматической передачи информации от 28 января 1981 г.;

Конвенции о правах ребенка от 20 ноября 1989 г.

Считая, что целью Совета Европы является достижение большего единства между его членами и что одним из средств достижения этой цели является защита и развитие основных прав и свобод человека;

* Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the application of biology and medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. DIR/JUR (96) 14, Strasbourg, November 1996 (Перевод В. Н. Игнатъева).

Отдавая себе отчет во все нарастающем прогрессе в области биологии и медицины;

Будучи убеждены в необходимости уважения человека как индивида и как представителя биологического вида, а также признавая важность вопроса об обеспечении уважения его достоинства;

Отдавая себе отчет в том, что неправильное использование достижений биологии и медицины может повлечь за собой угрозу достоинству человека;

Подтверждая убежденность в том, что прогресс в области биологии и медицины должен быть использован на благо нынешнего и будущего поколений людей;

Подчеркивая необходимость международного сотрудничества во имя того, чтобы все люди на Земле могли пользоваться благами, предоставляемыми достижениями в биологии и медицине;

Признавая важность расширения широкого общественного обсуждения проблем, связанных с использованием достижений биологии и медицины, а также важность результатов такого обсуждения;

Стремясь напомнить всем членам общества об имеющихся у них правах и обязанностях;

Принимая во внимание работу в этой области, проделанную Парламентской ассамблеей, включая Рекомендацию 1160 (1991 г.) о подготовке Конвенции по биоэтике;

Будучи преисполнены решимости предпринять меры, необходимые для защиты достоинства, а также основных прав и свобод человека в области использования достижений биологии и медицины;

Согласились о следующем.

Часть I. Общие положения

Статья 1 (Цели и задачи).

В области использования достижений современной биологии и медицины стороны обязуются защищать достоинство и индивидуальную целостность каждого человека, гарантировать всем без исключения уважение целостности личности, основных прав и свобод.

Стороны обязуются также предпринять необходимые шаги по совершенствованию своего внутреннего законодательства с тем, чтобы оно отражало положения настоящей Конвенции.

Статья 2 (Приоритет человека).

Интересы и благо отдельного человека должны превалировать над интересами общества и науки.

Статья 3 (Равная доступность здравоохранения).

Исходя из потребности в медицинской помощи и имеющихся в наличии ресурсов, стороны обязуются предпринять необходимые меры в целях

обеспечения (в соответствии со своей юрисдикцией) равной доступности медицинской помощи надлежащего качества для всех членов общества.

Статья 4 (Профессиональные стандарты).

В сфере здравоохранения всякое вмешательство, включая вмешательство с исследовательскими целями, должно осуществляться в соответствии с существующими профессиональными требованиями и стандартами.

Часть II. Согласие

Статья 5 (Общее правило).

Медицинское вмешательство должно осуществляться лишь после того, как лицо, подвергающееся такому вмешательству, даст на это добровольное информированное согласие.

Это лицо должно быть заранее проинформировано как о целях и характере предлагаемого вмешательства, так и о его возможных последствиях и связанном с ним риске.

Это лицо имеет право в любое время отозвать данное ранее согласие.

Статья 6 (Защита лиц, не способных дать согласие).

1. В соответствии со Статьями 17 и 20 настоящей Конвенции, медицинское вмешательство в отношении лица, не способного давать согласие, подобное вмешательство может осуществляться исключительно в непосредственных интересах такого лица.

2. В случаях, когда речь идет о проведении медицинского вмешательства в отношении несовершеннолетнего лица, по закону не способного давать свое согласие, подобное вмешательство может быть осуществлено только с разрешения законного представителя такого лица, органа власти или учреждения, определенных законом.

Мнение самого несовершеннолетнего следует рассматривать как фактор, значение которого возрастает с возрастом и степенью его зрелости.

3. В случаях, когда речь идет о проведении медицинского вмешательства в отношении взрослого человека, по закону признанного недееспособным или не способного дать свое согласие по состоянию здоровья, подобное вмешательство может быть осуществлено только с разрешения законного представителя такого человека, органа власти или учреждения, определенных законом.

Соответствующее лицо должно по мере возможности привлекаться к процессу получения согласия на проведение вмешательства.

4. Законные представители, органы власти или учреждения, упомянутые в параграфах 2 и 3 настоящей Статьи, должны располагать всей необходимой информацией на условиях, предусмотренных Статьей 5 настоящей Конвенции.

5. В интересах лиц, упомянутых в параграфах 2 и 3 настоящей Статьи, разрешение, предусмотренное теми же параграфами, может быть отозвано в любое время.

Статья 7 (Защита лиц, страдающих психическим расстройством).

В отношении лиц, страдающих серьезным психическим расстройством, медицинское вмешательство, направленное на его лечение, может проводиться без согласия данного лица только в случаях, когда отсутствие такого вмешательства чревато серьезным ущербом для здоровья этого лица и при соблюдении условий защиты, предусмотренных законом (включающих процедуры наблюдения, контроля и обжалования).

Статья 8 (Чрезвычайная ситуация).

В экстренных случаях, когда невозможно получить надлежащее согласие соответствующего лица, любое медицинское вмешательство, необходимое для улучшения его состояния, может быть осуществлено немедленно.

Статья 9 (Ранее высказанные пожелания).

В случаях, когда в момент проведения по отношению к нему медицинского вмешательства пациент не в состоянии выразить свою волю, необходимо учитывать пожелания по этому поводу, выраженные им ранее.

Часть III. Частная жизнь и право на информацию

Статья 10 (Частная жизнь и право на информацию).

1. Каждый человек имеет право рассчитывать на уважение собственной частной жизни, в том числе и того, что касается сведений о его здоровье.

2. Каждый человек имеет право ознакомиться со всей собранной информацией о состоянии его здоровья. Необходимо, однако, уважать желание человека не быть информированным на этот счет.

3. В исключительных случаях — только по закону и только в интересах пациента — осуществление прав, изложенных в предыдущем параграфе, может быть ограничено.

Часть IV. Геном человека

Статья 11 (Запрет дискриминации).

Запрещается любая форма дискриминации по признаку генетического наследия того или иного лица.

Статья 12 (Генетическое тестирование).

Проведение тестов на наличие генетического заболевания или на наличие генетической предрасположенности к тому ИЛИ иному заболеванию может осуществляться только в целях охраны здоровья или связанных с ними целях медицинской науки и при условии надлежащей консультации специалиста-генетика.

Статья 13 (Вмешательства в геном человека).

Вмешательство в геном человека, направленное на его модификацию, может быть осуществлено только в профилактических, терапевтических или диагностических целях и только при условии, что подобное вмешательство не направлено на изменение генома наследников данного человека.

Статья 14 (Запрет выбора пола).

Не допускается использование медицинских технологий, направленных на оказание помощи в продолжении рода, в целях выбора пола будущего ребенка, за исключением случаев, когда это делается с тем, чтобы предотвратить наследование этим ребенком заболевания, связанного с полом.

Часть V. Научные исследования

Статья 15 (Общее правило).

Научные исследования в области биологии и медицины должны осуществляться свободно, в соответствии с положениями настоящей Конвенции, а также другими законодательными документами, гарантирующими защиту человека.

Статья 16 (Защита лиц, выступающих в качестве испытуемых).

Проведение исследований на людях разрешается только при соблюдении следующих условий:

- 1) не существует альтернативных методов исследования, сопоставимых по своей эффективности;
- 2) риск, которому может быть подвергнут испытуемый, не превышает потенциальной выгоды от проведения данного исследования;
- 3) проект предлагаемого исследования был утвержден созданным на междисциплинарной основе компетентным органом, осуществляющим независимую экспертизу научной обоснованности данного исследования (включая важность его цели), а также оценку его приемлемости с этической точки зрения;
- 4) лицо, выступающее в качестве испытуемого, проинформировано об имеющихся у него правах и гарантиях защиты, предусмотренных законом;
- 5) получено явно выраженное, конкретное письменное согласие, предусмотренное Статьей 5 настоящей Конвенции. Названное согласие может быть беспрепятственно взято назад в любое время.

Статья 17 (Защита лиц, не способных дать согласие на свое участие в исследовании).

1. Исследования на людях, не способных дать на это согласие, предусмотренное Статьей 5 настоящей Конвенции, могут проводиться только при соблюдении следующих условий:

- a) выполнены требования, изложенные в пунктах 1–4 Статьи 16 настоящей Конвенции;

б) ожидаемые результаты исследования предполагают прямой благоприятный эффект для здоровья испытуемых;

в) аналогичные исследования не могут быть проведены с сопоставимой эффективностью на лицах, способных дать свое согласие на это;

г) получено конкретное письменное разрешение, предусмотренное Статьей 6 настоящей Конвенции, и

д) сам испытуемый не возражает против этого.

2. В исключительных случаях и в соответствии с требованиями, предусмотренными законом, проведение исследований, не направленных на непосредственный благоприятный эффект для здоровья испытуемых, разрешается при соблюдении требований, изложенных в пунктах а, в, г параграфа 1 настоящей Статьи, а также при соблюдении следующих дополнительных условий:

а) данное исследование (путем углубления и совершенствования научных знаний о состоянии здоровья данного человека, его болезни или расстройстве, которым он страдает) направлено на получение в конечном счете результатов, могущих иметь благоприятные последствия как для состояния здоровья данного испытуемого, так и других лиц, принадлежащих к той же возрастной категории, страдающих тем же заболеванием (или расстройством) или находящихся в аналогичном состоянии;

б) участие в данном исследовании сопряжено с минимальным риском или неудобствами для данного испытуемого.

Статья 18 (Исследования на эмбрионах, проводимые *in vitro*).

1. В случаях, когда закон разрешает проведение исследований на эмбрионах *in vitro*, законом же должна быть предусмотрена адекватная защита эмбрионов.

2. Запрещается создание эмбрионов человека в исследовательских целях.

Часть VI. Изъятие у живых доноров органов и тканей с целью их трансплантации

Статья 19 (Общее правило).

1. Изъятие у живого донора органов или тканей для их трансплантации может производиться исключительно с целью лечения реципиента, а также при условии отсутствия соответствующего органа или ткани, полученных от умершего лица, и невозможности проведения столь же эффективного альтернативного метода лечения.

2. Должно быть получено явно выраженное и конкретное согласие, предусмотренное Статьей 5 настоящей Конвенции. Подобное согласие должно даваться либо в письменной форме, либо перед соответствующим официальным органом.

Статья 20 (Защита лиц, не способных дать согласие на изъятие органа).

1. Запрещается изымать органы или ткани у человека, который не в состоянии дать на это согласие, предусмотренное Статьей 5 настоящей Конвенции.

2. В исключительных случаях и в соответствии с требованиями, предусмотренными законом, а также при соблюдении нижеследующих условий разрешается изъятие регенерирующих тканей у человека, не способного дать на это согласие:

а) отсутствует другой донор, способный дать согласие;

б) реципиент является братом или сестрой донора;

в) операция трансплантации призвана сохранить жизнь реципиенту;

г) в соответствии с законом и с одобрения соответствующего органа на это получено конкретное письменное разрешение, предусмотренное параграфами 2 и 3 Статьи 6 настоящей Конвенции;

д) потенциальный донор не возражает против операции.

Часть VII. Запрещение извлечения финансовой выгоды и торговли частями человеческого тела

Статья 21 (Запрещение извлечения финансовой выгоды).

Тело человека и его части не должны в качестве таковых являться источником получения финансовой выгоды.

Статья 22 (Торговля изъятими частями тела человека).

Изъятая в ходе медицинского вмешательства часть тела человека может храниться и быть использована только в целях, ради которых она была изъята; в других целях она может быть использована только в соответствии с процедурами получения соответствующего согласия.

Часть VIII. Нарушение положений настоящей Конвенции

Статья 23 (Нарушение прав или принципов).

Стороны должны обеспечить соответствующую юридическую защиту против незаконных нарушений прав и принципов, провозглашенных в настоящей Конвенции.

Статья 24 (Компенсация причиненного ущерба).

Лицо, которому в результате вмешательства был нанесен ущерб, имеет право на справедливую компенсацию, условия и процедуры которой предусматриваются законом.

Статья 25 (Санкции).

Стороны должны предусмотреть соответствующие санкции за нарушения положений, содержащихся в настоящей Конвенции.

Часть IX. Связь настоящей Конвенции с другими документами

Статья 26 (Ограничения осуществления прав).

1. Осуществление прав и положений об их защите, содержащихся в настоящей Конвенции, может быть ограничено только по закону, а также в тех случаях, когда в условиях демократического общества они являются необходимыми в интересах обеспечения общественной безопасности, профилактики правонарушений, защиты здоровья населения или защиты прав и свобод других членов общества.

2. Перечисленные в предыдущем параграфе ограничения прав не распространяются на случаи, предусмотренные Статьями 11; 13; 14; 16; 17; 19; 20 и 21 настоящей Конвенции.

Статья 27 (Более широкое понимание защиты).

Ни одно из положений настоящей Конвенции не должно интерпретироваться как ограничивающее (или влияющее подобным образом) возможность принятия сторонами более широких мер, направленных на защиту человека в области биомедицины.

Часть X. Публичное обсуждение

Статья 28 (Публичное обсуждение).

Стороны должны позаботиться о том, чтобы фундаментальные проблемы, связанные с прогрессом в области биологии и медицины (в особенности их социально-экономические, этические и юридические аспекты), были подвергнуты широкому общественному обсуждению и стали предметом надлежащих консультаций; то же самое касается и проблем, связанных с практическим использованием достижений биомедицины.

Часть XI. Толкование и выполнение положений Конвенции

Статья 29 (Толкование положений Конвенции).

Европейский суд по правам человека может выносить заключения по юридическим вопросам, связанным с толкованием положений настоящей Конвенции; эти заключения носят совещательный характер и могут быть сделаны как в ходе конкретного судебного разбирательства, так и по запросу:

Правительства стороны, подписавшей настоящую Конвенцию, после того, как об этом будут поставлены в известность другие стороны;

Комитета, учреждаемого в соответствии со Статьей 32 настоящей Конвенции, состоящего из представителей сторон; решение о направлении такого запроса принимается большинством в 2/3 голосов.

Статья 30 (Отчеты о применении положений Конвенции).

По запросу Генерального секретаря Совета Европы, каждая из сторон должна представить отчет, содержащий разъяснения того, каким образом внутреннее законодательство данной страны обеспечивает эффективное применение положений настоящей Конвенции.

Часть XII. Протоколы

Статья 31 (Протоколы).

В соответствии со Статьей 32 настоящей Конвенции могут заключаться протоколы, направленные на применение и развитие изложенных в ней принципов в конкретных областях.

Названные протоколы должны быть открыты для подписания сторонами. Должна быть предусмотрена процедура ратификации, принятия или одобрения этих протоколов. Ратификация, принятие или одобрение этих протоколов не могут быть осуществлены без предварительной или одновременной ратификации настоящей Конвенции.

Часть XIII. Поправки к Конвенции

Статья 32 (Поправки к Конвенции).

Задачи, возложенные на комитет, упоминаемый в настоящей Статье и Статье 29, выполняет Руководящий комитет по биоэтике (РКБ) или другой комитет, уполномоченный на это Комитетом министров.

Невзирая на требования к составу Комитета, предъявляемые в Статье 29 настоящей Конвенции, каждое государство, являющееся членом Совета Европы (СЕ), а также каждая из сторон, подписавших настоящую Конвенцию, но не являющаяся членом СЕ, может быть представлена в комитете и иметь право голоса при выполнении задач, возлагаемых на комитет настоящей Конвенцией.

Любое из государств, упомянутых в Статье 33 настоящей Конвенции, или государство, приглашенное присоединиться к ней в соответствии со Статьей 34 настоящей Конвенции, но не являющееся одной из ее сторон, может быть представлено в Комитете наблюдателем. Если Европейское сообщество (ЕС) не является одной из сторон настоящей Конвенции, оно также может быть представлено в Комитете наблюдателем.

С целью мониторинга достижений научного прогресса положения настоящей Конвенции должны подвергнуться анализу не позднее чем через пять лет с момента ее вступления в силу. Этот анализ должен быть проведен членами комитета, который определяет и интервалы, через которые будет осуществляться анализ положений настоящей Конвенции в дальнейшем.

Любые предложения относительно принятия поправок к тексту настоящей Конвенции, а также любые предложения по поводу подписания протоколов или принятия поправок к протоколам, сделанные сторонами, комитетом или Комитетом министров, должны быть доведены до сведения Генерального секретаря СЕ, который в свою очередь должен довести их до сведения государств — членом СЕ, до ЕС, до сведения всех, подписавших настоящую Конвенцию, ее сторон, а также государств, приглашенных (в соответствии со Статьей 33) подписать Конвенцию, и государств, приглашенных (в соответствии со Статьей 34) присоединиться к ней.

Комитет должен рассмотреть полученные от Генерального секретаря СЕ предложения (направляемые ему в соответствии с параграфом 5 настоящей Статьи) не ранее чем через два месяца со дня их получения. Текст принятого Комитетом решения должен быть направлен для одобрения в Комитет министров СЕ. Решение Комитета считается принятым, если за него было подано 2/3 голосов. После того как текст решения получил одобрение Комитета министров СЕ, он должен быть направлен сторонам для ратификации, принятия или одобрения.

В отношении сторон, принявших ее, любая поправка к настоящей Конвенции вступает в силу в первый день месяца, наступающего по истечении одного месяца со дня, когда пять сторон (не менее четырех из которых являются членами СЕ) уведомили Генерального секретаря СЕ о том, что они принимают данную поправку.

В отношении любой из сторон, решивших принять данную поправку позднее, ее действие вступает в силу в первый день месяца, наступающего по истечении одного месяца со дня, когда каждая из этих сторон уведомит Генерального секретаря СЕ о своем решении принять данную поправку.

Часть XIV. Заключительные положения

Статья 33 (Подписание, ратификация и вступление в силу).

Настоящая Конвенция должна быть открыта для подписания государствами — членами СЕ, государствами, не являющимися членами СЕ, но принимавшими участие в ее разработке, а также Европейским Сообществом.

Настоящая Конвенция может быть ратифицирована, принята или одобрена. Депозитарием ратификационных грамот или документов, свидетельствующих о принятии или одобрении Конвенции, является Генеральный секретарь СЕ.

