

В.М. ЗАПОРОЖАН

М.Л. АРЯЄВ

# БІОЕТИКА ТА БІОБЕЗПЕКА

ЗАТВЕРДЖЕНО

Міністерством охорони здоров'я України  
як національний підручник для студентів  
вищих медичних навчальних закладів  
IV рівня акредитації

Київ  
Здоров'я  
2013

УДК 517.17  
ББК 87.75я.73  
354

**Запорожан В.М., Аряєв М.Л.**

354 Біоетика та біобезпека: Підручник / В.М. Запорожан, М.Л. Аряєв. — К.: Здоров'я, 2013. - 456 с.

ISBN 978-966-463-038-2

У першому в Україні національному підручнику «Біоетика та біобезпека» викладені історія, предмет, мета, завдання, методи і напрямки розвитку біоетики в системі охорони здоров'я, права людини як джерело біоетичних принципів і критеріїв поведінки, етичний, моральний та деонтологічний вимір у різних галузях їх застосування. У спеціальній частині наведені біоетичні аспекти виховання здорового способу життя, соціальної справедливості та соціоетичних зобов'язань, основ професійної діяльності лікаря, стосунків між медичними працівниками, пацієнтом та його родиною. Окремо наведені біоетичні принципи медико-біологічних досліджень, концепція біобезпеки та ризику використання біомедичних технологій, біоетична та правова оцінка лікарської помилки та ятрогенії. Висвітлені сучасні питання прикладної клінічної біоетики, пов'язані з біоетичними проблемами репродуктивних технологій, медичної генетики, страждання, болю, реабілітації та евтаназії, трансплантології, трансфузіології крові, психіатрії, наркології, соціально небезпечних інфекцій, біопсихосоціальної медицини.

Для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації.

**ББК 87.75я.73**

***Рецензенти:***

*Ю.Г. Антипкін* - академік НАМІ України (директор Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»);

*А.О. Лобенко* - академік НАМН України, заслужений лікар України (шеф-директор Інституту екології людини України).

ISBN 978-966-463-038-2

© В.М. Запорожан, М.Л. Аряєв, 2013

# ЗМІСТ

Вступне слово .....	5
<b>Частина I. ЗАГАЛЬНА БІОЕТИКА</b>	
Розділ 1. Історія професійної медичної етики та передумови розвитку біоетики .....	9
Розділ 2. Етичний, моральний, деонтологічний і правовий виміри в різних сферах їх застосування .....	23
Розділ 3. Біоетика в системі охорони здоров'я .....	35
Розділ 4. Права людини як джерело біоетичних принципів і критеріїв поведінки .....	44
Розділ 5. Напрямки та методи біоетики .....	54
<b>Частина II. СПЕЦІАЛЬНА БІОЕТИКА</b>	
Розділ 1. Етична оцінка біобезпеки та ризиків біомедичних технологій..	83
Розділ 2. Біоетичні аспекти виховання поваги до здорового способу життя .....	94
Розділ 3. Принципи та правила біоетики та її викладання .....	105
Розділ 4. Біоетичні основи професійної діяльності лікаря .....	116
Розділ 5. Стосунки між медичними співробітниками, пацієнтом та його родиною в контексті транскультурної біоетики .....	143
Розділ 6. Біоетичний принцип справедливості в розподілі ресурсів охорони здоров'я .....	154
Розділ 7. Біоетика медико-біологічних експериментів і клінічних досліджень .....	162
Розділ 8. Біоетична і правова оцінка лікарської помилки та ятрогенії...	175
<b>Частина III. ПРИКЛАДНА (КЛІНІЧНА) БІОЕТИКА</b>	
Розділ 1. Біоетичні та правові проблеми репродукції людини .....	184
Розділ 2. Біоетичний контроль генетичних технологій .....	211
Розділ 3. Біоетика завершальної фази життя .....	235
Розділ 4. Біоетичні проблеми медичної психології та психіатрії .....	252
Розділ 5. Біоетичні аспекти трансплантології та трансфузіології крові .....	263
Розділ 6. Біоетичні проблеми ВІЛ-інфекції та інших соціально небезпечних інфекцій .....	272
Розділ 7. Біоетичні проблеми паліативної та реабілітаційної медицини .....	294
<b>ДОДАТКИ:</b>	
Додаток 1. Клятва Гіппократа .....	304
Додаток 2. Женевська декларація Всесвітньої Медичної Асоціації (Міжнародна клятва лікарів) .....	305

## ЗМІСТ

Додаток 3.	Міжнародний кодекс медичної етики . . . . .	306
Додаток 4.	Загальна декларація прав людини . . . . .	311
Додаток 5.	Токійська декларація . . . . .	317
Додаток 6.	Конвенція про захист прав та гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини (Конвенція про права людини та біомедицину) (ETS-164) ..	318
Додаток 7.	Присяга лікаря України . . . . .	331
Додаток 8.	Етичний кодекс лікаря України . . . . .	332
Додаток 9.	Лісабонська декларація про права пацієнта . . . . .	342
Додаток 10.	Декларація про політику в галузі забезпечення прав пацієнта в Європі (Амстердамська декларація) . . . . .	346
Додаток 11.	Гельсінська декларація Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини в якості об'єкта дослідження». . . . .	351
Додаток 12.	Європейська конвенція про захист хребетних тварин, що використовуються для дослідних та інших наукових цілей . . . . .	357
Додаток 13.	Положення про використання тварин в біомедичних дослідженнях . . . . .	370
Додаток 14.	Конвенція про права інвалідів . . . . .	372
Додаток 15.	Декларація про права розумово відсталих осіб . . . . .	398
Додаток 16.	Заява про права жінки на використання контрацепції . . . . .	399
Додаток 17.	Декларація «Про планування родини» . . . . .	400
Додаток 18.	Заява про штучне запліднення і трансплантацію ембріонів . . . . .	401
Додаток 19.	Положення про генетичне консультування та генну інженерію . . . . .	403
Додаток 20.	Загальна декларація про геном людини та права людини..	405
Додаток 21.	Додатковий протокол до Конвенції про захист прав та гідності людини щодо застосування біології та медицини (Конвенція про права людини та біомедицину), який стосується заборони клонування людей . . . . .	411
Додаток 22.	Заява про персистуючий вегетативний стан . . . . .	414
Додаток 23.	Сіднейська декларація відносно констатації факту смерті . . . . .	416
Додаток 24.	Заява про пособництво лікарів при самогубствах . . . . .	417
Додаток 25.	Венеціанська декларація про термінальний стан . . . . .	417
Додаток 26.	Заява про політику в області лікування смертельно хворих пацієнтів, що відчувають хронічний біль . . . . .	418
Додаток 27.	Закон України про психіатричну допомогу . . . . .	420
Додаток 28.	Закон України про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині . . . . .	445

## ВСТУПНЕ СЛОВО

Очевидний факт успішного становлення і динамічного розвитку біоетики в нашій країні є знаковою подією, яка наочно відображає прихильність принципам демократичної побудови суспільства, міжнародної інтеграції та захисту прав особистості.

Біоетика стала логічною відповіддю на численні етичні питання і проблеми, що з'явилися останніми десятиліттями в процесі клінічної діяльності, а також під час біомедичних досліджень і експериментів. Вона покликана не тільки ідентифікувати та аналізувати конфліктні ситуації, що виникають на стику медицини, біології, філософії та юриспруденції, а й визначати конкретні шляхи їх розв'язання.

Предметом розгляду біоетики є насамперед новітні досягнення біології та медицини з погляду визначення ступеня їх небезпеки для людини і суспільства сьогодні й у майбутньому. Біоетика спрямована на розроблення моральних, а в подальшому і законодавчих заходів, що зможуть захистити індивідуум, суспільство і людство в цілому від небажаних, а іноді і згубних наслідків упровадження в практику нових медико-біологічних технологій.

Становлення і швидкий прогрес біоетики пов'язані з революційними змінами та досягненнями у сфері медико-біологічних дисциплін. Йдеться про розшифрування геному людини, клонування тварин, можливості клонування людини, штучну зміну статі, екстракорпоральне запліднення, використання трансгенних рослин для харчування, успіхи генної терапії, лікування із застосуванням ембріональних тканин, нові засоби планування сім'ї, прогрес трансплантології, удосконалення вакцинопрофілактики, запровадження новітніх технологій діагностики, лікування і профілактики різних захворювань людини. Сучасної біоетичної оцінки потребують питання лікарської таємниці, евтаназії, конфлікти між матір'ю і плодом, концепція планування сім'ї, методологія біомедичних досліджень.

Виникнення біоетики стало прямим наслідком практичного впровадження досягнень науково-технічної революції в умовах глибокої ідеологічної кризи і накопичення глобальних екологічних проблем. Значні успіхи в розвитку медико-біологічних наук зумовили виникнення багатьох питань морального характеру. Дійшло до того, що людина намагається поширити свій контроль на власну еволюцію і претендує на те, щоб не просто підтримувати своє життя, а й поліпшити та змінити свою природу, спираючись на власне розуміння. У подібній ситуації виникають обґрунтовані дискусії щодо етичної основи та моральної правочинності таких дій.

Біоетика є не тільки сучасним етапом розвитку медичної етики та деонтології, а й основою для створення науково обґрунтованого балансу між новітніми медико-біологічними технологіями, з одного боку, і правами людини, принципами гуманізму, суспільного прогресу — з іншого. Біоетика ґрунтується на повазі до життя та гідності здорової і хворої людини, інтереси

якої завжди слід оцінювати вище за інтереси науки або суспільства. Провідним постулатом біоетики є принцип автономії з недоторканністю психічного та фізичного статусу людини, що реалізується правилом інформованої згоди пацієнта та суспільства на проведення лікувальних і профілактичних маніпуляцій.

Біоетика поєднує велике коло соціально-економічних, морально-етичних та юридичних проблем, що їх вирішують не тільки в рамках медичного співтовариства, а й за допомогою органів державної влади, громадськості, засобів масової інформації. Біоетичні питання докладно обговорюють в авторитетних міжнародних організаціях — ООН, ЮНІСЕФ, ЮНЕСКО, Раді Європи, ВООЗ. Відповідні декларації, конвенції, угоди, рекомендації, резолюції цих організацій забезпечують розроблення національного юридичного й етичного регулювання практичної охорони здоров'я і медико-біологічних досліджень.

Останнім часом в Україні чимало зроблено на шляху до впровадження етичних принципів у медичну практику і біомедичну науку. Зокрема, створені Комісія з питань біоетики при Кабінеті Міністрів України і Комітети з біоетики НАН, НАМН і МОЗ України. Комітети з медичної етики діють у лікувально-діагностичних закладах, де проводять клінічні дослідження ліків і біомедичні наукові дослідження.

Україна може і повинна зробити вагомий внесок у розвиток біоетики. Географічне положення України, що розташована між Заходом і Сходом, безсумнівно, впливає на формування наших філософських поглядів на науку в цілому і медицину з біологією, зокрема. Історично наша країна ввбирала в себе елементи технократичності Заходу та духовності Сходу. Така гармонійна єдність сприяє гуманізації медицини, розумінню людини як єдності біологічного, психологічного й соціального компонентів. Взаємному проникненню і збагаченню західної і східної культур сприяє співробітництво вищих медичних навчальних закладів України з медичними університетами інших країн в адміністративній, науковій і освітній галузях.

Під час реалізації міжнародних програм в галузі біомедичної етики автори чітко усвідомили значення і роль національних етичних традицій, а також факт істотних особливостей біоетичної практики в багатонаціональних суспільствах.

Відповідно до міжнародної практики вищої медичної та фармацевтичної освіти МОЗ України починаючи з 2005 року послідовно розробляє і реалізує стратегію створення системи переддипломного та післядипломного навчання основам біоетики та біобезпеки. За завданням Центрального методичного комітету з вищої медичної освіти МОЗ України автори розробили програми навчальної дисципліни та курсу за вибором з біоетики та біобезпеки для різних спеціальностей, а також підготували підручник «Біоетика» українською, російською та англійською мовами для студентів вищих

медичних навчальних закладів IV рівня акредитації. Розвиток нових тенденцій у біоетичній науці та практиці, розширення сфери біоетичної освіти в країні, накопичений досвід викладання біоетики в медичному університеті спонукали нас до створення нового підручника «Біоетика та біобезпека».

Концептуальною основою підручника є викладання фактичного матеріалу з біоетики та біобезпеки відповідно до вимог кредитно-модульної системи. Входження вищих навчальних закладів України в Болонський процес не тільки реалізує політичну стратегію інтеграції країни в умови глобалізації світової економіки, але й дозволяє отримати суттєві дидактичні переваги у поєднанні зі зростанням мобільності студентів, дослідників, викладачів.

Підручник підготовлений за тематикою типових програм навчальної дисципліни МОЗ України та відповідає актуальним завданням реформування системи охорони здоров'я на підставі створення національної моделі первинної медико-соціальної допомоги, формування єдиного медичного простору та впровадження принципів медичного страхування. Повною мірою враховані вимоги доказової медицини та стандартизації медичної допомоги населенню. У підручник включені питання для обговорення і теми для дискусій, що спрямовані на закріплення теоретичних знань, перевірку якості та повноти засвоєння навчального матеріалу, а також тренування навичок самоконтролю. Кожен розділ містить перелік літератури для поглиблення знань.

Автори врахували власний досвід викладання біоетики, повною мірою використали дані вітчизняних та зарубіжних монографій, підручників, журнальних статей, а також матеріали міжнародних конгресів і симпозіумів.

У процесі проходження курсу з біоетики та біобезпеки студенти мають ознайомитись з морально-етичними проблемами, які стосуються їх майбутньої спеціальності. Вони повинні отримати знання, вміння та практичні навички раціонального аналізу етичних проблем та їх практичного альтернативного рішення. Студентам треба навчитися брати на себе відповідальність та співпрацювати персонально і в команді професіоналів системи охорони здоров'я.

VI частині підручника викладені основи загальної біоетики: історія професійної медичної етики, проблеми лікарської деонтології, визначені предмет, мета та завдання біоетики в системі сучасної охорони здоров'я, описані права людини як джерела біоетичних принципів, напрямки та методи біоетики як науки. Проблеми спеціальної біоетики стали предметом розгляду у II частині підручника. У ній містяться біоетичні основи професійної діяльності лікаря, аналіз стосунків між медичними співробітниками, пацієнтом та його родиною в контексті транскультурної біоетики і виховання поваги до здорового способу життя. Висвітлені питання справедливості та соціоетичних зобов'язань, проблеми біоетики медико-біологічних експериментів. Представлена концепція безпеки та ризику використання біомедичних

технологій, дана біоетична і правова оцінка лікарської помилки та ятрогенії. Питанням прикладної (клінічної) біоетики присвячена III частина підручника. У ній висвітлена біоетична оцінка штучного абортів та методів штучної прокреації. З позиції біоетики розглядаються завдання контролю генетичних технологій. Висвітлені біоетичні проблеми болю, страждання, паліативної медицини, реабілітації та евтаназії. Описані біоетичні аспекти ВІЛ та інших соціально небезпечних інфекцій, трансплантології та трансфузіології крові, психіатрії та біопсихосоціальної медицини.

Написанню підручника сприяло багаторічне співробітництво і обговорення тенденцій розвитку і викладання біоетики з такими видатними особистостями — Почесними докторами Одеського національного медичного університету, — як проф. К. Барнард (Кейптаунський університет, ЮАР), проф. С. Маркетос (Президент Міжнародного Фонду Гіппократа, лауреат Олімпійської медалі Гіппократа), проф. К. Імієлінські (Президент Міжнародної Медичної Академії А. Швейцера і Польської Медичної Академії, лауреат Олімпійської медалі Гіппократа), акад. РАМН Є. Чазов (Генеральний директор Російського кардіологічного дослідницького комплексу, лауреат Нобелівської премії миру, Росія), Р. Ріджвей (Президент Міжнародної Асоціації Інтегрованої охорони здоров'я, лауреат Нобелівської премії миру, Велика Британія), проф. Б. Любан-Плоцца (Президент Фонду психосоматичної і соціальної медицини, Швейцарія), проф. С. Трахтенберг (Президент Дж. Вашингтонського університету, США), проф. філософії Ді Бернарді (Туринський університет, Італія).

Необхідність глибокого і повного засвоєння основ біоетики студентами вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації є очевидною. Метою підручника є сприяння подальшому розвитку в Україні концепції біоетики і застосування її постулатів у клінічній практиці, під час проведення медико-біологічних досліджень і експериментів.

Автори розраховують на діалог з колегами, ученими, зацікавленими професіоналами, представниками громадських організацій і державних установ. Конструктивні критичні зауваження будуть прийняті з глибокою вдячністю як предмет для плідних дискусій та усунення недоліків.



# ЗАГАЛЬНА БІОЕТИКА

## РОЗДІЛ I

### ІСТОРІЯ ПРОФЕСІЙНОЇ МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ ТА ПЕРЕДУМОВИ РОЗВИТКУ БІОЕТИКИ

#### ЕТАПИ РОЗВИТКУ ПРОФЕСІЙНОЇ МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ

Історію професійної медичної етики слід розглядати як дуже важливий елемент біоетичного предмету й освіти. Безумовно, джерела медичної етики безпосередньо пов'язані з процесом формування загальнолюдської етики, і шлях морального становлення людства ще далекий від свого завершення. Досить умовно історія професійної медичної етики може бути розподілена на чотири етапи:

- I — формування основ предмета;
- II — формування корпоративної медичної етики;
- III — деонтологічний;
- IV — біоетичний.

*/ етап* — етап формування основ предмета бере початок із глибини століть. Первісна мораль, що декларувала у формі тотема і табу «дозволено все, що не заборонено», виникла в епоху неоліту (VIII—III тис. до н. е.). У цей самий період, коли первісна людська спільнота перетворилася на родову громаду і зайнялася виробництвом (скотарство, землеробство), почали формуватися шаманство і медицина. Очевидно, тоді медики та знахарі вперше зіставили результати своєї професійної діяльності з моральними поняттями про добро і зло.

Становленню медичної етики сприяли видатні античні лікарі і філософи Індії, Месопотамії, Єгипету, Греції, Риму.

V Давній Індії існували норми поведінки лікаря і правила стосунків з пацієнтами, термінально хворими і їх родичами. Вони містяться у відомому трактаті «Аюрведа» («Наука життя»), який був складений у VI столітті до н. е., і у вченні давньоіндійського лікаря Сушрута. Етичні норми лікарської практики відображені в пам'ятці старокитайської медицини — книзі Хуан ди Ней-дзиня «Про природу і життя». Історія медичної етики включає погляди і заповіді єгипетського лікаря і жерця Імхотепа (3000 років до н. е.) і перший медичний кодекс царя Хаммурапі (Вавілон, 2500 років до н. е.).

Кодекс містив норми, які регулюють медичну діяльність і впорядковують збирання податків на медичну допомогу.

Медична етика формувалася під час становлення класичної етики як наука про мораль (від лат. *moralis* — вдача, звичаї, звички, поведінка, мода). Засновником античної етики вважають Сократа (469—399 рр. до н. е.). Сократ визначав моральність як здатність особистості підійматися над природними пристрастями й інстинктами, як поведінку, що «личить людині». На його думку, доброта (моральність) закладена в самій природі людини, а аморальні вчинки визначають як недостатність етичного знання. Вищим благом Сократ вважав підпорядкування власних інтересів і вчинків людей у суспільстві одній загальній і вищій меті. Розум за Сократом — це здатність розуміти добро й бажати добра: він є сутністю і душею людини. Сократівська етика є раціональною, її основою є глибока віра в розум і вона ґрунтується на трьох фундаментальних принципах: самоконтроль, тобто самостійність розуму; самовладання, тобто панування розуму над почуттєвими імпульсами; воля, тобто здатність розуму підкорити собі інстинкти людини.

Платон (427—347 рр. до н. е.) розрізняв чотири основні чесноти — мудрість, мужність, розсудливість, справедливість. На думку Платона, у процесі виховання всі чесноти і головна з них — справедливість — повинні стати основою для створення досконалої людини, що живе в ідеальному суспільстві. Чесноти за Платоном забезпечують порядок і гармонію духовного життя. Платон визначив принцип відповідальності, що став основою класичної етики. Відповідальність — це вимога до людини повністю відповідати за свої дії. «Кожний відповідає за власний вибір!», — стверджував Платон, — «Бог не винний, і ми є єдиними творцями нашої долі шляхом вибору способу життя».

Арістотель (384—322 рр. до н. е.) зробив величезний внесок у розвиток філософії і сам запропонував термін «етика» (від грецьк. *ethos* — звичка, мораль, звичай, вдача, характер). У широкому розумінні етика — це наука про призначення і сенс життя, про моральні принципи і норми поведінки людини. У своїй праці «Нікомахова етика» Арістотель визначав етику як одну з найважливіших проблем життєдіяльності людини, як спосіб духовної гігієни буття. Етику почали розглядати як практичну філософію (мудрість), оскільки вона давала відповіді на запитання про те, як повинна діяти людина в тій або іншій ситуації. Такі рекомендації ставали можливими завдяки формуванню ідей про належне (від грецьк. *deon*, звідси деонтологія як наука про належне). Синонімом деонтології є термін «нормативна етика», що підкреслює необхідність обговорення і вироблення норм і моральних законів наймудрішими і найдосвідченішими членами суспільства. З таких позицій медична етика, медична деонтологія, біомедична етика можуть розглядатися як мудрість лікування. Саме такий зміст має вислів Гіппократа: «Лікар-філософ подібний до бога».

У процесі становлення та розвитку античної філософії виникли стійкі поняття «мораль» і «етика», які за певної загальної основи мають істотні відмінності. Під мораллю в цілому розуміють правила поведінки, звичаї і норми, що належать до даної культури і які визначають як правила поведінки людей або груп людей. З іншого боку, під «етикою» розуміють метамораль, тобто навчання, що знаходиться над мораллю і аналізує цінності і моральні судження з метою розроблення основи і сукупності головних принципів.

З давніх часів у культурах усіх народів мистецтво лікування розглядали в моральному та релігійному аспектах. Здатності цілителя вважали божим даром. Лікувальні процедури супроводжувалися молитвами і ритуалами. У давньогрецькій і давньоримській цивілізаціях у храмах, присвячених богам — заступникам медицини, таким, як Асклепій, лікарі були жерцями. Бога медицини Асклепія вважали основоположником знаменитої медичної школи, випускником якої був грецький лікар Гіппократ, що народився приблизно в 460 р. до н. е. і прожив 83 роки (за іншими даними — 104 роки). Гіппократ наполягав, що лікування повинно бути різновидом наукової діяльності, заснованої на спостереженні за перебігом хвороби й оцінюванні ефективності спроб лікування. Він відокремив медицину від релігії, але не від моральних джерел. Гіппократ вважав, що «любов до медичного мистецтва є любов'ю до людства». Лікар повинен входити в будинок хворого з намірами принести добро й уникнути шкоди і несправедливості.

З ім'ям Гіппократа пов'язаний один з найдавніших медико-етичних документів, відомий усім як «Клятва Гіппократа» (Додаток 1). В основі етики Гіппократа лежить ідея поваги до хворого, пацієнта, обов'язковість вимоги, щоб лікування не заподіювало йому шкоди і болю. Лікар зобов'язувався не розголошувати секрети своїх пацієнтів, не вступати з ними в інтимні стосунки, не переривати вагітність, не давати препарати, що можуть призвести до смерті. Заохочується самовідданість і безкорисливість лікарів. Гіппократ дає пораду своєму учневі: «І я раджу, щоб ти не занадто негуманно поводишся, але щоб звертав увагу на велику кількість засобів (у хворого) і на їхню помірність, а іноді лікував би і даром, вважаючи вдячну пам'ять вище від хвилинної слави. Якщо ж буде випадок надати допомогу чужоземцеві або бідняку, то таким особливо слід її надати». Виникла ідея солідарності між колегами, взаємної підтримки, засуджувалася конкуренція. Порівнюючи медицину з філософією, Гіппократ стверджував, що всі відповідні мудрості є також у медицині. Це презирство до грошей, совісність, скромність, простота в одязі, розважливість, рішучість, охайність. «Клятва Гіппократа» ввійшла в історію як основа лікарських присяг і професійного кодексу лікаря.

Протягом Середньовіччя і наступних сторіч «Клятва Гіппократа» була моральним кодексом лікарів і визначала правила їхньої професійної діяльності. Цей документ входить у збірник праць, відомий під назвою «Корпус

Гіппократа», що був підготовлений медичною школою Гіппократа на острові Кос у Давній Греції в період V—IV століть до н. е. Деякі з робіт збірника, безсумнівно, належать Гіппократу, однак вважається загальноприйнятим, що сама Клятва написана приблизно на 100 років пізніше. На думку найбільш відомого дослідника в цій галузі Л. Едельштейна, традиції Гіппократа походять від піфагорійської школи філософів. Піфагорійці цікавилися філософією, релігією і започаткували медичну школу в Давній Греції, що стала відома як школа Гіппократа. Збірник «Корпус Гіппократа» включає, крім «Клятви», й інші твори з питань медичної етики: «Закон», «Про лікаря», «Про благопристойність», «Наставляння», «Про мистецтво», «Про древню медицину». У цих працях розглянуті такі найважливіші проблеми медичної деонтології, як стосунки лікаря і хворого, лікаря і родичів хворого, лікарська таємниця, лікарська помилка, евтаназія, стосунки між лікарями.

Праці великих античних грецьких філософів і особливо школи Гіппократа завершили / *етап історії медичної етики* — етап формування основ предмета, що почався ще в епоху неоліту.

*Петан* — етап формування корпоративної медичної етики, пов'язаний з виникненням і поширенням монотеїстичних релігій, — буддизму, іудаїзму, християнства, ісламу, а в подальшому — зі створенням медичних факультетів університетів і лікарських корпорацій. Носіями медичних знань стають священики та ченці. Вони доглядають за хворими і немічними, надають медичну допомогу і керуються при цьому принципами релігійної моралі. Віра стала духовною основою милосердя священнослужителів, їхніх помічників, сестер і братів милосердя. Моральні постулати про необхідність творити добро, любити ближнього, піклуватися про слабких, бідних, хворих і немічних є в усіх монотеїстичних релігіях. У християнських та іудейських традиціях лікарів вважали знаряддям божого зцілення. їм необхідно було бути компетентними для служіння хворим людям, у тому числі бідним, жебракам і навіть ворогам. Етичний принцип буддизму — прагнення робити добро — стосовно медичної етики дуже точно характеризує вислів Будди: «Брати, хто шанує мене, нехай шанує хворого». Важливий внесок у розвиток медичної етики зробили ісламські вчені-медики: Аль-Рухаві («Практична етика лікаря»), Ібн абу Усейбі («Наказ медицини»), Ібн Сіна (Авіценна) («Канон медицини», «Фірузнома»).

Допомогу хворим надають в монастирях, релігійні і цивільні громади сестер і братів милосердя, різні куратори і навіть лицарські ордени. Статутами цих організацій були передбачені моральні принципи, що сприяли становленню медичної етики. У Древній Русі лікарська діяльність як особлива професія виникла приблизно в X столітті. У збірнику законів «Російська правда», що датується XI століттям, є етичні норми регуляції професійної праці лікаря. У документах Кирило-Белозерського монастиря (XV століття) викладено знайомство лікарів з етичними поглядами Гіппократа.

Найважливішою подією в історії розвитку медичної етики стало формування в X—XII столітті медичних факультетів університетів. Прямим наслідком відкриття медичних факультетів стала самостійність і значна поширеність професії лікаря, а також зростання її престижу. Лікар стає також ученим і доктором в оновленому розумінні цього слова. Випускники медичних факультетів дають «факультетську обіцянку», зміст якої наближався до тексту «Клятви Гіппократа». Створення лікарських корпорацій призвело до подальшої актуалізації проблем медичної етики, хоча корпоративна етика насамперед була спрямована на захист інтересів лікарського середовища, а не хворої людини. Подальшому розвитку медичної етики сприяло створення акушерських шкіл, поступове виникнення елементів організації охорони здоров'я, удосконалення навчальних медичних програм, установлення порядку проходження практики, здачі іспитів і ліцензування.

Історія етапу становлення корпоративної медичної етики включає розроблення в ранньому середньовіччі кодексів «трьох учених професій» (медицина, релігія, право), праці Парацельса, Везалія, Гарвея, Мальпігія, кодекс Персивалія. Медико-етичні декларації цього періоду, етичні кодекси і факультетські обіцянки лікарів Європи, у тому числі України, формували офіційні та неофіційні правила, традиції і звичаї корпоративної медичної етики. Перший вищий навчальний заклад в Україні, в якому готували лікарів, виник у XV столітті у Замості (неподалік Львова). У середньовічних університетах медичні знання завжди викладали на основі глибокого вивчення філософії. Заслужений авторитет у сфері етики мала Києво-Могилянська академія.

*III деонтологічний етап розвитку медичної етики* умовно датується 1834 роком — часом публікації книги англійського філософа і правознавця І. Бентама «Деонтологія, або наука про мораль». Заслуга І. Бентама полягає в розвитку відомої з часів Арістотеля концепції деонтології як науки про обов'язок і належну поведінку з позицій філософського напрямку «утилітаризм». І. Бентам вважав: «Основа деонтології — принцип користі..., певний вчинок є добрим або поганим, гідним або негідним, що заслуговує чи не заслуговує на схвалення залежно від його тенденції збільшувати або зменшувати суму суспільної користі». І далі: «Благо як індивіда, так і суспільства, може бути гарантоване тільки готовністю до самовіддачі, що й повинно практикуватися в спілкуванні між людьми».

Істотний внесок у концепцію деонтології зробив і інший відомий англійський філософ-утилітарист Д. Мілль. Ідеологічна спрямованість утилітаризму полягає у «даруванні найвишого щастя найбільшому числу людей», зменшенні до мінімуму страждань і болю, розширенні сфери особистої свободи для більшості. Цим параметрам відповідає концепція «якості життя», що орієнтується в першу чергу на зменшення болю і часто — на зниження економічних витрат.

Виняткова роль у розвитку класичних теорій деонтології належить видатному німецькому філософу-моралісту І. Канту. Для його філософських принципів характерна концепція етичного раціоналізму. Він вважав, що «практичний розум» як основа етики не залежить від будь-якого знання (релігійного або умоглядного). Основним принципом надзвичайно складної етичної системи І. Канта є «категоричний імператив». Категоричний імператив визначав вчинки, що служать гуманності як до себе, так і до інших людей, і які «не повинні бути просто засобами досягнення, але завжди водночас мають бути метою». Деонтологія І. Канта є етикою поваги до інших і до себе.

Значний внесок у розвиток деонтологічних теорій зробив англійський філософ В. Росе. Його теорія була присвячена прийняттю деонтологічних рішень ситуації «конфлікту зобов'язань» і згодом відіграла важливу роль у формуванні сучасної теорії біоетики. Відправною точкою теорії В. Росса стало прагнення знайти вихід, коли одна група етичних зобов'язань схилає в один бік, а інша — у зворотний. Для адекватного вирішення ситуацій, пов'язаних з конфліктом зобов'язань, В. Росе запропонував поняття «*prima fades* (умовних)» зобов'язань. В. Росе стверджував, що не існує арбітра відносно визначень їхньої пріоритетності в кожному конкретному випадку. За твердженням В. Росса, коли виникає конфлікт двох (або більше) умовних зобов'язань, перевага надається на підставі аналізу конкретних обставин. У тяжких випадках принципово не існує зрозумілого і швидкого правила — як учинити, і необхідно прийняти «зважене», «відповідне» рішення.

У процесі розроблення і поглиблення деонтологічних теорій з позицій різних філософських систем будуть обґрунтовані принципи і постулати гідного виконання обов'язку, моральні вимоги і нормативи. Цікаво, що спочатку деонтологія як розділ етичної теорії охоплювала найрізноманітніші професії і спеціальності. Однак з часом вона більшою мірою стала розглядати етичні проблеми стосовно медицини, внаслідок чого наприкінці ХІХ століття медичну етику стали все частіше називати лікарською деонтологією. Саме у цьому зв'язку період інтенсивного розвитку деонтології, починаючи з класичних праць І. Бенґама, названий деонтологічним етапом розвитку медичної етики. Деонтологія як учення про моральний обов'язок стала наукою практичного застосування принципів і норм лікарської етики в різних галузях медицини, школою медичного гуманізму та морального професіоналізму. Деонтологія бореться проти комерціалізації медицини, за дотримання інтересів хворих і професійних прав медиків.

Значний внесок у формування і розвиток деонтологічної теорії і практики зробили видатні вчені-медики України — Н. Максимович-Амбодик, Д. Самойлович, М. Пирогов, М. Стражеско, Ф. Яновський, Д. Заболотний, О. Богомолець, В. Фролькис, М. Амосов і багато інших. їм було властиве безкорисливе служіння людям і самопожертва під час виконання свого професійного обов'язку. Слід особливо зазначити вагомий внесок у розвиток

медичної деонтології М. Пирогова, що розробив моральний кодекс медичної сестри, привернув увагу до взаємодії лікаря з медичною адміністрацією, й у своїй знаменитій фразі: «Учитися й жити є одне й те саме» сформулював принцип безперервності лікарської освіти.

Величезна роль у розробленні, популяції та поширенні принципів медичної деонтології належить не тільки окремим філософам і вченим-лікарям, а й діяльності професійних медичних асоціацій, урядових і неурядових організацій, законодавчих органів, а також церкви, діячам науки, мистецтва і широкій громадськості.

Додатковим імпульсом до розвитку лікарської деонтології стали підсумки Нюрнберзького процесу, на якому були засуджені злочиння лікарів-фашистів під час другої світової війни. Вражене людство довідалося про надзорстокі дії нацистських медиків. Стало відомо про умертвіння 70 000 чоловік за расовими, соціальними і медичними критеріями. Виявилося, що нацистськими медиками була розроблена надзвичайно ефективна програма евтаназії. Світові також стало відомо, що деякі лікарі, усупереч даній ними клятві Гіппократа, ставили злочинницькі досліди на військово-полонених і на особах, депортованих із окупованих нацистами країн, тим самим збезчестивши професію медика. Саме на Нюрнберзькому процесі світ уперше взяв під сумнів сумлінність лікарів і лікарську етику. Нещодавно стало відомо, що такого роду злочинницькі досліди ставили лікарі в Японії під час другої світової війни. Міжнародне суспільство стало розуміти необхідність міжнародних кодексів медичної етики. В обстановці емоційного підйому і взаєморозуміння Генеральна Асамблея Всесвітньої медичної асоціації прийняла Міжнародну клятву лікарів — Женевську декларацію (1948) (Додаток 2) і Міжнародний кодекс медичної етики (1949) (Додаток 3). Лікарі виявилися в числі перших, хто виступив проти виробництва, поширення і використання бактеріологічної, хімічної та ядерної зброї.

Виняткова роль в аналізі підсумків деонтологічного етапу розвитку медичної етики і формуванні філософсько-аналітичної бази наступного етапу — біоетичного — належить видатній особистості, одному з найвеличніших людей ХХ століття А. Швейцера. У його етиці «благоговіння перед життям» немає поділу на більш цінне і менш цінне життя, на вище й нижче. Вважаючи кожен форму життя священною і недоторканною, А. Швейцер критикував антропоцентричність і переніс біблійну заповідь «не вбий» за вузькі межі міжлюдських стосунків. Він мав повне право сказати: «Моїм аргументом є моє життя». А. Швейцер, людина різнобічних інтересів, став відомим не тільки як талановитий лікар, а також як мислитель, гуманіст, філософ, теолог, священник, музикант, музикознавець, письменник, журналіст, соціальний працівник і філантроп.

Він був визнаний гідним звання лауреата Нобелівської премії. Його внесок у розвиток медичної етики величезний і полягає у створенні нового мислення,

що включає концепцію захисту навколишнього середовища. Нове мислення означало визнання відповідальності жителів нашої планети за збереження і продовження життя на Землі. Вживання можливе, якщо позитивні зміни менталітету будуть випереджати темпи технічного прогресу: якщо зменшаться прірва між бідними й багатими; якщо знизяться витрати на озброєння, а економічний прогрес не буде супроводжуватися руйнуванням і деградацією навколишнього середовища. А. Швейцера можна за правом вважати основоположником екологічної науки. Він усвідомив проблему, що виникла перед людством у середині ХХ століття: експотенціальне підвищення рівня знань не супроводжується збільшенням мудрості, необхідної для керування цим знанням.

Етика А. Швейцера, що характеризується універсалізмом і глобальністю, була спрямована на подолання цього розриву і пошук виходу з духовної кризи ХХ століття. А. Швейцер визначав причину ідейної кризи сучасності як протистояння етики особистості й етики суспільства. За А. Швейцером усю різноманітність етичних систем і світоглядів можна звести до двох основних типів: етика самозречення і етика вдосконалювання. Етика самозречення носить соціально-утилітаристський характер і має на увазі, що кожен індивід має жертвувати собою заради інших і суспільства в цілому. Інший тип етики — етика самовдосконалення моральної особистості. Моральна особистість через розбіжності в оцінюванні поняття гуманності постійно полемізує з етикою суспільства і не може беззаперечно їй підкорятися. А. Швейцер вважає, що на першому місці має бути етика моральної особистості, а етика суспільства може бути моральною тільки через визнання індивідуальних етичних цінностей. А. Швейцер вважав найбільшою помилкою твердження, що етику моральної особистості й етику суспільства не можна об'єднати в єдиній системі етичних цінностей.

*IV етап — біоетичний* — почався з 1970 року, часу публікації робіт Поттера, що став основоположником нової науки — біоетики — і визначив її як «шлях до вживання», як «міст у майбутнє». Як сучасний етап розвитку медичної етики, біоетика спрямована на проведення активного пошуку шляхів гуманізації медицини і медико-біологічної науки шляхом зіставлення можливостей медицини і біології з правами людини. Метою біоетики є захист фізичної, психічної і духовної цілісності людини та її геному, захист тваринного та рослинного світу, захист навколишнього середовища. Вона є комплексом заходів щодо систематичного аналізу і координації дій людини в галузі медицини, біології та екології з погляду загальноновизнаних моральних цінностей і принципів.

Значні успіхи в розвитку медико-біологічних наук породили безліч складних проблем морального характеру. Людина намагається поширити свій контроль на власну еволюцію і претендує на те, щоб поліпшити і змінити свою природу за власним розумінням (!). У подібній ситуації неминучі дискусії про етичну основу і моральне право таких дій. Предметом інтенсивного



i обговорення і аналізу стали етичні проблеми клінічних досліджень за участю людей та експериментів на тваринах, генної інженерії, трансплантації органів і тканини, нових репродуктивних технологій, евтаназії.

Для сучасного суспільства характерними є глибока ідеологічна і духовна криза, девальвація моральних цінностей, споживчий характер цивілізації, недолік глобальних ідей, технократичність мислення, прагматизм і цинізм. У ХХ столітті людство відчуло катастрофічні наслідки глобальної екологічної кризи. Такий принципово новий феномен порушив питання фізичного виживання, продовження людського роду і розвитку всієї цивілізації. Критичну фазу відносин і протиріч між суспільством і природою зумовлено гігантським збільшенням споживання природних ресурсів, зміною ландшафтів, створення нового антропогенного середовища і порушенням динамічної рівноваги в біосфері на різних рівнях її організації. Очевидно, розв'язання проблеми глобальної екологічної кризи пов'язане з вирішенням питання суміщення на етичній основі напрямків економічного розвитку з підтримкою екологічної рівноваги і ресурсної стійкості.

Заслуга Поттера полягає в побудові «моста», «сполучної ланки», в органічному поєднанні таких принципово різних феноменів, як біологія й етика. Природничі науки з початку їхнього існування орієнтувалися на об'єктивізм як ідеал духовності, на вивчення об'єктивної реальності без суб'єктивних переживань і морально-етичних оцінок людини. Сутність історично сформованого глибокого конфлікту між натуралізмом і гуманізмом полягала в тенденції описової й експериментальної науки до ігнорування інформації і знань, які знаходяться поза межами компетентності способів її дослідження.

За задумом Поттера, біоетика — не тільки міст між різними дисциплінами, а й «міст у майбутнє», що необхідно «для поєднання медичної етики й етики навколишнього середовища у всесвітньому масштабі, щоб забезпечити виживання людини». Саме «глобальна біоетика, заснована на інтуїції й розумі (логіці), підкріплених емпіричними знаннями всіх галузей науки, а особливо біології», може і повинна забезпечити «довгострокове виживання людства як виду в нормальній і усталеній цивілізації». Таким чином, етика, що історично була винятково антропоцентричною галуззю знань і вивчала стосунки «людина — людина», стала розглядати також сферу живого (А. Швейцер), а потім поняття моральності поширилося і на природу в цілому (Поттер).

Становленню і розвитку біоетики сприяло розроблення різних теорій: принципалізм, ліберальна етика, утилітаризм, контрактуалізм, соціобіологія. Філософський аналіз і широке обговорення практичних питань дозволили на основі принципів, методів і теорії біоетики покласти початок найважливішому процесу — формуванню етичного мислення. Найважливішим інструментом реалізації принципів біоетики стали Комітети з біоетики різного рівня — від місцевого до національного. Завданням Комітетів є біоетична експертиза всіх проектів, яка включає дослідження, що проводять за участю людей. Основний

принцип їхньої діяльності — повага до життя та гідності здорової або хворої людини, її прав та інтересів. Права й інтереси особистості у всіх випадках повинні бути вищі за інтереси науки або суспільства. Детальні рекомендації з організації, функції, прав і обов'язків Комітетів з біоетики розроблені Комітетом експертів ВООЗ на підставі узагальнення досвіду їхньої роботи в різних країнах. В Україні створені і працюють Комісія з питань біоетики при Кабінеті Міністрів України, Комітети з біоетики при Міністерстві охорони здоров'я, Президіях НАН і НАМІ України, а також численні Комітети з медичної етики лікувальних закладів. Показником бурхливого міжнародного розвитку біоетики є видання численних книг і підручників, періодичних видань, енциклопедій з біоетики, викладання біоетики та біобезпеки в університетах, проведення конгресів, конференцій і симпозіумів.

### НОЕТИЧНИЙ СТУПІНЬ РОЗВИТКУ БІОЕТИКИ

Розвиток біоетики як глобальної мультидисциплінарної галузі наукових знань відбувається в планетарних координатах переходу біосфери в ноосферу і певною мірою є відображенням і наслідком цієї трансформації. Природно-наукове і філософське значення взаємозв'язку біосфери і ноосфери найбільш повною мірою було зрозуміле й осмислене академіком В. І. Вернадським — видатним ученим, мислителем і громадським діячем. Він був основоположником комплексу сучасних наук про Землю — геохімії, біогеохімії, радіогеології і гідрогеології. Працював в області кристалографії, мінералогії, біохімії і філософії постіндустріального суспільства. Його ідеї мали важливе значення в становленні сучасної наукової картини світу. Академік В.І. Вернадський розробив цілісне вчення про біосферу і еволюцію біосфери в ноосферу, в якій розум і діяльність людини, його наукова думка стають визначальним чинником розвитку і потужною силою. Вона за своєю дією на природу порівнянна з геологічними процесами. На формування сучасного світогляду і екологічної свідомості істотний вплив зробили погляди В.І. Вернадського про взаємовідношення природи і суспільства, внутрішню єдність людства і космосу.

У сучасному розумінні біосфера (сфера життя) — це оболонка Землі, яка заселена живими організмами і постійно змінюється завдяки цим мікроорганізмам і продуктам їхньої життєдіяльності. Це «плівка життя», глобальна екосистема Землі, сукупність усіх живих організмів. Біосфера сформувалася 500 млн років назад і заселена 3 млн видів рослин, тварин, мікроорганізмів. Біосфера проникає в усю гідросферу, верхню частину літосфери і нижню частину атмосфери.

Ноосфера (сфера розуму) — новий, сучасний етап еволюції органічного світу, який пов'язаний з появою людини, виникненням і становленням цивілізації, тобто умов, коли розумна діяльність людства стає визначальним чинником розвитку біосфери. Синонімами ноосфери є такі терміни, як «антропосфера», «психосфера», «техносфера», «соціосфера».

Поняття ноосфери як ідеальної «мислячої» оболонки навколо земної кулі, що формується з виникненням і розвитком людської свідомості, ввели на початку XX століття Тейяр де Шарден і Е. Леруа під впливом лекції з геохімії академіка В.І. Вернадського. В.І. Вернадський надав цьому терміну матеріалістичний зміст. Він розглядав ноосферу як нову вищу стадію біосфери, в якій людство пізнає закони природи, удосконалює техніку і починає істотно впливати на сферу Землі і навколоземний простір. За задумом засновників, формування ноосфери не тотожне виникненню людини як виду. Воно починається значно пізніше, у міру освоєння людиною усієї поверхні планети. Тейяр де Шарден вважав точкою відліку епоху неоліту, проте В.І. Вернадський вирішальний імпульс розвитку ноосфери бачить на початку XX століття, коли відбулося повне освоєння земної території, вдосконалення комунікаційних засобів і глобалізація економіки. Цікаво, що В.І. Вернадський у своїх роботах визначає ноосферу то, як подію, що відбулася, то, як процес і перспективу майбутнього. З одного боку, це можна пояснювати особливостями професійного мислення В.І. Вернадського в масштабах геологічного часу. Проте, ймовірно, що подібний дуалізм відображає факт незавершеності побудови ноосфери, яка має бути дооформлена спільними зусиллями людей в інтересах усебічного розвитку всього людства і кожної окремої людини. У концепції В.І. Вернадського ноосфера є третьою за послідовністю фазою розвитку Землі після геосфери (неживої сфери) і біосфери (сфери життя). Подібно до того, як виникнення біологічного життя радикально змінило геосферу, поява людської думки глобально впливає на живу і неживу форми матерії.

З моменту свого оформлення концепція ноосфери включала оптимістичні оцінки можливостей людського розуму і науково-технічного прогресу. На думку В.І. Вернадського, людство як потужна геологічна сила, що своєю думкою і працею змінить обличчя планети, повинне для свого збереження взяти на себе відповідальність за розвиток біосфери в процесі її переходу в ноосферу. У кінці XX століття чітко проявилися нові цивілізаційні виклики, пов'язані з процесом трансформації біосфери в ноосферу.

Як відомо, біосфера має властиві їй контрольні механізми, що покликані захистити Землю як небесне тіло, усю біосферу і людство. Біомедична етика й екоетика як дві складові глобальної етики виникли внаслідок усвідомленого прагнення людства до виживання шляхом збереження біосфери на основі об'єднання сучасних досягнень науки і практики з мораллю і духовністю, а також захисту природних контрольних механізмів біосфери. На жаль, незважаючи на усвідомлення погрози глобальної екологічної катастрофи, активну роботу установ біоетики, урядів, парламентів, урядових і неурядових організацій, лікарів, юристів, педагогів, екологів, церкви і широкої громадськості, негативні тенденції деградації біосфери не вдалося подолати. Людство вступило в XXI століття зі зростаючим тягарем невіршених проблем і, зрозуміло, що майже зруйнувало контрольні механізми

біосфери. Переробляючи природу і навколишнє середовище своїм розумом і наслідками інтелектуальної праці, людина змінює умови життя на планеті, створює ноосферу, що, на відміну від біосфери, не має власних контрольних механізмів.

На жаль, у новій реальності колишні біоетичні принципи, методи і теорії не будуть досить адекватними й ефективними. В умовах реалізованої ноосфери взаємодії індивідуума або людства в цілому з об'єктами живої та неживої природи більшою мірою відбуваються не тільки прямим, а й непрямим шляхом через модифіковану біосферу.

Якщо діяльність людини в ноосфері не почне регулюватися новими етичними принципами, то наслідки сучасної ноосферної кризи можуть мати глобальний і незворотний характер. Для збереження всього живого, природи й екосистеми в цілому ця нова етика повинна стати *нооетикою*, тобто правилами поведінки в ноосфері, які б максимально сприяли глобальним інтересам усіх складових ноосфери: планети Земля, людства і трансформованої ним біосфери. Нооетика має стати одним з численних контрольних механізмів ноосфери, які повинні забезпечити її стабільне існування і розвиток. Створення нооетики можна розглядати як важливий результат розвитку біоетики, спрямований на забезпечення виживання людства в цивілізаційному вимірі його існування. Нооетика як вищий ступінь розвитку біоетики повинна органічно ввійти в етику як розділ філософії, стати її невід'ємною і дуже важливою частиною. Нооетика буде сприяти подальшому розвитку медицини і медико-біологічної науки, що дозволяє обґрунтовано називати сучасний період розвитку біоетики нооетичним (В.М. Запорожан). Порівняльна характеристика біосфери та ноосфери наведена у табл. 1.

Таблиця 1

**Порівняльна характеристика біосфери та ноосфери**

<b>Біосфера</b>	<b>Ноосфера</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Існує у повному обсязі, зростає загроза деградації</li> <li>• Має саморегуляторні механізми</li> <li>• Взаємодія компонентів пряма та безпосередня</li> <li>• Етика біосфери - біоетика як протидія її деградації та загрози життя Землі</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Відбудовується, зберігає перспективу сталого розвитку</li> <li>• Саморегуляторні механізми обмежені</li> <li>• Взаємодія компонентів пряма та через модифіковані діяльністю людини структури</li> <li>• Етика ноосфери - нооетика як етика розбудови ноосфери, етика сталого розвитку і прогресу шляхом морального вибору адекватної техніко-економічної та суспільно-політичної моделі</li> </ul>

Концепція ноетики співпадає з пропозицією К.В. Корсака про включення у наукову термінологію таких інноваційних понять, як *ноосуспільство*, *ноотехнології*, *нооекономіка*. На думку автора, шансом на виживання є поширення «мудрих технологій», або ноотехнологій, застосування яких не руйнує довкілля.

Такі технології мають переважно квантову природу і, на відміну від «класичних» технологій неквантового рівня (механічних, термодинамічних та ін.), здатні ліквідувати екологічні загрози, створити нооекономіку і забезпечити якісне життя в ноосфері мешканцям планети у ХХІ столітті як громадянам ноосуспільства. У групі квантових технологій особливу надію покладають на так звані добрі нанотехнології, котрі як складові нооекономіки не завдають шкоди навколишньому середовищу і забезпечують розвиток ноосуспільства як носія «Ноосфери» В.І. Вернадського.

Концепція ноетики підтримує погляди К.В. Корсака про надходження четвертої хвилі цивілізації — *ноохвилі* — після трьох хвиль за Е. Тоффлером: аграрної, індустріальної та інформаційної. Якщо К.В. Корсак правий і «мудрі технології» (ноотехнології) є такими доленосними у сучасній цивілізації, то специфіка етики ноохвилі, етики ноосуспільства є ще однією підставою для включення в наукову сферу такого інноваційного поняття, як *ноетика*.

В умовах інформаційної хвилі біоетика спрямована на попередження і боротьбу із деградацією біосфери внаслідок безконтрольного застосування у постіндустріальному суспільстві сучасних технологій, у тому числі біотехнологій. Під час надходження нової хвилі цивілізаційного розвитку людства — ноохвилі — перехід біоетики в ноетику є етичним вибором, що спрямований на подальшу розбудову ноосфери на шляху підтримки ноотехнологій, формування ноосуспільства та забезпечення їх сталого розвитку та прогресу (мал. 1). На нашу думку, наведені інноваційні поняття відіграють важливу роль в правильній оцінці сьогодення і порівняно точного передбачення майбутнього.

#### ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ І ТЕМИ ДЛЯ ДИСКУСІЙ

1. Етапи професійної медичної етики.
2. Етап формування основ предмета.
3. Етап формування корпоративної медичної етики.
4. Деонтологічний етап медичної етики.
5. Біоетичний етап медичної етики.
6. Концепція академіка В.І. Вернадського про біосферу.
7. Концепція академіка В.І. Вернадського про ноосферу.
8. Порівняльна характеристика біосфери та ноосфери.
9. Нооетичний етап розвитку біоетики.
10. Роль ноетики як складової ноохвилі у розбудові ноосфери, нооекономіки і ноосуспільства.



Мал. і. Концепція переходу біоетики в нооетику

#### ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ПОГЛИБЛЕННЯ ЗНАНЬ

1. Вернадский В.И. Философские мысли натуралиста. — М.: Мысль, 1988. — 150 с.
2. Гиппократ. Этика и общая медицина. — СПб: Азбука, 2001. — 352 с.
3. Запорожан В.М., Аряев МЛ. Біоетика: Підручник. — К.: Здоров'я, 2005. — 288 с.
4. Корсак К.В., Плахотник О.В. Основи сучасної екології: Навч. посіб. — 4-те вид., перероб. і доп. — К.: МАУП, 2004. — 340 с.
5. Поттер В.Р. Биоэтика: мост в будущее / Пер. с англ., под ред. С.В. Веквшининой и В.Л. Кулиниченко. — К.: Издатель Карпенко В.М., 2002. — 215 с.
6. Тейяр де Шарден. Феномен человека. — М.: Наука, 1987. — 240 с.
7. Тоффлер Е. Третья Хвиля. — К.: Вид. дім «Всесвіт», 2000. — 480 с.
8. Швейцер А. Благоговение перед жизнью. — М.: Прогресс, 1992. — 200 с.
9. Zaporozhan V.N. Nooethics: as modern stage of development of bioethics. *Leadership Medica*, 2005, anno XXI, N 5. - P. 4-14.

## РОЗДІЛ 2

# ЕТИЧНИЙ, МОРАЛЬНИЙ, ДЕОНТОЛОГІЧНИЙ І ПРАВОВИЙ ВИМІРИ В РІЗНИХ СФЕРАХ ЇХ ЗАСТОСУВАННЯ

### ЕТИКА ТА МОРАЛЬ

Слова «*етика*» та «*мораль*» часто використовують як синоніми, оскільки вони достатньо близькі за змістом. Термін «*етика*» був запропонований більше 20 століть тому Арістотелем для визначення науки, яка займається дослідженням добродійності характеру або етичних добродійностей, таких, як мужність, розсудливість, чесність, поміркованість та інші. Спочатку грецьке «*ethos*» мало значення «спільне житло, правила спільного гуртожитку». Надалі це слово стали розуміти як «характер, звичай, вдача». У сучасному значенні *етика* визначається як наука, об'єктом якої є поведінка людини і суспільні звичаї. Критичний етичний аналіз спрямований на виявлення позитивних поведінкових характеристик, що відповідають інтересам індивідуального і суспільного вдосконалювання і прогресу.

Слово «*мораль*» — латинського походження і означає приблизно те саме, що «*ethos*» грецькою означає «вдача, звичай». Терміни «*мораль*» і «*моральний*», що були введені Цицероном, стали латинським еквівалентом грецьких слів «*етика*» і «*етичний*». Не випадково в деяких випадках терміни «*етика*» і «*мораль*» вживають як синоніми у виразах «*етичний / неетичний вчинок (поведінка)*» чи «*моральний / аморальний вчинок (поведінка)*». Разом із тим, досить часто терміни «*етика*» і «*мораль*» мають розбіжності в змістовому навантаженні. У цьому випадку «*мораль*» розуміється як правила, що встановлюють, яка поведінка є правильною, а яка — неправильною, кваліфікують вчинки з погляду добра, яке варто зробити, або зла, якого треба уникнути. У філософському розумінні *мораль* — це цінності і норми, що регулюють поведінку людей. У сферу моралі потрапляє добро і зло, справедливість і несправедливість, чеснота і порок. *Мораль* — особлива форма суспільної свідомості, специфічний вид суспільних стосунків, один зі способів суспільного регулювання поведінки людей у суспільстві.

У такому аспекті *етика* — філософська наука про *мораль*, її сутність, природу і структуру. *Етика* досліджує місце і роль моралі в житті суспільства, розкриває механізми морального регулювання і визначає критерії морального прогресу.

*Етика* за своєю природою є філософською дисципліною. *Етику* як «філософське вивчення моралі» необхідно відокремити від «наукового вивчення моралі», що позначається терміном «описова *етика*». Метою описової *етики* є отримання емпіричних знань про *мораль*. Фахівці в галузі описової

етики прагнуть до опису існуючих моральних поглядів, а потім до їхнього пояснення на підставі обліку причин їхнього виникнення з позицій психології або соціології. Моральні погляди не меншою мірою, ніж інші аспекти людського досвіду, надають психологам і соціологам спектр феноменів, які мають потребу в поясненні. Наприклад, деякі особливості сексуальної моралі психоаналітики можуть пояснити категоріями теорії З. Фрейда, а ставлення певної соціальної групи до питань евтаназії після проведення соціологом анкетування може бути пов'язане з релігійним світоглядом.

Надалі термін «етика» буде використовуватися тільки у філософському значенні, відмінному від предмета описової етики. Філософи звичайно підрозділяють етику на нормативну етику та метаетику. Перша включає практичний аналіз того, як повинна діяти людина і якими нормами і принципами зобов'язана керуватися. Друга — займається теоретичним абстрактним аналізом природи, сутності і походження моралі, тобто «чистою філософією» моралі. Теоретична етика намагається визначити, які дії людини правильні з моральної точки зору і які ні. У метаетиці філософи ставлять завдання встановлення природи моральних поглядів і визначення придатних методів для підтвердження правильності окремих моральних поглядів і теоретичних систем. Імовірно, дискусії у сфері нормативної етики певною мірою стосуються метаетичних міркувань і не можуть бути повністю відокремлені від них. Хоч би якими були деталі відносин нормативної етики і метаетики, більш важливо зрозуміти наявність логічних розбіжностей між нормативною і описовою етикою. У той час як описова етика намагається описати і пояснити ті моральні погляди, що фактично *вже прийняті*, нормативна етика намагається встановити, які моральні погляди *виправдані* і тому *мають бути прийняті*. Завдання загальної нормативної етики полягає в розробленні й обґрунтованому підтвердженні узагальнювальної теорії моральних зобов'язань, інакше кажучи, етичної теорії, що дає загальну відповідь на запитання: «Що правильно з моральної точки зору і що неправильно?» Завдання прикладної нормативної етики, на відміну від загальної нормативної етики, полягає в розв'язанні окремої моральної проблеми, наприклад, чи може аборт мати моральні виправдання, і якщо так, то за яких умов.

У світлі обговорених розбіжностей біоетика може бути ідентифікована як один із розділів прикладної нормативної етики.

Завданням біоетики є розв'язання етичних проблем, пов'язаних з медичною практикою, біомедичними дослідженнями або з однією з інших галузей. Зрозуміло, що етичні проблеми, пов'язані з іншими аспектами життя, відносяться до інших розділів прикладної нормативної етики. Наприклад, етика бізнесу стосується етичних проблем, які виникають у процесі різних видів ділової активності. Важливо те, що у всіх розділах прикладної етики обговорювані окремі проблеми за своїм характером є нормативними. Необхідно давати відповіді на запитання про етичну правомірність або неправомірність конкретної практики дій і її моральну виправданість. Завданням прикладної етики не є встановлення



моральних поглядів, яких люди фактично дотримуються. Це завдання описової етики. Прикладна нормативна етика, як і загальна нормативна етика, спрямована на те, щоб установити, які моральні погляди є виправданими.

Таким чином, етика — дисципліна, заснована на діяльності філософської думки, тоді як мораль пов'язана з конкретною людською практикою, коли під «моральністю» розуміють сукупність дій, що відповідають встановленим нормам етики.

«Золотим стандартом» етики є вимога чинити з іншими так, як тобі хотілося б, щоб інші чинили з тобою. Найголовніший моральний принцип: роби добро та прагни добра й уникай зла. Дотримання природного морального закону та норм, які з ним пов'язані, дає можливість максимально реалізувати потенційні можливості людини та мету життя в усій її повноті. Найближчою нормою моральності є совість. Діяти згідно з вимогами совісті означає обов'язок морального вдосконалення. Совість окремої людини має бути істинною (а не помилковою), впевненою (а не позначеною сумнівом), справедливою (тобто на основі добра і істини). Розвивають і консолідують роботу совісті моральні чесноти, чотири з яких, на думку Арістотеля, є основні — розсудливість, сила, справедливість і поміркованість. Християнською традицією такі чесноти були переосмислені як передумова чеснот теологічних — віра, надія, милосердя.

*Чеснота розсудливості* допомагає впорядкувати варіанти етичного вибору в такий спосіб, який відповідав би нашому людському призначенню. Йдеться не лише про вміння узгоджувати засоби з доброю метою, а й про здатність з'ясувати, чи є засоби достатньо добрими, аби відповідати меті. Для медичного працівника чеснота розсудливості є необхідною і свідчить про його моральну та професійну зрілість.

*Чеснота сили* означає уміти терпіти фізичний біль, долати страх, загрози та небезпеки, протистояти труднощам, служити істині, добру та подолати спокуси та пороки. Похідними від чесноти сили є наполегливість, терпіння (спроможність стримувати гнів, долати розчарування), покірність (уміння чекати результатів). У сфері охорони здоров'я чеснота сили важлива в між-професійних стосунках та відносинах між медичним працівником і хворим.

*Чеснота справедливості* лежить в основі одного з головних біоетичних принципів. Чеснота справедливості визнає особу як цінність і є необхідною передумовою соціальної та економічної справедливості. Це внутрішньо притаманна людській особі постійна активна потреба діяти в інтересах добра як персонального, так і суспільного.