Настоящая Конвенция вступает в силу в первый день месяца, наступающего по истечении трех месяцев со дня, когда пять государств (не менее четырех из которых являются членами СЕ) заявят (в соответствии с процедурой, предусмотренной параграфом 2 настоящей Статьи) о своем желании ратифицировать, принять или одобрить ее.

В отношении любой стороны, решившей подписать Конвенцию позднее, ее действие вступает в силу в первый день месяца, наступающего по истечении трех месяцев со дня передачи этой стороной документов, свидетельствующих о ратификации, принятии или одобрении Конвенции, на хранение Генеральному секретарю СЕ.

Статья 34 (Государства, не являющиеся членами СЕ).

После вступления настоящей Конвенции в силу Комитет министров СЕ, по согласованию со сторонами и на основании решения, принятого

(в соответствии с пунктом «д» Статьи 20 Устава СЕ) большинством голосов, а также единогласного решения Договаривающихся государств, имеющих право заседать в Комитете министров СЕ, может пригласить любое государство, не являющееся членом СЕ, присоединиться к настоящей Конвенции.

В отношении любого государства, присоединившегося к настоящей Конвенции, ее действие вступает в силу в первый день месяца, наступающего по истечении трех месяцев со дня передачи этим государством документов, свидетельствующих о его присоединении к Конвенции, на хранение Генеральному секретарю СЕ.

Статья 35 (Территориальное применение).

В момент подписания Конвенции или передачи на хранение документов, свидетельствующих о ее ратификации, принятии или одобрении, любая сторона может указать конкретную территорию (или территории), на которую будет распространяться действие настоящей Конвенции. Любое государство, решившее присоединиться к Конвенции, вправе сделать то же самое в момент передачи на хранение документов, свидетельствующих о таком присоединении.

Любая сторона позднее может расширить действие настоящей Конвенции на любую из своих территорий, а также на любую из территорий, чьи интересы она представляет на международной арене; для этого она должна передать Генеральному секретарю СЕ соответствующее заявление. В отношении таких территорий настоящая Конвенция вступает в силу в первый день месяца, наступающего по истечении трех месяцев со дня получения Генеральным секретарем СЕ соответствующего заявления.

Любое из перечисленных в предыдущих параграфах заявлений может быть отозвано стороной, о чем она должна уведомить Генерального секретаря СЕ. Решение о таком отзыве вступает в силу в первый день месяца, наступающего по истечении трех месяцев со дня получения Генеральным секретарем СЕ соответствующего уведомления.

Статья 36 (Особое мнение или оговорка).

1. При подписании настоящей Конвенции или передаче на хранение документов, свидетельствующих о ее ратификации, любое государство и ЕС могут зарезервировать за собой особое мнение или сделать оговорку в отношении любого конкретного положения настоящей Конвенции в связи с тем, что какой-либо закон, действующий на их территории, не соответствует данному положению. Не допускается высказывание особого мнения, носящего общий характер.

2. Любое особое мнение или оговорка, сделанные в соответствии с настоящей статьей, должны сопровождаться кратким изложением положений соответствующего закона.

3. Любая сторона, желающая распространить действие настоящей Конвенции на территорию, указанную в заявлении, предусмотренном параграфом 2 Статьи 35 настоящей Конвенции, может в соответствии с требованиями, изложенными в предыдущем параграфе, сделать оговорку в отношении соответствующей территории.

Любая из сторон, высказавших особое мнение или сделавших оговорку в соответствии с требованиями данной статьи, может отозвать их путем соответствующего заявления, направленного Генеральному секретарю СЕ. Решение о таком созыве вступает в силу в первый день месяца, наступающего по истечении одного месяца со дня получения Генеральным секретарем СЕ соответствующего уведомления.

Статья 37 (Денонсация).

Любая сторона может в любой момент денонсировать настоящую Конвенцию путем соответствующего уведомления, направленного Генеральному секретарю СЕ.

Денонсация Конвенции вступает в силу в первый день месяца, наступающего по истечении трех месяцев со дня получения Генеральным секретарем СЕ соответствующего уведомления.

Статья 38 (Уведомления).

Генеральный секретарь СЕ должен уведомить государства, являющиеся членами СЕ, ЕС, любую из сторон, а также любое государство, приглашенное присоединиться к настоящей Конвенции, о:

- а) любом ее подписании;
- б) получении на хранение любой ратификационной грамоты или документа, свидетельствующего о ее принятии, одобрении или присоединении к ней;
- в) дате вступления настоящей Конвенции в силу (в соответствии со Статьями 33 или 34);
- г) принятии (в соответствии с процедурой, предусмотренной Статьей 32) любой поправки к Конвенции или протокола и дате их вступления в силу;
- д) получении любого заявления, сделанного в соответствии со Статьей 35 настоящей Конвенции;
- е) любом особом мнении, оговорке или их отзыве, сделанных в соответствии со Статьей 36 настоящей Конвенции;
- ж) любом другом акте, уведомлении или сообщении, относящихся к настоящей Конвенции, в удостоверение чего нижеподписавшиеся, должным образом на то уполномоченные, подписали настоящую Конвенцию.

Совершено в на английском и французском языках, причем оба текста имеют одинаковую силу, в одном экземпляре, который будет

храниться в архивах Совета Европы. Генеральный секретарь Совета Европы направит каждому из государств, являющихся членом Совета Европы, Европейскому Сообществу, государствам, не являющимися членами Совета Европы, но принявшим участие в разработке настоящей Конвенции, а также любому государству, приглашенному присоединиться к настоящей Конвенции, ее заверенную копию.

Федеральный закон «О правовых основах биоэтики и гарантиях ее обеспечения». Проект

Раздел I. Общие положения. Правовые основы этики государственной политики в области здоровья и здравоохранения

Статья 1. Цель Закона.

Настоящий Федеральный закон имеет целью установление правовых основ биоэтики в области охраны здоровья как общественного блага и условия выживания общества, в том числе при осуществлении медицинской деятельности, включая выбор метода лечения, применение научных знаний на практике, отношения между медицинскими работниками и пациентом, обеспечение его безопасности и интересов, иные вопросы, связанные с вмешательством в сферу физического и психического здоровья человека.

Статья 2. Основные понятия.

Биоэтика — свод принципов и норм, действующих на основе традиционных духовных ценностей в области здоровья и здравоохранения и регулирующих в этой сфере взаимоотношения государства с обществом, семьей и личностью, а также взаимоотношения медицинского работника и пациента в связи с медицинским вмешательством.

Пациент — лицо, обратившееся за медицинской помощью, нуждающееся в ней, либо пользующееся ею на постоянной или временной основе.

Медицинское вмешательство — воздействие на организм человека медицинскими методами и средствами в целях оздоровления, профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, научного исследования.

Профессиональные стандарты — обязательные требования к выполнению различных видов медицинского вмешательства; включают этический компонент, а также действующие в рамках стандартов качества медицинской помощи технологический и экономический компоненты.

Этические принципы — совокупность требований, нравственно ориентирующих деятельность в области здоровья человека.

Государственные минимальные социальные стандарты в области здравоохранения — ежегодно устанавливаемые государством с учетом

экономических возможностей страны и потребностей населения объемы медицинской помощи, оказываемой гражданам бесплатно за счет средств бюджетов всех уровней. (В Российской Федерации действуют:

1) федеральные государственные минимальные социальные стандарты в области здравоохранения — стандарты, обязательные для выполнения на всей территории Российской Федерации и устанавливающие гарантии оказания бесплатной медицинской помощи для всех граждан, и

2) разрабатываемые на основе этих стандартов субъектами Российской Федерации территориальные минимальные социальные стандарты в области здравоохранения, обязательные для выполнения на территории субъекта Российской Федерации и полностью включающие в себя федеральные государственные минимальные социальные стандарты).

Методы и средства оккультно-мистического и религиозного происхождения — деструктивные методы и средства вмешательства в сферу психического и физического здоровья человека, к которым относятся колдовство, шаманство, ведовство, магия, парапсихология (иные производные от нее методы энергоинформатики и экстрасенсорики), методы рейки, астрологическая, кармическая, ведическая медицина, трансцендентальная медитация, методы детоксикации и дианетики, иные используемые саентологической организацией методы, а также методы, направленные на контроль сознания и способствующие возникновению психического расстройства типа зависимой личности.

Аборт по социальным показаниям (аборт на поздних сроках беременности) — искусственное прерывание беременности при сроке от 12 до 22 недель, например, при низком доходе на члена семьи, отсутствии мужа, работы, квартиры и т. д.

Лицо, не способное дать согласие на медицинское вмешательство — лицо, относящееся к одной из следующих категорий:

- 1) лица, не достигшие 15-летнего возраста;
- 2) лица, признанные в установленном законом порядке недееспособными;
- 3) лица, находящиеся в бессознательном состоянии.

Согласие по доверенности — согласие на медицинское вмешательство, данное за лиц, не способных дать такое согласие, их родителями или иными законными представителями.

Геном человека — совокупность генов, составляющих наследственную конституцию.

Наследственность — свойство организмов обеспечивать структурную и функциональную преемственность поколений путем передачи биологических и иных признаков от одного поколения другим.

Клонирование — метод генной инженерии, ориентированный на повторение генотипа человека или животного, создание и тиражирование генетических копий людей (животных) путем бесполого размножения и иных манипуляций с генетическим материалом.

Эксперименты по созданию трансгенных животных с генетическим материалом человека — эксперименты, направленные на выращивание животных, в геном которых (или в геномы их отдельных клеток или тканей) с помощью методов генной инженерии включается человеческий генетический материал; например, в клетки свиньи — гены человека.

Коррекция половых признаков — исправление врожденных или наследственных нарушений развития половых органов.

Клинические испытания — опыты на людях, включающие медико-биологические исследования, целью которых является проверка воздействия на организм больного человека новых (не использовавшихся ранее) профилактических, диагностических или терапевтических методов и средств.

Неклинические (нетерапевтические) испытания — опыты на людях, включающие медико-биологические исследования, где испытуемыми выступают добровольцы.

Исследования, спонсируемые со стороны — финансируемые из-за рубежа медико-биологические исследования, проводимые в Российской Федерации и в сотрудничестве с нею по предложению и при участии (полном или частичном) международной (зарубежной) организации.

Живой донор — лицо, давшее добровольное информированное согласие на прижизненный забор у него органа или тканей для пересадки (трансплантации).

Реципиент — лицо, которому производится пересадка органов и (или) тканей.

Статья 3. Принципы биоэтики.

Государство несет ответственность за обеспечение нравственной ориентации деятельности в области здоровья и гарантирует осуществление следующих принципов биоэтики:

- 1) безопасность жизни и здоровья человека;
- 2) тесная взаимосвязь физического и духовного здоровья;
- 3) соблюдение прав и свобод человека в области здравоохранения;
- 4) защита достоинства и личной неприкосновенности;
- 5) психическая и физическая целостность человека;
- 6) приоритет интересов и благополучия пациента над интересами науки и общества;
- 7) личная ответственность граждан за свое здоровье.

Статья 4. Гарантии обеспечения нравственной ориентации государственной политики.

Органы государственной власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации при принятии бюджета и формировании экономической и социальной политики, а также при оценке их эффективности руководствуются данными демографической экспертизы, осуществляемой с учетом комплексного индикатора качества жизни, включающим показатели состояния и динамики:

1) физического здоровья, гарантий реализации права на жизнь и деторождение (оцениваются по уровням продолжительности жизни, смертности, рождаемости, по обобщенным показателям потерь, включая:

потери потенциала воспроизводства (выкидыши, аборт, мертворождение, материнская смертность);

потери потенциала жизни (потери потенциала воспроизводства, а также младенческая и общая смертность);

потери трудового потенциала (материнская смертность, младенческая, общая смертность в трудоспособном возрасте, инвалидность, временная утрата трудоспособности);

потери активности жизни (инвалидность, временная нетрудоспособность, заболевания школьников, студентов, лиц пожилого возраста);

2) духовного здоровья, т. е. соответствия поведения общества духовно-нравственным ценностям (оцениваются по уровням социальных аномалий таких, как убийства, тяжкие телесные повреждения, кражи, самоубийства, алкоголизм, наркомания, брошенные дети, увлечение оккультно-мистическими учениями и методами и др.);

3) удовлетворенности условиями жизни: питание, работа, образование, условия труда и быта, здравоохранение, уверенность в будущем и др. (оцениваются путем социологических опросов представительных выборок).

Ухудшение указанных показателей свидетельствует об ослаблении нравственной ориентации государственной политики и является основанием для ее обязательного пересмотра или коррекции.

В целях обеспечения гарантий нравственной ориентации государственной политики Президент Российской Федерации или Правительство Российской Федерации уполномочивает специально образованный федеральный орган или иные федеральные органы исполнительной власти на решение задач мониторинга качества жизни населения Российской Федерации и осуществления демографической экспертизы.

Результаты мониторинга качества жизни подлежат обязательному опубликованию в центральной прессе в месячный срок после их получения.

Демографическая экспертиза проводится в обязательном порядке в отношении всех государственных экономических и социальных программ, осуществляемых в том числе за счет иностранных кредитов и инвестиций.

Субъекты Российской Федерации могут создавать соответствующие органы, специально уполномоченные на решение задач мониторинга качества жизни и проведения демографической экспертизы.

Статья 5. Гарантии обеспечения граждан медицинской помощью.

Государство является гарантом обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью. Каждый человек имеет право на достойное лечение и уход.

Медицинская помощь предоставляется при обеспечении качества и на основе равной доступности к ней всех граждан.

Любое медицинское вмешательство осуществляется в соответствии с государственной лицензией при соблюдении профессиональных стандартов, утверждаемых федеральным органом здравоохранения.

Государство гарантирует гражданам бесплатную медицинскую помощь в объеме, предусмотренном федеральными минимальными социальными стандартами в области здравоохранения, разрабатываемыми Правительством Российской Федерации, утверждаемыми и ежегодно пересматриваемыми при принятии бюджета с учетом потребностей населения и экономических возможностей государства.

Территориальные минимальные социальные стандарты в области здравоохранения, разрабатываемые органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, утверждаемыми и ежегодно пересматриваемыми при принятии бюджета субъекта Российской Федерации, не могут быть ниже устанавливаемых на федеральном уровне.

В целях гарантированного обеспечения населения специализированной медицинской помощью в объемах, предусмотренных государственными (федеральными и территориальными) минимальными стандартами, в Российской Федерации действует сеть учреждений федерального и территориального уровней, финансируемых «отдельной строкой» из федерального или территориального бюджетов.

Государственные и муниципальные учреждения здравоохранения не могут отказать в лечении пациенту под предлогом его неплатежеспособности.

Гражданам гарантируется равная доступность лекарственной помощи, включая лекарственные средства и иммунобиологические и биотехнологические препараты.

В Российской Федерации не допускается финансирование из бюджетных и государственных внебюджетных средств бесплатной раздачи контрацептивов.

Статья 6. Безопасность жизни и здоровья в области здравоохранения.

Обеспечение безопасности жизни и здоровья человека является основной государственной политики в области охраны здоровья как общественного блага и национального достояния.

Безопасность жизни и здоровья обеспечивается путем допуска в практику здравоохранения только разрешенных федеральным органом здравоохранения методов и средств медицинского воздействия.

Право на медицинскую и фармацевтическую деятельность имеют работники и учреждения здравоохранения, получившие разрешение (лицензию) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Статья 7. Гарантии обеспечения безопасности жизни и здоровья.

В интересах безопасности жизни и здоровья граждан в Российской Федерации не допускается применение в целях оздоровления, профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации методов и средств оккультно-мистического и религиозного происхождения.

В целях обеспечения безопасности граждан в Российской Федерации запрещается деятельность организаций, представляющих риск для жизни и здоровья граждан, семьи и общества, в том числе организаций:

1) пропагандирующих и применяющих методы воздействия на организм, представляющие риск для жизни и здоровья, а также побуждающих или принуждающих своих членов использовать такие методы в отношении себя и (или) своих детей;

2) пропагандирующих употребление наркотических средств, а также использующих их и психотропные вещества для формирования у членов организации зависимости в целях манипулирования их сознанием и поведением;

3) побуждающих или принуждающих своих членов к отказу от медицинской помощи по жизненным показаниям (включая отказ от переливания крови) в отношении себя и своих детей;

4) побуждающих или принуждающих своих членов выполнять унижающие человеческое достоинство действия, сопряженные с опасностью для жизни и здоровья;

5) эксплуатирующих своих членов и их детей в сексуальном отношении;

6) призывающих к насилию и трактующих насилие противоположно общепринятым нравственным нормам;

7) побуждающих или принуждающих граждан к отказу от брака и (или) деторождения, а также систематически побуждающих или принуждающих к разрыву уже существующих семейных отношений и связей;

8) пропагандирующих легализацию наркотических средств.

Не допускается деятельность иностранных юридических или физических лиц, лишенных за рубежом права на медицинскую или фармацевтическую деятельность, либо лицензии на ее осуществление.

Статья 8. Экспертиза факторов риска для жизни и здоровья в связи с деятельностью некоторых организаций.

Экспертиза факторов риска для жизни и здоровья граждан в связи с деятельностью некоторых организаций проводится комиссией, создаваемой при федеральном органе здравоохранения.

Положение о Комиссии по экспертизе факторов риска для жизни и здоровья в связи с деятельностью некоторых организаций утверждается Правительством Российской Федерации.

Решение указанной Комиссии служит основанием для рассмотрения в судебном порядке вопроса о запрещении деятельности организации или о недопущении ее регистрации, в случае, если имеются полученные из-за рубежа неопровержимые данные органов государственной власти об опасности для жизни и здоровья человека организации, претендующей на регистрацию в Российской Федерации.

Статья 9. Обеспечение безопасности жизни и здоровья матери и ребенка.

Безопасность жизни и здоровья матери и ребенка является объектом национальной безопасности Российской Федерации.

В целях обеспечения безопасности жизни и здоровья матери и ребенка и сохранения репродуктивного здоровья населения в Российской Федерации не допускается:

- 1) проведение аборт по социальным показаниям;
- 2) использование человеческих эмбрионов и плодов в диагностических, терапевтических, экспериментальных, производственных, коммерческих и иных целях; торговля эмбрионами и половыми клетками;
- 3) редукция (искусственное уменьшение количества) эмбрионов при многоплодной беременности, иные репродуктивные технологии, связанные с манипуляциями над эмбрионами;
- 4) осуществление деятельности, направленной на лишение права на естественное деторождение, исключая случаи, когда такое вмешательство необходимо для сохранения жизни человека;
- 5) изъятие половых клеток и половых желез без согласия донора.