*Чеснота поміркованості* означає спроможність підкоряти свої пристрасті та інстинкти та спрямовувати їх до добра. Вона діє проти сексуальної розбещеності, надмірного споживання їжі та алкоголю, марнотратності, жадібності, ледачості, схильності до нудьги.

Доведення особистої людської сутності до етичної зрілості — це важка і постійна праця. Потрібні внутрішня мотивація на добру мету, повторюваність

і постійність вправ рухатися вперед і долати свої слабкості. Діяти згідно зі своїм сумлінням означає дбати про те, щоб совість постійно відповідала ознакам істинності, впевненості та справедливості. Сумління є моральною свідомістю, що синтезує природний моральний закон і моральне рішення.

Успіхи біоетики у вирішенні сучасних проблем біобезпеки і професійної діяльності медичного співробітника підтвердили правомірність думки Поттера: «Концепція глобальної біоетики буде жити і змінювати нас». Разом із тим, у сучасному демократичному суспільстві, як і в часи античності, точаться дискусії про зв'язок між етикою, з якої бере початок моральний закон, та правом, з якого бере початок закон позитивний.

Етичні та моральні установки мають важливий транскультурний аспект. Завдяки культурі члени певної спільноти людей володіють деяким загальним поглядом на питання поведінки людини у відповідності зі сформованими суспільними традиціями і принципами. Такий своєрідний культурний «код» є колективним життєвим досвідом, і сумою наукових філософських, морально-етичних, мистецтвознавчих і релігійних знань і поглядів. У процесі розвитку філософської науки сформувалася нормативна етика окремих професій. Йдеться не тільки про медичну етику й етику окремих медичних спеціальностей: виникла етика немедичних спеціальностей — етика журналіста, юриста, державного службовця, викладача. З'явилися екологічна етика, господарська етика, ділова етика, сімейна етика та ін.

## ДЕОНТОЛОГІЯ

Систематизований виклад обов'язків представників тієї чи іншої професії є предметом професійної деонтології. Деонтологія включає норми професійних кодексів, що викладені в письмовій формі і стосуються обов'язків представників професійної групи по відношенню один до другого і до об'єктів їхньої службової діяльності. Формування і контроль професійних норм поведінки відбувається за участі представницької влади. Найважливішим завданням деонтології є збереження професійного порядку і репутації на основі посилення на письмові професійні кодекси. З цього складається принципова відмінність між професійною деонтологією й етикою. Етика, на відміну від деонтології, не обмежується розглядом цінностей і норм поведінки у вузько-професійних рамках кодексів. Вона претендує на раціональне обґрунтування норм, принципів і цінностей, навіть якщо вони загальноприйняті і внесені в уже існуючі кодекси. Більш того, етика може порушувати питання про зміну або навіть про скасування будь-якого положення кодексу або закону.

Згідно з К. Пуччіні загальну деонтологію розглядають як «сукупність обов'язків, що стоять перед певною суспільною або професійною категорією і мають на меті дисциплінувати поведінку людей, які належать до цієї категорії, у своїй професійній діяльності або діяльності іншого характеру, що пов'язана з інтересами певної групи осіб, об'єднаних у певну асоціацію».

Медична деонтологія має відношення до обов'язків працівників системи охорони здоров'я. Вона диктує норми поведінки у стосунках з хворими, колегами та суспільством. Медична деонтологія контролює саме медичну сферу діяльності, яка вимагає відповідної професійної підготовки та дотримання норм поведінки, від яких не може ухилитися жоден фахівець.

I. Бентам як один із засновників деонтології розумів її переважно в етико-соціальному плані і бачив застосування безпосередньо в професійному лікувально-діагностичному процесі, тобто поза зв'язком з виконанням конкретних юридичних норм і правил, що закріплені у відповідних законодавчих актах.

Сучасне розуміння загальної і медичної деонтології відображує чітке прагнення суспільства відійти від розуміння деонтологічного кодексу як набору привабливих і правильних манер професійної поведінки. Держава прагне вивести медичні професії за вузькі межі традиційних загальноприйнятих правил і кодексів і наблизити їх до документів про обов'язки і відповідальність, що мають юридичну чинність.

Медична деонтологія як частка загальної деонтології визначає обов'язки і норми поведінки працівників системи охорони здоров'я стосовно хворих, колег і суспільства в процесі виконання специфічних професійних обов'язків. Можна стверджувати, що сучасна деонтологія стала займати проміжне положення між етичними основами і цінностями професії, з однієї сторони, і юридичною законотворчістю — з іншої. Етичні вимоги надають моральну легітимність деонтологічним кодексам, підкреслюють високий моральний статус професійної корпорації і її гуманітарну роль як гарантії якості професійних послуг. Етичний компонент медичної деонтології забезпечує її зв'язок із усією біоетикою у широкому розумінні цієї науки.

Зв'язок деонтології з юридичною складовою підтверджується тим, що багато правил поведінки, які у деонтологічних кодексах називають етичними нормами, мають свої аналоги в цивільному, кримінальному й адміністративному законодавстві різних держав. У них визначені обов'язки і заборони для медичних працівників і їхня юридична відповідальність незалежно від дисциплінарних правил професійних асоціацій і корпорацій. Такий підхід неминучий і виправданий тим, що медична деонтологія спрямована в першу чергу на вироблення моделі тієї поведінки, якої варто дотримуватися або уникати, щоб зберегти привабливий суспільний образ медичної професії. Деонтологічні норми самі по собі не є предметом чіткого етичного напрямку або закінченої моральної системи. Вони здебільшого включають традиційні норми, що мають професійне авторство і спрямовані насамперед на захист корпоративних інтересів і професійної честі.

Традиційно медичні деонтологічні кодекси включають основні принципи, що формують правило поведінки лікаря стосовно пацієнтів, їх родичів, колег, третіх осіб і всього суспільства в цілому. Такими принципами є: коректність, збереження медичної таємниці, надання достовірної інформації,

колегіальність, гідність і честь, професійна відповідальність. Їх дотримання контролюється етико-деонтологічними нормами, а в окремих випадках — судово-медичною експертизою. Особливе значення для медичної деонтології і судової медицини має спільний розгляд таких проблем, як збереження медичної таємниці, надання достовірної інформації і професійна відповідальність. Судова медицина як міждисциплінарна у своїй основі наука своїми специфічними методами вивчає біологічну і медичну складову юридичних норм з метою надання їм кращої інтерпретації, застосування і вдосконалення. Зі свого боку, медична деонтологія прагне до істотного поглиблення і вдосконалення норм і правил поведінки медичних працівників. Вона вивчає моральні норми і їхнє сучасне трактування, погоджує практику їхнього застосування в нових умовах з обліком міжнародних і національних деонтологічних кодексів, а також досліджує юридичні норми деонтологічного характеру з погляду національного права і їхньої відповідності деонтологічним цінностям.

*Принцип професійної коректності* в його загальному розумінні свідчить про необхідність правильних стосунків між медичним працівником, пацієнтом, колегами, професійною асоціацією і представниками державної влади. Коректність включає такі особисті риси, як ввічливість, добре виховання, відкритість, дисциплінованість. Коректність має бути не лише під час професійних дискусій, а й у сімейному та особистому житті. Проявами професійної некоректності є зловживання професійним становищем, критика колег, переманювання пацієнтів, розголошення деяких подробиць своєї професійної діяльності. Некоректність у особистому та сімейному житті може вийти за межі особистого, стати об'єктом публічного розголосу, заподіяти шкоду престижу професії.

Деякі прояви порушення принципу коректності, переступаючи межі професійного середовища, можуть стати об'єктом судово-медичної деонтології і судово-медичної експертизи та потрапити у сферу кримінального права. Такими проявами є виконання якоїсь роботи без відповідної компетентності і ліцензування, відмова від участі в подоланні стихійного лиха чи катастрофи, ненадання медичної допомоги в невідкладному випадку.

*Принцип збереження медичної таємниці* має у своїй основі принцип конфіденційності у стосунках працівника системи охорони здоров'я з пацієнтом. Дотримання конфіденційності вимагає від медичного працівника скромності, тактовності, обачності під час збирання анамнезу і інформації про пацієнта та його родичів. Порушення медичної таємниці можуть мати кримінальні аспекти і наслідки.

*Принцип надання достовірної інформації* передбачає обов'язок медичних фахівців бути відкритими і надавати відповідні відомості та пояснення хворому, його родичам, колегам, асоціації, органам державної та місцевої влади. Публічна інформація поширюється через доповіді, звіти, оголошення, свідчення та повідомлення і стосується відносин медичного працівника і влади. Особиста інформація стосується відносин працівника системи охорони здоров'я і пацієнта

та його родичів. Відомості про стан здоров'я, перебіг хвороби, медичні втручання, у тому числі з дослідницькою метою, лежать в основі інформованої згоди та вимоги поважати істину в процесі комунікації з пацієнтом, у тому числі безнадійно або важко хворим. В основі медичної інформації публічного або особистого характеру лежить або деонтологічне правило, або юридичний обов'язок.

*Принцип колегіальності* виражається обов'язком кожного медичного працівника поважати своїх колег, демонструвати уважне ставлення до виконання своїх професійних обов'язків, до дружби, вірності, чесності. Медичні працівники, навіть якщо вони дотримуються протилежних переконань, повинні докласти всіх зусиль, щоб створити оптимальні умови співпраці та ефективного використання своїх знань і досвіду в інтересах хворої людини. Деонтологічно заборонена поведінка, спричинена почуттями конкуренції та недоброзичливості.

*Принцип гідності та професійної честі* спрямований на підтримку професійної репутації медичного працівника та гідності професії. Їх формують як професійні знання, навички й уміння, так і моральні риси. Принцип має не лише деонтологічний вимір, а й юридичну основу. Поведінка, яка завдає непоправної шкоди репутації медичного працівника та гідності медичної професії, карається дисциплінарними санкціями з боку адміністрації, професійних корпорацій і асоціацій.

Сучасна система охорони здоров'я настійно вимагає етичного, морального і деонтологічного моніторингу. У далеке минуле пішли часи безроздільного лікарського патерналізму, коли хворий був не суб'єктом медицини, відповідальним за власне здоров'я, а її об'єктом. Фактично він був підлеглим лікарю, його терапевтичним професійним таємницям, дослідницьким, а іноді і меркантильним інтересам. У такій ситуації моделі етичної поведінки були традиційними і консервативними, а морально-етична і деонтологічна думка не мала належної динаміки розвитку й удосконалення.

Потреба в етичній, моральній і деонтологічній рефлексії впливає не тільки з самої природи професійної діяльності медичного персоналу, але також пов'язана зі швидким прогресом медико-біологічних технологій. Більше того, значення етичних факторів у сучасній охороні здоров'я постійно зростає внаслідок культурної трансформації і суспільної еволюції з визнанням цінності людської особистості і моральних цінностей індивідуального життя. Стало очевидним, що технологічний прогрес у медицині має супроводжуватися прогресом прикладної філософської думки для запобігання універсалізму і спрощенству в оцінці хворого. Не випадково етичні проблеми охорони здоров'я стали викликати інтерес і широко обговорюватися політиками, журналістами, суспільними і релігійними діячами. У суспільстві зростає співчуття і повага до медичних проблем найменш захищених суб'єктів: до ембріонів в репродуктивній медицині і штучній прокреації, людей за межею бідності, маргіналіє, мігрантів, інвалідів, хронічно і безнадійно хворих.

## ЕТИКА ТА МОРАЛЬНИЙ ЗАКОН, ПРАВО І ЮРИДИЧНИЙ ЗАКОН

Тоді як етика є наукою про моральність людської поведінки, право є системою цих юридичних норм, які регулюють суспільні стосунки в певному історико-політичному суспільстві. Як і етика, право прагне регулювати людську поведінку, але з юридичної точки зору важливо, щоб суб'єкт тільки дотримувався правил на соціальному рівні, а не обов'язково був внутрішньо переконаний у необхідності це робити. Але в кінцевому рахунку принципи права й етики відносно правил поведінки людини не можуть не перетинатися.

В античні часи та протягом середніх віків право та мораль ототожнювалися і право тлумачилося за допомогою моральних понять. У класичній концепції нормативно-правовий припис, який суперечить етиці втрачає свою обов'язковість як несправедливий.

Згодом виникла концепція юридичного позитивізму, яка вивела право за межі загальної системи етики. Внутрішній, або моральний, закон став відрізнятися від закону зовнішнього, або юридичного. У такому контексті закон треба поважати не за те, що він справедливий і відповідає критеріям етичності, а за походження з джерела, що має дозвіл його створювати.

Сучасна історико-культурна ситуація вимагає як визнання недоліків класичної концепції з перевагою етики над правом, так і критики концепції юридичного позитивізму, згідно з якою закон є обов'язковим тільки тому, що походить від верховної влади. Практика тоталітарних режимів продемонструвала, що походження від наділеної авторитетом влади само по собі не гарантує праву справедливості. Тому принципи демократичної розбудови суспільства проголосили пріоритет непорушних і абсолютних прав людини, які повинні гарантуватися законодавством саме тому, що вони природно поєднуються із самим буттям людини. Права людини не можуть бути створені законодавцем, тому що вони вже природно існують незалежно від його волі і лише потребують надання належної форми. Такий підхід зміцнює зв'язок між етикою і правом у контексті сучасних уявлень про демократію.

Справжня демократія не тільки гарантує повагу до дискусій та схвальне ставлення до законів, але і забезпечує повагу до прав людини та захист її гідності. Закон, який не захищає загальне благо, погано виконує свої функції й у правовій державі має змінюватися як несправедливий. Сукупність необхідних норм, які мають бути внесені до конституцій усіх демократичних держав, відома як «конституційний мінімум».

Вагомим соціальним фактором є будь-яка форма громадського протесту, спрямована на відкрите розвінчування неадекватності певної норми законодавства, демонстрацію її внутрішньої несправедливості і суперечності загальному благу. Несправедливий закон може змінюватися шляхом оновлення і покращання культурного середовища, в якому він сформувався, та іншими конституційно передбаченими шляхами.

Несправедливий закон може бути знехтуваний людиною, яка не захоче йому підкорятися через те, що його вимоги перебувають у непереможній суперечності з особистими моральними принципами. У деяких випадках особливої гостроти між позитивним і моральним законами самими нормативними актами чітко передбачена можливість відмови від законослухняної поведінки без усунення внутрішньої несправедливості певної норми законодавства. У сфері охорони здоров'я практично значущим моральним конфліктом є протест сумління. Протест сумління є відмова медичного працівника виконати передбачений законом обов'язок, наприклад, брати участь у процедурах підготовки до аборту й / або в самому аборті (а в перспективі — евтаназії) з повідомленням про те, що він не визнає закону про легітимність абортів, оскільки він суперечить його совісті. Значення протесту сумління в моральному, суспільному та культурному вимірах полягає у захисті свободи сумління, що забезпечує баланс між переконаннями та поведінкою морально зрілого громадянина.

У реальній медичній практиці завжди присутні етичні, деонтологічні, юридичні і суто професійні виміри, які можна відобразити у погляді чотирьох сфер (мал. 2).



Мал. 2. Взаємодія різних сфер практичної роботи медичних фахівців

Професійна сфера включає знання, уміння і навички з діагностики, терапії, профілактики та реабілітації, у тому числі в галузі психології, міжперсональної комунікації, установки позитивних особистих зв'язків із хворим і членами родини, демонстрації прихильності до загальнолюдських цінностей і вияв певних «людських якостей», які надають медичній професії особистісного відтінку.

Юридична сфера охоплює професійну сферу і включає юридично обов'язкові правила поведінки медичного працівника, принципи і цілі

медичного спостереження. Іноді законодавча база носить досить загальний характер і не передбачає можливість індивідуалізації дій відносно конкретного клінічного випадку.

Деонтологічна сфера включає дві попередні сфери і за своєю суттю є екстраюридичною. Вона містить норми, що зафіксовані в національному і міжнародному професійному кодексах. Ці норми регламентують стосунки між співробітниками системи охорони здоров'я, пацієнтом, суспільством у цілому і на відміну від юридичних норм більш деталізовані і можуть бути індивідуалізовані.

Етична сфера є найширшою. Її принципи мають відношення до всіх трьох інших сфер медичної діяльності. Безумовно, професіонал повинний дотримуватися як юридичних, так і екстраюридичних норм. Однак у першу чергу свідомому медичному професіоналу слід враховувати етичні цінності. В окремих випадках можуть бути виправдані сумніви щодо норм закону і деонтології, якщо їхній диктат суперечить етичним принципам професіонала (протест сумління). Завдання, значення і відмінності біоетики у порівнянні з медичною деонтологією та судовою медициною були розглянуті на міжнародній зустрічі в м. Ериче (Італія) у 1991 р. Вироблений на зустрічі так званий Документ Ериче визначив компетенцію біоетики в чотирьох сферах: 1) етичні проблеми медичних професій; 2) етичні проблеми досліджень і експериментів на людині; 3) соціальні проблеми системи охорони здоров'я; 4) проблеми втручання людини в життєві процеси рослин, тварин, мікроорганізмів і в рівновагу екосистеми. Біоетика визначена як наука, «яка, застосовуючи інтердисциплінарну методологію, має на меті систематичне вивчення людської поведінки у сфері наук про життя та здоров'я, причому ця поведінка досліджується у світлі моральних цінностей і засад».

Згідно з Документом Ериче об'єктом деонтології є «норми професійної поведінки», а «кінцевою метою медичної деонтології є істотне поглиблення та вдосконалення норм і правил поведінки медичних працівників». Для цього сучасні моральні і деонтологічні норми вивчаються, трактуються та узгоджуються з вимогами сьогодення, з міжнародними і національними деонтологічними кодексами. Досліджуються юридичні норми деонтологічного характеру з точки зору їхньої відповідності деонтологічним цінностям і права, що діє в кожній окремій країні.

Судова медицина у Документі Ериче визначена «як інтердисциплінарна за своєю природою наука, що за допомогою специфічної методології вивчає біологічну та медичну наповненість юридичних норм із метою дати їм крашу інтерпретацію, забезпечити ліпше застосування та розвиток. Для цього вона співпрацює з системою правосуддя та з фізичними особами в розв'язанні справ, які вимагають обстежень та оцінок біологічного і/або медичного характеру» (цит. за Е. Згречча та ін., 2007).

Відношення між етикою і моральним законом, а також між правом і юридичним законом є підставою для опрацювання різних рівнів відповідальності



працівників системи охорони здоров'я перед пацієнтом, медичною корпорацією і суспільством.

Можна виокремити *моральну* та *юридичну відповідальність*. Юридична відповідальність працівника системи охорони здоров'я визначається комплексом прав та обов'язків, а дозволене та недозволене окреслене законодавством. Моральна відповідальність визначається на підставі етичних цінностей і власного сумління. Закон не кодифікує всі норми, які регулюють сумління, і має більш обмежену сферу функціонування. Його не можна застосовувати у кожному випадку як достатній критерій моральної поведінки. Право і мораль є гарантами загального блага і прав людини, які існують незалежно від жодної юридичної чи моральної модифікації.

*Професійна відповідальність* — це відповідальність за шкідливі чи небезпечні наслідки дій, які є частиною професійної діяльності. Відповідальність поділяється на *кримінальну, цивільну, дисциплінарну й адміністративну*.

*Кримінальна відповідальність* настає в разі скоєння злочинів, передбачених кримінальним кодексом. До них належать злочин з необережності при помилковому або неналежному виконанні професійних обов'язків, залишення в небезпеці, ненадання допомоги, вбивство людини, доведення до самогубства, допомога при самогубстві, заподіяння тілесних ушкоджень.

*Цивільна відповідальність* полягає в негативних майнових наслідках і передбачає як санкцію обов'язок відшкодувати шкоду.

*Дисциплінарна відповідальність* настає в разі дисциплінарного проступку з порушенням норм, чинних у певній установі чи закладі. Дисциплінарними стягненнями є попередження, догана, усунення від виконання з роботи.

*Адміністративна відповідальність* — відповідальність службових осіб за вчинені ними адміністративні порушення, недотримання встановлених правил виконання службових обов'язків, регульованих нормами трудових договорів. Адміністративними стягненнями є догана, зменшення платні, тимчасове зняття кваліфікаційного розряду, звільнення з роботи.

Сучасна біоетика завдяки специфічній методології та власних досягнень робить суттєвий внесок у вдосконалення і обґрунтування деонтологічних нормативів, а також законодавче опрацювання меж втручання у людське життя і навколишнє середовище, біосферу і ноосферу.

Відношення етики й морального закону, з одного боку, та права й юридичного закону — з іншого, дає підстави для опрацювання законодавства, що стосується об'єктів вивчення біоетики. Біоправо як система норм, що регулюють відносини у сфері досліджень біоетики, має особливості обговорення таких складних і делікатних питань, як евтаназія, аборт, допоміжні репродуктивні технології, генетична інженерія, трансплантація, неможливо лише на підставі юридичних нормативних актів. Постає необхідність формування біоюридичної складової біоетики. З біоюридичних позицій слід чітко окреслити роль людини у суспільстві та переосмислити саме поняття життя та

його абсолютної цінності. В Україні назріла об'єктивна необхідність створення правових, економічних і організаційних умов для вдосконалення правового регулювання медичної діяльності шляхом виокремлення в системі права України нової комплексної галузі — медичне право. Систематизація медичного законодавства та приведення його у відповідність до європейського законодавства є одним з основних засобів удосконалення правового регулювання в зазначеній сфері.

#### ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ І ТЕМИ ДЛЯ ДИСКУСІЙ

1. Визначення етики і моралі та їхній зв'язок.
2. Розбіжності між описовою і нормативною етикою.
3. Моральні чесноти і моральний закон.
4. Загальна та медична деонтологія у формуванні і контролі професійних норм поведінки.
5. Принципи медичної деонтології.
6. Історико-культурні тлумачення співвідношення етики та права, закону морального і юридичного.
7. Конституційний мінімум, несправедливі закони та протест сумління у медичній сфері.
8. Взаємодія етичних, моральних деонтологічних і біоюридичних вимірів у медичній діяльності.
9. Документ Ериче.
10. Рівні відповідальності працівників системи охорони здоров'я.

#### ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ПОГЛИБЛЕННЯ ЗНАНЬ

1. *Вековшинина СВ., Кулиниченко В.Л.* Биоэтика: начала и основания (философско-методологический анализ). — К.: Сфера, 2002. — 152 с.
2. *Запорожан В.Н.* Путь к нооэтике. — Одесса: Одес. гос. мед. ун-т, 2008. — 284 с.
3. *Зречча Е., Спаньйоло А.Дж., П'етро М.Л.* та ін. Біоетика / Переклад з італійської В.Й. Шовкун: Підручник. — Львів: Видавництво ЛОБФ «Медицина і право». — 672 с
4. *Попович М.В.* Рациональність і виміри людського буття. — К.: Сфера, 1997.-270 с.
5. *Рікер П.* Право і справедливість. — К.: Дух і літера, 2002. — 218 с
6. *Яровинский М.Я.* Лекции по курсу «Медицинская этика (биоэтика)». - М.: Медицина, 2004. - 528 с.
7. *Dokumento di Erico sui rapporti della Bioetica e della Deontologia Medica con la Medicina Legale, 53 rd Course / Societa Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni (SIMLA)// New trends in forensic haematology and genetics. Bioethical problems (Erice, 18—21 feb raio).* — Medicina e Morale. — 1991. — N 4. - P. 561-567.

**РОЗДІЛ 3****БІОЕТИКА В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я****ПРЕДМЕТ, ВИЗНАЧЕННЯ, ЗМІСТ І ФУНКЦІЇ БІОЕТИКИ**

Біоетика в перекладі з грецької мови означає *етику життя*. Як окрема форма міждисциплінарної теорії і практики біоетика виникла в 70-і роки минулого сторіччя у США і одразу отримала підтримку в Західній Європі. У країнах Східної Європи, Азії і Африки ідеї біоетики були визнані пізніше — у 80—90-х роках ХХ сторіччя.

Головною передумовою формування біоетики як наукової дисципліни є розрив між етичними цінностями гуманістичної культури в широкому розумінні цього слова і біологічними наслідками науково-технічного прогресу, який у ХХ сторіччі став непрогнозованим, неконтрольованим і представляє загрозу для людини як біологічного виду і всього життя на планеті Земля. Винятковий внесок у формування нових принципів і критеріїв поведінки в біомедичному просторі зробив Нюрнберзький процес (1945—1946), на якому був проаналізований принципово новий юридичний і деонтологічний прецедент.

Біоетика сприяє подоланню розмежування методологій природних і гуманітарних наук (відоме як «сперечання між фізиками і ліриками»), розбіжностей між знаннями і моральними цінностями. *Об'єктом* біоетики був обраний феномен життя у широкому розумінні. *Предмет біоетики* став розглядатися як система умов збереження життя на планеті Земля і забезпечення сталого розвитку. Серед таких умов найважливішим є задовільний стан навколишнього середовища, біобезпека, адекватна морально-етична парадигма, політико-економічна стабільність і культурно-соціальна гармонія. Мета біоетики — захист життя і здоров'я індивіда, суспільства і довкілля на основі використання етичних механізмів протидії негативним наслідкам, які виникають під час діяльності людини в медико-біологічній сфері і антропогенних втручань у навколишнє середовище.

У процесі становлення і розвитку біоетики сформувалися її різні напрямки: медичний, екологічний, глобальний, феміністичний, релігійний, східний та ін. Теоретично найкраще розроблені концепції *медичної* і *екологічної етики*. За пропозицією Поттера, ці два напрямки біоетики поєднані у вигляді *глобальної* біоетики, що знайшло безумовну підтримку у європейських біоетиків. У США медична етика (біомедична етика) і екологічна етика продовжують розвиватися незалежно одна від одної.

Становлення біоетики у 70-і роки ХХ століття відбулося як природний розвиток медичної етики на стику медицини, біології, філософії, соціології, психології, професіології, релігієзнавства, педагогіки, менеджменту, юриспруденції. Сам термін «біоетика» започаткував Ван Ренсселер Поттер (Van Rensselaer Potter) у статті «Біоетика, наука виживання» (збірник «Перспективи біології

і медицини», 1970) і у книзі «Біоетика, міст у майбутнє» (1971). Концепція біоетики виникла в атмосфері етичних обвинувачень медицини і науки, що відбувалися наприкінці 60-х років ХХ століття. Термін «біоетика» був запропонований Поттером для того, щоб зазначити необхідність нових етичних підходів, які могли б протистояти викликам, що пов'язані з досягненнями науки і техніки, і забезпечити виживання людства в постіндустріальному суспільстві. Поттер розглядав біоетику як «міст», нову дисципліну, «яка об'єднала б біологічні знання зі знанням людських цінностей». Він обрав «корінь *bio*, щоб репрезентувати біологічне знання, науку про системи живих організмів; а *etika*, щоб репрезентувати знання системи людських цінностей». Поттер окреслив стурбованість та небезпеку, яку становить розкол між знанням науковим і знанням гуманістичним. Він був схильний назвати біоетику «наукою виживання» та вважав, що біоетика покликана охопити цілий комплекс знань про живе і розглядати проблеми не тільки медичної, а й екологічної етики. «Зрозуміло, — писав Поттер, — що біоетика повинна будуватися на мультидисциплінарній основі, я пропоную дві галузі, інтереси яких, здавалося б, різні, але які мають потребу одна в одній: медична й екологічна етика. Вони перетинаються в тому розумінні, що медична етика переважно пов'язана з безпосередніми рішеннями, правом вибору пацієнтів і лікарів у їхньому прагненні продовжити життя... Екологічна етика має стійке уявлення стосовно того, що ми повинні робити, щоб зберегти екосистеми в такій формі, яка буде сумісна з тривалим існуванням людського роду». Саме в такому контексті слід розуміти визначення біоетики в американській «Енциклопедії з біоетики» як «систематичне вивчення людської поведінки науками про життя (life sciences) і здоров'я (healthcare) у світі моральних цінностей і принципів».

Предметом медичного напрямку біоетики є сукупність спірних етичних питань, що можуть ідентифікуватися в процесі медичної практики, під час виконання біомедичних досліджень і експериментів або у разі комбінації цих видів професійної діяльності. Під терміном «біоетика» у медичному вимірі слід розуміти систематичний аналіз дій людини в біології і медицині у світлі моральних цінностей і принципів. За образним виразом академіка Ю.І. Кундієва, «біоетика — це органічне поєднання сучасних досягнень науки і медицини з духовністю», «ознака демократичного суспільства». Біоетика включає велике коло соціально-економічних, морально-етичних і юридичних проблем, зміст і глибина яких постійно змінюються з прогресом біології, медичної науки і практики. Завданням біоетики є всебічний аналіз таких проблем з метою їхнього визначення та розв'язання.

Часто поряд з терміном «біоетика» використовують термін «біомедична етика». Хоча обидва ці терміни міцно ввійшли в сучасний словниковий запас і можуть, на думку Т. Бочампа і Дж. Чілдресса, використовуватися як взаємозамінні, між ними є деякі розбіжності. Термін «біомедична етика» визначає більший акцент на обговорення проблем, пов'язаних з практичною медициною. У такому контексті термін «біоетика» додатково включає більш

широке коло спірних питань: соціальну медицину, біоправо, етику проведення біомедичних досліджень і експериментів.

Не отримала широкої підтримки пропозиція щодо виділення з біомедичної етики так званої *клінічної етики*. Пропозиція виходила з того, що підставою для виникнення біоетики були новітні наукові досягнення в біології, генетиці, генній інженерії, трансплантології, а також клінічні дослідження. Звичайно, усі ці сфери були клінічними і передбачали контакти лікарів і пацієнтів. Однак більшість лікарів не були дослідниками, відносно незначна їх кількість стосувалася медичної генетики і лише деякі займалися трансплантологією. Разом із тим, у практичних лікарів щодня виникали проблеми з тяжкохворими і вмираючими пацієнтами та інші етичні проблеми сучасної медицини. Такі повсякденні і поширені етичні проблеми практичної медицини і були віднесені до «клінічної» етики, на відміну від біомедичної етики, що переважно стосувалася проблем високих медичних технологій і соціальної медицини.

У будь-якому випадку «практична медицина» це не тільки професійна діяльність лікарів, а й діяльність представників інших спеціальностей, які мають відношення до охорони здоров'я населення. У такому сенсі біоетика є наукою про закони, принципи і правила регулювання професійної поведінки медичних працівників і дослідників, що забезпечує безпеку використання нових медичних технологій і попереджає лікарів і вчених про неприпустимість нанесення шкоди людині, його нащадкам, усьому людству і біосфері в цілому.