Во избежание кризиса идентичности рожденного человека и ломки традиционных родственных отношений не допускается предоставление услуг вынашивающей матери (матери, вынашивающей чужого ребенка).

Врач не может проявлять инициативу и настаивать на аборте, стерилизации, контрацепции по немедицинским показаниям.

Вопросы планирования семьи (контроля и сокращения рождаемости), включая половое воспитание детей, являются частным делом семьи и не могут финансироваться за счет государства, средств негосударственных организаций и предприятий, а также иностранных инвестиций и кредитов.

Стерилизация не может рассматриваться как метод контрацепции и допускается только по медицинским показаниям на основании решения суда, принятого не ранее, чем в шестимесячный срок после подачи письменного заявления обоими супругами.

Иностранные организации и инвесторы, а также контролируемые ими организации, действующие на территории Российской Федерации, не вправе принимать участие в решении вопросов государственной политики в области демографии и репродуктивного здоровья населения, и осуществлять деятельность в этой сфере.

Статья 10. Обеспечение безопасности жизни и здоровья в области пропаганды (рекламы) методов и средств вмешательства в сферу здоровья.

В Российской Федерации не допускается пропаганда (реклама) того, что представляет риск возникновения заболевания, либо способно нанести иной вред здоровью человека, включая:

1) методы и средства, не допущенные к применению федеральным органом здравоохранения;

2) медицинская и фармацевтическая деятельность юридических и физических лиц, не имеющих разрешения либо лицензии на ее осуществление, полученных в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

3) наркотические средства, психотропные вещества, алкогольные напитки и табачные изделия, а также деятельность, направленную на легализацию наркотических средств;

4) лекарственные средства, предназначенные для приема по рецепту врача (реклама остальных лекарственных средств допустима только на территории аптек и на страницах специальных медицинских изданий);

5) методы диагностики и лечения сексуальных расстройств; лекарственные препараты и пищевые добавки, воздействующие на сексуальную сферу, особенно стимулирующие ее, а также продукция сексуального характера;

6) изменение пола;

7) объявления о купле-продаже новорожденных детей;

8) объявления о найме и оплате услуг суррогатной матери;

9) объявления о купле-продаже органов и тканей человека, трупов, органов и тканей трупов;

10) методы и средства оккультно-мистического и религиозного происхождения, предназначенные для использования в целях оздоровления, профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации;

11) объявления о проведении аборт, контрацепции, стерилизации;

12) услуги сексуального характера;

13) пропаганду гомосексуализма и иных половых отклонений, организаций сексуальных меньшинств и их деятельности.

Раздел II. Правовые основы этики отношений, возникающих в связи с медицинским вмешательством

Статья 11. Согласие на медицинское вмешательство.

Вмешательство в сферу здоровья человека может производиться только после предварительного получения его добровольного согласия, данного на основе предоставленной ему врачом полной информации, позволяющей принять решение и выразить согласие на медицинское вмешательство или отказ от него.

Информация, необходимая для принятия решения о согласии, должна содержать сведения о целях и характере медицинского вмешательства, его альтернативах и последствиях, а также о возможном риске.

Пациент может отозвать согласие в любое время до осуществления медицинского вмешательства.

Статья 12. Защита лиц, не способных дать согласие.

Медицинское вмешательство в отношении лица, не способного дать согласие, может производиться только в интересах спасения его жизни, восстановления или поддержания здоровья. Решение о согласии на медицинское вмешательство в этом случае принимается родителями пациента или иными законными представителями.

Решение о согласии на медицинское вмешательство в отношении лиц, не способных дать такое согласие, принимается на основании предоставляемой врачом информации, необходимой для принятия соответствующего решения.

При принятии решения о согласии на медицинское вмешательство в отношении несовершеннолетних их мнение учитывается пропорционально возрасту и степени зрелости.

Отказ родителей, иных законных представителей от медицинской помощи, необходимой ребенку, не может служить основанием для оставления без медицинской помощи. Если такой отказ создает опасность для жизни и здоровья ребенка или противоречит его интересам, решение о медицинском вмешательстве принимается в порядке, установленном в части первой Статьи 14 настоящего Федерального закона.

Предварительное согласие родителей или лиц их заменяющих является обязательным при проведении в отношении несовершеннолетних в дошкольных и образовательных учреждениях мер медицинского характера, включая пропаганду методов и средств воздействия на организм и здоровье, а также применение к несовершеннолетним методов и средств вмешательства в сферу их физического и психического здоровья.

Статья 13. Защита лиц, признанных недееспособными.

Любое медицинское вмешательство в отношении лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, осуществляется с согласия их родителей, или иных законных представителей.

Решение о согласии на медицинское вмешательство в отношении лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными и не имеющих законных представителей, возлагается на учреждение здравоохранения или социального обслуживания, которое оказывает им помощь.

Статья 14. Экстренные ситуации.

В экстренных случаях, когда состояние здоровья пациента не позволяет ему выразить согласие на медицинское вмешательство, а также при отсутствии лиц, имеющих по закону право принять решение о согласии, и (или) при невозможности установить с ними связь, ответственность за жизнь и здоровье пациента берет на себя комиссия врачей, а при невозможности собрать комиссию — непосредственно лечащий (дежурный) врач, который обязан при первой возможности уведомить администрацию учреждения здравоохранения о принятых мерах.

В случае отказа родителей, иных законных представителей от медицинской помощи, которая срочно необходима ребенку по жизненным показаниям, медицинское вмешательство осуществляется в порядке, установленном в части первой настоящей статьи.

В условиях экстренной ситуации, когда пациент находится в бессознательном состоянии и не может дать соответствующее согласие, медицинское вмешательство может быть выполнено немедленно в интересах жизни и здоровья пациента.

При констатации факта смерти мозга решение об отключении средств поддержания жизни пациента принимается комиссией врачей-специалистов в соответствии с нормативными правовыми актами федерального органа здравоохранения и оформляются в письменном виде.

Статья 15. Предварительно выраженные желания.

Медицинские работники должны принимать во внимание предварительно выраженные в отношении медицинского вмешательства желания пациента, который ко времени вмешательства не в состоянии выразить свою волю.

Исключение составляют случаи отказа пациентов от медицинской помощи, в том числе от переливания крови, в экстренных ситуациях, когда такой отказ представляет опасность для жизни самого пациента и (или) будущего ребенка.

Статья 16. Информация о здоровье.

Пациент имеет право на получение информации о состоянии его здоровья и требуемой ему медицинской помощи, включая сведения о наличии заболевания, его диагнозе, прогнозе, возможных способах диагностики, лечении и профилактики, риске, связанном с медицинским вмешательством, а также возможных альтернативах такому вмешательству.

Информация предоставляется пациенту в доступной для него форме, в устной или письменной форме.

Пациент вправе отказаться от получения информации о его здоровье.

В интересах пациента право на получение информации может быть ограничено, если у врача есть все основания полагать, что подобная информация может нанести серьезный вред здоровью пациента.

При назначении средств воздействия на организм женщине детородного возраста врач обязан предупредить ее о возможных побочных эффектах, способных нанести вред ее репродуктивному здоровью, здоровью плода, либо привести к аборту. Врач несет личную ответственность за несообщение женщине указанной информации.

Статья 17. Конфиденциальность информации о здоровье.

Пациент имеет право на конфиденциальность информации о состоянии его здоровья и личной жизни, ставшей известной лицам, участвующим в оказании ему медицинской помощи. Указанные лица обязаны сохранять в тайне полученную информацию и сам факт обращения за помощью даже после смерти пациента, исключая случаи, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

Профессиональная медицинская тайна распространяется не только на информацию, которую пациент доверил врачу или иному лицу при получении медицинской помощи или которая стала им известна в связи с выполнением профессиональных обязанностей, но и на любые сведения о пациенте, выявленные в процессе медицинского вмешательства.

Не допускается включение и использование в автоматизированных базах данных без разрешения пациента информации персонализированного характера, касающейся его частной жизни, наличия у него определенных заболеваний, перечень которых устанавливается федеральным органом здравоохранения.

Разглашение без разрешения пациента в устной или письменной форме информации о состоянии его здоровья и иных данных о нем, ставших известными другим лицам при оказании ему медицинской по-

мощи, являются посягательством на личную жизнь пациента независимо от того, была ли разглашенная информация достоверной или ложной.

Статья 18. Допуск к медицинской информации.

Правом на допуск к медицинской информации пациента пользуются сам пациент либо лица, получившие на это его письменное разрешение.

Разрешение пациента на допуск к его медицинской информации не требуется для:

медицинских работников, непосредственно оказывающих ему медицинскую помощь, либо участвующих в его консультировании;

органов дознания, следствия, прокуратуры и суда в связи с проведением расследования и судебным разбирательством;

должностных лиц госсанэпидслужбы по заболеваниям, относящимся к их компетенции, при проведении гигиенических и противоэпидемических мероприятий;

медицинских работников при проведении исследований, включенных в планы научно-исследовательской работы органов здравоохранения или Российской Академии медицинских наук;

лиц, осуществляющих проверку отчетности в учреждении здравоохранения.

Лица, пользующиеся правом допуска к медицинской информации пациента без его разрешения, обязаны соблюдать в тайне все сведения, медицинского и личного характера, ставшие им известными при выполнении профессиональной деятельности.

Статья 19. Защита прав и интересов верующих в сфере здравоохранения.

Пациенты, находящиеся в стационарных учреждениях здравоохранения, имеют право на приглашение священнослужителя и исполнение религиозных обрядов, зарегистрированных в Российской Федерации конфессий.

Гарантии реализации этого права обеспечивает администрация учреждения здравоохранения, которая не вправе ограничивать время прихода священнослужителя часами посещения обычных посетителей.

По просьбе пациентов или их родственников администрация обязана обеспечить допуск священнослужителя в любое время и предоставить возможность исповеди без присутствия посторонних.

Во избежание оскорбления чувств верующих пациентов, исповедующих религии, сформировавшие этнокультуры народностей Российской Федерации, в учреждениях здравоохранения запрещается пропагандистская и (или) медицинская деятельность представителей религиозных организаций деструктивного и (или) оккультного характера и представителей нетрадиционных для России религиозных организаций, которые используют медицинскую деятельность в целях прозелитизма.

Не допускается посещение учреждений здравоохранения религиозными деятелями без приглашения пациентов или их законных представителей в случае, если сам пациент не может сделать это самостоятельно.

В целях уважения чувств верующих, исповедующих религии большинства населения Российской Федерации, не допускается введение в образовательных учреждениях Российской Федерации предметов (курсов), наносящих вред духовному и физическому здоровью детей, в том числе предусматривающих в качестве мер полового воспитания раздачу детям средств контрацепции, пропаганду культа секса, стимулирование у них ранней потребности в половых контактах.

Противозачаточные средства распространяются только через аптеки.

Врач, независимо от занимаемой должности, иной медицинский работник, студент медицинского образовательного учреждения вправе отказаться от производства аборта, операции стерилизации на основании религиозных убеждений. В случае такого отказа ему гарантируется право на свободу от дискриминации.

Раздел III. Гарантии обеспечения биоэтики в вопросах, связанных с геномом человека

Статья 20. Свобода от дискриминации.

В Российской Федерации запрещается любая форма дискриминации по признаку наследственности.

Статья 21. Генетические тесты.

В Российской Федерации гарантируется доступность генетического тестирования в интересах здоровья каждого, желающего пройти такое тестирование.

Тесты, устанавливающие возможность генетического заболевания или служащие для идентификации субъекта как носителя изменения (мутации) гена, вызывающего болезнь, либо направленные на обнаружение генетической предрасположенности или подверженности болезни, могут производиться исключительно в целях охраны здоровья тестируемых или научных исследований, связанных со здравоохранением.

Указанные тесты проводятся только после соответствующей генетической консультации, устанавливающей их целесообразность, с информированного согласия пациента.

Пренатальный диагноз, устанавливающий наличие наследственной болезни, не должен рассматриваться врачом как основание для прерывания беременности по медицинским показаниям.

Врачи, полагающие, что контрацепция, стерилизация и искусственное прерывание беременности противоречат их принципам и убеждениям, могут отказаться также от проведения генетических тестов. Однако, во всех случаях, врач обязан предупредить будущих родителей о

возможности возникновения генетических проблем и посоветовать пройти генетическое тестирование у компетентного специалиста.

Статья 22. Вмешательство в геном человека.

Вмешательство в геном человека может осуществляться только в профилактических, диагностических или лечебных целях при условии, если оно не направлено на введение изменений в линию клеток воспроизводства человека (половых клеток) и тем самым не вносит изменения в геном его потомков.

Запрещается клонирование людей, т. е. любое вмешательство, направленное на создание человека, генетически идентичного другому человеку (имеющему с ним одинаковый набор генов), независимо от того жив он или умер.

Во избежание негативных последствий для здоровья людей, в том числе межвидовой передачи болезней животных человеку, не допускается деятельность по созданию трансгенных животных с генетическим материалом человека и использование таких животных в целях трансплантации.

Вмешательство в геном человека в каждом конкретном случае осуществляется на основе заключения комиссии врачей-специалистов в области медицинской генетики и репродукции человека, работающих в государственном (муниципальном) учреждении здравоохранения, имеющем выдаваемую федеральным органом здравоохранения лицензию на подобного рода медицинскую деятельность.

Все методы вмешательства в геном человека подлежат обязательной экспертизе Федерального комитета по биоэтике и с учетом ее результатов допускаются к применению федеральным органом здравоохранения.

Статья 23. Определение пола и коррекция половых признаков.

В Российской Федерации запрещается определение пола эмбриона и плода человека без медико-генетических на то показаний.

Коррекция половых признаков допускается только при врожденных или наследственных пороках полового развития (гермафродитизм) и проводится по медицинским показаниям на основании решения суда.

Коррекция пола проводится детям до 16 лет с информированного письменного согласия родителей, иных законных представителей ребенка.

Не допускается:

- 1) изменение пола человека;
- 2) удаление признаков пола (исключение составляют случаи, когда такое вмешательство необходимо по жизненным показаниям);
- 3) формирование признаков противоположного пола.

Раздел IV. Правовые основы биоэтики научных исследований

Статья 24. Общие условия проведения медико-биологических исследований, включающих опыты на людях.

Медико-биологическое исследование, включающее опыты на людях (клинические и неклинические испытания), осуществляется после тщательного лабораторного эксперимента (доклинического испытания на животных) и получения разрешения на его проведение, выдаваемого федеральным органом здравоохранения на основании заключения Федерального комитета по биоэтике.

Условия и порядок выдачи разрешения на проведение медико-биологических исследований, включающих опыты на людях, определяется федеральным органом здравоохранения по согласованию с Федеральным комитетом по биоэтике.

Медико-биологические исследования, включающие опыты на людях, проводятся при условии обязательного соблюдения прав пациента, установленных законодательством Российской Федерации, в том числе права на уважение чести и достоинства, права на информацию, согласие на медицинское вмешательство, на отказ от него. Пациент, принимающий участие в эксперименте, пользуется правом выхода из него на любой стадии.

Цели и ход медико-биологического исследования, включающего опыты на людях, должны быть отражены в протоколе, подлежащем передаче специально создаваемой экспертной комиссии, в состав которой, в том числе, входят представители федерального органа здравоохранения, выдавшего разрешение на эксперимент, комитета по биоэтике субъекта Российской Федерации (а в случае его отсутствия — Федерального комитета по биоэтике).

Исследователи обязаны прервать испытание в случае, если продолжение эксперимента создает опасность для жизни и здоровья испытуемого.

Не допускается проведение испытаний в случаях, если есть основания предполагать возможность смерти или инвалидизации пациента.

Запрещается проведение нетерапевтических испытаний на беременных женщинах.

Клинические (терапевтические) испытания на беременных разрешаются только в интересах здоровья матери и повышения жизнеспособности ребенка.

Статья 25. Защита человека, являющегося объектом испытания.

Медико-биологическое исследование, включающее опыты на людях, может производиться только при соблюдении всех следующих условий:

- 1) испытанию нет альтернативы, сопоставимой по степени эффективности;
- 2) потенциальные выгоды испытания не противоречат интересам человека и не создают для него опасности;

3) на испытание имеется разрешение, выданное федеральным органом здравоохранения на основании заключения Федерального комитета по биоэтике, после тщательной оценки научной и практической значимости испытания и его этической приемлемости;

4) человек, являющийся объектом испытания, проинформирован о своих правах и законодательных гарантиях их защиты;

5) на проведение испытания имеется согласие, полученное в соответствии со Статьей 11 настоящего Федерального закона, оформленное письменно и удостоверенное подписью пациента, которое может быть отозвано им в любое время.

Юридические лица, проводящие испытания на людях, обязаны:

обеспечить испытуемым в случае необходимости медицинскую помощь и уход;

застраховать свою ответственность на случай причинения вреда здоровью пациентов. Наличие документа, подтверждающего страхование гражданско-правовой ответственности, является обязательным условием при выдаче разрешения на испытание.

Статья 26. Защита лица, не способного дать согласие на участие в испытании.

Испытание на человеке, не способном дать согласие, проводится при соблюдении всех следующих условий:

1) выполнение норм, изложенных в Статье 25 настоящего Федерального закона;

2) сопоставимые по результатам и эффективности испытания не могут быть проведены на людях, способных дать согласие;

3) согласие на испытание получено в соответствии с нормами, установленными Статьей 12 настоящего Федерального закона, оформлено письменно и удостоверено подписью лица, давшего согласие.

В исключительных случаях, когда есть основания полагать, что испытание не окажет прямого положительного влияния на здоровье испытуемого, оно может быть разрешено в соответствии с нормами, установленными в п. п. 1–3 настоящей статьи, и при соблюдении следующих дополнительных условий:

испытание должно быть ориентировано на существенное улучшение научного понимания определенного состояния человека или какого-либо заболевания и направлено на достижение результатов, способных принести пользу пациенту и в дальнейшем другим лицам, находящимся в том же состоянии, страдающим тем же заболеванием и (или) нуждающимся в аналогичном медицинском вмешательстве;

испытание сопряжено с минимальным риском и минимальной нагрузкой на человека, являющегося объектом испытания.

Дети, не достигшие 15-летнего возраста, не могут быть объектом неклинических испытаний. При этом ребенок должен самостоятельно мыслить и быть достаточно зрелым, чтобы понять природу предстоящего вмешательства, включая потенциальный риск. В отношении ребенка не должно быть никакого давления. На участие в таких испытаниях должно быть получено не только согласие по доверенности, но и согласие самого ребенка.