Характерними проблемами біоетики є такі: «Чи є в лікаря моральні зобов'язання повідомляти пацієнту про невиліковність хвороби?», «Чи може мати моральний захист порушення лікарської таємниці?», «Чи може мати моральні виправдання евтаназія?», «Чи є моральним сурогатне материнство?». Усі подібні питання відносяться до сфери прикладної нормативної етики і спрямовані на оцінку окремих дій і практик. Інші проблеми біоетики стосуються етичної виправданості законів. Наприклад, правомірним є питання про моральну справедливість закону про заборону або обмеження суспільством абортів. Чи необхідні закони про заборону активної евтаназії? Чи потрібні закони, що дозволяють госпіталізувати людину в психіатричну клініку без її згоди? Такі питання свідчать, що біоетика взаємодіє не тільки із загальною нормативною етикою, а також із соціально-політичною філософією і філософією законодавства. Цей факт наголошує на міждисциплінарному характері біоетики всередині самої філософії. Міждисциплінарний характер біоетики визначається також тим, що дискусійні проблеми часто розглядають не лише з точки зору філософських поглядів на мораль (етика — наука про мораль), але й з точки зору теологічних оцінок моралі. Принципова різниця полягає в тому, що філософські аргументи будуються поза визнанням будь-якого релігійного напрямку і релігійної віри, у

той час як теологам аджита \* І ш ^ 4 т а ^ т \ \ Ж ^ ^ Ш ^

нак найбільш важливою ознакою міждисциплінарності біоетики є її зв'язок з медициною і біологією. Досягнення медицини і біології відіграють найважливішу

роль у розвитку біоетики, характері та спрямованості філософської думки. Необхідно визнати виняткове значення участі лікарів і дослідників у біоетичних дискусіях. Це забезпечує проведення філософського аналізу відповідно до реальній медичній практиці і біомедичних спостережень. Пріоритетним напрямком вивчення біоетики залишається професійна поведінка медичних працівників.

Можна стверджувати, що біоетичною основою професійної діяльності медиків є поєднання гіппократівської та постгіппократівської етики (мал. 3). Якщо гіппократівська етика базується на принципах «роби добро» та «не нашкодь», то основою постгіппократівської етики є принципи поваги особистості та справедливості. Повага особистості регламентує інформовану згоду, конфіденційність, правдиву медичну інформацію надання адекватної паліативної допомоги та ведення пацієнта, що вмирає. Справедливість включає контроль проведення клінічних досліджень та розподіл медичних ресурсів на мікрорівні та макрорівні.



Мал. 3. Біоетичні основи лікарської діяльності

Сучасне суспільство виявляє зростаючу зацікавленість у методах етичного контролю роботи медиків і медико-біологічних дослідників. Етичний контроль здійснюється на основі нормативних документів, розроблених і прийнятих різними міжнародними організаціями, найважливішим з яких є прийнята Радою Європи «Конвенція про захист прав і гідності людини в

зв'язку з використанням досягнень біології і медицини: Конвенція про права людини і біомедицину» (Додаток 6).

Слід підкреслити, що проблема визначення біоетики не є цілком розв'язаною. Одні розглядають біоетику як частину медичної етики. Інші вважають біоетику методологією інтердисциплінарного поєднання біомедичних і гуманітарних наук. Треті бачать біоетику як складову частину моральної філософії. Є й такі, хто відокремлює біоетику як самостійну дисципліну, що працює, але не ототожнюється з деонтологією, юриспруденцією або судовою медициною.

В «Енциклопедії з біоетики», яка вийшла у 1978 році в Інституті етики ім. Кеннеді за редакцією Воррена Т. Райха, біоетика була визначена як «систематичне вивчення людської поведінки науками про життя та здоров'я, здійснюване у світлі моральних цінностей; засад». У сферу компетенції біоетики були включені: а) етичні проблеми медичних професій; б) етичні проблеми у сфері досліджень людини; в) соціальні проблеми, пов'язані з національною та міжнародною медичною політикою, політикою планування сім'ї, демографічного контролю, медициною праці; г) проблеми втручання в життя живих істот та рівновагу екосистеми. Таке систематичне вивчення виходить за межі суто медичного погляду і є об'єктом втручання не тільки медичних працівників, але й усього населення.

У новому виданні Енциклопедії, яке вийшло у 1995 р., визначення біоетики ще ширше. Біоетика трактується як «систематичне вивчення моральних вимірів — включно з моральним баченням, моральними рішеннями, моральною поведінкою, моральними спрямуваннями тощо — наук про життя та медичного догляду із застосуванням найрізноманітніших етичних методологій в інтердисциплінарному плані». У новому визначенні об'єкт біоетики поширюється на всі моральні виміри, які включають суспільну поведінку, політичні рішення, сферу права (біоправа) та освітніх наук. Нове визначення підтримує первісну концепцію «глобальної етики», що була запропонована Поттером, охоплює соціальні, екологічні та глобальні проблеми здоров'я і наук про життя і відокремлює біоетику від її вузького аспекту — суто медичної (клінічної) або біомедичної етики, що тільки доповнені етикою біомедичних досліджень. Етична проблема розглядається не лише у світлі моральних цінностей та принципів, а й через розмаїття етичних методологій. Під час дискусії необхідно визначити переконливість та валідність аргументів кожної зі сторін. З принципів позицій біоетика як раціональна дисципліна відкрита і до надраціонального та релігійного світогляду.

Інтеграція *медичної та екологічної біоетики* в рамках *глобальної біоетики* сформувала ідеологічну основу досягнення «прийняттого виживання» (sustainable development) в здоровій екосистемі. Така ідея почала практично реалізовуватися, починаючи з 90-х років минулого століття. У 70-х і 80-х роках біоетика розвивалася в межах медицини і біомедичних досліджень і була насамперед спрямована на захист прав хворої людини, повагу

автономії особистості, захист справедливості та покращання якості життя в умовах використання новітніх медичних технологій. Саме в цей час терміни «біоетика» і «біомедична етика» практично були синонімами.

Всебічного глобального характеру біоетика набула у 90-х роках ХХ століття в зв'язку з глобалізацією економіки, науки та культури, що стало дуже актуальним для суспільства. Причинами всесвітньої глобалізації є інтернаціоналізація економіки, розвиток єдиної системи світового зв'язку, ослаблення ролі національних держав, активізація діяльності транснаціональних недержавних організацій, етнічних діаспор, релігійних конфесій, екологічних рухів. Сам процес глобалізації в сучасному суспільстві неоднозначний, має різні морально-етичні оцінки і є причиною серйозних ідеологічних протиріч і навіть зіткнень. Однак у біоетиці термін «глобальна біоетика» має, безсумнівно, позитивне значення, оскільки йдеться про забезпечення виживання людства на основі створення сполучної ланки (моста), необхідної для поєднання медичної етики й етики навколишнього середовища у всесвітньому масштабі. Напрямами глобальної біоетики стали:

- етика медичних професій (лікарі, медичні сестри, технічні співробітники, адміністратори);
- етика клінічних досліджень і експериментів на тваринах з терапевтичною і нетерапевтичною метою;
- соціальна етика медицини (соціальна справедливість, соціоетичні зобов'язання, розподіл ресурсів охорони здоров'я, біоетичні проблеми медицини праці, спорту, багатонаціонального суспільства, демографічного розвитку);
- етика охорони навколишнього середовища;
- етичне оцінювання біоправа як юридичної регламентації втручання в організм людини, геном і біосферу його проживання;
- етична модифікація поведінки визначених груп населення на основі розроблення і впровадження глобальних навчально-освітніх програм з метою запобігання захворюванням, спричиненим неправильним способом життя (ВІЛ-інфекція, алкоголізація, наркоманія та ін.).

Глобальна біоетика відкрита для видозмін і модифікацій. У ній співіснують ідеї різних видів секулярного варіанта біоетики та її релігійних версій: біоетика православна, католицька, протестантська, іудейська, ісламська та ін. Характерною рисою глобальної біоетики є її глибинний зв'язок і близькість до християнського світовідчуття. У ній присутня необхідність дбайливого відношення людини до будь-якого прояву життя як вищої цінності і «благоговіння перед життям» (А. Швейцер).

Мультидисциплінарний характер і «багатоукладність» глобальної біоетики визначають можливість моральної орієнтації в сучасному багатонаціональному суспільстві і знаходження нестандартних рішень індивідуальних етичних проблем. Соціальна спрямованість глобальної біоетики, її орієнтація



на дотримання принципів справедливості, правдивості, автономії особистості, ненанесення шкоди, інформованої згоди визначають можливість створення органічного і стійкого зв'язку між науковими знаннями і моральними цінностями з метою виживання людства і збереження середовища його проживання.

### ФУНКЦІЇ БІОЕТИКИ ТА ІІТРАНСКУЛЬТУРНИЙ ВИМІР

Біоетика як міждисциплінарна наука має різні функції: апікативну, гносеологічну, світоглядну та ін. *Апікативна функція* біоетики полягає в використанні етичних теорій, принципів і правил в етичному аналізі конкретних ситуацій у сфері охорони здоров'я і біомедичних випробувань. *Гносеологічна функція* біоетики реалізується в процесі аналізу і дослідження етичного матеріалу, який постачає медико-біологічна наука і практика. Не буде перебільшенням вважати найголовнішою функцією біоетики її *світоглядну функцію*. Підвищений і стійкий інтерес до біоетики в усьому світі не є випадковим або проявом моди. Біоетика певною мірою заповнює філософський вакуум сьогодення, який виник внаслідок серйозних соціальних та ідеологічних змін у сучасному суспільстві.

Біоетика виникла та розвивалась в умовах постмодерністських тенденцій другої половини ХХ століття. Ідеологія постмодернізму вплинула на світогляд в цілому, спосіб життя, морально-етичні цінності, науку, мистецтво і релігію. Виявилися втраченими головні ідеї людської цивілізації: віра в прогрес, безмежність можливостей наукового знання і людського розуму. У постіндустріальному суспільстві споживачів набули поширення розчарування в ідеалах і цінностях Відродження і Просвітництва.

Глобальна етика Поттера стала певною мірою результатом взаємопроникнення і взаємовпливу різних культур і різних етичних систем. її транскультурний вимір, поряд з іншими культурними феноменами, складає основу нового світогляду, а також стає точкою відліку в зародженні нової людської самосвідомості. У світоглядному полі глобальної біоетики знаходиться великий набір етичних теорій, правил, принципів і норм — деонтологічних, утилітарних, комунікативних, теологічних та ін. Вона прагне до створення якісно нового сплаву з різних філософських поглядів на основі деідеологізації, множинності етичних парадигм, толерантності і плюралізму думок.

Світоглядна функція біоетики сприяє розвитку громадянського суспільства. Одним з механізмів є біоетична комунікативна практика у вигляді широких дискусій в державних установах, суспільних організаціях, наукових колах, засобах масової інформації відносно етичних проблем медичної практики, наукових досліджень, захисту прав хворої людини, споживача соціальних послуг, тварин, природи у цілому. Дискусії здійснюються на інтердисциплінарному, транскультурному, міжнаціональному, глобальному, локальному рівнях і мають суттєве значення для формування світогляду суспільства.

Загальною тенденцією розвитку біоетики є прагнення до універсалізації етичних принципів, розширення предмета від біомедичної сфери до

екологічних і глобальних проблем людства і підняття її на рівень метаетики і міжнародного біоправа з урахуванням транскультурних і транснаціональних особливостей.

Проблемою сучасного біоетичного світогляду є звинувачення західних країн в «культурному» імперіалізмі.

Біоетика — особливий світогляд, визначений історичним етапом розвитку європейської культури, коли розуміння феномену життя включає в сферу морального не тільки стосунки між людьми, а й відношення людини до рослин і тварин, довкілля, до своєї тілесності і духовності. Проблема полягає в тому, що моральні цінності і етичні принципи західної біоетики не завжди доречні для розв'язання морально-етичних розбіжностей в країнах Азії, Африки, Латинської Америки і навіть Східної Європи. Ліберальний індивідуалізм з принципами автономії і самодетермінації не завжди має достатню підтримку в культурних традиціях різних країн. Протистояння «західної» і «східної» моделі сучасної глобальної цивілізації пов'язано з особливостями релігійної етики основних світових релігій. У країнах Сходу, в яких збережені релігійні традиції, ліберальні цінності не є такими, що відіграють головну роль. Так, китайська медицина традиційно поважає принципи конфуціанства і передусім принцип «роби добро». Етика буддизму і відповідна медична етика спрямовані на співчуття, любов і доброту. Ісламський медичний кодекс заснований на таких чеснотах лікаря, як доброта, терпіння і толерантність. З позицій іудаїзму медична деонтологія базується на повазі до сім'ї, природи і життя. Як результат — спроби розроблення регіональних біоетичних кодексів: «азіатської біоетики», «ісламської біоетики», «африканської біоетики», «міжнародної біоетики». Така партикулярна етика заснована на цінностях окремої країни, соціальної групи, культури і не дає можливості об'єднання етичних принципів в універсальну тотальність. Транскультурний етичний партикуляризм має важливе значення у сучасному суспільстві.

Навіть у демократичних країнах існують біоетичні розбіжності і особливості. Наприклад, європейська біоетика Я. Рендторфа і П. Кемпа та північноамериканська біоетика Т. Бочампа і Дж. Чілдресса засновані на принципалізмі з першорядною повагою до автономії особистості. У той самий час у Європейській етиці поширена зона відповідальності у сферах гуманізму, екологічної і глобальної етики додатковим включенням таких принципів, як повага гідності особистості (*respect for personal dignity*), цілісності (*integrity*), увага до найменш захищених (вразливих) суб'єктів (*vulnerability*).

Світоглядна функція біоетики полягає в визначенні сфери дії тих чи інших «універсальних» моральних норм у різних культурних контекстах. У більшості так званих традиційних суспільств «універсальні» принципи відомі, але мають особливості в масштабах і сферах їх застосування. Наприклад, у традиційному суспільстві можуть існувати моральні еквіваленти уявлень про «цінність людської особи» і відповідні кодекси поведінки. Але такі кодекси

мають суттєві обмеження та виключення відносно різних контингентів людей за ознакою етносу, місця проживання, соціального положення, статі та віку.

Біоетика як особливий світогляд відкрита для змін. Історично поттерівська етика виживання дала життя прагматично орієнтованому південноамериканському принципалізму. Той у свою чергу започаткував європейську біоетику, біоправо і глобальну етику як поєднання медичного і екологічного напрямків.

В Україні на становлення і розвиток біоетики додатковий вплив чинять процеси, пов'язані із завданнями створення ринкового механізму економіки і становлення суспільства, схильного до ідеалів демократії і гуманізму. Медицина й охорона здоров'я в нашій країні перетворюються на одну з пріоритетних сфер громадського життя. Істотно впливає на модифікацію стосунків лікар — пацієнт підвищення медичної свідомості населення, розуміння, що здоров'я людини і його дітей є насамперед предметом його власної турботи і відповідальності. Науковий світогляд допомагає вирішенню практичних проблем. Світоглядна функція біоетики сприяє захисту, збереженню і сталому розвитку життя за допомогою етичних механізмів і принципів.

### ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ І ТЕМИ ДЛЯ ДИСКУСІЙ

1. Функції біоетики.
2. Біоетика і постмодернізм.
3. Роль Поттера у становленні біоетики та визначенні її завдань.
4. Роль біоетики в глобальній концепції світогляду.
5. Світоглядна функція біоетики у формуванні громадянського суспільства.
6. Звинувачення в культурному «імперіалізмі» західної цивілізації.
7. Вплив основних світових релігій на розвиток біоетики.
8. Транскультурний етичний партикуляризм.
9. Транскультурний вимір біоетики.
10. Роль біоетичного світогляду в розбудові демократичного суспільства в Україні.

### ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ПОГЛИБЛЕННЯ ЗНАНЬ

1. *Киселев Н.Н.* Мироззрение и экология. — К.: Наук, думка, 1990.
2. *Крымский С.* Философия как путь человечности и надежды. — К.: Курс. — 2000. - 308 с.
3. *Кулиниченко В.Л.* Современная медицина: трансформация парадигм теории и практики (философско-методологический анализ). — К.: Центр практической философии, 2001. — 240 с.
4. *Кэмпбелл А., Джиллетт Г., Джонс Г.* Медицинская этика: Пер. с англ.: Учеб. пособ./ Под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина. - М.: ГЗОТАР - МЕД., 2004. - 400 с.
5. *Лиотар Ж.Ф.* Состояние постмодерна. — М.: Алетейя, 1998. — 160 с.
6. *Маньковская Н.* Эстетика постмодернизма. — СПб: Алетейя, 2000. — 347 с.

**РОЗДІЛ U****ПРАВЛЮДИНИ ЯК ДЖЕРЕЛО БІОЕТИЧНИХ  
ПРИНЦИПІВ І КРИТЕРІЇВ ПОВЕДІНКИ**

Не буде перебільшенням, якщо зазначити, що становлення біоетики як науки було найбільш тісно пов'язано з процесом етичного обґрунтування прав людини. Особливу роль у формуванні концепції прав людини відіграли міжнародні судові процеси, де було засуджено злочини німецьких фашистів та японських мілітаристів. Світ дізнався про жахливі експерименти, які проводили над військовополоненими та в'язнями концентраційних таборів. У них брали участь і медичні працівники за наказом злочинної влади, яка позбавлена будь-яких морально-етичних орієнтирів та принципів. Можна стверджувати, що період Нюрнберзького процесу (1945—1946 рр.) став фактичною датою народження біоетики як нової дисципліни, хоча формально цей термін не був введений у наукову термінологію. Безпосереднім наслідком цих подій стало прийняття ООН *Загальної декларації прав людини* (10 грудня 1948 р.) (Додаток 4) і подальша публікація документів, спрямованих на формування та юридичне оформлення принципу дотримання «прав людини». Генеральна Асамблея ООН проголосила Загальну декларацію прав людини «як завдання», до виконання якого повинні прагнути всі народи і всі держави з тим, щоб кожна людина і кожний орган суспільства, завжди маючи на увазі цю Декларацію, прагнули шляхом освіти сприяти повазі до цих прав і свобод та забезпеченню шляхом національних і міжнародних прогресивних заходів загального і ефективного визнання і здійснення їх як серед народів держав — членів організації, так і серед народів територій, що перебувають під їх юрисдикцією. У ст. 1 Декларації зазначено: «Всі люди народжуються вільними і рівними у своїй гідності та правах. Вони наділені розумом і совістю і повинні діяти по відношенню один до одного в дусі братерства».

Іншими нормативними наслідками, які виникли у безпосередньому зв'язку з нацистськими злочинами та участю у них медичних працівників, є створення і вдосконалення національними та міжнародними професійними організаціями й асоціаціями лікарів і середнього медичного персоналу кодексів медичної та професійної етики. Так, в 1975 р. 29-а Всесвітня Медична Асамблея прийняла «Рекомендації з позиції лікарів щодо катувань, покарань та інших страждань, а також негуманного або принизливого лікування у зв'язку з арештом або перебуванням у місцях ув'язнення» (Токійська декларація) (Додаток 5). У Преамбулі Декларації проголошено: «Лікар зобов'язаний служити людству, зберігаючи і відновлюючи фізичне і психічне здоров'я людей, полегшувати страждання пацієнтів, незалежно від їхніх особистих якостей і проявів. Лікар повинен виявити абсолютну повагу до

життя людини, починаючи з моменту її зачаття, і ніколи, навіть під загрозою, не може використовувати свої професійні знання всупереч законам гуманності».

Громадськість виходить з того, що такі деонтологічні документи повинні постійно вдосконалюватися та оновлюватися. Взаємозв'язок становлення і розвитку біоетики зі становленням та розвитком концепції прав людини як основи правового статусу особистості підтверджується фактом формування і швидкого процесу нового нормативно-правового напрямку біоетичної науки — біоправа (біоюриспруденції).

Різні підходи до розуміння і трактування прав людини були у ХХ сторіччі головним і постійним об'єктом ідеологічного протистояння двох суспільно-політичних систем. Питання індивідуалізації прав людини, засобів їхньої реалізації, охорони та захисту і сьогодні залишаються найважливішою проблемою. Права і свободи людини та громадянина складають ядро Конституцій правових держав. У сучасному суспільстві ретельне дослідження прав людини та їх обсягу є головним критерієм та обов'язковою умовою оцінювання результатів економічних та суспільних перетворень.

З погляду на історію теорія прав людини розвивалася протягом сторіч. Уперше термін «права людини» був використаний у французькій *«Декларатії прав людини і громадянина»*, яка була прийнята Національною асамблеєю Франції 26 серпня 1789 р. Ще раніше окремі елементи ідеї про права особистості, як такі, що існують у самій людській природі і належать людині тому, що вона є людиною, висловлювались в таких документах, як англійські *Велика хартія вільностей* (1215), *Біль про права* (1689) та *Декларація американської незалежності* (17'87). Протягом ХІХ сторіччя в різних державах сформувалися початкові варіанти ліберального набору громадянських і політичних прав.

У сучасному розумінні задекларовані ліберальні права, — свобода, рівноправ'я, недоторканність особи та житла, право власності, виборче право, — були значно обмежені виборчими, політичними, статевими, расовими цензами та заборонами. У ХХ сторіччі успіхи світового соціалістичного руху та загроза міжнародного революційного вибуху привели до того, що громадянські і політичні права були значно розширені, а також доповнені соціально-економічними правами — правами на працю, відпочинок, об'єднання в профспілки, соціальну допомогу. Невід'ємним досягненням у становленні концепції прав людини стало створення у 1922 р. *Міжнародної федерації за права людини*.

Якісний стрибок у розвитку інституту прав людини полягає у формуванні верховенства міжнародного права на основі гіркого досвіду знехтування правом на життя і людську гідність злочинними тоталітарними режимами. Такою подією стала *Загальна декларація прав людини*, схвалена 10 грудня 1948 р. Генеральною Асамблеєю Організації Об'єднаних Націй, яка засвідчила, що

«... визнання гідності, яка властива всім членам людської сім'ї, і рівних та невід'ємних їх прав є основою свободи, справедливості за загального миру...». Починаючи з 1950 року, щорічно 10 грудня у всьому світі відзначають як *День прав людини*. У цьому самому році була підписана «Європейська конвенція про захист прав людини та основоположних свобод» і створений реально діючий механізм захисту проголошених прав — Європейський суд з прав людини (ЄСПЛ) і Організація з безпеки і співробітництва в Європі (ОБСЄ). Юрисдикцією ЄСПЛ є винесення рішень за міждержавними справами і індивідуальними скаргами, а також надання консультативних висновків. Суб'єкти звернення до ЄСПЛ — це держави—учасниці Конвенції, фізичні особи, неурядові організації та юридичні особи, групи приватних осіб.

У подальшому ООН і Рада Європи, інші регіональні організації опрацювали численні документи, що підтримують розвиток концепції прав людини та створюють міжнародний стандарт прав людини і громадянина та гарантії їх забезпечення (табл. 2). Перелік прав, які ввійшли у міжнародний стандарт, не є вичерпним і включення одних прав не означає зменшення, а тим більше заперечення інших прав і свобод людини та громадянина. Ось чому в національних системах перелік прав нерідко доповнюють новими положеннями і деталями.

Права людини та громадянина можна поділити на особисті, політичні, соціально-економічні та культурні. Права людини, зазвичай, визначають як природжені, невідчужувані, невід'ємні, універсальні у зв'язку з глибоким нерозривним зв'язком між природою людини та її правами. Не всі права мають однакову вагу та пріоритетність. Деякі з них логічно та хронологічно стоять попереду інших та складають ядро незаперечних морально-етичних вимог — так звані фундаментальні права людини. До таких фундаментальних прав в першу чергу належить право на життя та особисту недоторканність, оскільки без реалізації цього права не можуть бути реалізовані всі інші. До основних прав людини належать права на свободу, заборону тортур та приниження гідності людини, на справедливість, сім'ю, особисте життя та його таємницю, власність, свободу совісті та думки, на збори та об'єднання в асоціації, участь в управлінні своєю країною, працю, життєвий рівень, що забезпечує добробут, охорону праці, освіту.

Права людини належать кожній людській істоті без привілеїв чи обмежень за ознаками громадянства, статі, віку, мови, раси, етнічної, релігійної, культурної приналежності, соціального походження, майнового стану, політичних переконань. Права належать кожній істоті протягом усього її існування від початку життя до смерті. Вони визначаються як перед- і наддержавними.

У 60-х роках ХХ сторіччя виник рух за права хворого, який був пов'язаний з технократизацією медицини, бюрократизацією медичних послуг, неефективністю менеджменту, недосконалістю організації експериментальних та клінічних досліджень на людському організмі.

Таблиця 2

Документи ООН, Ради Європи та інших регіональних організацій,  
що підтримують розвиток концепції прав людини

№	Організація	Назва документа	Рік прийняття
1	ООН	Міжнародна конвенція про ліквідацію всіх форм расової дискримінації	1965
2	ООН	Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права	1966
3	ООН	Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права	1966
4	ООН	Міжнародна конвенція про ліквідацію та покарання злочинної політики апартеїду	1973
5	ООН	Декларація про права інвалідів	1975
6	ООН	Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок	1979
7	ООН	Декларація проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поведінки і покарання	1984
8	ООН	Конвенція про права дитини	1989
9	ООН	Міжнародна конвенція про захист прав усіх робітників-мігрантів та членів їхніх родин	1990
10	Рада Європи	Європейська соціальна хартія	1961, 1996
11	Рада Європи	Європейська конвенція про боротьбу з тероризмом	1977
12	Рада Європи	Конвенція проти тортур та негуманного ставлення	1987
13	Організація Американських держав	Американська конвенція прав людини	1969
14	Організація Африканської Єдності	Африканська хартія про права людини та народів	1981

Права хворого треба розглядати із загальних позицій прав людини. Фундаментальні права людини не втрачаються, коли особа захворіла, та не залежать від тяжкості і прогнозу захворювання. Гідність людського життя не зазнає жодних змін у зв'язку з погіршенням стану здоров'я та не має зв'язків з так званою якістю життя. Більше того, хвора людина повинна бути оточена додатковою турботою та увагою. Права хворого повинні сприяти подоланню труднощів, фізичних та психічних страждань, а також якісному життю за різних форм залежності (медико-технічні, медико-соціальні, медико-економічні), що виникають через хворобу.

Тема здоров'я, хвороби, прав хворого знайшла відображення у важливих міжнародно-правових документах, конституціях та інших законодавчих актах різних держав. Доречно зазначити, що 22 липня 1946 р. була створена Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). ВООЗ наголосила, що «зміцнення власного здоров'я, на яке спроможний кожен, становить одне з фундаментальних прав усіх людей, хоч би якої вони були віри, раси чи політичних переконань, — здоров'я всіх людей є фундаментальною умовою миру у світі».

Прийнята ООН «Загальна декларація прав людини» (ООН, 1948) передбачає для кожної людини право на медичну допомогу та право на соціальний захист. Йдеться про «право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, житло, медичний догляд та належне соціальне обслуговування, який є необхідним для підтримання здоров'я та добробуту її самої та сім'ї, і право на забезпечення в разі безробіття, хвороби, інвалідності, вдовства, старості чи іншого випадку втрати засобів до існування через незалежні від неї обставини».

«Європейська соціальна хартія» — конвенція Ради Європи, — прийнята 1961 року та переглянута у 1996 році, закріплює низку соціальних прав людини, в тому числі право на охорону здоров'я, соціальну та медичну допомогу. Вона є одним з основоположних міжнародних договорів Ради Європи та джерелом Європейського права. В Європейській соціальній хартії зазначено, що «кожний має право користатися з усіх заходів, які дозволяють забезпечити добрий стан здоров'я».

З 70-х років ХХ сторіччя юридичні рекомендації загального типу почали доповнювати юридичними документами більш специфічного напрямку. Так, на Міжнародній конференції ВООЗ і Дитячого фонду ООН в Алма-Аті (СРСР, вересень 1978 р.) були проголошені принципи та гарантії первинної медико-санітарної допомоги для всіх народів світу. У так званій Алма-Атинській декларації проголошується, що «здоров'я, яке розуміється як стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, а не лише як відсутність хвороб або фізичних дефектів, є фундаментальним правом людей і що досягнення найвищого ступеня доброго здоров'я є соціальною межею надзвичайної ваги, що цікавить весь світ і передбачає участь численних соціально-економічних секторів, окрім медико-санітарного».

Важливими міжнародними документами, що забезпечують окремі права хворої людини, є Рекомендація Ради Європи «Про права хворого та вмираючого» (1976), «Хартія госпіталізованого хворого» (Рада Європи, 1979), «Декларація про права хворого» (Лісабонська декларація) (Всесвітня медична асамблея, Лісабон, 1981), «Європейська хартія прав пацієнта» (Європейський Парламент, 1982), «Декларація про політику в галузі забезпечення прав пацієнта в Європі» (Амстердамська декларація) (ВООЗ, Амстердам, 1994). Ці документи захищають фундаментальні права кожної особи від того моменту, коли вона вступає у відносини з медичним закладом. Міжнародні документи



захищають гідність, недоторканність та гарантують повагу до хворої людини. Вони спрямовані на забезпечення гуманного ставлення до всіх пацієнтів, особливо таких найуразливіших, як діти, психічно хворі, люди похилого віку та особи, що перебувають на завершальній стадії життя.

Важлива роль у захисті прав людини і пацієнта належить Національним Конституціям і законодавствам. Згідно зі ст. 3 Конституції України «людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Права і свободи людини та їх гарантія визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Держава відповідає перед людиною за свою діяльність. Утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави».

Конституція України проголошує: «Усі люди є вільні і рівні у своїй гідності та правах. Права і свободи людини є невідчужуваними та непорушними» (ст. 21). «Громадяни мають рівні конституційні права і свободи та є рівними перед законом...» (ст. 24). «Кожен має право на повагу до його гідності. Ніхто не може бути підданий катуванню, жорстокому, нелюдському або такому, що принижує його гідність, поводженню чи покаранню. Жодна людина без її вільної згоди не може бути піддана медичним, науковим чи іншим дослідям» (ст. 28). «Громадяни мають право на соціальний захист, що включає право на забезпечення їх у разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з незалежних від них обставин, а також у старості та в інших випадках, передбачених законом» (ст. 46).

У Конституції України (ст. 49) закріплено положення про те, що «кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування». Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я допомогу надають безоплатно. Існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена! Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності, дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідеміологічне благополуччя.

Згідно з Конституцією України (ст. 50) «Кожен має право на безпечне для життя і здоров'я довкілля та на відшкодування завданої порушенням цього права шкоди. Кожному гарантується право вільного доступу до інформації про стан довкілля, про якість харчових продуктів і предметів побуту, а також права на її поширення. Така інформація ніким не може бути засекречена». У Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» зафіксовано, що «Кожна людина має природне і непорушне право на охорону здоров'я. Суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності

держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя.

Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини у цій галузі з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їхнє здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості».

Хоча біоетика як наука сформувалася лише у 1970 році, саме етичне обґрунтування прав людини і хворого стали її фундаментальною основою, а *Загальна декларація прав людини* (1948) та *Європейська конвенція про охорону прав людини та основоположних свобод* (1950) — джерелом найважливіших біоетичних документів. Їх кількість постійно зростає завдяки плідній та цілеспрямованій роботі таких найбільших європейських інституцій, як Парламентська Асамблея Ради Європи, Комітет Міністрів Ради Європи, Європейський парламент (табл. 3).

Найважливішим біоетичним документом є *Конвенція про права людини та біомедицину*, що схвалена Комітетом Міністрів Ради Європи у 1996 році та має неофіційну назву *Конвенція з біоетики* (Додаток 6). Конвенція набуває статусу юридично обов'язкової після ратифікації парламентами держав, що поставили підпис під цим документом. У Конвенції визначені її предмет і мета, які полягають у захисті гідності та індивідуальної цілісності людини і гарантії кожному без виключення дотримання недоторканності особистості та інших прав і основних свобод у зв'язку із застосуванням досягнень біології та медицини. У Конвенції задекларовано, що інтереси і благо окремої людини превалюють над інтересами суспільства чи науки та повинні бути забезпечені медичною допомогою рівної для всіх доступності та якості. Всіляке медичне втручання, включаючи втручання з дослідницькими цілями, слід проводити з дотриманням відповідних професійних вимог та стандартів. Принципово важливим положенням Конвенції є правило, за яким медичне втручання можна застосовувати лише після того, як відповідна особа дасть на те свою добровільну інформовану згоду. Серед проголошених у Конвенції принципів заслуговує на високу оцінку повага до особистого та сімейного життя в тому, що стосується збирання, передавання та зберігання медичної інформації. Важливим є заборона дискримінації відносно особи за ознакою його геному. Наведена регламентація генетичних маніпуляцій та прогностичного генетичного тестування. У Конвенції розглянуті рекомендації про наукові медико-біологічні дослідження, взяття від живих донорів органів і тканин для трансплантації, заборону на комерційне використання людського тіла.

Таблиця 3

Основні документи з питань біоетики Парламентської Асамблеї Ради Європи (ПАРЄ), Комітету Міністрів Ради Європи (КМРЕ) та Європейського Парламенту (ЄП)

№	Назва документа	Тип документа	Інституція	Рік
1	Про ситуацію психічно хворого	Рекомендація	ПАРЄ	1977
2	Про узгодження законодавства держав-членів щодо взяття і трансплантації людських органів і тканин	Резолюція	КМРЕ	1978
3	Про міжнародний обмін і транспортування людських органів	Рекомендація	КМРЕ	1979
4	Про генну інженерію	Рекомендація	ПАРЄ	1982
5	Про юридичний захист осіб, які страждають від психічної хвороби й примусової госпіталізації	Рекомендація	КМРЕ	1983
6	Про повідомлення щодо використання рекомбінантної ДНК	Рекомендація	КМРЕ	1984
7	Про застосування ембріонів та людських плодів для діагностичних, терапевтичних, наукових та комерційних цілей	Рекомендація	ПАРЄ	1986
8	Про застосування ембріонів та людських плодів у процесі наукових досліджень	Рекомендація	ПАРЄ	1989
9	Про етичні та юридичні проблеми штучного запліднення <i>in vivo</i> та <i>in vitro</i>	Резолюція	ЄП	1989
10	Про етичні та юридичні проблеми генетичних маніпуляцій	Резолюція	ЄП	1989
11	Про медичні дослідження на людських істотах	Рекомендація	КМРЕ	1990
12	Про генетичний пренатальний скринінг, пренатальну генетичну діагностику і про медико-генетичне консультування	Рекомендація	КМРЕ	1990
13	Про впорядкування правил розтину трупів	Рекомендація	КМРЕ	1991
14	Про підготовку конвенції з питань біоетики	Рекомендація	КМРЕ	1991
15	Про права психічно хворих	Резолюція	ЄП	1992
16	Про застосування аналізу ДНК в системі кримінального судочинства	Рекомендація	КМРЕ	1992
17	Про генетичні тести на скринінг у медичних цілях	Рекомендація	КМРЕ	1992
18	Про розвиток біотехнологій та її наслідки для сільського господарства	Рекомендація	ПАРЄ	1993
19	Про клонування	Рекомендація	ПАРЄ	1997
20	Про клонування	Резолюція	ПАРЄ	1998
21	Про юридичний захист біотехнологічних винаходів	Директива	ПАРЄ	1998

Фундаментальна «Загальна декларація про геном людини та права людини» (ООН, ЮНЕСКО, 1997) є першим правовим актом у галузі біології. У Декларації проголошені принципи людської гідності у зв'язку з геномом людини, права відповідних осіб відносно досліджень, лікування або діагностики, пов'язаних з геномом будь-якої людини, правила досліджень геному людини та умови дослідницької діяльності, солідарність та міжнародне співробітництво. Декларація оцінена міжнародним товариством як дуже важливий фактор для ефективного захисту гідності кожної окремої людини та всього людства в середовищі медико-біологічних досліджень.

У своєму прагненні до вдосконалення етичного та правового регулювання соціальних відносин згідно з міжнародними стандартами Україна підписала основний міжнародно-правовий документ Ради Європи у сфері біоетики — «Конвенція про захист прав і достоїнства людини у зв'язку із застосуванням досягнень біології і медицини: Конвенція про права людини і біомедицину» (2005). Наша країна приєдналась також до «Загальної декларації про геном людини та права людини» (ООН, ЮНЕСКО, 1997), «Конвенції про доступ до інформації, участь громадськості в процесі прийняття рішень та доступ до правосуддя з питань, що стосуються довкілля» (ООН, 1998) і «Конвенції про охорону біологічного різноманіття» (Картахенський протокол) (ООН, 2003).

Ідеї та принципи біоетики містять, захищають і підтримують Конституція України, Основи законодавства України про охорону здоров'я, Цивільний Кодекс України, Закон України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині», Закон України «Про психіатричну допомогу», Закон України «Про державну систему біобезпеки при створенні, випробуванні, транспортуванні та використанні генетично модифікованих продуктів».

Розвитку біоетики в Україні сприяють Наказ МОЗ України «Постанова про клінічні дослідження. Лікарські засоби. Належна клінічна практика» (2005), Наказ МОЗ України «Про затвердження порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань і типового положення про комісію з питань біоетики» (2006), Наказ МОЗ України «Про захист тварин від жорстокого поводження» (2006), Наказ МОЗ України «Про систему біобезпеки» (2007), Наказ МОЗ України «Про управління якістю медичної допомоги» (2010).

### ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ І ТЕМИ ДЛЯ ДИСКУСІЙ

1. Роль Нюрнберзького процесу в становленні біоетики.
2. Значення «Загальної декларації прав людини» ООН (1948) у формуванні та юридичному оформленні принципу дотримання «прав людини».

3. Історичні аспекти концепції «права людини».
4. Роль ООН, Ради Європи в опрацюванні міжнародного стандарту прав людини та гарантій їх забезпечення.
5. Різновиди прав людини та громадянина.
6. Права хворого з загальних позицій прав людини.
7. Роль і зміст «Конвенції про права дитини» Генеральної Асамблеї ООН (1989).
8. Рекомендації, резолюції, конвенції і директиви міжнародних і європейських інституцій стосовно розвитку біоетики.
9. Конвенція про права людини та біомедицину Комітету Міністрів Ради Європи (1996) і Загальна декларація про геном людини та права людини (ООН, ЮНЕСКО, 1997).
10. Удосконалення етичного і правового регулювання згідно з міжнародними стандартами в Україні.

#### ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ПОГЛИБЛЕННЯ ЗНАНЬ

1. *Берн І., Езер Т., Коен Дж., Сенюта І.* Права людини в сфері охорони здоров'я: практичний посібник / За наук. ред. І. Сенюти. — Львів: Вид-во ЛОБФ «Медицина і право», 2011. — 507 с
2. *Законодавство України про охорону здоров'я.* — К.: Юріком Інтер, 2000. - 374 с
3. *Мишаткина Т.В., Денисов С.Д., Яскевич Я.С.* Биомедицинская этика: Учеб. пособ. — Минск: Тетра Системе, 2003. — 320 с.
4. *Москаленко В.Ф., Попов М.В.* Біоетика: філософсько-методологічні та соціально-медичні проблеми. — Вінниця: Нова книга, 2005. — 218 с
5. *Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций.* — К.: Ассоциация психиатров Украины, 1996.-121с.
6. *Циппеліус Р.* Філософія права. — К.: Тандем, 2000. — 300 с.
7. *Згречча Э., Тамбоне В.* Биоэтика. — М.: Библейско-богословский институт Св. Апостола Андрея, 2002. — 413 с.

## РОЗДІЛ 5 НАПРЯМКИ ТА МЕТОДИ БІОЕТИКИ

### НАПРЯМКИ БІОЕТИКИ

Фахівець у галузі біомедичної етики працює в трьох основних напрямках:

1. Виявлення проблем, що підлягають моральному оцінюванню (визначення предмета обговорення).

2. Систематичний аналіз та обговорення діяльності людини в галузі біології і медицини у світлі моральних цінностей і принципів (методологічна стратегія).

3. Допомога лікарям і біомедичним дослідникам в обґрунтуванні правильних дій на основі застосування принципів і теорій біомедичної етики (процес прийняття рішень).

Біоетика, що, за виразом академіка Ю.І. Кундієва, у сучасному суспільстві стала ознакою цивілізації, спочатку стосувалася невідкладних проблем повсякденної клінічної практики. Хоча клінічна етика залишається ядром біоетики, сфера біоетики розширилася до масштабів розділу прикладної нормативної етики, що розглядає припустимість або неприпустимість з моральної точки зору тих або інших дій щодо живого і навколишнього середовища.

Галузь біоетики охопила такі нові сфери, як концептуальний аналіз біоетичних принципів, емпіричне оцінювання дій медичних працівників, етична критика політики охорони здоров'я та міждисциплінарний аналіз з позицій антропології, літератури й історії. *До того ж* фахівці в галузі біоетики провели критичне оцінювання методів етичного аналізу, що вони власне і застосовували.

Теоретико-методологічні напрямки сучасної біоетики різноманітні і жодне не є парадигмальним і загально визнаним. Такий стан не дивний, оскільки в прикладних галузях знань (а біоетика є прикладною наукою) методологічні дискусії зазвичай не посідають центрального місця. З іншого боку, великий вибір методологічної основи дозволяє приділити більше уваги сутності розглянутої проблеми. Біоетика як молода міждисциплінарна наука з поки що незавершеною структурою і ідентифікацією поєднує якісно різні елементи: природні і гуманітарні науки, теорію і практику, біологічні знання і людські прецеденти, гуманітарні, культурологічні, екологічні дослідження. Така єдність якісно різноманітних елементів наукового знання, що навіть протистоять одне одному, в філософії науки має назву «кентаврове знання». Його складовими є поняття, висловлення, теорії. Саме кентавровий характер біоетики є причиною широкого спектра уявлень про предмет, напрямки і методи біоетики.

Етична вимога безпосередньо пов'язана з людськими діями. Під час опрацювання етичного судження використовують різні теорії і критерії, що дає підстави говорити про етичний плюралізм. Як наслідок етичного плюралізму рішення, які ухвалюють у конкретних випадках, можуть бути різними.

Етична теорія пропонує конструкцію, яку можна використати для визначення того, що в діях людини морально прийнятне, а що неприйнятне, а також, що з моральної точки зору є добрим у характері людини, а що поганим. Теорії правильної або неправильної дії часто використовують у біомедичній етиці. Етична теорія пропонує комплекс моральних стандартів (у деяких випадках — один обов'язковий моральний принцип), що дозволяє визначити правильність або неправильність морального вибору тієї або іншої дії людини. Стосовно кожної з безлічі етичних теорій виникає однотипне запитання: які критерії її прийнятності? Теорія повинна бути взаємозалежною, повною, зрозумілою і досить простою для використання з практичною метою. Відповідно до таких вимог можна сформулювати два найбільш важливих положення:

1. Етична теорія повинна значною мірою відповідати нашому життєвому моральному досвіду.
2. Етична теорія повинна представляти ефективне керування в ситуаціях моральних дилем.

Безумовно, наведені критерії в оцінюванні адекватності етичних теорій не можна застосовувати механічно. Наприклад, положення, що адекватна етична теорія повинна відповідати досвідові нашого морального життя, не означає, що будь-яке відхилення від «загальноприйнятої» моралі слід інтерпретувати з погляду неправильності етичної теорії. Імовірніше, краще перевірити ще раз наші моральні оцінки у світлі теорії. До речі, в емпіричних дослідженнях невідповідність між фактами і теорією іноді розв'язують не шляхом зміни теорії, а іншою інтерпретацією фактів у світлі теорії.

Численні етичні теорії використовують у медичній біоетиці у двох моделях етичного мислення: дедуктивний аналіз і індуктивний аналіз (у тому числі із застосуванням описових методів якісних і кількісних емпіричних досліджень біоетичних проблем).

### ДЕДУКТИВНІ МЕТОДИ

Дедуктивний метод вирішення етичних проблем полягає в тому, що аналітичний процес поширюється від філософських теорій і принципів етики до конкретного випадку. Такий підхід є наукомістким у тому відношенні, що пропонується процедура формування етичного судження. Першим кроком застосування подібного методичного підходу є ідентифікація того, яка філософська етична теорія найкраща в даному випадку. Найчастіше найбільш прийнятною філософською теорією етики є утилітаризм. Теорія, яку вибрали серед інших, повинна мати більшу кількість переваг і найменшу кількість

недоліків. Етична теорія дає посилання на сукупність нормативних етичних принципів. Звичайно такі принципи носять скоріше загальний, ніж поодинокий характер. Вони універсальні (тобто їх можна застосовувати до всіх особистостей) і внутрішньо взаємозалежні. Логіка дедуктивного аналізу передбачає спрямованість думки від загальної теорії до відповідного етичного принципу або групи принципів і далі — до вибору більш специфічного етичного правила. Заключний крок — застосування цього правила до конкретного випадку, що містить ту або іншу етичну проблему.

Характерними рисами дедуктивного ходу думки є наочність і визначеність, коли передумова визначає висновок. Іншими словами, дедуктивна модель етичного аналізу є суворою процедурою ухвалення рішення: теорія логічно спричиняє визначені принципи та правила, що в свою чергу логічно вимагають окремого етичного судження щодо конкретного випадку. Сумарно дедуктивний метод може бути представлений у вигляді такого алгоритму:

1. Визначення кращої філософської теорії етики.
2. Установлення доречного етичного принципу.
3. Установлення доречного етичного правила.
4. Застосування правила до конкретного випадку.

Під час застосування дедуктивного аналізу як кращі філософські теорії етики найчастіше використовують теорію І. Канта, теорії утилітаризму і теорії, засновані на принципах.

**Теорія І. Канта.** Відповідно до кантівського категоричного імперативу кожна людина має право на повагу і самоповагу, а її дії як стосовно інших людей, так і стосовно самої себе, повинні мати гуманний характер: ніколи не бути засобом досягнення мети, але водночас завжди служити самій меті. Відповідно до етичної філософської системи І. Канта кожна людина має прямі і непрямі зобов'язання як стосовно себе, так і стосовно інших людей. На думку І. Канта, найбільш значущими прямими зобов'язаннями стосовно інших є не вбивати невинного, не брехати і дотримуватися обіцянок. Прямим зобов'язанням стосовно себе є самоповага і відношення до себе не як до засобу досягнення якоїсь мети. Непрямим обов'язком стосовно себе І. Кант вважав самовдосконалення і розвиток здібностей, а непрямым обов'язком стосовно інших — принцип благодіяння. На думку І. Канта, дії з виконання непрямих зобов'язань не слід здійснювати за рахунок порушення прямих зобов'язань.

Хоча відмінності між прямими і непрямими зобов'язаннями не є очевидними, їхнє структурне значення в етичній системі І. Канта важко переоцінити. Прямі зобов'язання вимагають виконання або стримування від виконання певних дій. Не існує легітимних винятків у виконанні прямих зобов'язань. Вони залишаються незмінними за всіх обставин, оскільки визначені види дій є просто несумісними з принципами поваги до особистості і тому суворо заборонені. Непрямі зобов'язання вимагають від нас



домагатися або сприяти досягненню визначеної мети (наприклад, добра для інших). Відмінності між прямими та непрямими зобов'язаннями можуть бути з'ясовані таким чином. Прямі зобов'язання порушуються, коли ми розглядаємо людину як засіб. Непрямі зобов'язання порушуються, коли ми не розглядаємо людину як мету дій, навіть коли не ставимося до неї активно як до засобу. Теорію І. Канта як дедуктивний метод аналізу застосовують до проблем біомедичної етики, про що свідчать такі приклади.

Досить часто обговорюють таку біоетичну проблему, як виправданість повідомлення лікарем неправдивої інформації своєму термінально хворому пацієнтові щодо прогнозу захворювання. З точки зору І. Канта, кожна людина має пряме зобов'язання стосовно інших не брехати і тому пряме застосування даної етичної теорії передбачає, що лікареві за будь-яких обставин недозволено брехати пацієнтові.

Деонтологія І. Канта містить важливу і пряму відповідь щодо етичності проведення досліджень на людях. Оскільки для кожної людини морально неправомірним є використання будь-якої іншої людини тільки як засіб, зрозуміло, що і для дослідника морально неможливим є ставлення до суб'єкта дослідження тільки як до засобу. Така відповідь є базою для обґрунтування необхідності добровільної інформованої згоди як основного принципу дослідницької етики. Дослідник зобов'язаний надати досліджуваному всю необхідну інформацію про дослідження і насамперед про можливий ризик, яка достатня для прийняття раціонального рішення про участь у ньому. Іншими словами, повага до особистості вимагає одержання добровільної інформованої згоди. Після того як дослідник пояснив потенційному суб'єктові досліджень важливість його участі і всю користь для суспільства, котру принесуть успішні результати дослідження, виникає запитання: чи є в потенційного суб'єкта досліджень моральні зобов'язання брати участь у дослідженні? Безумовно, немає. Відповідно до кантівської етики борг благодіяння є непрямим. Людина повинна за нагоди надавати допомогу і сприяння, але не має зобов'язань здійснювати будь-які конкретні благодіяння.

Біоетичний аналіз суїциду також може бути проведений з позицій кантівської етичної теорії. Прямим зобов'язанням стосовно самого себе, за І. Кантом, є зобов'язання не вдаватися до самогубства. Обмеження власного життя є повністю несумісним з повагою до себе як до особистості. Знищуючи себе як розумну істоту, людина ставиться до себе тільки як до засобу (досягнення мети уникнути дискомфорту або дистресу). Іншими словами, самогубство є внутрішньо неправильною дією і не існує обставин, за яких воно було б морально дозволено. Одним із варіантів самознищення є схильність до шкідливих звичок. Відповідно до етики І. Канта людина має прямі зобов'язання стосовно самого себе уникати пияцтва, оскільки воно руйнує особистісні розумові здібності і несумісне з повагою до себе як до розумної істоти. І. Кант стверджував, що люди знищують себе в спробах

досягти задоволення через сп'яніння. Людина, що вживає алкоголь, ставиться до себе як до засобу (досягнення мети задоволення). Глибоко гуманістична ідея І. Канта про унікальність людини як розумної істоти сприяє актуалізації принципів поваги її автономії і гідності. За І. Кантом людська істота варта того, щоб її розуміти та ставитися до неї з цінністю як до носія розуму етичного виміру і автономії волі.

Для оцінювання прийнятності поглядів І. Канта як етичної теорії необхідно звернутися до двох центральних критеріїв, наведених раніше.

Використовуючи перший критерій (відповідність загальноприйнятим моральним правилам), можна стверджувати, що багато положень теорії І. Канта відповідають нашому моральному досвіду стосовно таких дій, як убивство, нанесення шкоди, брехня, невиконання обов'язків. Деонтологія І. Канта дає надійну основу індивідуальних прав, пов'язаних з нашими прямими зобов'язаннями стосовно інших (непрямі зобов'язання, навпаки, не продукують прав). Однак кантівська етична теорія переоцінює значення певних прямих зобов'язань і недооцінює значення непрямого зобов'язання допомоги і сприяння, принаймні тоді, коли благодіяння можуть запобігти серйозній шкоді іншій людині. Наприклад, якщо людина порушує досить тривіальну обіцянку (наприклад, у певний термін повернути книгу) через те, що допомагала іншій людині в серйозній біді, то не можна вважати його вчинок аморальним (хоча за кантівською етикою дії з виконання непрямих зобов'язань — у даному випадку благодіяння — не повинні відбуватися за рахунок порушення прямих зобов'язань — у даному випадку дотримання обіцянки).

Використовуючи другий критерій прийнятності етичної теорії (здатність бути ефективним керівництвом у вирішенні етичних дилем), варто погодитися, що відповідь також неоднозначна. Безумовно, кантівська теорія за рахунок розподілу етичних зобов'язань на прямі та непрямі та визначення пріоритету прямих зобов'язань надає чіткий алгоритм рішення етичних дилем. Однак пріоритет прямих зобов'язань над непрямыми водночас є проблематичною рисою кантівської деонтології. Можна стверджувати, що коли навіть теорія дає прийнятно чітке керівництво до дії, вона іноді не в змозі дати правильне керівництво.

**Теорії утилітаризму.** У сучасних дискусіях утилітаризм присутній у двох варіантах: теорія «вчинок — утилітаризм» і теорія «правило — утилітаризм».

*Теорія «вчинок — утилітаризм»* як базовий затверджує такий принцип: людина повинна чинити так, щоб досягти для всіх найбільшої переваги добра над злом. Вчинок вважається моральним, якщо порівняно з можливими альтернативами його ймовірні наслідки забезпечать найкращий баланс між добром і злом, визнаний усіма. Іншими словами, людина повинна чинити так, щоб одержати максимальну користь. Що вважати добром і злом під час проведення етичного аналізу? Класичний утилітаризм відповідає концепції

внутрішніх цінностей. Згідно з класичним утилітаризмом критерії вибору мають бути індивідуально корисним та оцінюватися на підставі відношення «витрати — вигоди» або «приємне — неприємне». На думку І. Бентама, тільки задоволення в широкому значенні цього поняття, включаючи всі типи задоволення або насолоди, має внутрішню цінність, і тільки біль у широкому значенні цього поняття, включаючи всі типи незадоволеності, фрустрації або невдоволення, має внутрішнє значення зла. Відповідно до міркувань Д. Мілля, тільки стан щастя має внутрішню цінність і тільки відчуття нещастя є внутрішнім злом. Погляди І. Бентама і Д. Мілля складають концепцію неоутилітаризму.

Практичне застосування теорії має такий алгоритм:

1. Визначити альтернативні шляхи рішення етичної проблеми.
2. Спробувати передбачати можливі наслідки (іноді множинні й віддалені) кожного альтернативного вчинку.
3. Спробувати в кожному випадку оцінити наслідки з точки зору балансу добра і зла з урахуванням впливу вчинку на кожного, кого він імовірно торкнеться.
4. Вибрати вчинок, що, ймовірно, приведе до найбільшої переваги добра над злом, і визначити його як морально виправданий у конкретній ситуації.

Якщо здається ймовірним, що обидві альтернативні дії забезпечать однаковий баланс добра і зла, то кожна з них визнається морально правильною. У деяких ситуаціях, незалежно від того, як людина чинить, баланс добра і зла стає негативним. У такому випадку морально правильно чинити так, щоб зробити перевагу зла (болю і нещастя) над добром (задоволення і щастя) найменшою.

Теорія «вчинок — утилітаризм» може бути правильно зрозумілою як «ситуаційна етика». Теорія не вважає певні види дій внутрішніми і за своєю природою неправильними. Певні види дій (наприклад, неправда) можуть бути визнані морально неправильними за одних обставин і правильними за інших, оскільки наслідки дій значною мірою залежать від обставин. Інакше кажучи, моральність вчинку є функцією ситуації — звідси термін «ситуаційна етика». Прикладом використання теорії «вчинок — утилітаризм» у біомедичному контексті є аналіз такої ситуації.

У немовляти з множинними вродженими вадами розвитку і важким ураженням центральної нервової системи, яке не має шансів жити більше кількох тижнів, розвивається набута пневмонія. Неонатолог разом із батьками повинен визначити, чи є сенс почати терапію пневмонії антибіотиками і тим самим подовжити тривалість життя дитини. Альтернативне рішення — просто дати немовляті вмерти. Здається зрозумілим, що інтереси всіх сторін, залучених до цієї етичної дилеми, найкращим чином підтримуються рішенням не проводити антибіотикотерапію пневмонії. Безумовно, сама дитина нічого не набуває, а в певному сенсі втрачає, оскільки незначне продовження життя наповнене

болем і стражданням. Батьки, чий страждання не будуть усунуті за будь-якого альтернативного вчинку, відчують деяке полегшення від того, що страждання їхньої дитини, нарешті, закінчаться. І, зрештою, ресурси лікарні й охорони здоров'я в цілому можна використати надалі з більшою користю, ніж на подовження процесу вмирання немовляти, стан якого неможливо поліпшити відомими методами терапії. Безумовно, повинні бути враховані непрямі і віддалені наслідки рішення не проводити терапію. Можливо, буде нанесений збиток усталеним суспільним традиціям особливого захисного відношення суспільства до немовлят. Однак ризик несприятливих наслідків є мінімальним. Тому в обговорюваній ситуації відмова від антибіотикотерапії, що дозволяє немовляті вмерти, видається морально правильним вчинком.

Як кожна етична теорія, теорія «вчинок — утилітаризм» має бути оцінена з погляду її прийнятності відповідно до двох стандартів.

Критики теорії стверджують, що вона вступає у протиріччя з нашим досвідом морального життя. Наприклад, вона ігнорує або не виправдовує особливий персональний характер стосунків і моральних зобов'язань. Наприклад, відоме особливе моральне зобов'язання батьків піклуватися про дітей. Разом із тим з точки зору теорії «вчинок — утилітаризм» найбільшу користь може надати перерозподіл енергії і часу на виконання якого-небудь іншого завдання. Крім того, застосування теорії недостатньо відповідає нашій моральній переконаності, що індивідууми мають свої права. За відповідних обставин дія, що забезпечує максимальну користь (і тому відповідно до теорії є морально правильною), порушує права окремої людини за принципом «мета виправдовує засоби». Теорія висуває завищені моральні вимоги до індивідуума, змушуючи його постійно оцінювати будь-який свій учинок з погляду досягнення максимальної користі.

На запитання про те, чи є така теорія ефективним керівництвом до вирішення етичної проблеми (а в цьому полягає інший критерій її прийнятності), можна дати позитивну відповідь. Процедура прийняття вибору логічна та зрозуміла, а аналіз імовірних наслідків альтернативних дій допомагає вибрати те, що забезпечить максимальну користь. Хоча теорія добре відповідає даному стандарту прийнятності, її неповна відповідність попередньому стандарту призвела до того, що більшість сучасних утилітаристів відійшли від теорії «вчинок — утилітаризм» у напрямку теорії «правило — утилітаризм».

*Теорія «правило — утилітаризм».* Основним принципом цієї теорії є таке: «Людина повинна діяти відповідно до такого правила, котре, якщо ним у більшості випадків послуговуватися, дозволяє досягти для всіх найбільшої переваги добра над злом». У загальних утилітаристських теоріях принцип користі є основним етичним принципом. Однак, якщо в системі «вчинок — утилітаризм» визначення морально правильного вчинку є питанням прямої оцінки альтернативних дій стосовно стандарту користі, то в системі «правило — утилітаризм» визначення моральності вчинку передбачає непряму апеляцію до

принципу користі. За теорією «правило — утилітаризм» насамперед складають моральний кодекс відповідно до принципу користі. Це означає розроблення набору значущих моральних правил шляхом визначення того, які правила (порівняно з можливими альтернативами) дозволяють, якщо ними в більшості випадків послуговуватися, досягти для всіх найбільшої переваги добра над злом. Відповідно до цієї теорії індивідуальні вчинки морально правильні, якщо вони узгоджуються з цими правилами. Різниця між двома типами утилітаризму схематично представлена на мал. 4. У теорії «вчинок — утилітаризм» етичне рішення приймається одноетапно, у теорії «правило — утилітаризм» — двоетапно. Теорія «вчинок — утилітаризм» оцінює дії індивідуума суворо на основі міркувань користі і тому часто називається «екстремальним» або «необмеженим» утилітаризмом. Теорія «правило — утилітаризм» розробляє моральний кодекс як сукупність моральних правил на основі поняття користі і потім оцінює індивідуальні дії не на основі утилітарних міркувань, а на основі відповідності їх установленим моральним правилам, що дає підстави для використання терміна «обмежений утилітаризм».



Мал. 4. Розбіжності між типами утилітаризму

У теорії «вчинок — утилітаризм» моральні правила знаходяться в підлеглому положенні. Вони є просто «правилом правої руки» і представляють певну міру практичного керівництва. У теорії «правило — утилітаризм» моральні правила мають значно більший фундаментальний статус і теоретичне верховенство. У першому наближенні моральний кодекс може бути визначений на базі міркувань користі як «загальноприйняті правила

моральності», такі, як «не вбий», «не кради», «не бреш», «не порушуй обіцянок». З точки зору критерію користі наслідки від прийняття правила «не вбий» значно кращі, ніж наслідки від прийняття правила «вбивай, коли хочеш». Прийняття останнього правила призводить суспільство до анархії. На базі утилітаризму можна приймати не тільки правила заборонного, а й дозвільного характеру. Цілком очевидно, що суспільство виграє від включення в моральний кодекс правил типу «приходь на допомогу людям у біді» або «не допускай заподіяння шкоди невинній людині». Однак у реальному житті беззастережне слідування всім моральним правилам може призводити до виникнення конфліктів між ними. Тому моральний кодекс повинен містити виправдані винятки. Наприклад, за теорією «правило — утилітаризм» вважається морально виправданим такий виняток з правила «не вбий», як вбивство з метою самозахисту. Обґрунтуванням є той факт, що хоча слідування правилу «не вбий» має незрівнянно кращі наслідки, ніж правило «вбивай, коли хочеш», прийняття правила «не вбий, за винятком самозахисту», забезпечує кращий баланс добра і зла для всіх. Так само прийняття правила «не бреш», за винятком необхідності захисту невинної людини від серйозних ушкоджень», зберігає всі соціальні вигоди від прийняття правила «не бреш», але при цьому дає додаткову соціальну користь у вигляді підвищення ступеня особистої безпеки для потенційних жертв насильства.