Не могут быть объектом неклинического испытания не способные дать согласие лица, проживающие в учреждениях социальной защиты населения или социального обслуживания.

Статья 27. Запрещение испытания на эмбрионах человека.

В Российской Федерации запрещается:

- 1) проведение испытаний на человеческих эмбрионах и плодах;
- 2) создание (получение) эмбрионов человека для исследовательских целей;
- 3) использование в исследовательских целях оплодотворенных яйцеклеток.

Статья 28. Фармакологические испытания.

Фармакологические испытания проводятся в соответствии с нормами, установленными в ст. ст. 24, 25, 26 настоящего Федерального закона, при обязательном прохождении трех следующих этапов проверки, обеспечивающих надежность при принятии решения о допуске к серийному производству:

- 1) нетерапевтические испытания в целях определения безопасности препарата (проводятся на здоровых людях, давших добровольное согласие);
- 2) клинические испытания для определения терапевтического эффекта препарата (проводятся на ограниченном числе пациентов, страдающих тем заболеванием, для лечения которого предназначен препарат);
- 3) клинические испытания для лучшей оценки безопасности, эффективности и оптимальной дозы препарата (проводятся на большом количестве пациентов и страдающих тем заболеванием, для лечения которого предназначен препарат).

В случае, если препарат импортного производства не зарегистрирован и не применяется в стране-производителе, он подлежит обязательным испытаниям в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Статья 29. Медико-биологические исследования, спонсируемые со стороны.

Медико-биологические исследования, спонсируемые со стороны (из-за рубежа), проходят этическую и научную экспертизу в Российской Федерации и проводятся в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Исследования, спонсируемые со стороны, должны отвечать здравоохранительным потребностям населения и разрешаться в случае, если их целью является испытание методов и препаратов, направленных на профилактику и лечение заболеваний, представляющих серьезную проблему и имеющих особую социальную значимость в Российской Федерации.

Статья 30. Разрешение на проведение исследований, спонсируемых со стороны.

Разрешение на исследование, спонсируемое со стороны, выдается в случае, если имеются обоснованные причины проведения его именно в Российской Федерации, а не в предлагающей стране, при условии, что оно не противоречит этическим и научным нормам последней.

Разрешение на проведение исследований, спонсируемых со стороны, выдает федеральный орган здравоохранения на основании заключения Федерального комитета по биоэтике.

Предлагающая (спонсирующая) сторона представляет в федеральный орган здравоохранения помимо документов, предусмотренных законом для принятия решения о разрешении исследования, документ подтверждающий соответствие исследования этическим нормам предлагающей стороны.

В случае расхождения этих норм, при принятии решения о разрешении исследования принимается более высокий стандарт.

При принятии решения о разрешении в Российской Федерации исследования, предлагаемого и финансируемого внешним спонсором, занятым в промышленности, например, фармацевтической компанией, требуется заключение на проект, выдаваемое национальным органом здравоохранения предлагающей стороны или иным ее государственным органом, компетентным решать указанные вопросы.

Статья 31. Гарантии, связанные с проведением исследований, спонсируемых со стороны.

Разрешение на исследование, спонсируемое со стороны, выдается при условии, если предлагающая сторона предоставит гарантии, что после успешного завершения исследований их результаты (включая медицинские технологии, лекарственные средства, и медицинское оборудование) будут в разумной степени доступны населению Российской Федерации.

Предлагающая сторона обязана представить гарантии того, что после завершения исследования, она продолжит обеспечение работы учреждений, предприятий здравоохранения и вспомогательных служб, созданных в целях проведения исследования в Российской Федерации.

В случае если участие в испытании привело к нанесению вреда здоровью испытуемого, потере трудоспособности или его смерти, спонсо-

ры обязаны компенсировать ущерб в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

В ходе проведения исследования спонсоры обеспечивают испытуемым бесплатную медицинскую помощь, не связанную с исследованием.

Проведение исследования не должно ухудшать состояние испытуемых или окружающей среды. В случае обнаружения таких последствий испытание должно быть прекращено.

Раздел V. Биоэтика в области трансплантации органов и тканей

Статья 32. Общие условия.

В Российской Федерации запрещается пересадка органов и тканей лицам, не являющимся гражданами Российской Федерации, либо не относящимся к категориям беженцев или лиц без гражданства, постоянно проживающих на территории Российской Федерации.

Забор органов и (или) тканей живого донора для трансплантации может осуществляться только в целях лечения реципиента и только тогда, когда нет возможности получить необходимый орган или ткань умершего человека или отсутствуют альтернативные методы оказания медицинской помощи, сопоставимые с трансплантацией по своей эффективности.

Изъятие органов и (или) тканей от живого донора допустимо только в случае, если его здоровью, по заключению комиссии врачей-специалистов, не будет причинен значительный вред.

В Российской Федерации действует презумпция несогласия на забор органов и (или) тканей.

Со стороны донора и реципиента должны быть получены документы об их согласии, оформленные письменно и удостоверенные их подписью. Исключение составляют случаи, когда указанные лица не способны дать согласие.

Живым донором органов может быть только лицо, находящееся в генетическом (прямом) родстве с реципиентом.

Забор органов и (или) тканей трупа не может осуществляться без прижизненного на то письменного согласия умершего. Исключение составляют случаи забора у умершего глазных яблок для пересадки роговицы. Условия и порядок забора глазных яблок у умершего определяются федеральным органом здравоохранения с учетом уважения к телу покойного.

Согласие на забор органов в случае смерти оформляется желающими письменно в виде специальной карточки или отметки в водительских правах.

В случае констатации факта смерти мозга при принятии решения об отключении средств поддержания жизни в целях изъятия органов и

(или) тканей для трансплантации не допускается участие трансплантологов и членов бригад, обеспечивающих работу донорской службы и оплачиваемых ею.

Статья 33. Защита лица, не способного дать согласие на забор органа и (или) ткани.

В Российской Федерации запрещается забор органа или ткани у несовершеннолетних или лиц, не способных дать согласие в соответствии со Статьей 12 настоящего Федерального закона.

В исключительных случаях на основаниях и в порядке, установленных федеральным органом здравоохранения, допускается забор регенерируемой ткани у лица, не способного дать согласие, при условии выполнения следующих требований:

- 1) отсутствует подходящий донор, который способен дать согласие;
- 2) реципиент является братом или сестрой донора;
- 3) донорство может спасти жизнь реципиента;
- 4) имеется согласие на донорство, полученное и оформленное в соответствии со Статьей 12 настоящего Федерального закона.

Статья 34. Запрещение извлечения финансовой выгоды.

Органы и ткани человека не должны использоваться в коммерческих целях, служить для извлечения финансовой выгоды и быть предметом купли-продажи, в том числе на экспорт.

Не могут быть предметом купли-продажи, в том числе на экспорт, трупы, органы и ткани трупа.

В Российской Федерации не допускается предпринимательская деятельность, в том числе с участием иностранных инвестиций, в сфере, связанной с забором, хранением и трансплантацией органов и тканей, донорством крови и ее компонентов.

Не допускаются скрытые формы оплаты поставляемых органов, в том числе установление надбавок к должностным окладам категориям сотрудников, оказывающих непосредственное содействие в изъятии донорских органов.

Безвозмездно передаваемые органы должны представляться по принципам справедливого и обоснованного распределения по медицинским показаниям, а не на основе финансовых, социальных, национальных и иных соображений.

Статья 35. Использование удаленных органов и тканей.

Любая удаленная часть человеческого тела может храниться и использоваться только при соблюдении условий, указанных в документе, оформляющем согласие, и удостоверенном подписью лица, давшего это согласие.

Статья 36. Уважение к телу покойного

Администрация учреждений здравоохранения, патолого-анатомических отделений и учреждений, принимающих участие в хранении, транспортировке тела покойного, обязаны обеспечить гарантии права на уважение к телу покойного, не допускать надругательства над телом в любой форме.

Патолого-анатомическое исследование осуществляется с учетом прижизненного волеизъявления умершего или при согласии его родственников.

Вскрытие является обязательным при подозрении на насильственную смерть, в случае наступления смерти вследствие инфекционного заболевания или подозрения на него, во время или после оперативного вмешательства, во время беременности, родов, в послеродовой период, в иных случаях, определяемых законодательством Российской Федерации.

Стандартизация и лицензирование деятельности врача-патолого-анатома проводятся с учетом обеспечения гарантий права на уважение к телу покойного.

Процесс транспортировки и хранения тел умерших должен быть открыт для контроля со стороны родственников.

Раздел VI. Организационные основы обеспечения гарантий в области биоэтики

Статья 37. Федеральный комитет по биоэтике.

В целях разрешения сложных этических проблем в области охраны здоровья в Российской Федерации Президент Российской Федерации уполномочивает специально образованный федеральный орган (Федеральный комитет по биоэтике, далее — Комитет) или уполномочивает иные федеральные органы исполнительной власти образовать такой Комитет на межведомственной основе.

К компетенции Комитета, действующего на федеральном уровне, относится:

- 1) разработка рекомендаций, касающихся этических проблем государственной политики в области здоровья и здравоохранения, включая государственные гарантии, обеспечения граждан доступной и качественной медицинской помощью, меры по удовлетворению потребностей населения в сфере здравоохранения;
- 2) рассмотрение этических проблем обеспечения безопасности для жизни и здоровья граждан, включая вопросы пропаганды и рекламы;
- 3) разработка правил и рекомендаций по этике проведения научных исследований в медицине, включая обеспечение безопасности и благополучия лиц, являющихся объектом испытаний;
- 4) этическая экспертиза клинических и неклинических исследовательских проектов;

5) этическая экспертиза проектов федеральных законов и нормативных правовых актов в области здоровья и здравоохранения;

6) образование медицинских и фармацевтических работников, просвещение населения по вопросам этики в области здоровья и здравоохранения;

7) рассмотрение этических проблем, возникающих при реализации прав пациентов; проведении трансплантации органов и (или) тканей человека; осуществлении реанимационных мероприятий; внедрении и использовании репродуктивных технологий и других медицинских вмешательствах, имеющих сложные этические последствия;

8) решение конфликтных ситуаций в области взаимоотношений, возникающих в связи с медицинским вмешательством (в случае, если такие ситуации не нашли разрешения в территориальном комитете по биоэтике субъекта Российской Федерации);

9) определение условий и порядка контроля за экспериментами на человеке;

10) участие в лицензировании учреждений и лиц, занимающихся медицинской и фармацевтической деятельностью;

11) координация деятельности этических комитетов (комиссий), функционирующих в федеральных учреждениях и организациях здравоохранения на общественных началах.

В состав Комитета входят специалисты в области медицины, биологии, генетики, этики и права, философии, социологии, а также представители конфессий, общественных организаций, занимающихся вопросами, связанными с охраной здоровья, защитой прав пациентов.

Комитет не реже одного раза в год отчитывается о своей деятельности в ходе открытого заседания и способствует широкому информированному общественному обсуждению этических вопросов медицинской науки и знания.

Комитет ежегодно готовит общий доклад для Президента Российской Федерации и Федерального Собрания Российской Федерации о юридической, социальной, этической и политической значимости новых биомедицинских технологий.

Печатные издания, выпускаемые Комитетом, должны быть доступны для общественности.

Граждане Российской Федерации имеют право на публичное обсуждение и гласность в вопросах, связанных с биоэтикой. Указанное право может быть ограничено только необходимостью обеспечения права на конфиденциальность информации.

Субъекты Российской Федерации могут создавать соответствующие органы, специально уполномоченные на решение задач в

области биоэтики, не относящихся к компетенции Комитета, действующего на федеральном уровне.

Статья 38. Координация в вопросах обеспечения гарантий в области биоэтики.

Комитет координирует деятельность территориальных комитетов по биоэтике, создаваемых в субъектах Российской Федерации, и разрабатывает для них соответствующие рекомендации по решению вопросов, входящих в их компетенцию.

Комитет постоянно информирует территориальные комитеты о своей деятельности и, получая от них аналогичную информацию, в тесном сотрудничестве с ними стремится к созданию методической и правовой базы для определения общих принципов биоэтики.

Раздел VII. Заключительные положения

Статья 39. Ответственность за нарушение настоящего Федерального закона.

За нарушение настоящего Федерального закона лица несут ответственность в случаях и порядке, установленных гражданским, административным или уголовным законодательством Российской Федерации.

Вред, причиненный здоровью лиц в результате медицинского вмешательства, подлежит возмещению в порядке, установленном гражданским законодательством Российской Федерации.

Факт совершения в отношении пациентов действий, повлекших причинение вреда их здоровью признается в судебном порядке.

Совершение указанных действий медицинскими и фармацевтическими работниками является основанием для приостановления или аннулирования выданных им лицензий и сертификатов.

Статья 40. Сроки и порядок введения настоящего Федерального закона в силу.

Настоящий Федеральный закон вступает в силу со дня его опубликования.

Предложить Президенту Российской Федерации поручить Правительству Российской Федерации, органам государственной власти субъектов Российской Федерации привести свои нормативные правовые акты в соответствие с настоящим Федеральным законом.

Президент Российской Федерации

Кодекс врачебной этики Российской Федерации

Одобен Всероссийским Пироговским съездом врачей
7 июня 1997 г.

I. ВРАЧ И ОБЩЕСТВО.

1. Предметом особой заботы государства и общества являются обеспечение, сохранение жизни и здоровья граждан. Полноценная охрана здоровья народа и обеспечение условий, позволяющих ему достойно существовать и развиваться, являются критериями нравственной политики государства. В осуществлении этой социальной задачи большая роль принадлежит врачу, его профессиональной деятельности и нравственной позиции.

2. Главная цель профессиональной деятельности врача (практика и ученого) — сохранение жизни человека, профилактика заболеваний и восстановление здоровья, а также уменьшение страданий при неизлечимых заболеваниях. Свои обязанности врач выполняет, следуя голосу совести, руководствуясь клятвой Гиппократы, принципами гуманизма и милосердия, документами мирового сообщества по этике, ст. 41 Конституции России и законодательством Российской Федерации «О праве граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь».

3. Врач несет всю полноту ответственности за свои решения и действия. Для этого он обязан систематически профессионально совершенствоваться, памятуя, что качество оказываемой больным помощи никогда не может быть выше его знаний и умений. В своей деятельности врач должен использовать последние достижения медицинской науки, известные ему и разрешенные к применению Министерством здравоохранения Российской Федерации.

4. Мотивы материальной, личной выгоды не должны оказывать влияния на принятие врачом профессионального решения.

5. Врач не должен принимать поощрений от фирм-изготовителей и распространителей лекарственных препаратов за назначение предлагаемых ими лекарств.

6. Врач должен при назначении лекарств строго руководствоваться медицинскими показаниями и исключительно интересами больного.

7. Как в мирное, так и в военное время врач должен оказывать медицинскую помощь любому в ней нуждающемуся независимо от возраста, пола, расы, национальности, вероисповедания, социального положения, политических взглядов, гражданства и других немедицинских факторов, включая материальное положение.

8. Врач должен добросовестно выполнять взятые на себя обязательства по отношению к учреждению, в котором он работает.

9. Врачи, обучающие студентов и молодых специалистов, своим поведением и отношением к исполнению своих обязанностей должны быть примером, достойным подражания.

10. Врач обязан доступными ему средствами (газеты, журналы, радио, телевидение, беседы и пр.) пропагандировать здоровый образ жизни, быть примером в соблюдении общественных и профессиональных этических норм.

11. Врач может заниматься какой-либо иной деятельностью, если она совместима с профессиональной независимостью, не унижает достоинства врача и не наносит ущерба пациентам и его врачебной деятельности.

12. В соответствии со ст. 41 Конституции Российской Федерации в условиях государственных лечебно-профилактических учреждений врач оказывает пациентам помощь бесплатно.

13. Право на частную практику врача регулируется законом.

14. Бесплатное лечение других врачей и их ближайших родственников, а также вдов и сирот является долгом российского врача и элементом профессиональной нравственности.

15. Гуманные цели, которым служит врач, дают ему основание требовать законной защиты его личного достоинства, достаточного материального обеспечения, создания условий для осуществления профессиональной деятельности как в мирное, так и в военное время.

16. Участвуя в организационных (предусмотренных законодательством Российской Федерации) формах протеста, врач не освобождается от обязанности обеспечивать необходимую медицинскую помощь пациентам, находящимся под его наблюдением.

17. Врач обязан содействовать врачебным объединениям и ассоциациям, активно участвуя в их работе, а также выполняя их поручения.

18. За свою врачебную деятельность врач прежде всего несет моральную ответственность перед больным и медицинским сообществом, а за нарушение законов Российской Федерации — перед судом. Но врач прежде всего должен помнить, что главный судья на его врачебном пути — это его собственная совесть.

18. Контроль за соблюдением врачебной этики осуществляют профессиональные ассоциации и созданные при них этические комитеты (комиссии).

19. Российская медицинская ассоциация и ее этический комитет (ЭК) отстаивают и защищают в средствах массовой информации, обществе (государстве) и в суде честь и достоинство врача, если коллегиально принято такое решение.

II. ВРАЧ И ПАЦИЕНТ.

1. Врач отвечает за качество оказываемой пациентам медицинской помощи. В своей работе он обязан руководствоваться законами Российской

Федерации, действующими нормативными документами для врачебной практики (медицинскими стандартами), но в рамках этих предписаний, учитывая особенности заболевания, выбирать те методы профилактики, диагностики и лечения, которые сочтет наиболее эффективными в каждом конкретном случае, руководствуясь интересами больного. При необходимости врач обязан воспользоваться помощью своих коллег.

2. Врач не должен подвергать пациента неоправданному риску, а тем более использовать свои знания в негуманных целях. При выборе любого метода лечения врач прежде всего должен руководствоваться заповедью «Non nocere!».

3. За исключением случаев неотложной помощи, когда он обязан предпринимать меры, не усугубляющие состояние больного, врач имеет право отказаться от лечения больного, если уверен, что между ним и пациентом нет необходимого взаимного доверия, если чувствует себя недостаточно компетентным или не располагает необходимыми для проведения лечения возможностями. В этих и подобных случаях врач должен принять все меры к информированию об этом соответствующего органа здравоохранения и порекомендовать больному компетентного специалиста.