Прикладом використання теорії «правило — утилітаризм» у біомедичному контексті є обговорення питання про те, чи має лікар право брехати пацієнту і повідомляти, що хвороба не смертельна, коли це не так. З точки зору теорії «правило — утилітаризм» проблема концептуалізується як питання про можливість виправданих винятків із правила «не бреш». До речі, з позицій теорії «вчинок — утилітаризм» проблему слід вирішувати в кожному конкретному випадку самостійно на основі міркувань максимальної користі. Припустимо, що правило «не бреш» буде доповнено уточненням — «за винятком тих випадків, коли, на думку лікаря, для хворого буде краще не знати про термінальність захворювання». Чи буде застосування правила, що містить такий виняток, мати кращі наслідки, ніж правило без винятку? Відповідь не є безперечною, однак з позицій теорії «вчинок—утилітаризм» запропонований виняток не є виправданим. Можливо, що застосування правила із запропонованим винятком позбавить багатьох пацієнтів, принаймні, переживань у зв'язку з інформацією про смертельність захворювання. Проте цей виграш може виявитися незначним через порушення довіри між лікарем і пацієнтом. Річ у тім, що родичі хворого в майбутньому, коли самі занедають, не будуть вірити, що лікар повідомляє їм правдиву інформацію. Залишається відкритим питання, чи може бути сформульований і прийнятий більш обмежений виняток із цього правила.

Теорії «правило—утилітаризм» більшою мірою, ніж «вчинок—утилітаризм», відповідає першому критерію прийнятності етичних теорій — узгодженості з

нашим досвідом морального життя. Однак обидві ці теорії не дають адекватного теоретичного обґрунтування прав людини і соціальної справедливості.

З позицій другого критерію прийнятності теорія «правило — утилітаризм» може одержати позитивну оцінку, оскільки пропонує ефективне керівництво до вирішення актуальної етичної проблеми. Якщо існує дилема, коли одне моральне правило або принцип спрямовує нас на даний шлях, а інше моральне правило або принцип — на інший, «правило — утилітаризм» пропонує встановити відносний пріоритет шляхом аналізу наслідків уведення прийнятного виключення в правила, що знаходяться в конфлікті. Дилему вирішують шляхом прийняття правила, що принесе максимальну користь. На підставі погляду утилітаристів «максимізація задоволення / мінімізація болю» був опрацьований концепт *якості життя*, як протиставлення сакральності життя. У сучасних біоетичних дискусіях «якість життя» і «сакральність життя» частіше розглядають як поняття взаємодоповнюючі та неальтернативні. З позицій утилітаризму дається і оцінка ефективності і корисності лікування або доцільності застосування економічних ресурсів. В економіці охорони здоров'я і з метою дотримання принципу соціальної справедливості використовують такі показники якості життя, як *витрачені кошти-вигоди* і *витрачені кошти-ефективність та роки якісного життя*.

**Теорії, засновані на принципах.** Теорії, засновані на принципах, так само, як кантівська етика й утилітаризм, наголошують на існуванні зобов'язань. Однак відмінною рисою теорій І. Канта й утилітаризму є їхня обґрунтованість з позицій монізму, коли один абсолютний принцип визначає характер дій у межах етичної системи. Теорії, засновані на принципах, мають плюралістичний характер, коли два або більше умовних (неабсолютних, *prima facie*) принципи формують загальний рівень нормативних тверджень. Іншою відмінною рисою теорій, заснованих на принципах, є їхня близькість до загальноприйнятої моралі, а не опора на чисте міркування, природні закони, спеціальний моральний сенс тощо.

Теорії, засновані на принципах, мають знайти вихід із ситуації «конфлікту зобов'язань», що передбачає дії в протилежних напрямках, хоча рішення повинно бути тільки одне, незважаючи на відчуття невизначеності і нерозв'язаності проблеми. Ситуація «конфлікту зобов'язань» не може бути вирішена ні з позиції утилітаризму, ні з позиції теорії І. Канта, оскільки моністичні теорії дають односпрямований алгоритм ухвалення рішення. Утилітаристи вбачають основу різних етичних зобов'язань у принципі досягнення максимальної користі. Однак твердження, що в реальному житті існує тільки одне зобов'язання збільшення вигоди, не узгоджується зі здоровим етичним сенсом і фактом існування всіляких груп зобов'язань стосовно різних людей. За теорією І. Канта наші різні зобов'язання визначаються категоричним імперативом. Однак у реальному житті неприйнятним є твердження про абсолютний пріоритет прямих зобов'язань над непрямыми.

Основною теорією, заснованою на принципах, є теорія принципалізму, що запропонована Т. Бочампом і Дж. Чілдрессом і посіла провідне місце серед домінуючих етичних теорій ХХ сторіччя. Принципалізм має зв'язок з теорією В. Росса, в якій використовують поняття зобов'язань «*prima facie*», що в перекладі з латинської мови означає «на перший погляд». Однак вираз «умовні» краще відбиває характеристику зобов'язань. До таких умовних зобов'язань віднесені:

- 1) зобов'язання вірності — виконувати обіцянки, поважати контракти й угоди, говорити правду;
- 2) зобов'язання відшкодування — компенсація заподіяної шкоди іншому;
- 3) зобов'язання подяки;
- 4) зобов'язання благодіяння, милосердя;
- 5) зобов'язання ненанесення шкоди;
- 6) зобов'язання справедливості;
- 7) зобов'язання самоповаги.

Умовне «*prima facie*» зобов'язання, на відміну від абсолютного, може бути підпорядковане іншому умовному зобов'язанню, що за даного збігу обставин виявляється більш вагомим. У теорії принципалізму (як і в теорії В. Росса) абсолютні (неумовні) зобов'язання відсутні й існують тільки умовні (*prima facie*). Умовні зобов'язання не мають єдиної основи і походять від численних морально значущих стосунків: громадянина і держави, людини і людини, батьків і дитини, чоловіка і дружини, кредитора і боржника, того, хто дав обіцянку, і того, хто одержав обіцянку, тощо. Кожний з таких стосунків є основою певного умовного зобов'язання: воно чинить більший або менший моральний тиск залежно від обставин конкретного випадку. У непроблемних ситуаціях, коли ми пов'язані тільки одним умовним зобов'язанням, саме воно і стає нашим фактичним (дійсним) зобов'язанням. У ситуації конфлікту зобов'язань, коли в конкуренції за пріоритет знаходяться два або більше умовних зобов'язань, тільки одне з них, більш вагоме за даних обставин, може стати нашим фактичним (дійсним) зобов'язанням. Відповідно до теорії принципалізму етична проблема може бути адекватно концептуалізована, проаналізована і вирішена при зіставленні з принципами, кожний з яких відповідає умовним (*prima facie*) зобов'язанням. Розвиткові біоетики як науки сприяли теоретичні розроблення в галузі основних принципів предмета. Виняткова роль у визначенні оригінального підходу до даної проблеми належить Т. Бочампу і Дж. Чілдрессу. У своїй оригінальній публікації «Принципи біомедичної етики» вони сформулювали чотири принципи даного предмета:

- 1) *принцип поваги автономії* передбачає повагу особистості й захисту людей зі зниженою автономією (діти, психічно хворі та ін.);
- 2) *принцип ненанесення шкоди* полягає в тому, що медичний працівник не діє таким чином, що фактично шкодить пацієнтові;



3) *принцип допомоги і сприяння* вимагає від медичного працівника діяти в інтересах благополуччя пацієнта, виявляти милосердя і благодіяння;

4) *принцип справедливості* спрямований на дотримання справедливого розподілу як соціальних благ (наприклад, можливостей ефективної охорони здоров'я), так і соціальних навантажень (наприклад, податків).

Поряд з чотирма принципами Т. Бочамп і Дж. Чілдресс пропонують чотири правила: *правдивості, приватності, конфіденційності, вірності*. Правила походять від загальноприйнятої моралі. У разі ухвалення рішення необхідно забезпечити їх взаємозв'язок з іншими аспектами нашого морального життя, такими, як моральні емоції, цінності і права. Незважаючи на неминучість певних коливань, рішення повинне будуватися на основі моральної справедливості. У теорії принципалізму відсутній будь-який єдиний об'єднувальний принцип чи концепція або опис найвищого блага. Кожен принцип є, з одного боку, пов'язаним з умовним зобов'язанням, а з іншого — суб'єктом для ревізії. Жоден принцип не діє, як тиранія, і передбачає можливість розроблення компромісів. У складних конфліктних ситуаціях може не бути єдиного правильного рішення, оскільки два або більше морально прийнятних вчинків знаходяться в неминучому конфлікті і є рівноцінними за даних обставин. Прикладом вирішення «конфлікту зобов'язань» є аналіз етичної прийнятності активної евтаназії. Концептуалізація проблеми полягає в конфлікті зобов'язання допомоги і сприяння з одного боку і зобов'язання незаподіяння шкоди. Конфліктні зобов'язання відповідають опорним принципам теорії. Вбивство як таке є абсолютно морально неприйнятним і суперечить умовному (*prima facie*) зобов'язанню ненанесення ушкодження. З іншого боку, припинення життя термінально хворої людини, яка страждає від болю, не може в усіх ситуаціях вважатися морально неприйнятним, оскільки в конкретній ситуації іноді відповідає умовному (*prima facie*) зобов'язанню допомоги і сприяння. Хоча вбивство з точки зору умовного (*prima facie*) зобов'язання є аморальним, воно може виявитися єдиним шляхом виконання інших моральних зобов'язань. Однак якщо умовні (*prima facie*) зобов'язання переборюються або переважаються іншими обставинами, вони не просто зникають або випаровуються, — вони залишають моральні сліди, що повинні відбиватися на стосунках і подальших діях агента.

Під час оцінювання теорії принципалізму з точки зору її етичної прийнятності необхідне традиційне використання двох стандартних критеріїв. Можна стверджувати, що теорія добре погоджується з нашим досвідом морального життя, оскільки заснована на «звичайній моральній свідомості». Водночас, хоча принципалізм пропонує корисну схему для концептуалізації наших моральних дилем, він не забезпечує надійного керівництва для їхнього вирішення. Ситуацію характеризує парадоксальне судження Юма про те, що «принципи, за якими люди формують свої моральні судження, завжди ті самі, а висновки, що вони роблять, часто виявляються дуже різними». Коли

люди доходять різних висновків, їхні моральні судження також повинні стати предметом аналізу.

Принципалізм як теоретико-методологічний підхід виходить з того, що етика будується на декількох самодостатніх етичних принципах, які не поєднані між собою будь-якою однією теорією. У теоретичних міркуваннях відсутні єдина теорія посилянь, щодо якої принципи мали б ієрархію для вирішення етичних конфліктів. Натомість принципалізм відштовхується від подвійної орієнтації — утилітаристської («що корисно робити») й деонтологічної («що я повинен робити»). Принципи у конфліктній ситуації знаходяться на одному рівні і їхня вага постійно коливається у ході біоетичної дискусії. Утилітаристські оцінки біомедичних та медичних втручань парадигм принципів є більш-менш задовільними, а деонтологічні — вимагають пояснення того, що є благом для пацієнта та його найкращими інтересами.

## ІНДУКТИВНІ МЕТОДИ

Індуктивний метод розв'язання етичних проблем принципово відрізняється від дедуктивного. Він пропонує почати етичний аналіз з фактичного вивчення деталей окремого випадку: людей, обставин і взаємин, залучених до конкретної дилеми. Вважається, що досвід і спостереження скоріше, ніж філософські принципи і теорії, є передумовами етичних аргументів. Прихильники методу посилаються й на те, що якісні та кількісні методи емпіричного спостереження також прийнятні для ідентифікації й аналізу етичних питань в організації охорони здоров'я і клінічній медицині.

Відповідно до індуктивної концепції аналіз слід починати з етичного оцінювання окремих особливостей випадку. Уміння реагувати на індивідуальні особливості дає можливість розібратися, які більш загальні принципи і зобов'язання можуть бути найдійовішими в даній ситуації. Вибір етичних принципів і зобов'язань, що відповідають конкретній етичній проблемі, є найважливішим етапом індуктивної концепції. І, нарешті, без посилення на філософську теорію здійснюється спроба зіставлення загальних принципів і зобов'язань з конкретними фактами й інтуїтивними судженнями. Це може вимагати, наприклад, уявити себе самого в даній моральній ситуації, щоб зрозуміти межі загальних принципів і зобов'язань. Для особи, залученої до етичного аналізу, важливіше не залишатися безсторонньою, а спробувати уявити різні перспективи або визначити, що можна зробити в аналогічних ситуаціях.

На відміну від дедуктивного аналізу, індуктивний підхід неминуче зберігає в етичних судженнях невизначеність і залишкову напруженість. Рух від часткового до загального і назад до окремого не супроводжується логічним втручанням, а скоріше практичними думками. Під час індуктивного аналізу логічні посилення є підтримкою висновку без незаперечного логічного забезпечення. Іншими словами, індуктивний аргумент дозволяє зробити визначений висновок більш імовірним, але не робить його логічно необхідним.

Індуктивний підхід визначає також, що загальні керівні принципи не придатні для універсального застосування, і тому доцільним є використання загальних нормативних принципів з ясным розумінням їхньої користі й обмежень. Відповідно до індуктивної моделі серцевиною етичного мислення є не знання філософських теорій, а моральний досвід й оцінювання.

Алгоритм індуктивного методу етичного аналізу включає такі етапи:

1. Приділити увагу конкретним особливостям.
2. Знайти діючі етичні принципи та зобов'язання.
3. Збалансувати конкретні подробиці та загальні принципи.

У рідкісних випадках для виконання завдання збалансування окремого і загального потрібен додатковий четвертий етап. Він необхідний, якщо загальний принцип або зобов'язання, залучені до етичного аналізу, самі по собі викликають сумнів. Така ситуація можлива, коли певне посилання, на якому ґрунтується принцип або зобов'язання, більше не вважається розумним і його цінність стала сумнівною. Тоді необхідно:

4. Відкинути або модифікувати загальний етичний принцип на основі ідентифікації того, яке нерозумне посилання знаходиться в його основі.

Індуктивна модель здатна погоджувати міждисциплінарні точки зору. Багатодисциплінарна індуктивна модель може поєднувати під загальними принципами не тільки положення, що випливають з філософських теорій, але також ті, котрі виходять з численних дисциплін і джерел. Останні можуть включати життєвий досвід, безпосереднє спостереження за тим, як етичні проблеми і їхні рішення впливають на стосунки людей. Предмет історії також може включатися в багатодисциплінарну індуктивну модель, оскільки багато етичних проблем мають довгостроковий характер і входять до історичних джерел. Навіть якщо окремих випадок незвичайний, він може мати важливі аналогії з випадками, що відбулися в минулому. Література є ще одним можливим джерелом загального етичного розуміння, оскільки вивчає його шляхом розкриття характерів персонажів й опису життєвих ситуацій. Зрештою, цінну базу етичних передумов для етичного аналізу випадків надають різні культури. Проблема полягає лише в тому, що домінуюча культура в суспільстві може пригнічувати етичні погляди інших культурних груп, а цінності окремо взятої культури можуть стати джерелом висновків, що мають конфліктний характер стосовно інших культур національних меншин.

Варіантами індуктивного підходу до розв'язання етичних проблем є казуїстичний метод, етика турботи, феміністська етика.

**Казуїстичний метод.** Казуїстичний метод був розроблений античними мислителями і широко застосовувався в етичних дискусіях Середньовіччя. Теоретичною передумовою методу є твердження, що властивий дедуктивізму тип мислення «зверху — вниз» є неадекватним для розв'язання конкретних проблем, подібно до тих, які виникають у біоетиці. Відродження казуїстичного методу в біомедичному аспекті — заслуга А.Р. Джонсен і С. Тулмин.

Прихильники казуїстичного методу виходять з того, що жодна з існуючих етичних систем не може перебороти відмінності наших моральних ідей. Наслідком є факт відсутності консенсусу в оцінюванні етичних побудов. Казуїстичний метод аналізу етичної проблеми виправданий також тим, що наше реальне моральне мислення звичайно не містить прямих дедуктивних побудов, що виводять етичне судження з вищих принципів. Практична життєва мудрість вимагає визначити, які саме норми, принципи і правила застосовні до конкретного складного або двоїстого з етичної точки зору випадку. Послідовники казуїстичного методу не згодні, що відповідь на запитання може бути отримана на основі теорій І. Канта, утилітаризму або принципіалізму. Етичні теорії не враховують і того факту, що моральна визначеність там, де вона існує, стосується окремих випадків.

Казуїстичний метод заснований на аналізі випадків. Він починається зі зрозумілих «зразкових» випадків (парадигм), які прийнятні до аналізованої проблеми і свідчать про правильні дії або судження. З таких простих випадків екстрагуються правила поведінки і принципи, наприклад «злодійство аморальне». «Зразкові» випадки (парадигми) допомагають висвітлити проблеми інших випадків методом аналогії. Виведені зі «зразкових» випадків (парадигм) правила поведінки і принципи зіставляють з діями, що мають двоїсту або конфліктну етичну основу. Іноді вони включають твердження про необхідність винятків із правил.

Для правильної моральної оцінки кожного окремого випадку необхідно насамперед визначити, які «зразкові» випадки є прийнятними. Труднощі неминучі, якщо «зразкові» випадки невизначені чи двоїсті або якщо два і більше «зразкових» випадків діють у конфліктному напрямку. Історія моральної практики є постійним з'ясуванням використання «зразкових» випадків (парадигм) і прийнятих винятків із правил.

Моральний аналіз випадків неможливий без посилань на існуючі моральні традиції. Казуїстичний метод затверджує пріоритет практики над теорією. Моральні норми слід встановлювати на основі практики, причому практика не повинна виправдовуватися або засуджуватися абсолютними моральними принципами, оскільки таких просто не існує. Пріоритет практики багато в чому є наслідком історичної традиції як постійного базису європейського розуміння моральності. Казуїстичний метод підкріплюється і розвивається також діяльністю різних організацій, що аналізують і узагальнюють реальну етичну практику розв'язання проблем в окремих випадках. Казуїстичне мислення спрямовується від зрозумілого й очевидного випадку до більш складного і проблематичного. Базою є прояв відповідності важливого принципу певному випадку. Рух думки походить від цієї бази до морального судження.

У повсякденній медичній практиці виникають усе нові випадки, що вимагають термінового практичного вирішення. Послідовники казуїстичного методу впевнені, що ні елегантні теорії, ні критичні запитання не дають

відповідей на клінічні проблеми, що виникають. У їхніх руках знаходяться серії парадигм («зразкових» випадків), наприклад такі, котрі відображають етику ведення термінальних хворих та ін. Ці випадки добре зрозумілі і їх можна використовувати в дискусіях з опонентами. Вони містять ретельний аналіз думок з досягнутим консенсусом і точками незгоди. Переконавання слухачів досягається на основі парадигм, шляхом зіставлення думок і наведення аналогій на користь того, що те або інше рішення є найкращим. У цьому сенсі дух дискусій античних філософів-казуїстів присутній у коридорах сучасних лікарень. Саме такий факт є в основі твердження, що медицина «врятовує» від загибелі етику як розділ філософії.

Як приклад застосування казуїстичного методу можна розглянути дискусію про те, чи мають право батьки, прихильники віри Свідків Ієгови, заборонити переливання крові їх малолітній дитині, яка без операції загине. Замість того, щоб звернутися до етичної теорії або загальних принципів, таких, як допомога і сприяння або повага до автономії, казуїстичний метод буде спрямований на спробу розв'язання проблеми знаходженням аналогії у випадках, щодо яких немає значних розбіжностей у думках. Послідовник казуїстичного методу буде наводити різні парадигми («зразкові» випадки), що підтримують, по-перше, право компетентних дорослих відмовитися від запропонованого їм медичного лікування, а, по-друге, право батьків приймати рішення за своїх дітей. Поважаючи останнє право, суспільство, наприклад, не забороняє батькам направляти своїх дітей у релігійні школи. З іншого боку, суспільство прагне до обмеження такого вибору батьків, що наносить серйозну шкоду дитині. Виходячи з цього, батьки мають повну свободу у виборі школи, в яку вони хочуть направити дитину, однак вони не мають права позбавити його можливості відвідувати школу взагалі (за винятком випадків забезпечення повноцінної освіти вдома). Рішення про відмову від освіти серйозно порушує благополуччя дитини. Послідовник казуїстичного методу проведе аналогію і зможе стверджувати, що батьки не мають права відмовлятися від переливання крові дитині. Таке рішення аморальне тому, що наносить непоправну шкоду. Дитина, на відміну від батьків, не приймала автономного рішення стати членом церкви Свідків Ієгови. Коли дитина буде дорослою, вона зможе прийняти або відкинути цю систему цінностей і приймати відповідні медичні та інші рішення.

Казуїстичний метод є реальною альтернативою домінувальним етичним теоріям і методології етичного мислення «зверху — вниз». Він дійсно пропонує шлях, що відповідає реальному процесу етичного розв'язання проблем. Більше того, казуїстичний метод може сприяти консенсусу навіть тоді, коли у людей є розбіжності щодо етичних теорій. Принаймні прихильники такої методології, безумовно, мають рацію, що окремі специфічні моральні твердження більш певні, ніж будь-яка етична теорія.

Критики казуїстичного методу відзначають, що хоча він дійсно є альтернативою низці домінувальних дедуктивних етичних теорій, водночас він досить

близький до принципалізму. Дійсно, якщо конкретні моральні судження більш визначені, ніж повна етична теорія, то з цього не випливає, що такі судження більш визначені, ніж будь-який принцип. Іншими словами, немає підстав стверджувати, що судження про окремі випадки більш визначені, ніж судження про умовні (*prima facie*) принципи або правила, прийнятні до даної ситуації.

Іншим критичним запереченням є докір у тому, що метод надмірно «інтуїтивний» у розв'язанні складних етичних проблем.

Результати аналізу сильних і слабких сторін казуїстичного методу свідчать про те, що його найкраще застосувати як складову більш сучасної моделі етичного мислення.

**Етика турботи.** Метод приділяє особливу увагу емоційному компонентові морального життя зі спеціальним акцентом на співпереживання і облік потреб інших, тобто на турботу та піклування. Так само, як і казуїстичний метод, етика турботи концентрується на особливостях і ситуації морального судження.

Метод надає особливого значення аналізу стосунків і визнанню відповідальності за моральне рішення. Етика турботи розроблена К. Гілліган у процесі вивчення статевих відмінностей етичного мислення. Протягом вивчення реакції на моральні конфлікти було виявлено, що жінкам властиво зосереджуватися на деталях стосунків між людьми і на пошуках інноваційних рішень, що максимально захищають інтереси всіх зацікавлених осіб. Чоловіки, навпаки, зазвичай намагаються ідентифікувати і застосувати відповідні принципи або правила, які вони вважають універсальними або цінними з точки зору справедливості, навіть коли в результаті порушуються чийсь інтереси. Перший тип підходу буц названий етикою турботи (або відповідальності), а інший, який включає дедуктивні методи, — етикою справедливості. Безумовно, ці емпіричні кореляції є недосконалими: дії чоловіків включають елементи турботи, а жінки використовують принципи справедливості. Історично традиційні етичні підходи більше відповідають моральному досвіду чоловіків, ніж жінок. Немає причини вважати, що етика турботи менш значуща, ніж етика справедливості: ідеальна етика повинна включати обидва ці підходи.

Етика турботи спрямовує і орієнтує універсальні принципи і права на користь турботи, піклування, міжособистісних стосунків і умов. Критика дедуктивних методів етичного аналізу заснована на сумніві в тому, що неупередженість і справедливість є фундаментальним аспектом морального мислення і, насправді, відображують чоловіче етичне мислення. Упередженість, що походить від стосунків турботи, не менш легітимна. Певні стосунки винятково важливі. Наприклад, у багатьох випадках батькам можна ставити інтереси своїх дітей вище за інтереси інших дітей. Більше того, абстрактні принципи традиційних теорій часто мають досить обмежене практичне застосування, у той час як для вирішення етичних проблем необхідна увага до деталей і облік обставин.

У багатьох складних ситуаціях за наявності етичного конфлікту такі принципи, як кантівський категоричний імператив або утилітаристське

кредо «збільшуй до межі користь», призводять до прийняття неадекватного рішення. Більше того, етичні теорії з абстрактними принципами часто зневажають емоційні компоненти морального життя. Вияв турботи відповідно до потреб інших людей часто морально більш переважний, ніж відсторонена безпристрасна моральна оцінка. Наприклад, етика турботи твердо підтримує шире відношення лікаря до хворого без етичної оцінки наслідків (як це вимагає утилітаризм) або поваги до особистості (як це передбачає кантівська теорія). Абстрактний характер дедуктивних методів етичного аналізу не може враховувати принципові особливості морального досвіду окремих контингентів — жінок, батьків, представників меншостей, колег-професіоналів. Медичний працівник за принципами етики турботи повинен з'ясувати індивідуальні фізіологічні і психологічні потреби свого пацієнта і прагнути до їхнього задоволення на основі індивідуалізованого догляду і спостереження. Він має також прагнути до налагодження, підтримання і поліпшення стосунків між усіма зацікавленими особами: пацієнтом, командою медичних професіоналів і членами родини хворого.

Прикладом застосування етики турботи в аналізі біоетичної проблеми може бути випадок, коли медична сестра перебуває в ситуації конфлікту між обов'язками стосовно пацієнта й обов'язками стосовно лікаря як лідера команди медичних фахівців. Суть проблеми, наприклад, може полягати в тому, що, на думку медичної сестри, лікар не використовує всіх сучасних можливостей ведення пацієнта. У разі використання підходу «етики справедливості» концептуалізація і розв'язання проблеми реалізується з позицій загальної користі (утилітаризм) або ієрархії обов'язків (кантівська деонтологія). На відміну від цього етика турботи зосереджує увагу на конкретних стосунках і відповідальності, що впливає з них. Оцінюється вплив можливих сценаріїв на ці стосунки і визначаються перспективи розв'язання конфлікту за максимального врахування інтересів залучених у конфлікт осіб і насамперед хворої людини.

**Феміністська етика.** Феміністська етика впливає з визнання існування жіночого погляду на мораль і в цьому відношенні співзвучна з етикою турботи. Феміністська етика вимагає суворого обліку морального досвіду жінок, хоча часто критично вважає, що на формування цього досвіду впливає їхнє нерівноправне становище. Феміністська етика підкреслює моральну важливість подолання всіх форм гноблення з особливим акцентом на дискримінацію жінок. Ці риси феміністської етики визначають особливе моральне ставлення до жінок і, що дуже важливо, до інших історично пригноблених шарів населення і меншостей. Акцент ставиться як на значенні інтересів жінок, так і на обставинах, що їх особливо стосуються або впливають. Так, у біоетичних дискусіях феміністи ретельно досліджують роль жінки в прийнятті рішень у разі виникнення конфлікту мати — плід, а також як майже ексклюзивного учасника медсестринської професії. Обговорюються особливості положення жінок у біомедичних дослідженнях, моральні

складнощі сурогатного материнства, проблеми запліднення *in vitro* та інші спірні питання, пов'язані з репродуктивними технологіями.

Феміністська етика приділяє особливу увагу подоланню практики й інститутів гноблення. Феміністи не виключають, що непропорційне залучення жінок у сферу догляду і піклування відображають їхнє підвладне становище в суспільстві. Вони підкреслюють, що виховання, догляд, прагнення зберегти стосунки майже за будь-яку ціну, можливо, є складовими компонентами пригноблених груп і характерні не тільки для жінок, але й для осіб обох статей у групах населення, що стали об'єктом підпорядкування або колонізації. Радикальні феміністи стверджують також, що цінності материнства, які посідають особливе місце і в етиці турботи, можуть бути віднесені тільки до традиційної родини і девальвуються в неповних родинах, цивільних шлюбах, серед гомосексуалістів. Вони вважають також, що догляд за іншими заважає жінці адекватно задовольняти свої власні потреби на основі принципів автономії і прав людини.

### АЛЬТЕРНАТИВНІ МЕТОДИ ТА ПІДХОДИ

Кожна з розглянутих раніше дедуктивних і індуктивних теорій пропонує конструкцію, яка використовується для визначення того, які дії людини в цілому є морально правильними, а які морально неправильними. Одним з альтернативних підходів в етичній науці є розроблення етичних теорій, які сфокусовані не на дію, а на характер людини і в цілому намагаються дати відповідь на запитання про те, що таке добре і що таке погано. Такий альтернативний підхід відображає теорія доброчесної етики.

**Теорія доброчесної етики.** У традиційних етичних теоріях з акцентом на моральне оцінювання дії як основу морального керівництва розглядається сукупність принципів і правил. Іноді ці принципи і правила виражаються мовою прав і обов'язків. Наприклад, стверджується, що компетентна доросла людина має право на відмову від лікування, а медичний працівник зобов'язаний поважати рішення компетентної дорослої людини.

Доброчесна етика має інший підхід і, продовжуючи традиції Платона й Арістотеля, надає основного значення доброчесному характеру. У доброчесній етиці в центрі знаходиться агент, тобто той, хто робить дію, а не власне дія. Якщо в етичних теоріях, заснованих на оцінюванні вчинків, принциповим є обґрунтування морально правильної дії, то в доброчесній етиці основне значення має те, якою повинна бути людина. У біоетичному контексті чеснота може бути визначена як риса характеру, що є морально цінною. До чеснот відносять такі якості людської особистості, як справедливість, розсудливість, помірність, хоробрість, правдивість, щирість, співчуття. Теологічними (християнськими) чеснотами є віра, надія, любов.

Останніми роками відзначається зростання впливу доброчесної етики і розвиток емоційних аспектів у біоетиці. Обґрунтовується необхідність



відмови від етичних теорій, заснованих на оцінюванні дії на користь добродесної етики або, принаймні, їхнього рівноправного співіснування. На користь добродесної етики свідчить той факт, що ми часто здійснюємо моральне оцінювання мотивації і характеру агентів, а не тільки їхніх дій. Іноді ми засуджуємо людину, що вчинила правильно, але на підставі сумнівної мотивації або підходів. Разом із тим іноді ми не засуджуємо людину за неправильну дію, якщо вона була реалізована на базі шляхетної мотивації і добродесної основи. Добродесна етика не тільки відповідає досвідові нашого морального життя, а й є керівництвом для вирішення моральних дилем. На думку прихильників даного альтернативного підходу, добродесна етика є більш надійною основою для практичних морально правильних дій, ніж принципи, правила або кодекси. Добродесні риси повинні формуватися суспільством через створення і культивування правильних моделей поведінки. У багатьох випадках неможливо обґрунтувати правильність дії без посилення на чесноти. Більше того, те, як ми виконуємо нашу дію (з точки зору морального навантаження), може бути не менш (а іноді й більш) важливим, ніж те, що ми робимо.

На сьогодні найбільш визнаною є концепція комбінації в етичному аналізі обох альтернативних підходів. Вона заснована на визнанні низки фактів. По-перше, ні етичне керівництво відповідно до принципів і правил, ні етичне керівництво відповідно до чеснот не вичерпують самі по собі всю повноту нашого морального життя. Людина може мати добрий характер і правильну мотивацію, однак діяти неправильно. Разом із тим дія поза зв'язком з чеснотами не завжди означає неправильність учинку. У житті ми оцінюємо і дію, і характер з моральної позиції. До того ж правила, принципи і моральні кодекси теорій, що базуються на вчинках (такі, як вимоги отримання інформованої згоди на медичне втручання, конфіденційності, правдивості та ін.), часто сприяють установам правильних стосунків між командою медичних професіоналів, хворими і членами їхніх родин, на основі яких певні чесноти можна легше реалізовувати. Необхідно враховувати, що специфікація чеснот не завжди достатня для етичного керівництва до дії. У біоетиці часто постають такі запитання: чи має лікар право порушити конфіденційність і якщо так, то за яких обставин? На такі запитання неможливо відповісти ізольованим посиленням на чесноти.

Ілюстрацією застосування добродесної етики в біомедичному контексті є ситуація, що пов'язана з моральним вибором лікаря, який діагностував у свого пацієнта онкологічне захворювання. З одного боку, він повинен інформувати його про результати обстеження. Разом із тим на підставі індивідуальної оцінки ситуації він усвідомлює, що такі принципи, як допомога і сприяння, ненанесення шкоди мають занадто загальний характер і в конкретному випадку не можуть бути корисними. Лікар може звернутися до ідей жалю, співчуття, ширості. Хоча ці поняття описують чесноти, ми

можемо на їхній основі сформулювати правила дії: «Жалій», «Співчувай», «Будь щирим». Тобто в конкретній ситуації лікар, щоб розв'язати етичну дилему, повинен жаліти пацієнта, співчувати йому і бути щирим з ним (однак немає певних правил, що визначають, як це здійснити). Іншими словами, лікар повинен виявити добротність і моральність. Це може відбуватися в разі моделювання поведінки за зразком його вчителя або шановного ним колеги, яких він ідентифікує як таких, що мають необхідні якості.

**Теорія розумової рівноваги.** Теорія розумової рівноваги (*reflective equilibrium*, — англ.) розроблена Дж. Роулз як альтернативний підхід стосовно дедуктивних і індуктивних методів етичного аналізу. Необхідність альтернативних теорій визначається відсутністю ексклюзивного статусу будь-якого методу. Сучасний етап розвитку біоетичної думки характеризується твердженням, що комбінація дедуктивного й індуктивного методів є третьою моделлю етичного аналізу. Дедуктивний метод пропонує процедуру ухвалення рішення «зверху — вниз», в якій посиланнями є філософські теорії й етичні принципи, а висновки представляються конкретними логічними специфічними відповідями на таку моральну дилему.

Індуктивні методи, навпаки, пропонують алгоритм вирішення проблеми «знизу — вгору», виходячи з ретельної оцінки особливостей конкретного випадку і знаходячи підтримку в загальних філософських теоріях і принципах, а також інших дисциплінах і джерелах. На відміну від очевидності і визначеності дедуктивного методу, індуктивний підхід не визначає той або інший висновок як логічно необхідний. Кожна з цих моделей є надмірно жорсткою у визначенні пріоритетності рівня етичної переконливості: теорії і принципи або окремі випадки. Очевидно, наша етична сутність і мислення не можуть бути зрозумілі на ексклюзивній основі будь-якого одного підходу.

Відповідно до моделі розумової рівноваги Дж. Роулз жодний рівень етичної переконливості не повинен бути пріоритетним. Правомірність встановлюється на всіх рівнях етичного аналізу: 1) теорії; 2) принципи та правила різних ступенів специфічності; 3) судження щодо випадків. Судження, що здаються особливо переконливими, на будь-якому рівні використовують для перегляду менш визначених суджень будь-якого рівня.

Теорія розумової рівноваги пропонує починати аналіз зі зважених суджень, стосовно яких досягнутий високий ступінь довіри після ретельного й інтенсивного обговорення. Зважені судження можуть стосуватися будь-якого рівня етичного аналізу. Одні з них можуть бути, як у казуїстичному методі, судженнями про специфічні випадки; інші — правилами (наприклад, заборона чинити насильство) або принципами (наприклад, повага до автономії). Зваженим вважається таке судження, що є неупередженим. Зважені судження є основою для перегляду інших етичних уявлень і поглядів з метою досягнення зв'язаної сукупності моральних оцінок. Зв'язаність етичного

аналізу (звідси термін *coherentism*; від англ. *coherent* — зв'язаний, зчеплений) забезпечується залученням в оцінку практичної проблеми якомога більшого числа теорій, принципів і підходів, які поділяє людина. Зв'язаний етичний аналіз просувається в обох напрямках: зверху — вниз і знизу — вгору з використанням як дедуктивних, так і індуктивних методів, а також альтернативних підходів.

Теорія розумової рівноваги, включаючи її заклик до зв'язаності етичного аналізу, є важливою підтримкою традиційних підходів. Модель включає принципи казуїстичного методу, а також аргументацію принципалізму. Вона припускає використання дедуктивізму як теоретичного методу за необхідності перевірки наших окремих суджень. Залежно від того, як розвивається етичний аналіз, модель може включати елементи добродесної теорії, а також етики турботи і феміністської етики. У цьому зв'язку Р. Витч розглядає теорію розумової рівноваги як «повну теорію біоетики». У цілому вона може надати гнучкий і збалансований підхід до морального мислення.

Застосування теорії розумової рівноваги спрямовано на перегляд з позиції зважених суджень будь-якого рівня менш переконливих суджень будь-якого рівня з метою створення найбільшої зв'язаності всієї системи етичних переконань і вирішення на цій основі конфлікту.

Ревізія суджень може здійснюватися «зверху — вниз», тобто від принципів до випадку. Наприклад, під час формування групи учасників важливого медичного дослідження спочатку може виникнути питання доцільності їхнього повного інформування про суть дослідження, оскільки це може впливати на чисельність когорти спостереження. Тоді ревізія такого етичного судження може початися з принципу кантівського категоричного імперативу про аморальність відношення до людини виключно як до засобу. Передбачувані учасники дослідження не будуть водночас власне метою, якщо не дадуть інформованої згоди на медичне дослідження. Цей приклад ілюструє рух етичної думки від принципу до випадку, однак відповідно до теорії розумової рівноваги можлива і протилежна спрямованість ревізії етичних суджень. Наприклад, якщо лікарю-психіатру стає відомо, що його пацієнт має намір заподіяти шкоду третій особі, то зважене рішення про необхідність його захисту приймається на рівні аналізу випадку і є підставою для перегляду принципу конфіденційності і дозволу винятку в даній клінічній ситуації.

Практично важливим є запитання про те, яким чином ми визначимо ті судження або норми, які слід переглянути під час конфлікту. Яким чином ми можемо виправдати кожне конкретне розв'язання конфлікту? Суть полягає в тому, щоб урегулювати етичний конфлікт шляхом такого перегляду суджень, який забезпечить найкращий взаємозв'язок етичних поглядів аналітика.

Р. Витч розглядає чотири рівні морального обґрунтування в розумовій рівновазі, додаючи до розглянутих раніше рівнів (казуїстика, моральні кодекси, нормативна етика) четвертий — метаетику. Повний і різнобічний підхід до біоетики забезпечується в разі створення «рівноваги» усіх чотирьох рівнів. Не має принципового значення точне встановлення місця початку аналізу, є можливість руху думки в обох напрямках морального обґрунтування. Наприклад, можна почати з аналізу конкретного випадку, і якщо казуїстичний підхід не сприяє розв'язанню конфлікту, то необхідно прийняти зважене судження на будь-якому іншому рівні, щоб переглянути етичні погляди на рівні конкретного випадку або на більш високому рівні.

Дуже часто в біомедичній етиці дискусія починається з рівня *індивідуального конкретного випадку*. Звичайно етично правильне рішення очевидне і часто приймається інтуїтивно, автоматично на основі укорінених моральних поглядів, і факт ухвалення рішення може навіть не усвідомлюватися медичним працівником. Однак іноді вибір не є легким і вимагає більш ретельної і свідомої оцінки. Лікар має можливість у складних випадках порадитися з колегами або з членами етичного комітету лікувального закладу. Хворий може звернутися за допомогою до друзів, родичів, релігійних і громадських організацій. У результаті може бути отримана інформація, яка містить досвід інших подібних клінічних випадків, що були успішно вирішені в минулому. Іноді як аналоги використовують біблійні сюжети, історичні аналогії або юридичні випадки, стосовно яких суспільство дійшло згоди. Такі випадки називають «зразковими». Більшість людей згодні, що з точки зору етики подібні випадки повинні розглядатися однаково. Фактично найважливішою ознакою етичного судження (на відміну від простого смаку або переваги) є впевненість, що коли наявні ознаки є подібними, то і розгляд випадків повинен бути подібним. Доти, доки люди можуть погодитися з тим, що було зроблено в «зразковому» випадку і що новий випадок є подібним до «зразкового», вони будуть здатні вирішувати етичні проблеми.

Наступний *рівень морального обґрунтування* — правила і права (моральні кодекси). На нього можна перейти, якщо на казуїстичному рівні базові етичні судження не вирішують проблеми, якщо не можна погодитися з етичним розв'язанням «зразкового» випадку або якщо ми вважаємо, що розглянута проблема не є подібною до «зразкового» випадку за наявними ознаками. Іноді етичний кодекс може пояснити, що є законним або що є етичним. Не завжди все, що законно, водночас є етичним, і не все, що є незаконним, обов'язково є неетичним. Якщо правило або право вважається етичним, це означає, що воно засновано на моральній системі, яка є первинною системою переконань і норм про правильність і неправильність вчинків або характеру людини. Можна використовувати різні кодекси і правила цивільних, культурних, політичних, релігійних організацій, документи медичних професійних асоціацій і положення різних теорій.

Прикладами правил є твердження типу: «Завжди перед операцією необхідно одержати згоду» або «Медична інформація про пацієнта повинна бути конфіденційною». Ці самі твердження можна висловити не у вигляді правил, а як права: «Пацієнт має право на декларацію згоди перед операцією» або «Пацієнт має право на збереження конфіденційності медичної інформації про нього». Такі твердження називають реципрокними, вони є специфічними й у сукупності з безліччю інших можуть відповідати на основні типи біоетичних запитань медичної практики. Якщо досягається згода стосовно застосування правил до конкретного випадку, то етична проблема буде вирішена на цьому, другому, рівні. Серед етичних протиріч слід зазначити дискусію про те, наскільки суворо необхідно дотримуватися положень правил і прав. Однією з крайніх точок зору (якої практично неможливо дотримуватися) є твердження про неприпустимість винятків із правил і прав — так званий легалізм. Іншою крайньою і також нереальною для практичного застосування точкою зору є думка про унікальність кожного випадку, що унеможлиблює використання правил і прав для оцінки того чи іншого вчинку — так званий антиноміанізм. Більш прийнятні дві проміжні точки зору. Ситуаціоналізм розцінює моральні правила просто як «керівництва», «правила правої руки», що можна застосовувати в кожній конкретній ситуації по-різному. І, зрештою, точка зору, що називається «Практичні правила», орієнтує на суворе дотримання правил, які встановлюють порядок: винятки можливі, однак лише за надзвичайних обставин і робляться набагато рідше, ніж послідовниками ситуаціоналізму.

У випадках, коли при застосуванні різних правил або прав неможливо усунути протиріччя, може знадобитися більш повний етичний аналіз. З цією метою можливий перехід на *третій рівень морального обґрунтування* — до *теорії нормативної етики*. Саме на цьому рівні обговорюються норми поведінки і характеру. Ці базові норми дозволяють вивести і захистити правила і права. Ключовою ознакою етичних норм є їхня універсальність і поширеність застосування. Нормативна етика розглядає три типи запитань, на які відповідають *теорія дій*, *теорія цінностей* і *теорія доброчинності*.

*Теорія дій* відповідає на запитання про те, які принципи роблять вчинок морально правильним. Відповідь включає перелік таких моральних принципів, як допомога і сприяння, ненанесення шкоди, повага до автономії, справедливість та ін. У цілому принципи правильної дії умовно поділяються на принципи, що сприяють досягненню найкращих наслідків, і на принципи, що засновані на обов'язках. Оскільки біоетика містить більше ніж один етичний принцип, теорія дій як частина нормативної етики повинна порушити питання про те, яким чином розв'язати конфлікт між ними.

*Теорія цінностей* містить відповідь на запитання, яке адресується нормативній етиці: «Які наслідки тієї або іншої дії слід вважати добрими або

цінними». У біомедичній етиці допомога і сприяння (тобто створення добрих наслідків) є одним із принципів правильної дії, а ненанесення шкоди (тобто запобігання створенню поганих наслідків) — другим принципом правильної дії. Існують різні думки про те, що вважати етично цінним. Деякі речі, наприклад гроші, здаються цінними, але в дійсності лише інструментально, оскільки вони можуть лише сприяти одержанню того, що становить ширшу внутрішню цінність. Серед стандартних відповідей на запитання про те, що має внутрішню цінність, згадуються щастя, краса, знання, правда, мораль, доброта і, що важливо для біомедичної етики, — здоров'я.

*Теорія доброчинності* має відповідь на третє запитання нормативної етики: «Які риси характеру заслуговують на похвалу?» Моральні якості, що заслуговують на схвалення, такі, як співчуття, доброзичливість, вірність, зазвичай визначають як чесноти, звідси назва цієї частини нормативної етики — доброчесна етика. Принципово, що чесноти повинні співвідноситися не з характером дій, а з характером людини, що здійснює ці дії. Слід розрізнити поняття доброзичливості і благодіяння. Доброзичливість — це чеснота, що розуміється як бажання робити добро. Благодіяння (допомога і сприяння) є принципом правильної дії, що призводить до найкращих наслідків. Іноді людина бажає робити добро, тобто демонструє чесноту доброзичливості, однак, зрештою, не приносить добра, тобто не робить благодіяння. Інша людина, за натурою недоброзичлива, може зробити благодіяння, ймовірно вважаючи, що в даному випадку забезпечення найкращих наслідків відповідає його інтересам.

Таким чином, нормативна етика підтримує етичні принципи (теорія дії), внутрішнє благо (теорія цінностей) і добрий характер (теорія доброчинності). Залежно від типу етичної проблеми і ситуації, ми можемо цікавитися одним з питань більше, ніж іншими. Наприклад, у 70-х і 80-х роках ХХ століття фахівці з біоетики основну увагу приділяли принципам правильної дії. Тоді теоретики намагалися зрозуміти, чи чинить лікар морально вірно, якщо він прагне забезпечити найкращі наслідки, але при цьому порушує рух до автономії або вдається до неправди. У той час не звертали великої уваги на характер лікаря. Важливо було те, що робить його вчинок морально правильним, а не те, чи має лікар доброчесний характер. Біоетики, які тоді критикували медичний патерналізм, стверджували, що доброчесний лікар-патерналіст діє морально неправильно, коли порушує принцип автономії, навіть якщо робить це з найкращих міркувань. Тільки на початку 90-х років ХХ століття біомедична етика повернулася до більш традиційного погляду на чесноти медичного працівника. З цього часу починається встановлення балансу між етичним аналізом вчинків і аналізом характеру тих, хто їх здійснює.

Іноді під час морального обґрунтування вирішення етичної проблеми на третьому рівні стає зрозумілим, які принципи правильної дії, або чесноти,

або внутрішні цінності є найбільш важливими. Наприклад, учасники дискусії можуть погодитися, що домінуючим є принцип поваги автономії (або принцип добродіяння) і на цій основі вирішити проблему, визначивши, які моральні правила або права є легітимними в даній ситуації. У більш складних випадках усунути розбіжності не вдається і учасники дискусії не можуть домовитися, які принципи повинні превалювати. Наприклад, одні учасники дискусії можуть віддати пріоритет принципіві благодіяння, у той час як інші стверджують, що домінуючим повинен стати принцип автономії, навіть якщо повага автономії створить менш позитивні наслідки, тобто буде менш благочинною.

Учасники дискусії можуть, наприклад, не дійти загального висновку про те, що є більш важливим — принцип правильної дії або добродіяння характеру. Усі такі випадки тривалої дискусії є підставою для того, щоб перенести моральне обґрунтування на *четвертий рівень*, який є завершальним, — *рівень метаетики*.

Метаетика спрямована на вирішення найголовнішого питання етики: визначення і трактування етичних термінів. Метаетика розглядає, що є джерелом етики (тобто, як люди довідаються, які принципи або чесноти є важливими), а також, що є основою етики (тобто, як люди довідаються, що є етичним). На рівні метаетики вже не розглядаються питання про те, які дії є морально правильними або які риси характеру є морально значущими. Розглядаються більш важливі проблеми: яким чином і де можна одержати відповіді на ці запитання і як ми довідаємося, що ці відповіді правильні.

Релігійна етика має у своєму розпорядженні стандартні відповіді на ці метаетичні запитання. Для віруючої людини визначення вчинку як правильного означає, що він здійснюється відповідно до божої волі або за встановленими Богом законами. Для віруючих сказати, що риса характеру є добродійною, значить сказати, що вона морально виправдана Богом. Релігійні люди впевнені, що точно знають про те, що є етичним, з таких джерел, як одкровення, релігійні книги, церковні традиції та ін.

Нерелігійні люди мають інші погляди. На їхню думку, універсальною основою етики можуть служити природні закони, а також угоди між людьми. Традиційна секулярна етика поділяє з монотеїстичними релігіями думку про універсальність етики і про те, що стосовно конкретного етичного випадку тепер і в даному місці всі люди повинні прийти до того самого етичного судження щодо правильності або неправильності поведінки агента. Звичайно, універсалісти визнають, що насправді не всі люди погодяться з такими судженнями, але думають, що існують певні стандарти (такі, як божья воля і закон або природні закони), з якими звіряються етичні судження.

Інші секулярні теорії поділяють думку політеїстичних релігій, що існує більше ніж один стандарт відносно моральних поглядів. Такого роду

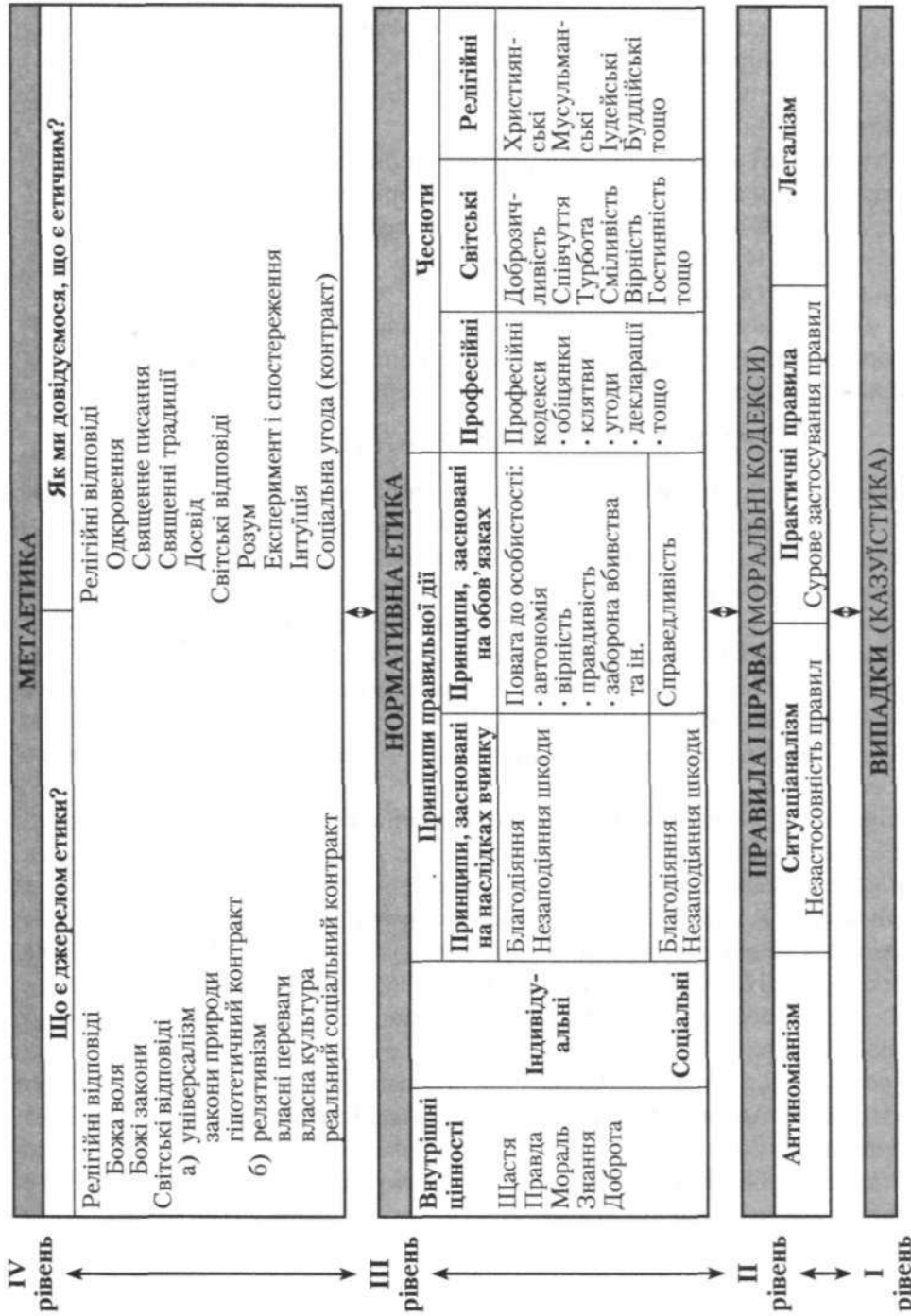
метаетична позиція називається релятивізмом, тому що розглядає моральні судження щодо безлічі стандартів і авторитетів. Наприклад, для послідовника політеїстичної релігії різні культури правомірні давати різні моральні оцінки. В одній культурі можливе релігійне виправдання активної евтаназії страждаючого термінального хворого, в іншій культурі така сама дія заборонена релігійними авторитетами. Аналогічно і секулярна етика може бути релятивістською, якщо стверджує стандарт оцінки моральних поглядів з позицій різних культур.

Метаетика розглядає по-різному з релігійних і секулярних позицій питання, яким чином ми довідуємося про те, що є етичним. У той час як релігійна етика вважає, що все відбувається з божої волі або за законами, через священне писання, одкровення або церковні традиції, секулярна етика основу таких знань вбачає в емпіричному досвіді. За І. Кантом знання про етику базуються на розумі, за Д. Юмом — на досвіді симпатії.

Метаетичні питання знаходяться поза межами рутинних проблем біоетики. На щастя, навіть за наявності серйозних розбіжностей на цьому рівні етичного обґрунтування і неможливості досягнення згоди на релігійній або секулярній основі, можливе зближення позицій і консенсус на трьох нижчих рівнях морального обґрунтування. Учасники дискусії можуть дійти згоди з питань принципів, чеснот і внутрішніх цінностей нормативної етики. Вони можуть погодитися з багатьма моральними правилами і правами. Іноді можлива згода про те, що вважати морально правильним у конкретному випадку, навіть якщо угода на метаетичному рівні відсутня. Те, що називається загальноприйнятою мораллю, дозволяє дійти згоди з багатьох, по суті, здебільшого етичних дилем, незалежно від культури, релігії, політики і часу. Розумні люди можуть досягти взаєморозуміння на нижчому рівні морального обговорення. Алгоритм уявного пересування за рівнями етичного обґрунтування наведений на мал. 5.

До недоліків моделі розумової рівноваги слід віднести втрату визначеності і недостатню структуралізацію, що є ціною за досягнуту гнучкість і свободу від догматизму. Дедуктивізм, що ідентифікує єдиний принцип як основу для етичного обґрунтування, пропонує систему або метод, який забезпечує більш легку концептуалізацію проблеми. Казуїстичний метод за рахунок фокусування уваги на конкретному випадку забезпечує більш зрозумілий підхід до вирішення проблеми. Критик концепції розумової рівноваги може заявити, що її послідовники чітко не знають, на якому рівні етичного обґрунтування слід почати і яким чином просуватися по рівнях. Теоретично слід почати там, де можлива декларація обґрунтованого судження. Практично ми можемо почати просто там, де є етичний інтерес, і використовувати всі механізми аргументації для досягнення найбільшої зв'язаності всієї етичної системи переконань.





Мал. 5. Алгоритм пересування за рівнями обґрунтування

## ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ І ТЕМИ ДЛЯ ДИСКУСІЙ

1. Кентаврівський характер, напрямки біоетики і критерії прийнятності етичних теорій.
2. Моделі етичного мислення: дедуктивний аналіз, індуктивний аналіз, альтернативні методи та підходи.
3. Дедуктивний аналіз з використанням теорії І. Канта.
4. Дедуктивний аналіз з використанням теорії утилітаризму.
5. Дедуктивний аналіз з використанням методу принципалізму.
6. Казуїстичний метод індуктивного аналізу.
7. Етика турботи в індуктивному аналізі.
8. Феміністська етика в індуктивному аналізі.
9. Теорія добродесної етики як альтернативний підхід до етичного мислення.
10. Теорія розумової рівноваги як «повна теорія біоетики».

## ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ПОГЛИБЛЕННЯ ЗНАНЬ

1. *Гиллиган К. К.* Иным голосом: психологическая теория и развитие женщин / Этическая мысль: Научно-публицистические чтения. 1991 // Общ. ред. А.А. Гусейнова. — М.: Республика, 1992. — 230 с.
2. *Кант И.* Сочинения. В 6 т. — М.: Мысль, 1965.
3. *Кундієв Ю.І.* Біоетика — новий ступінь інтеграції природничих і гуманітарних наук // Вісник НАН України. - 2002, № 11. - С 11-17.
4. *Миль Д.* О свободе / Пер. с англ. А. Фридмана // Наука и жизнь. — 1993, № 11. - С. 21-26.
5. *Юм Д.* Трактат о человеческой природе. — Минск: ООО «Попурри». — 1998. - 720 с.
6. *Beauchamp T., Childress J.* Principles of biomedical ethics. — N.-Y., Oxford: Oxford university press, 1994. — 546 p.
7. *Gilligan C.* A different voice in moral decisions // Speaking of faith / Ed. by D. Eck and D.Jain. Philadelphia: New Society Publishers, 1987. - 200 p.
8. *Jonsen A.R., Toulmin S.* The Abuse of Casuistry: A. History of Moral Reasoning. Berkeley: University of California Press, 1990. — 420 p.
9. *Rami J.* Justice as Fairness: A. Restatement. Harvard University Press, 2003. - 214 p.
10. *Rendtorf J.D., Kemp P.* Basic ethical principles in European bioethics and biolaw. Autonomy, dignity, integrity and vulnerability. — Guissona: Impremta Barlona, 2000. - 428 p.
11. *Veatch R.M.* The Basics of Bioethics. — New Jersey: Prentice Hall, 2003. — 205 p.

## СПЕЦІАЛЬНА БІОЕТИКА

### РОЗДІЛ 1

### ЕТИЧНА ОЦІНКА БІОБЕЗПЕКИ ТА РИЗИКІВ БІОМЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

#### КОНЦЕПЦІЯ БЕЗПЕКИ ТА БІОБЕЗПЕКИ

У широкому значенні *безпеку* розуміють як стан захищеності, відсутності загрози. Існують різні види безпеки: міжнародна, національна, безпека життєдіяльності, безпека окремих видів діяльності, безпека споруд і об'єктів. Запорукою міжнародної безпеки є міжнародне співробітництво країн, робота міжнародних організацій, розроблення спільних міжнародних документів та ін. Національну безпеку розуміють як захищеність життєво важливих інтересів людини, суспільства і держави, за якої забезпечується сталий розвиток суспільства. Складовими національної безпеки є безпека державна, політична, економічна, воєнна, екологічна, технологічна, інформаційна, демографічна, продовольча, енергетична, гуманітарна. Безпека життєдіяльності спрямована на захист здоров'я, життя людини і довкілля в цілому.

Як відомо, характерною рисою XXI століття є втрата стійкості життя на Землі з причини загальнопланетарної кризи. Цілком імовірними стали загрози безпеки людства. Сучасна концепція безпеки виходить з визнання в якості її найголовнішого об'єкта не держави, а особи з її правами, свободами, власністю та здоров'ям. Концепція вважає основоположним принцип безпеки індивідуума і груп населення. Цілком зрозуміло, що безпека особи не може бути забезпечена без захисту безпеки суспільства з його матеріальними і духовними цінностями, а також держави з її суверенітетом, законодавством і територіальною цілісністю.

Безпека покликана забезпечити тривалий і збалансований захист фундаментальних інтересів особистості, суспільства та держави від зовнішніх і внутрішніх загроз. Захисні заходи повинні бути адекватні загрозам безпеки і ґрунтуватися на результатах наукового аналізу навколишнього світу, соціуму та людини. Держава покликана забезпечити усі аспекти безпеки громадян — підтримка гідного життя і розвитку, захист від зовнішньої загрози, стихійних лих, епідемій, техногенних катастроф, перенаселення,

антигенного забруднення навколишнього середовища, атомної, хімічної, фізичної та інших видів загроз. В ідентифікації і подоланні загроз безпеки людства особливого значення набувають медико-біологічні науки, які в даний час інтенсивно розвиваються.

Не випадково термін «біобезпека» набув широкого використання, у тому числі на законодавчому рівні (Закон України «Про державну систему біобезпеки при створенні, випробуванні, транспортуванні та використанні генетично модифікованих організмів», Київ, 31.05.07, № 1103-V). У цьому Законі термін «біологічна безпека» вживають у такому значенні — стан середовища життєдіяльності людини, за якого відсутній негативний вплив його чинників (біологічних, хімічних, фізичних) на біологічну структуру і функцію людської особи в наш час і майбутній незворотний негативний вплив на біологічні об'єкти природного середовища (біосферу) та сільськогосподарські рослини і тварини. У наказі МОЗ, НАМН України «Про удосконалення функціонування системи індикації біологічних патогенних агентів» від 21.03.2003, № 127/27 зазначено, що біологічна безпека створює оптимальні умови життєдіяльності, що виключають шкідливий вплив біологічних патогенних агентів на здоров'я населення. У наказі МОЗ України «Про затвердження державних санітарних норм і правил» «Організація роботи лабораторії при дослідженні матеріалу, що містить біологічні патогенні агенти I—IV груп патогенності молекулярно-генетичними методами (Державні санітарні норми і правила, розд. 2)» від 24.01.2008, № 26, біологічна безпека визначена як система організаційних, медико-біологічних і інженерно-технічних заходів і засобів, спрямованих на захист персоналу, що працює, населення і місця існування людини від дії патогенних біологічних агентів.