4. Врач должен уважать право пациента на выбор врача и участие в принятии решений о проведении лечебно-профилактических мер. Добровольное согласие пациента на лечение врач обычно получает при личном разговоре с больным. Это согласие должно быть осознанным, больной должен быть непременно информирован о методах лечения, о последствиях их применения, в частности, о возможных осложнениях, других альтернативных методах лечения. Проведение лечебно-диагностических мероприятий без согласия пациента разрешено только в случаях угрозы для жизни и здоровья пациента и неспособности его адекватно оценивать ситуацию. Желательно решение в подобных случаях принимать коллегиально. При лечении лиц, страдающих психическими заболеваниями, врач должен руководствоваться Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». При лечении ребенка врач обязан предоставлять полную информацию его родителям или опекунам, получить их согласие на применение того или иного метода лечения или лекарственного средства.

5. Врач должен уважать честь и достоинство пациента, относиться к нему доброжелательно, уважать его право на личную тайну, с пониманием воспринимать озабоченность родных и близких состоянием больного, но в то же время он не должен без достаточных на то профессиональных причин вмешиваться в частные дела пациента и членов его семьи.

6. Если пациент не способен осознанно выразить свое согласие, его должен выразить законный представитель или лицо, постоянно опекающее пациента.

7. Пациент имеет право на исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья, но он может от нее отказаться или указать лицо, которому следует сообщать о состоянии его здоровья.

8. Информация может быть скрыта от пациента в тех случаях, если имеются веские основания полагать, что она может нанести ему серьезный вред. Однако по четко выраженному пациентом требованию врач обязан предоставить ему полную информацию.

9. В случае неблагоприятного прогноза для больного необходимо проинформировать его предельно деликатно и осторожно, оставив надежду на продление жизни, на возможный благоприятный исход.

10. По желанию пациента, врач не должен препятствовать реализации его права на консультацию другим врачом.

11. Самореклама при общении врача с больным недопустима.

12. При совершении ошибки или развитии в процессе лечения непредвиденных осложнений врач обязан проинформировать об этом больного, в необходимых случаях — орган здравоохранения, старшего коллегу и немедленно приступить к действиям, направленным на исправление вредных последствий, не дожидаясь указаний на это. При отборе больных, требующих проведения сложных профилактических, диагностических и особенно лечебных (например, трансплантация органов и др.) мероприятий, врачи, вынужденно устанавливающие очередность в оказании помощи, должны исходить из строгих медицинских показаний и принимать решения самостоятельно, а лучше коллегиально, с участием членов этического комитета (комиссии).

13. Врачебную практику врач может осуществлять только под собственной фамилией, не используя псевдоним и не указывая неприсвоенных официально титулов, степеней, званий.

III. КОЛЛЕГИАЛЬНОСТЬ ВРАЧЕЙ.

1. В течение всей жизни врач обязан сохранять уважение и чувство благодарности к тому, кто научил его искусству врачевания.

2. Врач обязан охранять честь и благородные традиции медицинского сообщества.

3. Врачи должны относиться друг к другу с уважением и доброжелательностью.

4. Врач не вправе публично ставить под сомнение профессиональную квалификацию другого врача или каким-либо иным образом его дискредитировать. Профессиональные замечания в адрес коллеги должны быть аргументированными, сделаны в не оскорбительной форме, желательно в

личной беседе, прежде чем о них будет проинформировано медицинское сообщество или вопрос будет вынесен на обсуждение этического комитета (комиссии). Медицинское сообщество обязано оказывать помощь врачу в восстановлении его профессиональной репутации.

В трудных клинических случаях опытные врачи должны давать советы и оказывать помощь менее опытным коллегам в корректной форме. Но за процесс лечения всю полноту ответственности несет только лечащий врач, который вправе принять рекомендации коллег или от них отказаться, руководствуясь при этом исключительно интересами больного.

5. Врачи-руководители научных и лечебных учреждений обязаны заботиться о повышении профессиональной квалификации своих коллег-подчиненных.

6. Врачи обязаны с уважением относиться к другому медицинскому и вспомогательному персоналу учреждения, постоянно заботясь о повышении его квалификации.

IV. ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА.

Каждый пациент имеет право на сохранение личной тайны, и врач, равно как и другие лица, участвующие в оказании медицинской помощи, обязан сохранять врачебную тайну даже после смерти пациента, как и сам факт обращения за медицинской помощью, если больной не распорядился иначе.

Тайна распространяется на все сведения, полученные в процессе обращения и лечения больного (диагноз, методы лечения, прогноз и др.).

Медицинская информация о пациенте может быть раскрыта:

по ясно выраженному письменному согласию самого пациента;

по мотивированному требованию органов дознания, следствия, прокуратуры и суда;

если сохранение тайны существенным образом угрожает здоровью и жизни пациента и (или) других лиц (опасные инфекционные заболевания);

в случае привлечения к лечению других специалистов, для которых эта информация является профессионально необходимой.

Врач должен следить за тем, чтобы лица, принимающие участие в лечении больного, также соблюдали профессиональную тайну.

Лица, пользующиеся правом доступа к медицинской информации, обязаны сохранять в тайне все полученные о пациенте сведения.

В процессе научных исследований, обучения студентов и усовершенствования врачей должна соблюдаться врачебная тайна. Демонстрация больного возможна только с его согласия.

V. НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И БИМЕДИЦИНСКИЕ ИСПЫТАНИЯ.

1. Перед началом биомедицинских исследований, в том числе апробации новых лекарственных средств, биологически активных добавок, способов обследования и методов лечения врач должен получить согласие на их проведение этического комитета (комиссии или ученого совета) учреждения с утверждением плана (протокола) предполагаемого исследования, в котором должны быть четко определены цели и этические аспекты, ход эксперимента, возможные осложнения.

2. Испытуемый после ознакомления с целями, методами, потенциальной пользой и возможным риском должен дать свое явно выраженное письменное согласие на участие в исследовании, которое по желанию пациента может быть беспрепятственно на любом этапе денонсировано им.

3. В отношении пациентов, неспособных дать осознанное согласие на участие в исследовании, согласие должно быть получено в письменной форме от родителей или другого законного представителя — юридически ответственного лица. Подобные исследования могут проводиться только в интересах спасения жизни, восстановления или поддержания здоровья исследуемого, без нанесения ему вреда, ухудшения здоровья и течения имеющегося заболевания.

4. Биомедицинские исследования на людях могут проводиться врачами в следующих случаях: если они служат улучшению здоровья пациентов, участвующих в эксперименте; если они вносят существенный вклад в медицинскую науку и практику; если результаты предшествующих исследований и данные научной литературы не свидетельствуют о риске развития осложнений.

5. Биомедицинские исследования на людях должны проводиться квалифицированными в научном плане врачами-исследователями под наблюдением компетентных специалистов. Исследователи обязаны прервать испытание в случаях появления признаков, опасных для жизни и здоровья испытуемого. Испытания на беременных женщинах, на плодах и новорожденных запрещаются.

6. Испытатели обязаны застраховать свою ответственность на случай причинения неумышленного вреда здоровью испытуемых.

7. В экспериментах на животных врач-исследователь должен соблюдать принципы гуманности, облегчая по мере возможности их страдания, стремиться к сокращению числа экспериментальных животных в максимально возможной степени.

8. О результатах своих исследований врач после оформления авторского права на открытие, изобретение и др. должен через доступные ему средства профессиональной информации оповестить своих коллег.

9. Врачи, особенно руководители научных коллективов, в научных публикациях должны строго соблюдать авторские права. Включение себя без достаточных оснований в авторский коллектив, либо умалчивание фамилий лиц, активно участвовавших в исследованиях, является нарушением принципов профессиональной этики.

VI. ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ В ТЕРМИНАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ.

1. Врач должен приложить все усилия к тому, чтобы обеспечить больному необходимую медицинскую помощь в экстремальных условиях.

2. Врач не должен прибегать к эвтаназии, равно как и привлекать к ее исполнению других лиц, но обязан облегчить страдания больных, находящихся в терминальном состоянии, всеми доступными, известными ему и разрешенными способами.

3. Вопрос о прекращении реанимации, особенно в случаях, если нет энцефалографических подтверждений полного прекращения мозговой деятельности, следует по возможности решать коллегиально.

4. Врач должен способствовать пациенту в осуществлении его права воспользоваться духовной поддержкой служителя любой религиозной конфессии.

VII. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ, РЕПРОДУКЦИЯ, ГЕНОМ ЧЕЛОВЕКА.

1. Действия врача, его морально-этическая ориентация при трансплантации человеческих органов и тканей, вмешательстве в геном человека, в репродуктивную функцию определяются этико-правовыми и законодательно-нормативными актами Российской Федерации, Всемирной медицинской ассоциации и Всемирной организации здравоохранения.

2. Врач не должен эти области науки и практики использовать для извлечения личной финансовой выгоды.

VIII. ИНФОРМАЦИЯ И РЕКЛАМА.

1. Врач не должен участвовать в рекламировании средств и методов профилактики, диагностики, лечения и особенно лекарственных препаратов, не разрешенных к применению федеральными органами здравоохранения, равно как и наркотических средств, алкоголя, табачных изделий.

2. Публикации медицинского характера, выступления врачей на научных форумах, просветительская деятельность в прессе, на радио и телевидении должны быть безупречными в этическом плане, ограничиваться объективной научно-практической информацией и не содержать элементов недобросовестной конкуренции, рекламы и саморекламы.

3. Врач обязан сообщать в Фармакологический государственный комитет Министерства здравоохранения Российской Федерации или в Федеральный центр по изучению побочных действий лекарств Мини-

стерства здравоохранения Российской Федерации о наблюдаемых им всех неизвестных, нежелательных побочных действиях лекарственных препаратов.

4. В информационных мероприятиях, организованных с участием фирм-производителей лекарственных средств и медицинской техники, врач должен прежде всего ориентироваться на информационные цели и лично не проводить рекламную работу среди больных по покупке указанных средств до их государственной регистрации в установленном порядке.

5. В интересах обеспечения жизни и здоровья граждан России врач не должен пропагандировать и применять в целях профилактики и лечения методов и средств оккультно-мистического и религиозного характера.

IX. ВРАЧЕБНЫЕ СПРАВКИ.

1. Врачебные справки врач может выдать только в соответствии с действующими законодательными, нормативно-методическими и инструктивными документами.

Настоящий кодекс действует на всей территории Российской Федерации и обязателен для всех врачей, входящих в Российскую медицинскую ассоциацию, ее региональные отделения (филиалы), а также профессиональные объединения, признавшие Этический кодекс врача официально.

2. Врач, не входящий в профессиональные ассоциации, объединения, может лично принять Этический кодекс врача и руководствоваться им в своей профессиональной деятельности.

Статья 60. Клятва врача

Лица, окончившие высшие медицинские учебные заведения Российской Федерации и получившие диплом врача, дают клятву врача, (в ред. Федерального закона от 20.12.1999 № 214-ФЗ).

Лица, окончившие высшие медицинские образовательные учреждения Российской Федерации, при получении диплома врача дают клятву врача следующего содержания:

«Получая высокое звание врача и приступая к профессиональной деятельности, я торжественно клянусь:

честно исполнять свой врачебный долг, посвятить свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья человека;

быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, хранить врачебную тайну, внимательно и заботливо относиться к больному, действовать

исключительно в его интересах независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств;

проявлять высочайшее уважение к жизни человека, никогда не прибегать к осуществлению эвтаназии;

хранить благодарность и уважение к своим учителям, быть требовательным и справедливым к своим ученикам, способствовать их профессиональному росту;

доброжелательно относиться к коллегам, обращаться к ним за помощью и советом, если этого требуют интересы больного, и самому никогда не отказывать коллегам в помощи и совете;

постоянно совершенствовать свое профессиональное мастерство, беречь и развивать благородные традиции медицины.

* * *

Клятва врача дается в торжественной обстановке. Факт дачи клятвы врача удостоверяется личной подписью под соответствующей отметкой в дипломе врача с указанием даты.

Врачи за нарушение клятвы врача несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

Этический кодекс медицинской сестры России

Принимая во внимание важнейшую роль в современном обществе самой массовой из медицинских профессий — профессии медицинской сестры, учитывая традиционно большое значение этического начала в медицине и здравоохранении, руководствуясь документами по медицинской этике Международного совета медицинских сестер и Всемирной организации здравоохранения, Ассоциация медицинских сестер России принимает настоящий Этический кодекс.

Часть I. Общие положения

Этической основой профессиональной деятельности медицинской сестры является гуманность и милосердие. Важнейшими задачами профессиональной деятельности медицинской сестры являются: комплексный всесторонний уход за пациентами и облегчение их страданий; восстановление здоровья и реабилитации; содействие укреплению здоровья и предупреждение заболеваний.

Этический кодекс дает четкие нравственные ориентиры профессиональной деятельности медицинской сестры, призван способствовать

консолидации, повышению престижа и авторитета сестринской профессии в обществе, развитию сестринского дела в России.

Часть II. Медицинская сестра и пациент

Статья 1. Медицинская сестра и право пациента на качественную медицинскую помощь.

Медицинская сестра должна уважать неотъемлемые права каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья и на получение адекватной медицинской помощи. Медицинская сестра обязана оказывать пациенту качественную медицинскую помощь, отвечающую принципам гуманности и профессиональным стандартам.

Медицинская сестра несет моральную ответственность за свою деятельность перед пациентом, коллегами и обществом. Профессиональная и этическая обязанность медицинской сестры — оказывать в меру своей компетенции, неотложную медицинскую помощь любому человеку, нуждающемуся в ней.

Статья 2. Основное условие сестринской деятельности — профессиональная компетентность.

Медицинская сестра должна всегда соблюдать и поддерживать профессиональные стандарты деятельности, определяемые Министерством здравоохранения Российской Федерации. Непрерывное совершенствование специальных знаний и умений, повышения своего уровня — первейший профессиональный долг медицинской сестры.

Медицинская сестра должна быть компетентной в отношении моральных и юридических прав пациента.

Статья 3. Гуманное отношение к пациенту, уважение его законных прав.

Медицинская сестра должна превыше всего ставить сострадание и уважение к жизни пациента. Медицинская сестра обязана уважать право пациента на облегчение страданий в той мере, в какой это позволяет существующий уровень медицинских знаний. Медицинская сестра не вправе участвовать в пытках, казнях и иных формах жесткого и бесчеловечного обращения с людьми. Медицинская сестра не вправе способствовать самоубийству больного.

Медицинская сестра ответственна, в пределах своей компетенции, за обеспечение прав пациента, провозглашенных Всемирной медицинской ассоциацией, Всемирной организацией здравоохранения и закрепленных в законодательстве Российской Федерации.

Статья 4. Уважение человеческого достоинства пациента.

Медицинская сестра должна быть постоянно готова оказать компетентную помощь пациентам независимо от их возраста или пола, харак-

тера заболевания, расовой или национальной принадлежности, религиозных или политических убеждений, социального или материального положения или других различий. Осуществляя уход, медицинская сестра должна уважать право пациента на участие в планировании и проведении лечения.

Проявления высокомерия, пренебрежительного отношения или унижительного обращения с пациентом недопустимо. Медицинская сестра не вправе навязывать пациенту свои моральные, религиозные, политические убеждения. При установлении очередности оказания медицинской помощи нескольким пациентам медицинской сестра должна руководствоваться только медицинскими критериями, исключая какую-либо дискриминацию. В случаях, требующих по медицинским показаниям контроля над поведением пациента, медицинской сестре следует ограничить свое вмешательство в личную жизнь пациента исключительно профессиональной необходимостью.

Статья 5. Прежде всего — не навреди.

Медицинская сестра не вправе нарушать древнюю этическую заповедь медицины: «Прежде всего — не навреди!». Медицинская сестра не вправе безучастно относиться к действиям третьих лиц, стремящихся нанести пациенту такой вред. Действия медицинской сестры по уходу, любые, другие медицинские вмешательства, сопряженные с болевыми ощущениями и иными временными негативными явлениями, допустимы лишь в его интересах. «Лекарство не должно быть горше болезни!». Производя медицинские вмешательства, чреватые риском, медицинская сестра обязана предусмотреть меры безопасности, купирования угрожающих жизни и здоровью пациента осложнений.

Статья 6. Медицинская сестра и право пациента на информацию.

Медицинская сестра должна быть правдивой и честной. Моральный долг медицинской сестры информировать пациента о его правах. Она обязана уважать право пациента на получение информации о состоянии его здоровья, о возможном риске и преимуществах предлагаемых методов лечения, о диагнозе и прогнозе, равно как и его право отказываться от информации вообще.

Учитывая, что функции информирования пациента и его близких по преимуществу принадлежат врачу, медицинская сестра имеет право передавать профессиональные сведения лишь по согласованию с лечащим врачом в качестве члена бригады, обслуживающей данного пациента.

В исключительных случаях медицинская сестра не имеет право скрыть от пациента профессиональную информацию, если она убеждена, что таковая причинит ему серьезный вред.

Статья 7. Медицинская сестра и право пациента соглашаться на медицинское вмешательство или отказываться от него.

Медицинская сестра должна уважать право пациента или его законного представителя (когда имеет дело с ребенком или недееспособным душевнобольным) соглашаться на любое медицинское вмешательство или отказываться от него.

Медицинская сестра должна быть уверена, что согласие или отказ даны пациентом добровольно и осознано. Моральный и профессиональный долг медицинской сестры в меру своей квалификации разъяснить пациенту последствия отказа от медицинской процедуры.

Отказ пациента не должен влиять на его положение и негативно отражаться на отношении к нему медицинской сестры и других медицинских работников.

Медицинская сестра вправе оказывать помощь без согласия пациента (или без согласия законного представителя некомпетентного пациента — ребенка до 15 лет или недееспособного душевнобольного) только в строгом соответствии с законодательством Российской Федерации. При оказании медицинской помощи некомпетентным пациентам медицинская сестра должна, насколько позволяет состояние таких пациентов, привлекать их к процессу принятия решения.

Статья 8. Обязанность хранить профессиональную тайну.

Медицинская сестра должна сохранять в тайне от третьих лиц доверенную ей или ставшую ей известной в силу исполнения профессиональных обязанностей информацию о состоянии здоровья пациента, диагнозе, лечении, прогнозе, даже после того, как пациент умрет.

Медицинская сестра вправе раскрыть конфиденциальную информацию о пациенте какой-либо третьей стороне только с согласия самого пациента. Право на передачу медсестрой информации другим специалистам и медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь пациенту, предполагает наличие его согласия.

Медицинская сестра вправе передавать конфиденциальную информацию без согласия пациента лишь в случаях, предусмотренных законом. При этом пациента следует поставить в известность о неизбежности раскрытия конфиденциальной информации. Во всех других случаях медицинская сестра несет личную моральную, а иногда и юридическую, ответственность за разглашение профессиональной тайны.

Статья 9. Медицинская сестра и умирающий больной.

Медицинская сестра должна с уважением относиться к праву умирающего на гуманное обращение и достойную смерть. Медицинская сестра обязана владеть необходимыми знаниями и умениями в области паллиативной медицинской помощи, дающей умирающему возмож-

ность окончить жизнь с максимально достижим физическим, эмоциональным и духовным комфортом. Первейшие моральные и профессиональные обязанности медицинской сестры: предотвращение и облегчение страданий, как правило, связанных с процессом умирания; оказание умирающему и его семье психологической поддержки.

Эвтаназия, т. е. преднамеренные действия медицинской сестры с целью прекращения жизни умирающего пациента, даже по его просьбе, неэтична и недопустима.

Медицинская сестра должна относиться уважительно к умершему пациенту. При обработке тела следует учитывать религиозные и культурные традиции. Медицинская сестра обязана уважать закрепленные в законодательстве Российской Федерации права граждан относительно патолого-анатомических вскрытий.

Статья 10. Медицинская сестра как участник научных исследований и учебного процесса.

Медицинская сестра должна стремиться участвовать в исследовательской деятельности, в приумножении знаний в своей профессии. В исследовательской деятельности с участием человека в качестве объекта медицинская сестра обязана строго следовать международным документам по медицинской этике (Хельсинская декларация и др.) и законодательству Российской Федерации.

Интересы личности пациента для медицинской сестры должны быть всегда выше интересов общества и науки. Участвуя в научных исследованиях, медицинская сестра обязана особенно строго обеспечивать защиту тех пациентов, которые сами не в состоянии об этом позаботиться (дети, лица с тяжелыми психическими расстройствами). Участие пациентов в учебном процессе допустимо лишь с соблюдением тех же гарантий защиты их прав.

Часть III. Медицинская сестра и профессия

Статья 11. Уважение к своей профессии.

Медицинская сестра должна поддерживать авторитет и репутацию своей профессии. Опрятность и соблюдение правил личной гигиены — неотъемлемое качество личности медицинской сестры. Медицинская сестра несет личную моральную ответственность за поддержание, внедрение и улучшение стандартов сестринского дела. Она не должна претендовать на ту степень компетентности, которой не обладает. Право и долг медицинской сестры отстаивать свою моральную, экономическую и профессиональную независимость.

Медицинская сестра должна отказываться от подарков и лестных предложений со стороны пациента, если в основе лежит его желание добиться привилегированного положения по сравнению с другими па-

циентами. Медицинская сестра вправе принять благодарность от пациента, если она выражается в форме, не унижающих человеческого достоинства обоих, не противоречит принципам справедливости и порядочности и не нарушает правовых норм. Интимные отношения с пациентом осуждаются медицинской этикой. Поведение медицинской сестры не должно быть примером отрицательного отношения к здоровью.

Статья 12. Медицинская сестра и коллеги.

Медицинская сестра должна отдавать дань заслуженного уважения своим учителям. Во взаимоотношениях с коллегами медицинская сестра должна быть честной, справедливой и порядочной, признавать и уважать их знания и опыт, их вклад в лечебный процесс.

Медицинская сестра обязана в меру своих знаний и опыта помогать коллегам по профессии, рассчитывая на такую же помощь с их стороны, а также оказывать содействие другим участникам лечебного процесса, включая добровольных помощников. Медицинская сестра обязана уважать давнюю традицию своей профессии — оказывать медицинскую помощь коллеге безвозмездно. Попытки завоевать себе авторитет путем дискредитации коллег неэтичны.

Моральный и профессиональный долг медицинской сестры — помогать пациенту выполнять назначенную врачом программу лечения. Медицинская сестра обязана точно и квалифицированно производить назначенные врачом медицинские манипуляции. Высокий профессионализм медицинской сестры важнейший моральный фактор товарищеских, коллегиальных взаимоотношений медицинской сестры и врача. Фамильярность, неслужебный характер взаимоотношений врача и медицинской сестры при исполнении ими профессиональных обязанностей осуждается медицинской этикой. Если медицинская сестра сомневается в целесообразности лечебных рекомендациях врача, она должна тактично обсудить эту ситуацию сначала с самим врачом, а при сохраняющемся сомнении и после этого — с вышестоящим руководством.

Статья 13. Медицинская сестра и сомнительная медицинская практика.

Медицинская сестра, столкнувшись с нелегальной, неэтичной или некомпетентной медицинской практикой, должна становиться на защиту интересов пациента и общества.

Медицинская сестра обязана знать правовые нормы, регулирующие сестринское дело, систему здравоохранения в целом и применение методов традиционной медицины (целительства) в частности.

Медицинская сестра вправе обращаться за поддержкой в государственные органы здравоохранения, Ассоциацию медицинских сестер, предпринимая меры по защите интересов пациента от сомнительной медицинской практики.

Часть IV. Медицинская сестра и общество

Статья 14. Ответственность перед обществом.

Моральный долг медицинской сестры как члена медицинского сообщества заботиться об обеспечении доступности и высоком качестве сестринской помощи населению. Медицинская сестра должна активно участвовать в информировании и медико-санитарном просвещении населения, помогающим пациентам делать правильный выбор в их взаимоотношениях с государственной, муниципальной и частной системами здравоохранения. Медицинская сестра, в меру своей компетентности, должна участвовать в разработке и осуществлении коллективных мер, направленных на совершенствование методов борьбы с болезнями, предупреждать пациентов, органы власти и общество в целом об экологической опасности, вносить свой вклад в дело организации спасательных служб. Ассоциация медицинских сестер, медицинское сообщество в целом должны способствовать привлечению медицинских сестер в районы страны, где медицинская помощь наименее развита, предусматривая стимулы для работы в таких районах.

Статья 15. Поддержание автономии и целостности сестринского дела.

Моральный долг медицинской сестры — способствовать развитию реформы сестринского дела России. Медицинская сестра должна поддерживать, развивать автономию, независимость и целостность сестринского дела. Долг медицинской сестры привлекать внимание общества и средств массовой информации к нуждам, достижениям и недостаткам сестринского дела.

Медицинская сестра должна защищать общество от дезинформации или неправильной интерпретации сестринского дела. Самореклама несовместима с медицинской этикой. Если медицинская сестра участвует в организованном коллективном отказе от работы, она не освобождается от обязанности оказывать неотложную медицинскую помощь, а также от этических обязательств по отношению к тем пациентам, кто в данный момент проходит у нее курс лечения.

Статья 16. Гарантия и защита законных прав медицинской сестры.

Гуманная роль медицинской сестры в обществе создает основу требований законной защиты личного достоинства сестры, физической неприкосновенности и права на помощь при исполнении ею профессиональных обязанностей как в мирное, так и военное время. Уровень жизни медицинской сестры должен соответствовать статусу ее профессии. Размер гонорара, определяемого частнопрактикующей сестрой, должен быть соизмерим с объемом и качеством оказываемой медицинской помощи, степенью ее компетентности, особыми обстоятельствами

в каждом конкретном случае. Безвозмездная помощь бедным пациентам этически одобряется. Ни медицинских работников вообще, ни кого-либо из медицинских сестер в частности, нельзя принуждать к работе на неприемлемых для них условиях. Обеспечение условий профессиональной деятельности медицинской сестры должно соответствовать требованиям охраны труда.

Медицинская сестра вправе рассчитывать на то, что Межрегиональная Ассоциация медицинских сестер России окажет ей полноценную помощь по: защите чести и достоинства (если ее доброе имя будет кем-либо необоснованно опорочено); своевременному получению квалификационной категории в соответствии с достигнутым уровнем профессиональной подготовки; созданию и применению процедур страхования профессиональных ошибок, не связанных небрежным или халатным исполнением профессиональных обязанностей; профессиональной переподготовке при невозможности выполнения профессиональных обязанностей по состоянию здоровья; своевременному получению льгот, предусмотренных законодательством российской Федерации для медицинских работников.

Часть V. Действие этического кодекса медицинской сестры России, ответственность за его нарушения и порядок его пересмотра

Статья 17. Действие Этического кодекса.

Требования настоящего кодекса обязательны для всех медицинских сестер России.

Врачи и медицинские сестры, ведущие преподавание на факультетах сестринского дела, в медицинских колледжах и училищах, должны ознакомить студентов с Этическим кодексом медицинской сестры России.

Студенты, по мере включения в профессиональную медицинскую деятельность, обязаны усваивать и соблюдать принципы и нормы, содержащиеся в Кодексе.

Врачи и медицинские сестры, ведущие преподавание, должны своим поведением показывать пример студентам.

Статья 18. Ответственность за нарушения Этического кодекса.

Ответственность за нарушения Этического кодекса медицинской сестры России определяется Уставом Межрегиональной Ассоциации медицинских сестер России. За нарушение норм Кодекса к членам Ассоциации могут быть применены следующие взыскания:

- 1) замечание,
- 2) предупреждение о неполном профессиональном соответствии,
- 3) приостановление членства в Ассоциации на срок до одного года,
- 4) исключение из членов Ассоциации с обязательным уведомлением об этом соответствующей аттестационной (лицензионной) комиссии.

Статья 19. Пересмотр и толкование Этического кодекса.

Право пересмотра Этического кодекса медицинской сестры России и толкования его отдельных положений принадлежит Межрегиональной Ассоциации медицинских сестер России. Рекомендации и предложения по изменению или усовершенствованию отдельных статей Кодекса принимаются к рассмотрению Президиумом названной Ассоциации и приобретают законную силу после утверждения этим органом Ассоциации.

Законодательство РФ о наркотических средствах

1. Злоупотребление наркотиками, известное с древнейших времен, сейчас распространилось в размерах, тревожащих всю мировую общественность. Даже при сужении, с точки зрения наркологов, границ наркомании до юридически приемлемых во многих странах наркомании признаны социальным бедствием. Наркотические мафии управляют государствами (Латинская Америка), имеют свои армии (Юго-Восточная Азия). Доходы подпольных корпораций по торговле наркотиками превышают известные доходы от торговли нефтью и приближаются к мировым доходам от торговли оружием. Особенно губительно злоупотребление в молодежной среде — поражается и настоящее, и будущее общества. Полная, с точки зрения наркологов, картина распространения злоупотребления, включающая формы токсикоманий, еще более трагична. Вещества и препараты, не включенные в список наркотиков, как правило, еще более злокачественны, приводят к еще большему ущербу для индивидуума.

В международном антинаркотическом центре в Нью-Йорке существует документ, указывающий на число наркоманов на Земном шаре — 1 000 000 000 человек.

Наркомания, как подчеркивают эксперты Всемирной организации здравоохранения, является большой угрозой для здравоохранения в мировом масштабе.

Каждое государство предпринимает меры по предупреждению злоупотребления среди населения, исключением не является и Россия.

2. 08 января 1998 года президентом Российской Федерации Ельциным Б. Н. был подписан Федеральный закон о наркотических средствах и психотропных веществах (№ 3 ФЗ), ранее принятый Государственной Думой (10.12.97) и одобренный Советом Федерации (24.12.97). Закон вступил в силу через три месяца со дня его официального опубликования.

Закон устанавливает правовые основы государственной политики в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и в облас-

ти противодействия их незаконному обороту в целях охраны здоровья граждан, государственной и общественной безопасности.

В законе используются следующие основные понятия:

наркотические средства — вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, растения, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в РФ, в соответствии с законодательством РФ, международными договорами, в том числе Конвенции о наркотических средствах 1961 года;

психотропные вещества — вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, природные материалы, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих контролю в РФ, в соответствии с законодательством РФ, международными договорами, в том числе Конвенции о психотропных веществах 1971 года;

прекурсоры наркотических средств и психотропных веществ — вещества, часто используемые при производстве, изготовлении, переработке наркотических средств и психотропных веществ, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих контролю в РФ, в соответствии с законодательством РФ, международными договорами, в том числе Конвенции ООН о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года;

аналоги наркотических средств и психотропных веществ — запрещенные для оборота в РФ вещества синтетического или естественного происхождения, не включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, химическая структура и свойства которых сходны с химической структурой и свойствами наркотических средств и психотропных веществ, психоактивное действие которых они воспроизводят;

препарат — смесь веществ в любом физическом состоянии, содержащая одно или несколько наркотических средств или психотропных веществ, включенных в Перечень;

оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров — культивирование растений; разработка, производство, изготовление, переработка, хранение, перевозка, пересылка, отпуск, реализация, распределение, приобретение, использование, ввоз на таможенную территорию РФ, вывоз с таможенной территории РФ, уничтожение наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, разрешенные и контролируемые в соответствии с законодательством РФ;

незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров — оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, осуществляемый в нарушение законодательства РФ;

производство наркотических средств, психотропных веществ — действия, направленные на серийное получение наркотических средств или психотропных веществ из химических веществ и (или) растений;

изготовление наркотических средств, психотропных веществ — действия, в результате которых на основе наркотических средств, психотропных веществ или их прекурсоров получены готовые к использованию и потреблению формы наркотических средств, психотропных веществ или содержащие их лекарственные средства;

переработка наркотических средств, психотропных веществ — действия, в результате которых происходит рафинирование (очистка от посторонних примесей), повышение в препарате концентрации наркотических средств или психотропных веществ, а также получение на их основе веществ, не являющихся наркотическими средствами или психотропными веществами;

распределение наркотических средств, психотропных веществ — действия, в результате которых в соответствии с порядком, установленным Правительством РФ, конкретные юридические лица получают в установленных для них размерах конкретные наркотические средства или психотропные вещества для осуществления оборота наркотических средств или психотропных веществ;

ввоз (вывоз) наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров (далее ввоз (вывоз)) — перемещение наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров с таможенной территории другого государства на таможенную территорию РФ или с таможенной территории РФ на таможенную территорию другого государства;

наркомания — заболевание, обусловленное зависимостью от наркотического средства или психотропного вещества;

больной наркоманией — лицо, которому по результатам медицинского освидетельствования, проведенного в соответствии с настоящим ФЗ, поставлен диагноз «наркомания»;

незаконное потребление наркотических средств или психотропных веществ — потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача;

государственные квоты на наркотические средства или психотропные вещества (далее — государственные квоты) —

квоты на наркотические средства и психотропные вещества, устанавливаемые Правительством РФ в соответствии с международными договорами РФ на основании расчета потребности РФ в наркотических средствах и психотропных веществах, в пределах которых осуществляется их оборот.

Законом устанавливаются организационные основы деятельности в сфере оборота наркотических средств и психотропных веществ, а также меры по противодействию незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров. Рассмотрим некоторые положения закона, относящиеся к вышеуказанным мерам противодействия.

Согласно ст. 40 ФЗ-№ 3 (1998), в РФ запрещается потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача.

Также, согласно ст. 46 ФЗ-№ 3(1998), запрещена пропаганда наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров. Реклама наркотических средств, внесенных в списки 1 и 2, может осуществляться исключительно в специализированных печатных изданиях, рассчитанных на медицинских и фармацевтических работников. Запрещается распространение в целях рекламы образцов лекарственных средств, содержащих психотропные вещества или наркотические средства.

Согласно ст. 51 ФЗ-№ 3(1998), юридическое лицо, замешанное в незаконном обороте вышеуказанных средств, подлежит ликвидации (в соответствии со статьей 61 Гражданского кодекса РФ).

За нарушение ФЗ-№ 3(1998) должностные лица и граждане РФ несут ответственность в соответствии с законодательством РФ.

Материальная ответственность за ущерб, причиненный юридическому лицу, возлагается на работника указанного юридического лица, если неисполнение или ненадлежащее исполнение им трудовых обязанностей повлекло хищение или недостачу наркотических средств или психотропных веществ.

Указанный работник в соответствии с законодательством РФ о труде несет материальную ответственность в размере 100-кратного размера прямого действительного ущерба, причиненного юридическому лицу в результате хищения либо недостачи наркотических средств или психотропных веществ.

3. Нарушения правил обращения с наркотическими средствами и психотропными веществами являются преступлением против здоровья населения и общественной нравственности.

В соответствии со статьей 228 УК РФ от 15.10.97 г.,

— незаконные приобретение или хранение без цели сбыта наркотических средств или психотропных веществ в крупном размере (Прил.1) наказываются лишением свободы на срок до 3 лет;

— незаконные приобретение или хранение в целях сбыта, изготовление, переработка, перевозка, пересылка либо сбыт наркотических средств или психотропных веществ наказываются лишением свободы на срок от 3 до 7 лет с конфискацией имущества или без таковой;

— незаконные приобретение или хранение в целях сбыта, изготовление, переработка, перевозка, пересылка либо сбыт наркотических средств или психотропных веществ совершенные: группой лиц по предварительному сговору; неоднократно; в отношении наркотических средств или психотропных веществ в крупном размере наказываются лишением свободы на срок от 5 до 10 лет с конфискацией имущества или без таковой;

— незаконные приобретение или хранение в целях сбыта, изготовление, переработка, перевозка, пересылка либо сбыт наркотических средств или психотропных веществ, совершенные организованной группой, либо в отношении наркотических средств или психотропных веществ в особо крупном размере (Прил. 1) наказываются лишением свободы на срок от 7 до 15 лет с конфискацией имущества;

— нарушение правил производства, изготовления, переработки, хранения, учета, отпуска, реализации, продажи, распределения, перевозки, пересылки, приобретения, использования, ввоза, вывоза либо уничтожения наркотических средств или психотропных веществ, а также веществ, инструментов или оборудования, используемых для изготовления наркотических средств или психотропных веществ, находящихся под специальным контролем, если это деяние совершено лицом, в обязанности которого входит соблюдение указанных правил, наказывается штрафом в размере от 200 до 500 минимальных размеров оплаты труда или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от 2 до 5 месяцев либо лишением свободы на срок до 3 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового;

— лицо, добровольно сдавшее наркотические средства или психотропные вещества и активно способствовавшее раскрытию или пресечению преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств или психотропных веществ, изобличению лиц, их совершивших, обнаружению имущества, добытого преступным путем, освобождается от уголовной ответственности за данное преступление.

Согласно статье 229 УК РФ от 15.10.1997г.,

— хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ наказываются лишением свободы на срок от 3 до 7 лет; те же деяния, совершенные группой лиц по предварительному сговору, неоднократно, лицом с использованием своего служебного положения, с применением насилия, неопасного для жизни или здоровья,

либо с угрозой применения такого насилия, наказываются лишением свободы на срок от 6 до 10 лет с конфискацией имущества или без таковой; те же деяния, если они совершены организованной группой, в отношении наркотических средств или психотропных веществ в крупном размере, с применением насилия, опасного для жизни или здоровья, либо с угрозой применения такого насилия, лицом, два или более раза судимым за хищение либо вымогательство, наказываются лишением свободы на срок от 8 до 15 лет с конфискацией имущества.

Из статьи 230 УК РФ от 15.10.1997 г. следует, что:

— склонение к потреблению наркотических средств или психотропных веществ наказывается ограничением свободы на срок до 3 лет, либо арестом на срок до 6 месяцев, либо лишением свободы на срок от 2 до 5 лет;

— то же деяние, совершенное группой лиц по предварительному сговору или организованной группой, неоднократно, в отношении заведомо несовершеннолетнего, либо 2 или более лиц, с применением насилия или угрозой его применения наказываются лишением свободы на срок от 3 до 8 лет;

— те же деяния, повлекшие за собой по неосторожности смерть потерпевшего или иные тяжкие последствия, наказываются лишением свободы на срок от 6 до 12 лет.

В соответствии со статьей 231 УК РФ от 15.10.1997 г.,

— посев или выращивание, запрещенных к возделыванию растений, а также культивирование сортов конопли, мака или других растений, содержащих наркотические вещества, наказываются штрафом в размере от 500 до 700 минимальных размеров оплаты труда или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от 5 до 7 месяцев либо лишением свободы на срок до 2 лет.

— те же деяния, совершенные группой лиц по предварительному сговору или организованной группой, неоднократно, в крупном размере, наказываются лишением свободы на срок от 3 до 8 лет;

Согласно ст. 232 УК РФ от 15.10.1997 г.,

— организация либо содержание притонов для потребления наркотических средств или психотропных веществ наказываются лишением свободы на срок до 4 лет;

— те же деяния, совершенные организованной группой, наказываются лишением свободы на срок от 3 до 7 лет.

В соответствии со статьей 233 УК РФ от 15.10.1997 г.,

— незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ, наказываются лишением свободы на срок до 2 лет с

лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.

4. Рассмотрим меры, предпринимаемые в нашем государстве для контроля наркотических средств, сильнодействующих и ядовитых веществ. 14.08.1995 г. Министерством Здравоохранения и Медицинской промышленности был принят приказ № 239, в котором были узаконены среди прочих следующие мероприятия.

1. Постоянный комитет по контролю наркотиков должен обеспечивать регулярное формирование и издание списков наркотических средств, сильнодействующих и ядовитых веществ с полным охватом средств и веществ, включенных в Единую конвенцию о наркотических средствах 1961 г., Конвенцию о психотропных веществах 1971 г. и Конвенцию ООН о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 г.; публиковать списки и информацию о включенных в них средствах и веществах в журнале «Новые лекарственные препараты», «Медицинской газете», «Медицинском вестнике».

Продолжить разработку совместно с научными учреждениями здравоохранения нормативов потребности учреждений здравоохранения в наркотических лекарственных средствах и сильнодействующих веществах.

Производить анализ динамики заболеваемости и болезненности наркоманией в России и видов потребляемых наркотических средств и в установленном порядке представлять соответствующие отчеты в ООН, Минздрав и Медпром России, заинтересованные министерства и ведомства.

Проводить экспертизу и утверждать методическую документацию по применению наркотических лекарственных средств, сильнодействующих и ядовитых веществ в медицинской практике.

2. Фармакологический государственный комитет при Минздравмедпроме России должен осуществлять при проведении клинических испытаний новых и регистрируемых фармакологических средств проверку на возможность формирования от них синдрома зависимости и сообщать об этом в Постоянный комитет по контролю наркотиков для рассмотрения вопроса о включении данного средства в соответствующие списки.

3. Руководители органов и учреждений здравоохранения должны обеспечить в соответствии с действующими приказами Минздравмедпрома РФ систематический контроль за хранением и использованием наркотических средств, сильнодействующих и ядовитых веществ в учреждениях здравоохранения.

4. В 1996 году Минздравмедпромом был принят приказ № 68 (22.02.1996 г.) об исполнении федеральной целевой программы «Ком-

плексные меры противодействия злоупотреблению наркотикам и их незаконному обороту на 1995–1997 гг.», которым было рекомендовано всем органам исполнительной власти субъектов РФ разработать и осуществить комплексные региональные и целевые программы противодействия злоупотребления наркотиками и их незаконному обороту. Также было рекомендовано теле- и радиоккомпаниям РФ предоставлять на льготных условиях время в эфире для проведения передач, направленных на противодействие злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту.

Главной целью Программы является приостановление роста незаконного потребления и оборота наркотиков, а в последующем — поэтапное сокращение распространенности наркомании и связанных с ней правонарушений до уровня минимальной опасности для общества. Приоритетное внимание уделяется совершенствованию деятельности и наращиванию усилий общества в борьбе с нелегальным оборотом наркотиков, профилактикой наркомании и обусловленных этими явлениями правонарушений.

Руководителям органов здравоохранения субъектов РФ приказано принять необходимые меры к укреплению материальной базы сети наркологических учреждений в регионах, не допускать ликвидации самостоятельной наркологической службы в территории.

Среди исполнителей программы в пунктах «Профилактика злоупотребления наркотическими средствами», а также «Лечение, восстановление трудоспособности и реабилитации лиц, допускающих немедическое потребление наркотиков» совместно с другими центрами, управлениями и институтами упоминается ММА им. И. М. Сеченова.

5. В том же 1996 году Минздравмедпромом был принят ряд документов, регламентирующий ввоз в РФ наркотических средств, сильнодействующих и ядовитых веществ. Это приказ № 166 от 25.04.1996 г., постановление № 278 от 16.03.1996 г., устанавливающие перечень необходимых документов для ввоза вышеуказанных веществ в РФ.

5. Масштабы и темпы распространения наркомании, широкий размах незаконного оборота наркотических средств свидетельствует о невысокой результативности принимаемых мер. До настоящего времени медиками и психологами не разработаны эффективные методы лечения и реабилитации больных наркоманией. Не создано действенной системы антинаркотической пропаганды.

За последние 8 лет число наркологических диспансеров сократилось в 1,5 раза, число наркологических коек в 2,3 раза.

Серьезным препятствием для повышения эффективности терапии больных наркоманией является отсутствие в стране реабилитационных

центров и отделений, рассчитанных на длительное пребывание больных. Не решен вопрос об использовании в наркологических учреждениях специально подготовленных психологов и социологов.

Таким образом, на сегодняшний день вопрос о злоупотреблении наркотическими средствами и психотропными веществами по-прежнему является актуальным, и его окончательное решение остается за законодателями, врачами и обществом.

Декларация V Всемирной конференции ВМА по проблемам медицинского образования

Медицинское образование — непрерывный процесс, начало которого совпадает с поступлением в медицинский институт, а окончание — с прекращением медицинской практики.

Потому медицинское образование и является предметом пристального внимания всех национальных медицинских ассоциаций и Всемирной медицинской ассоциации.

Медицинские ассоциации всех стран должны направить свою деятельность на упорядочивание ресурсов, необходимых для обеспечения медицинского образования и ориентировать его качество. Это предполагает организацию учебных групп необходимой величины, наличие соответствующего профессорско-преподавательского состава, оборудования и финансирования.

Чтобы добиться профессиональной и общественной поддержки медицинского образования, медицинским ассоциациям всех стран следует четко представлять нужды, мнения, ожидания и представления о личном достоинстве граждан их стран.

На основании обсуждений и дискуссий, проведенных в ходе работы V Всемирной конференции по проблемам медицинского образования, Всемирная медицинская ассоциация заявляет следующее.

— Целью медицинского образования является подготовка компетентных и высокоморальных врачей, полностью осознающих свою роль в отношениях «врач — пациент».

— Понятие компетентности должно включать знания, практические навыки, систему ценностей, поведения и морали, которые способны стать залогом обеспечения качественной профилактической и лечебной помощи, как отдельным пациентам, так и обществу в целом.

— Исследовательская работа, обучение и моральная помощь пациенту неразрывно связаны, и все это необходимо для достижения должной врачебной компетентности.

— Необходимо разработать международную программу, которая бы оказывала поддержку тем врачам, чье профессиональное мастерство переступает государственные границы.

— Необходимо разработать международно-стандартизированные методики оценки профессиональной компетентности и деятельности врача и использовать их на этапах предвузовского, институтского и непрерывного постдипломного медицинского образования.

— С целью направления в правильное русло общественной политики, образования врачей и общества необходимо наладить и поддерживать свободный международный обмен профессионально подготовленной медицинской информацией по эпидемиологическим вопросам и общим проблемам медицины.

— Необходимо разработать международные стандарты оценки образовательных программ всех уровней.

— В международный медицинский этический кодекс следует включить положение о том, что обучение на протяжении всей жизни является моральным долгом врача.

— Медицинские ассоциации всех стран должны незамедлительно реагировать на любые действия, несущие в себе угрозу целостности процесса медицинского образования.

— Необходимо быстро оценивать эффективность, безопасность и применимость новых технологий и внедрять их в процесс медицинского образования.

Декларация «о политике лечения смертельно больных пациентов, испытывающих хроническую боль»

Принята 42-й медицинской ассамблеей (1990, Калифорния)

Лечение смертельно больных пациентов, испытывающих хроническую боль, должно проводиться так, чтобы они могли достойно уйти из жизни. Правильное применение опиоидных и неопиоидных анальгетиков может облегчить страдания большинства смертельно больных людей. Врач и все, участвующие в лечении страдающего от боли умирающего пациента, обязаны адекватно представлять генез болевых ощущений больного, знать клиническую фармакологию анальгетиков, понимать нужды пациента, членов его семьи и друзей. Правительство обязано обеспечить доступность такого количества опиоидов, которое необходимо для адекватного ведения тяжелого хронического болевого синдрома.

Принципы клинического ведения тяжелого хронического болевого синдрома

Врач должен сосредоточить усилия на облегчении страданий смертельно больного пациента. Боль, испытываемая таким пациентом, является лишь одной из составляющих его страданий. Степень болевых ощущений может варьировать от терпимой до невыносимой.

Клинический опыт показывает, что для облегчения страданий смертельно больного пациента метод применения анальгетика много значимее того, какой конкретно опиоид будет применен.

Есть разница между острой и хронической болью; именно она диктует применение того или иного опиоидного анальгетика. Ниже перечислены общие принципы анальгетического пособия при тяжелой хронической боли.

Лечение должно быть индивидуализировано с тем, чтобы как можно адекватнее соответствовать потребностям пациента и поддерживать, насколько это возможно, состояние комфорта.

Необходимо помнить, что переносимость хронической боли отличается от переносимости боли острой.

В целях избавления пациента от боли врач должен знать силу, длительность действия и побочные эффекты имеющихся в наличии анальгетиков, выбрать из них подходящий, определить дозу и схему приема.

У больных, которым неопиоидные анальгетики уже не помогают, сочетание неопиоидных анальгетиков с опиоидными может давать выраженный эффект.

Утрата противоболевого эффекта анальгетика по причине привыкания пациента к препарату диктует замену анальгетика.

Появление ятрогенной зависимости от препарата не должна рассматриваться как главная проблема при лечении жестокой боли на фоне неопластических заболеваний и не может быть основанием для отказа от применения сильных анальгетиков у больных, которым такие анальгетики могут помочь.

Правительства должны следить за тем, насколько существующая в их странах система здравоохранения, законодательство и подзаконные акты позволяют использовать опиоиды в медицинских целях и устранять возможные препятствия на пути такого применения, а также разрабатывать мероприятия, направленные на обеспечение наличия и доступности опиоидов в медицинских целях.

Декларация всемирной медицинской ассамблеи по эвтаназии

Принята в 1987 г.

«Эвтаназия как акт преднамеренного лишения жизни пациента, даже по просьбе самого пациента или на основании обращения с подобной просьбой его близких, не этична. Это не исключает необходимости уважительного отношения врача к желанию больного не препятствовать течению естественного процесса умирания в терминальной фазе заболевания».

Заявление «о торговле живыми органами»

*Принята 37-й Всемирной Медицинской ассамблеей
в октябре 1985 г. (Брюссель, Бельгия)*

Рассмотрев факты, свидетельствующие о процветании в последнее время продажи живых донорских почек из слаборазвитых стран для пересадок в Европе и США, Всемирная Медицинская Ассоциация осуждает куплю-продажу человеческих органов для трансплантации.

Всемирная Медицинская Ассоциация обращается к правительствам всех стран с призывом принять эффективные меры для предотвращения использования человеческих органов в коммерческих целях.

В октябре 1987 г. «Декларация о трансплантации человеческих органов» была принята 39-й Всемирной медицинской ассамблеей (Мадрид, Испания). Приводим ее текст.

Всемирная медицинская ассоциация рекомендует всем врачам, занимающимся пересадкой человеческих органов, придерживаться следующих принципов:

состояние здоровья пациента — главная забота врача в любой ситуации. Этот принцип должен соблюдаться и при проведении всех процедур, связанных с пересадкой органов от одного человека другому. Как донор, так и реципиент являются пациентами, и их права необходимо соблюдать. Ни один врач не может взять на себя ответственность за проведение операции по пересадке органов до тех пор, пока не будет обеспечено соблюдение прав и донора, и реципиента;

снижение стандартов в оказании медицинской помощи потенциальному донору не имеет никаких оправданий. Уровень оказываемой медицинской помощи не может зависеть от того, будет ли пациент донором или нет;

в случаях, когда для трансплантации берется орган умершего, смерть должна быть независимо констатирована минимум двумя врачами, не имеющими прямого отношения к процедуре пересадки. При констатации смерти каждый из врачей должен использовать современные критерии, принятые национальной медицинской ассоциацией и другими медицинскими организациями его страны;

в случае проведения экспериментальной трансплантации человеку органов животных или искусственных органов необходимо следовать Хельсинской Декларации ВМА, содержащей рекомендации для врачей, участвующих в медико-биологических исследованиях на людях;

совершенно необходимо полное всестороннее обсуждение предполагаемых процедур с донором и реципиентом либо с их родственниками или законными представителями. При этом врач должен соблюсти объективность, сообщить об ожидаемом риске и о возможных альтернативных методах лечения. Подаваемые больному надежды не должны противоречить реалиям. Желание врача послужить интересам науки должно быть вторичным, а интересы пациента — первичными. Необходимо получить информированное, добровольное и осознанное согласие донора и реципиента, а в случаях, когда это невозможно, то членов их семей или законных представителей;

операции по пересадке органов могут проводиться только в специально оборудованных учреждениях компетентными, специально подготовленными специалистами, обладающими необходимыми знаниями, опытом и навыками;

трансплантация может быть осуществлена только после тщательной оценки возможности и эффективности других способов лечения;

купля-продажа человеческих органов строго осуждается.

Декларация «О трансплантации эмбриональных тканей»

*Принята в сентябре 1989 г. 41-й Всемирной
медицинской ассамблеей в Гонконге*

Преамбула

Перспективы трансплантации эмбриональной ткани (ТЭТ) для лечения таких заболеваний, как диабет и болезнь Паркинсона, вновь подняли этические вопросы этики эмбриологических исследований. В семидесятые годы дискутировалась этичность вторжения в живую ткань эмбриона и разработки новых способов пренатальной диагностики, например, фе-

тоскопии. ТЭТ после непроизвольного или преднамеренного аборта напоминает использование трупных тканей и органов; этическое отличие — в возможности влияния трансплантологических соображений на принятие решения об искусственном прерывании беременности.

Технология ТЭТ обоснована в экспериментах на животных. Число ТЭТ людям пока невелико, но уже можно говорить о широких перспективах клинических исследований по ряду заболеваний. Если клинические исследования докажут, что ТЭТ обеспечивает длительное снижение эндокринного дефицита, можно ожидать увеличения спроса на зародышевую ткань. Высказывается озабоченность, что последний может повлиять на принятие женщиной решения о прерывании беременности: некоторые женщины могут забеременеть с единственной целью — сделать аборт и передать зародышевую ткань родственнику или продать ее. Противники такой возможности требуют: (а) запрещения ТЭТ конкретному лицу, (б) запрещения продажи зародышевой ткани, (в) получения согласия на использование ткани зародыша для целей ТЭТ после решения женщиной об аборте.

Решение о прерывании беременности может приниматься женщиной и под влиянием врача. Следовательно, необходимы меры к тому, чтобы соображения, связанные с ТЭТ, не влияли на технику проведения аборта и сроки процедуры. Во избежание конфликта интересов врачи и другой медперсонал, участвующие в прерывании беременности не должны получать прямой или косвенной выгоды от использования тканей, получаемых в результате аборта. Изъятие и консервирование ткани, предназначенной для дальнейшего использования, не должно ставиться во главу угла при проведении аборта. Поэтому врачи, проводящие трансплантацию, не должны оказывать влияния на тех, кто делает аборт, и не могут самостоятельно принимать участие в прерывании беременности.

Существует потенциальная возможность обогащения лиц, занятых в получении, хранении, исследовании, подготовке и доставке зародышевой ткани. Создание механизмов, исключающих такие возможности, позволит снизить прямое и косвенное влияние на женщину при получении согласия на использование abortивного материала.

Рекомендации

Всемирная медицинская ассоциация заявляет, что использование зародышевой ткани в целях ТЭТ еще находится на стадии экспериментирования и с этической точки зрения допустимо, если:

соблюдаются принципы принятых ВМА Хельсинской декларации и декларации о трансплантации человеческих органов в части, относящейся к ТЭТ;

зародышевая ткань заготавливается в соответствии с требованиями «Заявления о торговле живыми органами» и ее предоставление не продиктовано получением денежного вознаграждения, за исключением сумм на покрытие технических расходов;

получатель зародышевой ткани определен не донором;

окончательное решение об аборте принято до того, как поднят вопрос о ТЭТ. Гарантирована абсолютная независимость друг от друга бригад, проводящих операции аборта и трансплантации;

принятие решения о сроках проведения аборта диктуется состоянием здоровья женщины. Вопрос о методе и сроке аборта решается исходя из соображений ее безопасности.

Свод этических правил проведения клинических испытаний и медико-биологических экспериментов на человеке

Введение

Нормальное развитие медицины невозможно без постоянно проводящихся клинических испытаний и медико-биологических экспериментов на человеке. Объективное знание является фундаментальной общественной ценностью и поэтому может служить оправданием возможного риска для телесного и социального благополучия людей, вступающих в роли «объектов» исследовательской деятельности.

Вместе с тем, сколь бы ни была высока ценность объективного знания, она во всех случаях должна быть соизмерима с не менее, а часто более существенными социальными ценностями, которые могут быть сформулированы в виде принципов:

- уважения человека как личности;
- благотворительности и милосердий;
- справедливости;
- солидарности.

Основные этические принципы

Уважение человека как личности исходит из признания и уважения самодовлеющего значения его свободной воли, права и возможности играть определяющую роль при принятии решений, затрагивающих его телесное и (или) социальное благополучие. Человек должен рассматриваться как «хозяин» своего тела, без чьего осознанного и добровольного разрешения в принципе не должны проводиться никакие манипуля-

ции: исследовательские, профилактические, диагностические и лечебные. Ему также принадлежат определенные права на доступ, контроль и распоряжение клинической, медико-биологической и иной информацией, полученной медиками в рамках проводимого ими исследования.

Человек уважается как личность, если он на деле признается в качестве ответственного «автора» своей неповторимой и уникальной истории жизни (биографии).

Принцип благотворительности и милосердия составляет сердцевину призвания врачей и других медицинских работников. Он ориентирует медиков из чувства сострадания руководствоваться прежде всего благом данного конкретного пациента, отодвигая на второй план иные мотивы своей деятельности: познавательные, педагогические, коммерческие и т. д.

Справедливость предполагает принципиальное равенство возможностей для людей с точки зрения: а) доступности медицинской помощи и распределяемых медицинских услуг; б) вероятности разделить бремя риска для здоровья и жизни, страданий и ответственности.

Медицина является древнейшей и важнейшей формой проявления солидарности как принципа, обеспечивающего выживание отдельного человека и человечества в целом. Болезни и травматизм затрагивают наши общие перспективы и интересы. Поэтому в наших общих интересах способствовать по мере возможности прогрессу медицинской науки и практики. Следует уважать готовность человека из чувства солидарности добровольно участвовать в качестве «объекта» клинических испытаний и медико-биологических экспериментов.

Сформулированные выше принципы относятся друг к другу по принципу дополнительности и не находятся между собой в отношениях иерархической зависимости.

Правила проведения испытаний и экспериментов

Свободное, осознанное (информированное согласие на участие в медико-биологическом эксперименте или клиническом испытании, зафиксированное в форме письменного договора между врачом, руководящим испытанием или экспериментом и пациентом (или испытуемым), является строго обязательным условием их проведения.

Ответственность за информирование и его адекватность лежит на руководителе и не может быть переадресована третьим лицам.

Пациент (испытуемый) имеет право отказаться от участия в исследовании на любой его стадии, сохраняя при этом все права на качественное медицинское обслуживание, предусмотренное законом и договором на обслуживание, заключенным ранее между ним и учреждением. В случае

недееспособности испытуемого добровольное информированное согласие должно быть получено от опекуна в соответствии с законом.

Испытания и эксперименты на человеке оправданы лишь в том случае, если планируемое значимое приращение знания не может быть получено другими путями: за счет тщательного и достаточного по объему изучения научной медицинской литературы, проведения экспериментов на животных или искусственных модельных системах, моделирования с помощью компьютера и т. д.

Исследования на человеке допустимы лишь в тех случаях, когда планируемый научный результат надежно обосновывается как вероятный с точки зрения достигнутого уровня развития медицинской науки. Недопустимо проведение рассчитанных на случайную успешность экспериментов методом «тыка».

Морально оправданы могут быть лишь такие исследования на человеке, которые по своей идеологии, методологии и методике соответствуют стандартам современной медицинской науки.

Исследования на человеке, основывающиеся на устаревших теориях, использующих устаревшую методологию и методики, которые априорно снижают научную значимость полученного знания, следует считать аморальными.

Степень риска для жизни, телесного и социального благополучия испытуемого не должна превышать научную значимость планируемых результатов. Интересы человека, выступающего в роли «объекта» исследования, следует признавать выше интересов человечества в получении объективного знания.

Испытания и эксперименты должны быть спланированы так, чтобы минимизировать риск неблагоприятных последствий. В «материалы и методы» исследования строго обязательно должны быть включены достаточные для оперативного купирования возможных негативных последствий и осложнений средства. Для этого же требуется обязательное участие в исследовании соответствующих специалистов.

Клинические испытания и медико-биологические эксперименты на человеке могут проводиться лишь возглавляемой врачом бригадой специалистов, соответствующей характеру исследования квалификации.

Заявки на проведение клинических испытаний и медико-биологических экспериментов, включающие заверенные личной подписью заявления о том, что все исследователи информированы и обязуются выполнять данные правила, а также проекты «Формуляра информированного согласия» на участие в исследовании для всех категорий испытуемых должны проходить обязательное утверждение на независимом от исследователей «Этическом комитете».

Декларация «об использовании животных в медико-биологических исследованиях»

Принята ВМА в сентябре 1989 г.

Медико-биологические исследования (МБИ) имеют важное значение для здоровья и нормальной жизни каждого члена общества. МВИ помогают продлить жизнь людям и улучшить ее качество. Однако возможности ученых способствовать прогрессу здравоохранения угрожает движение за запрещение использования животных в МБИ. Это движение возглавляют группы радикальных борцов за права животных, взгляды которых расходятся с позицией основной части общества по этому вопросу, а тактика варьирует от изолированного лоббирования, организации пропагандистских и дезинформационных кампаний до нападений на центры МБИ и их сотрудников.

Активность так называемых защитников прав животных нарастает в США с 1980 г., их группы совершили более 29 налетов на центры МБИ, украли более 2000 животных, нанесли ущерб на сумму более 7 млн долл. и уничтожили результаты многолетнего труда исследователей. Группы активистов этого движения действуют в Великобритании, Западной Европе, Канаде и Австралии. В этих странах различные группы берут на себя ответственность за взрыв автомобилей, учреждений, складов и частных домов исследователей.

Подобные действия «защитников животных» оказывают отрицательное влияние на международное научное сообщество. Ученые, исследовательские центры и университеты вынуждены менять тематику и даже отказываться от исследования важнейших проблем, для решения которых необходимо использовать животных. Лаборатории вынуждены направлять тысячи долларов не на исследования, а на приобретение охранного оборудования. Молодые люди, которые могли бы сделать карьеру в МБИ, вынуждены искать другие возможности.

Многие исследователи пытаются защитить МБИ от «защитников животных», но усилия эти фрагментарны, не имеют финансовой поддержки и носят, главным образом, оборонительный характер. Многие ученые до сих пор не предпринимают активных публичных выступлений против «защитников животных», опасаясь ответных действий с их стороны. В результате, как уже отмечено, исследователи обороняются, им приходится оправдываться, а использование животных для МБИ продолжает находиться под угрозой запрета.

Заявляя, что исследования на животных необходимы для улучшения медицинской помощи людям, мы утверждаем, что отношение к

животным должно быть достаточно гуманным. Необходимо соответствующее обучение всего персонала исследовательских центров и создание компетентных ветеринарных служб. Эксперименты должны проводиться в соответствии с правилами, регулирующими обращение с животными, условия их содержания, лечения и транспортировки.

Международные медицинские и научные организации должны провести мощную и действенную кампанию против растущей угрозы здоровью общества, созданной активностью «защитников животных». Такой кампании необходима координация и единое руководство.

Всемирная медицинская ассоциация выдвигает следующие принципы.

Использование животных в МБИ необходимо для дальнейшего прогресса медицины.

Хельсинская декларация ВМА требует, чтобы МБИ на людях предварялись экспериментами на животных и, в то же время, настаивает на гуманном и бережном отношении к последним.

Обращение с животными, используемыми в МБИ, должно быть гуманным.

Все исследовательские центры должны соблюдать правила гуманного отношения к животным.

Медицинские общества должны противостоять любым попыткам запретить использование животных в МБИ, так как это приведет к снижению качества медицинской помощи людям.

Хотя свободу слова ни в коем случае нельзя ограничивать, анархические выступления так называемых защитников животных должны получить отпор.

Использование угроз, жестокости, насилия над личностью ученых и членов их семей должно пресекаться в международном масштабе. Необходимо максимально скоординировать усилия международных органов по защите исследовательских центров и их сотрудников от террористических действий.

Декларация «о пренебрежении родительским долгом и жестоком обращении с детьми»

Принята 36-й Всемирной Медицинской Ассамблеей (Сингапур, октябрь 1984 г.) и дополнена в 1989, 1990 и 1992 гг.

Пренебрежение родительским долгом и жестокое обращение с детьми — одни из наиболее пагубных проявлений семейного насилия и неустроенности. Профилактика и раннее выявление фактов пренебрежения родительским долгом и жестокого обращения с детьми, а также всесторонняя помощь детям — жертвам жестокости — обязанность мирового медицинского сообщества...

Всемирная медицинская ассоциация считает, что плохое обращение с детьми является проблемой мирового здравоохранения, в связи с чем рекомендует:

врачи призваны сыграть особую роль в помощи страдающим детям и их неблагополучным семьям.

Необходимо специальное обучение врачей распознаванию признаков жестокого обращения с детьми и пренебрежения родительским долгом. Соответствующая подготовка возможна в рамках непрерывного медицинского образования.

Врачам следует работать в тесном контакте с представителями смежных специальностей. Работоспособная группа должна включать терапевтов, работников социальной сферы, психиатров (в том числе и детских), специалистов по развитию детей, психологов и адвокатов. Если работоспособная группа не сформирована, врачу придется специально искать медицинских, социальных, юридических и иных специалистов, необходимых в каждом конкретном случае.

Врачи первичного звена медицинской помощи (семейные врачи, терапевты, педиатры), скорой помощи, хирурги, психиатры и другие медицинские специалисты должны иметь специальные знания и навыки, необходимые для физикального определения признаков жестокого обращения с детьми, оценки состояния и физического развития детей, умения использовать возможности общества и собственный статус на благо страдающим детям.

Медицинская оценка состояния детей — жертв физически жестокого обращения — должна включать: (1) анамнез; (2) данные физикального обследования; (3) протокол рентгеновского исследования; (4) исследование системы свертывания крови; (5) цветные фотографии; (6) данные исследования братьев и сестер; (7) официальное

медицинское заключение; (8) характеристику поведения пострадавшего; (9) оценку развития ребенка.

Медицинская оценка и ведение детей, подвергшихся сексуальной травме должны включать:

лечение физической и психологической травмы; (2) сбор и обработку свидетельских показаний; (3) лечение и/или профилактику беременности и венерических заболеваний.

Врачи должны уметь оценивать природу и уровень семейных отношений с точки зрения защиты детей. Врачи должны понимать и чувствовать, какие последствия для детей могут иметь качество отношений между родителями, дисциплинарный стиль в семье, ее экономическое положение, эмоциональные проблемы, злоупотребление алкоголем, наркотиками и т. п.

Врач должен быть насторожен относительно общеизвестных признаков жестокого обращения с детьми и помнить, что далеко не всегда эти признаки очевидны и часто лишь внимательное общение с ребенком и его родителями проясняет картину.

Подозревая, что ребенок подвергается унижению в семье, врач обязан незамедлительно: (1) поставить в известность о своих предположениях службу защиты детей; (2) госпитализировать каждого ребенка, подвергшегося жестокости и нуждающегося в защите на время периода первичного обследования; (3) проинформировать родителей о диагнозе и сообщить правоохранительным службам о полученных ребенком травмах.

Ребенок — пациент врача, а потому именно ему следует оказывать предпочтительное внимание. Врач обязан принять все возможные меры для защиты ребенка в будущем. Необходимо связаться с социальной службой защиты детей, работающей в соответствии с законодательством многих стран, а в ряде случаев следует превентивно госпитализировать ребенка.

Перед госпитализацией необходимо провести адекватную оценку уровня развития ребенка, его физического и эмоционального состояния. Если врач, заподозривший жестокое обращение, не в состоянии самостоятельно дать такую оценку, ему следует обратиться за помощью к компетентному специалисту.

Заподозрив факт жестокого обращения с ребенком, врач должен сообщить родителям, что возможность жестокого обращения с ребенком фигурирует в дифференциальном диагнозе. Существенно, чтобы врач был объективен и избежал грубых обвинений и обличения родителей.

Необходимо занести все данные в медицинскую карту, поскольку эти сведения могут стать основной уликой в суде.

Врачи должны участвовать в профилактике жестокого обращения с детьми на всех уровнях, организуя пре- и постнатальное семейное кон-

сультирование, выявляя проблемы в вопросах воспитания и родительской заботы, давая советы по планированию семьи и контролю рождаемости.

Врачам следует организовывать систему профилактики жестокого обращения с детьми путем сестринского патронажа на дому, обучения родителей, адекватного наблюдения за новорожденными и детьми. Врачи должны поддерживать программы, направленные на улучшение здоровья детей и предупреждение жестокого обращения с ними.

Врачи должны отдавать себе отчет в том, что проблема помощи детям — жертвам жестокого обращения — и их семьям требует комплексного подхода. В решении этой проблемы необходимо участие врачей, юристов, сестринского персонала, педагогов, психологов и работников социальной сферы.

Врачи должны поддерживать развитие новых программ, совершенствующих медицинские знания о признаках и последствиях жестокого обращения с детьми и пренебрежения родительским долгом.

Дискуссий по поводу нарушения врачебной тайны в случаях жестокого отношения к детям быть не может. Первейшая обязанность врача — защитить своего пациента, если он стал или может стать чьей-то жертвой. Официальный рапорт о факте насилия, вне зависимости от вида насилия (физическое, психическое или сексуальное), должен быть подан соответствующим властям.

Заявление о халатном отношении врачей к своим обязанностям

Марбелла, Испания, сентябрь 1992 г.

Увеличение количества жалоб на халатное отношение врачей к своим обязанностям может быть связано с:

а) увеличением объема профессиональных знаний и совершенствованием медицинских технологий, что позволяет врачам предпринимать такие медицинские вмешательства, какие были невозможны в прошлом, а это предполагает увеличение степени риска;

б) навязыванием врачам обязанности при оказании медицинской помощи укладываться в некоторую ограниченную сумму;

в) ошибочным смешением понятий на получение медицинской помощи (что возможно) и права на достижение и поддержание здоровья (чего нельзя гарантировать);

г) возбуждением средствами массовой информации недоверия к врачам, ставящего под сомнение их квалификацию, знания и поведение, что побуждает пациентов подавать жалобы на врачей;

д) побочными последствиями «оборонительной позиции», которую занимают медики в связи с увеличением количества исков.

2. Необходимо различать халатное отношение врача к своим обязанностям и неблагоприятный исход заболевания, наступивший в процессе оказания медицинской помощи, не по вине врача.

а) Под врачебной халатностью следует понимать неспособность провести стандартные медицинские вмешательства при данном состоянии пациента, недостаток квалификации или небрежность в лечении больного, нанесшие прямой ущерб пациенту.

б) Непредвиденный ущерб, понесенный в процессе лечения, причинение которого не является результатом недостатка квалификации лечащего врача, является неблагоприятным исходом, наступившим в процессе оказания медицинской помощи, и не должен предполагать ответственности врача.

3. Компенсация ущерба пострадавшим пациентам должна определяться законом — отдельно для случаев халатного отношения врачей к своим обязанностям и — для случаев неблагоприятного исхода, наступившего в результате оказания медицинской помощи.

4. Национальные медицинские ассоциации должны проанализировать возможность следующих форм деятельности, направленной на обеспечение паритетных отношений между врачом и пациентом:

а) просветительские программы, информирующие широкие слои населения о риске, связанном с современными методами лечения, а также медицинские образовательные программы, раскрывающие суть «осознанного информированного согласия», и обучающие методикам его получения;

б) просветительские программы, раскрывающие пределы медицинских возможностей в условиях ограниченного финансирования;

в) просветительские общемедицинские программы в школах и других общественных институтах;

г) повышение уровня и качества медицинского образования с акцентом на клиническую квалификацию врачей;

д) разработка и реализация программ, направленных на улучшение качества медицинских услуг;

е) определение политики в отношении тех врачей, чья квалификация признана недостаточной. Следует предусмотреть возможность временного лишения таких врачей права практики и создание соответствующих систем переподготовки;

ж) информирование населения о возможности понесения в процессе лечения непредвиденного ущерба, причинение которого никак не связано с недостатком квалификации или с небрежностью, а потому не предполагающее за него ответственности врача;

з) юридическая защита врачей в случае понесения пациентом непредвиденного ущерба, не по вине врача;

и) участие в разработке законодательных и подзаконных актов, регулирующих подачу и разбор исков в связи с «врачебной халатностью»;

к) активное противодействие произвольному толкованию понятия «врачебная халатность» как юристами, так и законодателями;

л) внедрение внесудебных форм разбирательств жалоб на врачебную халатность, например, арбитража;

м) стимулирование страхования врачей от профессионального риска. Частнопрактикующие врачи должны заключать такие договоры самостоятельно, а если врач работает по найму, то это — обязанность работодателя;

н) участие в принятии решений о выплате компенсаций пациентам, понесшим во время лечения ущерб, не связанный с врачебной халатностью.

Бажутина Татьяна Олимповна

БИОЭТИКА

Учебное пособие

Редактор: *И. И. Кванская*
Компьютерная верстка: *А. Н. Бельц*
Дизайн обложки: *А. В. Ладыжская*

Санитарно-эпидемиологическое заключение
№ 54. НК.05.953. П.000153.10.03 от 30.10.2003 г.

Подписано в печать 10.10.2006. Формат 60×84/16
Бумага офсетная. Гарнитура Sylfaen. Ризография
Усл. печ. л. 21,8. Тираж 200 экз. Изд. № 73к/06. Заказ № 61к

Оригинал-макет изготовлен издательством «Сибмедиздат» НГМУ
Новосибирск, Залесского, 4
Тел.: (383) 225-24-29. E-mail: sibmedizdat@yandex.ru

Отпечатано в типографии НГМУ
Новосибирск, Залесского, 4
Тел.: (383) 225-24-29