Потенційні загрози біологічній суті живих організмів можуть виникати в результаті забруднення природних ресурсів, використання генної інженерії і генної терапії, проникнення чужорідних форм життя, у тому числі космічного походження, у сформовану екосистему. Саме тому, при обговоренні проблем біобезпеки йдеться про екологічну та генетичну безпеку.

*Екологічна безпека* спрямована на забезпечення такого стану навколишнього середовища, який гарантує запобігання погіршенню екологічної ситуації та виникненню небезпеки для здоров'я людини. Екологічну безпеку визнають на міжнародному рівні, а також по відношенню до території держави та її адміністративно-територіальних підрозділів.

*Генетична безпека* визначена як стан середовища життєдіяльності людини, за якого відсутній будь-який неприродний вплив на людський геном, на геном об'єктів біосфери, а також відсутній неконтрольований вплив на геном сільськогосподарських рослин і тварин, промислових мікроорганізмів, який призводить до появи у них негативних та/або небажаних властивостей.

Згідно з сучасною концепцією біологічної безпеки професійним обов'язком і важливою складовою діяльності лікаря та дослідника у медико-біологічній галузі є протистояння деградації навколишнього середовища, охорона населення і праці, а також коректне використання новітніх біомедичних технологій — терапії стовбуровими клітинами, генетичної діагностики, генної терапії, отримання генетично модифікованих організмів за допомогою методів генної інженерії, біоінженерії, біоінформатики.

### РОЛЬ ЛІКАРЯ І МЕДИКО-БІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДНИКА У ПОПЕРЕДЖЕННІ ДЕСТРУКЦІЇ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА

У результаті техногенної агресії людини і перенаселення планети порушуються природні регуляторні механізми біосфери і виснажуються не тільки ресурси розвитку, але й ресурси виживання. Темпи антропогенного забруднення навколишнього середовища перевищують темпи адаптації живих організмів до екологічних змін. Порушуються природні ланцюги живлення, що склалися в процесі еволюційного розвитку.

Деструкція навколишнього середовища і порушення біологічної рівноваги у системі «людина — природа» є наслідком сучасного споживацького способу життя і його хибних стандартів, технократичного мислення, недостатнього рівня екологічної освіти і свідомості, неефективності функціонування державних і соціальних організацій, а також інститутів громадянського суспільства.

У протидії антропогенному забрудненню навколишнього середовища виключно важливу роль відіграє «Конвенція про доступ до інформації, участь громадськості в процесі прийняття рішень та доступ до правосуддя з питань, що стосуються довкілля» (Орхуська конвенція), (ООН, 1998).

Захист навколишнього середовища на міжнародному, державному і регіональному рівнях підтримується «Киотським протоколом До рамкової конвенції ООН про зміни клімату» (Киото, Японія, 1997) та Декларацією ХХХ Всесвітньої медичної асоціації (Сан-Пауло, Бразилія, 1976).

Науково доведеним фактом вважається зв'язок між якістю навколишнього середовища та якістю життя. Доведено, що забруднення середовища є безпосередньою загрозою майбутньому людського роду через наслідки впливу комплексу фізико-хімічних факторів на індивідуально-біологічні та генетичні основи людини. Забруднення навколишнього середовища пов'язане з поширеністю технологій видобутку, перероблення та використання природних ресурсів, з недосконалістю технологій, утилізації відходів промислових підприємств. Доведено значення в антропогенній деградації довкілля процесів урбанізації, господарської діяльності людини, хімізації сільського господарства, застосування пестицидів, використання добавок.

Забруднення довкілля як процес зміни складу і властивостей біосфери Землі внаслідок діяльності людини вже набуло глобального характеру і навіть торкнулося космічного простору з порушенням біосферно-космічної рівноваги.

Безпосередніми об'єктами забруднення (акцепторами забруднених речовин) є атмосфера, метосфера і гідросфера. Опосередкованими об'єктами забруднення, його жертвами є складові біогеоценозу — рослини, тварини, мікроорганізми. Непрямий вплив забруднених об'єктів довкілля і виробничого середовища може значно погіршувати стан здоров'я людини.

Окрім хімічного і фізичного забруднення, існує біологічне забруднення. Це привнесення в екосистеми внаслідок антропогенного впливу не характерних для них живих організмів (бактерій, вірусів тощо), що погіршують умови існування природних біотичних угруповань або негативно впливають на здоров'я людини. Стічні води підприємств, побутові та промислові звалища, каналізаційна мережа є основними джерелами потрапляння у ґрунт і підземні води патогенних мікроорганізмів і різноманітних органічних сполук. Біологічне забруднення є однією з причин збільшення спалахів епідемій і виникнення нових інфекційних захворювань. У разі недотримання санітарних норм можливо потрапляння з лабораторії або заводу у довкілля мікроорганізмів і біологічних речовин, що негативно впливають на біотичні угруповання, здоров'я людини і його генофонд. Розвиток генної інженерії без належного контролю є потенційним джерелом біологічного забруднення.

Важливою складовою біобезпеки є збереження біорізноманіття. У «Конвенції про охорону біологічного різноманіття» (ООН, 1992) «біологічне різноманіття» визначається як «різноманітність живих організмів з усіх джерел, включаючи, серед іншого, наземні, людські та інші водні екосистеми і екологічні комплекси, частиною яких вони є; це поняття включає в себе різноманітність у рамках виду, між видами і різноманіття екосистем».

Біологічне різноманіття має справжню екологічну, генетичну, соціальну, економічну, наукову, виховну, культурну, рекреаційну і естетичну цінність і значення. Зменшення біорізноманіття внаслідок деяких видів людської діяльності викликає занепокоєність внаслідок його великого значення для еволюції і збереження систем біосфери, що підтримують життя.

Біологічне різноманіття суттєво зменшується внаслідок деяких видів людської діяльності, в тому числі в галузі генної інженерії. Практичні загрози виникають в процесі перенесення генетичної інформації від домашніх форм до диких видів, генетичного обміну між дикими видами і підвидами, особливо рідкісними і тими, що зникають, а також як генетичні і екологічні наслідки навмисної і ненавмисної інтродукції тварин і рослин.

Про негативний вплив екологічної кризи на стан здоров'я людини свідчать виникнення і визнання нових галузей медицини — екологічної патології, екологічної педіатрії та ін. Протидія антропогенній деградації довкілля

потребує ретельного біоетичного обґрунтування, екологічної освіти і виховання, а також розроблення адекватного законодавчого поля.

Екологічна біоетика як складова глобальної етики сприяє поєднанню антропоцентризму і біоцентризму в етичних міркуваннях щодо захисту навколишнього середовища. Правилами етичного відношення людини до природи є відмова від шкоди живій природі, від втручання у вільний розвиток окремих видів і екосистем, відновлення порушеної справедливості у стосунках між людиною і природою, відповідальне ставлення до приручених тварин. На думку Ч. Тейлора, принципами екологічної біоетики є: 1) захист людини від агресії інших біологічних видів; 2) збереження людини як біологічного виду; 3) пропорційність між несуттєвими потребами людей і суттєвими (життєвими) потребами тварин і рослин; 4) мінімізація шкоди під час реалізації суттєвих (життєвих) потреб людини; 5) справедливість розподілу життєво важливих ресурсів; 6) відновлення справедливості як компенсація шкоди природним об'єктам. Практичне застосування зазначених вище правил і принципів є індикатором і проявом розвинутої екологічної свідомості.

У контексті екологічної біоетики для екологічно свідомої людини принцип інформованої згоди трансформується в право особистості і суспільства знати про всі екологічні проекти та їх небажані ефекти, а також право брати участь у соціальному, етичному і правовому обговоренні проблем. Практичній реалізації цих прав сприяє наведена вище Конвенція Європейської економічної комісії ООН «Про доступ до інформації, участь спільноти в прийнятті рішень і доступі до правосуддя з питань, що стосуються навколишнього середовища» (Орхуська конвенція, 1998).

Збереження і розвиток *здорової екосистеми (healthy ecosystem)* є базисною передумовою *прийняттого виживання (acceptable survival)* людства. Рівень такого виживання надає не тільки елементарні умови життєдіяльності, але й доступ до духовних і культурних цінностей. Екологічна етика має на меті підтримку *сталого розвитку (sustainable development)* суспільства як утилітаристської ідеї довгострокового забезпечення фундаментальних потреб людства з мінімізацією шкоди природі. Якщо біомедична етика спрямована в першу чергу на короткострокові цілі підтримки автономії і свободи вибору індивідів в питаннях покращання власного здоров'я, то екологічна біоетика має насамперед довгострокову мету збереження екосистеми для запобігання захворюванню у *сталому суспільстві (sustainable society)*.

## БІОЕТИЧНА ЕКСПЕРТИЗА РИЗИКІВ БІОМЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Ризики для існування довкілля і людини як соціально-біологічної істоти пов'язані не тільки з антропогенним забрудненням навколишнього середовища й екологічною катастрофою, але й з наслідками технологічного

прогресу в біомедичній галузі, у тому числі із застосуванням так званих біотехнологій. Такі ризики повинні сприйматися суспільством як «етичні межі», за якими застосування технологій без детальної регламентації та морального обґрунтування слід вважати неприйнятним.

Згідно з положенням «Конвенції ООН про охорону біологічного різноманіття від 1992 року» термін «біотехнологія (biotechnology)» означає будь-який вид технологій, пов'язаний з використанням біологічних систем, живих організмів або їх похідних для виготовлення або зміцнення продуктів або процесів з метою їх конкретного вживання. Для медичної практики та медико-біологічної науки найбільший біоетичний і професійний інтерес мають такі напрямки біомедичних технологій, як генна терапія, генетичне скринування, терапія стовбуровими клітинами, програма «Геном людини», виробництво лікарських засобів, фармакогеноміка, застосування генетично модифікованих продуктів.

Генна терапія спрямована на досягнення терапевтичного ефекту введенням функціонально активних (терапевтичних) генів і інших генетичних конструкцій (гібридних ДНК/РНК олігомерів), які можна розглядати як лікарські речовини ХХІ століття. Уже сьогодні в економічно розвинутих країнах генна терапія включена в клінічні протоколи ведення спадкової молекулярної патології, онкопатології, нейродегенеративних і інфекційних захворювань.

Розвиток генної терапії супроводжується потенційними етичними конфліктами. Так, конфлікт інтересів виникає, коли науковий керівник колективу, який випробовує новий клінічний протокол генної терапії, є в той самий час власником або співвласником компанії, яка є замовником цих випробувань. Виникає конфлікт фінансових інтересів бізнесменів, які зацікавлені в прибутках, і інтересами пацієнтів. Більше того, існують випадки фальшування результатів наукових і клінічних досліджень у тих випадках, коли це дає фінансові вигоди.

Біоетичні норми і регуляції набувають все більшого значення не тільки внаслідок росту комерціалізації наукових досліджень і особливо їх результатів, але й у зв'язку з потенційною загрозою для здоров'я пацієнта з боку вірусних векторів переносу терапевтичних генетичних конструкцій.

Біоетичні дискусії виникли і після отримання колективом учених Національного інституту здоров'я США патенту, який включає усі (!) види генної терапії *ex vivo* на клітинах поза організмом. Проблема полягає у тому, що дослідження стосувалися тільки окремого випадку генної терапії *ex vivo* — введення хворому з тяжким комбінованим імунodefіцитом (ADA — SCID) гена аденозиндеамінази (ADA) за допомогою клітин крові.

Дослідження і практичне використання результатів у сфері генної терапії мають відношення до проблеми генетичної безпеки нації. У міжнародних документах ВООЗ, ЮНЕСКО, Ради Європи визнається етично дозволеною тільки генотерапія соматичних, але не зародкових клітин.



Іншим практичним досягненням біомедичних технологій, які потребують етичної оцінки, є розроблення методів генетичної діагностики моногенних спадкових захворювань, вірусних і мікробних інфекцій, заснованих на методах молекулярної гібридизації, полімеразної ланцюгової реакції і імунохімії. Генна терапія і генетична терапія тісно пов'язані між собою і програмою «Геном людини». Успіх програми супроводжується біоетичним конфліктом з приводу спроб патентування фрагментів ДНК людини комерційними корпораціями з метою фінансових прибутків у майбутньому.

За останні два десятиліття, напевно, жодна медико-біологічна галузь не викликала настільки пильного суспільного інтересу і такої наукової полеміки, як дослідження стовбурових клітин. Однією з біоетичних проблем терапії стовбуровими клітинами є розрив між громадськими і професійними інтересами і очікуваннями, з одного боку, і можливостями реальної оцінки результатів з позицій доказової медицини, з іншого. В економічно розвинених країнах об'єм витрат на не завжди виправдані трансплантації стовбурових клітин останніми роками перевищує об'єми витрат на інші дорогі медико-біологічні технології, що обмежує біоетичний принцип справедливого розподілу ресурсів охорони здоров'я. Механізм дії терапії стовбуровими клітинами залишається нез'ясованим. Не зрозумілий спосіб інтеграції стовбурових клітин у складну тривимірну структуру міокарда. Сумнівна можливість заміщення нервових клітин під час проведення клітинної терапії у неврологічних пацієнтів. Не вивчені ризики розвитку онкологічної патології. Є підозри про завищення позитивного ефекту і замовчування наявності ранніх і пізніх ускладнень терапії, що проводиться. З біоетичних міркувань експерименти з ембріональними стовбуровими клітинами заборонені у Німеччині, Франції, Ірландії, Іспанії, деяких штатах США, Китаї. Проте позитивні результати терапії низки серцево-судинних захворювань, цукрового діабету, гострої та хронічної ниркової недостатності, захворювань травматологічного і ортопедичного профілю та інших свідчать про перспективність подальшого проведення досліджень з дотриманням біоетичних принципів «добродіяння», «ненанесення шкоди» і з повагою автономії пацієнта.

Прикладом значних успіхів біотехнологій в галузі сільського господарства є генетичне модифікування продуктів. У той самий час наукове співтовариство і екологічні організації засвідчують наявність біологічних ризиків споживання продуктів, отриманих з генетично модифікованих організмів (ГМО). Біоетичні проблеми такого виду біотехнології пов'язані з можливістю несприятливої дії на здоров'я людини, а також ризиками, які складають предмет біобезпеки.

Генетично модифіковані мікроорганізми у разі випадкового проникнення з біотехнологічних лабораторій в природу можуть посилити стійкість до антибіотиків природних патогенів людини. Безпосередню загрозу генетичній стійкості біосфери можуть становити генетично модифіковані рослини,

які поки ще єдині ГМО, що вже потрапили в природне середовище. Інтенсивно розвивається біотехнологія генетичної модифікації тварин.

На сьогодні виведені і вже вирощуються генетично модифіковані сорти кукурудзи, картоплі, сої, томатів та інших культур. Прихильники впровадження генної інженерії в сільське господарство впевнені: споживаючи трансгенні харчові продукти, людина наражається на небезпеку не більше, ніж у разі споживання звичайних продуктів. Більше того, деякі вчені, фермери, державні чиновники і, звичайно ж, виробники трансгенних продуктів переконані, що без генної інженерії людству не обійтися. Основні аргументи на користь поширеного використання цієї технології виробництва продуктів харчування засновані на утилітаристському підході:

- збільшення населення планети робить актуальною проблему забезпечення продовольством. Рослини, отримані за допомогою генної інженерії, можуть давати вищі врожаї, ніж традиційні культури, мають вищу стійкість до комах-шкідників;
- існує можливість зміни властивостей рослин за допомогою генетичної модифікації зі збільшенням вмісту поживних речовин і вітамінів, що приведе до кращої збалансованості харчування;
- генетично модифіковані рослини будуть стійкі до екстремальних погодних умов (посуха, холод, повені), що особливо важливо для населення найбільш небезпечних регіонів планети;
- генетично модифіковані рослини при їх вирощуванні мають меншу потребу в пестицидах і гербіцидах;
- продукти харчування, що містять генетично модифіковані інгредієнти, можуть стати корисними для здоров'я, якщо в них вбудувати вакцини проти різних хвороб.

Проблеми біобезпеки пов'язані з недостатністю наукових даних стосовно побічних ефектів генетично модифікованих продуктів. Зараз випробування генетично модифікованих рослин звичайно проводять лише протягом відносно коротких проміжків часу, на невеликих площах і рідко тривають довше одного сезону. Не можна бути впевненими в тому, що випробування проводять дійсно незалежні від біотехнологічних компаній установи і конфлікт інтересів відсутній. Складно прогнозувати, як споживання генетично модифікованих продуктів вплине на організм через деякий час, оскільки для цього потрібно вести спостереження за кількома поколіннями людей, які споживають такі продукти харчування. Не існує переконливих даних про харчову цінність таких рослин, а також про їх вплив на навколишнє середовище та дику природу.

Зважаючи на те, що використання генно-інженерних технологій може призвести до виникнення в продуктах невідомих раніше небезпечних властивостей, кожен генетично модифікований продукт має підлягати обстеженню, здатному виявляти найширший спектр можливих небезпек. Лише під

час клінічних досліджень можна виявити всі можливі небезпеки і непередбачувані побічні ефекти, що можуть приховуватися в продуктах, виготовлених за генно-інженерною технологією. Основними й очевидними небезпеками генетично модифікованих продуктів для здоров'я людини вважають алергенність, токсичність і розвиток стійкості до антибіотиків. Необхідно також відзначити негативний вплив запровадження генетично модифікованих сільськогосподарських культур на навколишнє середовище.

Сьогодні компанії, які виробляють генетично модифіковану продукцію, активно використовують міф про рівноцінність або еквівалентність харчових субстанцій. Концепцію «еквівалентності харчових субстанцій» застосовують в Європі, Північній Америці і всюди у світі як основу для системи регулювання. Вона була створена спеціально для полегшення комерціалізації генетично модифікованих продуктів харчування. Наприклад, така конвенція є основою Європейських правил про генетично модифіковані продукти й інгредієнти. Рівноцінність передбачає, що обидва типи продуктів — звичайні і генетично модифіковані — однакові за всіма характеристиками, важливими для споживачів, за безпекою, поживністю, зовнішнім виглядом. На основі тези, що генетично модифіковані продукти не більш небезпечні, ніж інші, вони під час тестування або маркування класифікуються як рівноцінні звичайним і проходять прості, такі самі, як для звичайних продуктів, а не посилені тести, які спроможні виявити небезпеку, приховану в генетично модифікованих продуктах.

Питання створення трансгенних рослин і тварин вимагають глибокого філософського і наукового осмислення, оскільки це стосується не лише вузького кола фахівців. Ідеться не тільки про сучасну популяцію, а й про майбутні покоління. Певний мінімум новітніх генетичних знань стає необхідною складовою не тільки спеціальної, а й загальної грамотності людини, показником його підготовленості та відповідальності за життя в сучасному світі.

Сучасні біомедичні технології мають величезний лікувально-діагностичний потенціал, але й несуть серйозні ризики в разі їх неконтрольованого використання. У певному сенсі гіппократівський принцип «не нашкодь» відступає перед новим принципом «розсудливого ризику». Така ситуація складається, наприклад, у клінічних випробуваннях ліків, розроблених з використанням біомедичних технологій. Не викликає сумнівів, що в перспективі біомедичні технології виробництва лікарських засобів і досліджень в галузі фармакогеноміки можуть бути дуже корисними як для індивідуума, так і для суспільства в цілому. Але в процесі клінічного дослідження дослідник може розраховувати лише на мінімізацію можливої шкоди, а не на її гарантоване попередження і повне усунення ризику.

У певному сенсі в сучасному постмодерністському контексті формується *суспільство ризику*. Індивідуальний ризик, що у минулому відігравав

позитивну роль, змінюється на глобальний ризик втрати біологічної основи існування людини як виду. Безумовно, застосування будь-якої сучасної технології супроводжується ризиком, але цей ризик має бути прийнятним. Тому одним із правил поведінки в ситуації ризику є дія на основі обліку співвідношення «ризик — вигода». Етична загроза виникає в тому випадку, якщо термінам «ризик» і «вигода» надають суто економічне тлумачення або нерівнозначне тлумачення. Нерівнозначність виникає у разі порівняння шкоди для здоров'я як антропологічного блага з соціально-економічними вигодами. Суто економічний підхід до тлумачення співвідношення ґрунтується на грошовій оцінці лікування і життя, з одного боку, та економічній вигоді, яку можна буде отримати завдяки застосуванню сучасної біомедицинської технології, з іншого боку. Обидва тлумачення мають суттєві етичні обмеження відносно ставлення до цінності людини. Принцип «ризик — вигода» потребує термінологічного й етичного уточнення та вдосконалення. Наприклад, за умови підпорядкування етичним принципам вищого порядку дане співвідношення може бути визначене як співвідношення «кошти — вигода». У такому разі обчислюються та порівнюються між собою саме економічні показники.

Під час оцінювання шкоди, якої можуть зазнати навколишнє середовище, населення або працівники, доцільно скористатися не релятивістським поняттям прийнятного ризику, а радше поняттями соціальної відповідальності і оптимізації ризику. Слід прагнути звести до нуля шкоду, яку можна заподіяти пацієнту, медичному працівнику, населенню в цілому. Критерій соціальної відповідальності може виправдати свідомо передбачений ризик як прийнятний і без якого неможливо надати адекватну медичну допомогу конкретному пацієнтові.

Концептуально стратегія забезпечення біобезпеки у біосфері на шляху її трансформації в ноосферу складає предмет *ноетики*. Екологічні і біологічні обмежувачі меж розвитку людства не можуть бути усунені механізмами саморегуляції біосфери або за допомогою новітніх технологічних, ресурсних та енергетичних рішень. При визначенні шляхів розвитку цивілізації у рамках таких складних систем, що саморозвиваються, як біосфера і ноосфера, безглуздо шукати лінійні залежності. У точках розгалужень траєкторій розвитку подібних систем можливий сценарій руху реалізується під впливом різних чинників. Орієнтирами для наукового пізнання, а тим більше для ухвалення стратегічних рішень стають не лише природні, історичні і соціальні дисципліни, але й етична наука — ноетика як система знань, що покликана заборонити небезпечні для людства дії в системі ноосфери і техносфери.

Етична свідомість і відповідальність окремої людини і медичного працівника повинні проявлятися конкретними діями із захисту довкілля, з розвитку системи біологічної безпеки і підтримки відповідальних міжнародних, національних, регіональних ініціатив.

## ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ І ТЕМИ ДЛЯ ДИСКУСІЙ

1. Концепція безпеки.
2. Потенційні загрози біологічній суті живих організмів.
3. Біобезпека, екологічна безпека, генетична безпека.
4. Антропогенна деградація навколишнього середовища.
5. Екологічна криза й екологічна біоетика.
6. Визначення терміну «біотехнологія».
7. Біоетичні проблеми генетичних біотехнологій.
8. Біоетичні проблеми терапії стовбуровими клітинами.
9. Біоетичні проблеми розроблення і використання ГМО.
10. Методи оцінювання ризику біомедичних технологій.

## ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ПОГЛИБЛЕННЯ ЗНАНЬ

1. *Барбур И.* Этика в век технологий. — М.: ББИ, 2001. — 382 с
2. *Бек У.* Общество риска на пути к другому модерну. — М.: Прогресе — Традиция, 2000. - 384 с.
3. *Гардашук Т.* Екологічна політика та екологічний рух: сучасний контекст. - К.: ТОВ ВПЦ «Техпринт», 2000. - 126 с
4. *Запорожан В.Н.* Нооэтика в этическом кодексе медицины XXI столетия. - О.: ОНМедУ, 2011. - 168 с.
5. *Корсак К.В., Плахотник О.В.* Основы современной экологии. Навч. посіб. — 4-те вид., перероб. і доп. — К.: МАУП, 2004. — 340 с.
6. *Екологічне громадське здоров'я: від теорії до практики / Під ред. К. Чу, Р. Симпсона.* — Кам'янець-Подільський: Абятка — НОВА, 2002. — 290 с
7. *Йонас Г.* Принцип ответственности. Опыт этики для технологической цивилизации. — М.: Айрис-пресс, 2004. — 480 с.
8. *Кисельов М.М., Канак Ф.М.* Національне буття серед екологічних реалій. - К.: Тандем, 2000. - 320 с.
9. *Нейсбит Дж.* Высокая технология, глубокая гуманность: технологии и наши поиски смысла. — М.: АСТ: транзиткнига, 2005. — 381 с.
10. *Тейлор Ч.* Этика автентичності. — К.: Дух і Літера, 2002. — 128 с.
11. *Тейлор Ч.* Джерела себе. — К.: Дух і Літера, 2005. — 696 с.
12. *Тищенко П.Д.* Биообласть в эпоху биотехнологий. — М.: Ин-т философии РАН, 2001.-187 с.
13. *Фукуяма Ф.* Наше постчеловеческое будущее: последствия биотехнологической революции. — М.: ООО «Изд-во АСТ»: ОАО «Люкс», 2004. — 349 с.
14. *Хесле В.* Философия и экология. — М.: Наука, 1993. — 205 с.

**РОЗДІЛ 2****БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИХОВАННЯ ПОВАГИ  
ДО ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ****БІОЕТИЧНИЙ ВИМІРУ СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Побічною дією сучасного науково-технічного прогресу є десакралізація традиційних людських цінностей, що пов'язані з народженням, життям і смертю, а також втрата людиною здібності та бажання самостійно без допомоги медиків і біомедичних технологій піклуватися про своє здоров'я. Революційні зміни в медичній сфері супроводжуються надлишковою медикалізацією, технологізацією і консюмеризацією індивідуального і соціального життя.

Принципово новому ставленню до здоров'я сприяє перегляд деяких постулатів етики Гіппократа, до яких належать надлишковий патерналізм, відсутність уявлень про права і автономію пацієнта, переважання інтересів лікаря над інтересами хворої людини, корпоративність і релігійний характер кодексу. Трансформація змісту традиційної медичної етики Гіппократа у сучасному філософському і соціокультурному контексті веде до змін у стосунках між пацієнтом і системою охорони здоров'я, особистістю і суспільством, людиною і природою в цілому. Пацієнт стає повноважним суб'єктом сучасного біоетичного виміру, який у повному обсязі відповідає за стан свого здоров'я. Біоетичні принципи в медицині ослаблюють корпоративну владу медичної субполітики в житті суспільства і індивіда і посилюють його відповідальність і персональну участь у рішенні практичних питань, що стосуються його здоров'я і добробуту.

Важливою біоетичною основою поваги до здоров'я є *етика благоговіння перед життям* А. Швейцера. Життя як таке, кожна форма життя без поділу на більш вартісне і менш вартісне життя, на вище і нижче, є найбільшою цінністю для людини. Добром є тільки те, що діє на користь її збереження і розвитку. Подолання А. Швейцером метафізичного абсолютизму, біоцентричного світогляду та індивідуалізація моралі є підставою для безмежної відповідальності людини за все живе, у тому числі за себе, за своє здоров'я.

Біоетичний фундамент виховання поваги до здоров'я базується і на концепції глобальної біоетики, що поєднує етичні проблеми в медичній і екологічній галузях. Поттер вбачає світоглядні та методологічні паралелі в захисті людського життя з попередженням захворювань, з одного боку, і в захисті природи з попередженням її техногенної деградації — з іншого. Медичну етику й екологічну етику поєднує той факт, що забезпечення здоров'я можливо тільки за сприятливих умов навколишнього середовища.

Сучасна етика базується на відповідальності і турботі індивіда про себе, про інших людей, інших живих істот і навіть неживу природу. Така турбота спрямована на «утримання від шкоди» (в медицині принцип «не нашкодь») і на активні дії щодо максимізування користі (в медицині принцип «роби добро»). У такому контексті традиційна для медицини мета боротьби із захворюваннями трансформується в багатоцільову діяльність з їх попередження, удосконалення системи охорони здоров'я, виховання індивідуальних вмій і навичок турботи про своє здоров'я і популяризації здорового способу життя.

Такий погляд підтримується сучасною тенденцією розвитку біоетики у вигляді універсалізації етичних принципів з позицій прав людини як джерела біотичних норм і критеріїв поведінки. З точки зору універсальної етики біотичний принцип поваги автономії особистості є похідним від цінності свободи особистості, принцип справедливості — похідним від цінності рівності усіх людей, принцип уразливості — похідним від цінностей унікальності природного світу.

Поряд із процесом модернізації медицини спостерігається зміна парадигм медичної діяльності. Особливого значення набувають парадигма «етичної спрямованості медицини» і парадигма «здоров'я як спосіб життя». Виникла *біоетична модель* здоров'я, яка базується на дотриманні сучасних біоетичних принципів, норм і правил з метою підтримання та розвитку інтегрованої пацієнт-орієнтованої медицини.

Етичний вимір у медичній сфері проводиться в розгляді діалектичної єдності здоров'я і хвороби. За Статутом ВООЗ «здоров'я — це не відсутність хвороби як такої або фізичних недоліків, а стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя». Етична складова в сфері охорони здоров'я полягає, по-перше, в тому що в низці випадків захворювання виникає внаслідок безвідповідальної поведінки пацієнта під дією стресу, зловживання алкоголем, наркотиками, курінням. По-друге, етичний вимір тандему здоров'я — хвороба пов'язаний з етикою відповідальності за стан власного здоров'я і здоров'я інших людей як з точки зору профілактики, так і з точки зору лікувально-діагностичних заходів. По-третє, етичний вимір здоров'я також виходить із принципу соціальної справедливості при формуванні політики охорони здоров'я і планування надання медичної допомоги на підставі системи принципів і цінностей пацієнта, лікаря і суспільства в цілому.

Згідно із законом «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначення здоров'я базується на стандартах ВООЗ. Сьогодні, на превеликий жаль, реальністю українського медичного простору є схильність населення до самолікування, віра в так звану народну медицину, широке використання нетрадиційних методів, починаючи з лікарських трав і закінчуючи практиками екстрасенсорного впливу і чаклунськими діями. Така ситуація має змінюватися на основі підвищення медичної свідомості населення в процесі біоетичних дискусій і біоправових ініціатив.

У широкому розумінні проблема здоров'я має бути включена до кола глобальних проблем, вирішення яких зумовлює не тільки кількісні та якісні характеристики майбутнього розвитку людства, а й навіть сам факт його подальшого існування як біологічного виду. Сьогодні проблема загрози здоров'ю розглядається світовою спільнотою як складова проблеми глобальної біобезпеки.

Здоров'я людини є складним феноменом, котрий розглядається як філософська, соціальна, економічна, біологічна, медична категорії, як об'єкт споживання, внесення капіталу, як індивідуальна і суспільна цінність, динамічне явище системного характеру, що постійно взаємодіє з навколишнім середовищем. Цілісний погляд на здоров'я передбачає чотири його сфери, або складові: фізичну, психічну, духовну і соціальну.

Фізичне здоров'я визначають такі чинники, як індивідуальні особливості анатомічної будови тіла, фізіологічні функції організму, генетична спадковість, рівні фізичного розвитку органів і систем організму в різних умовах довкілля.

До сфери психічного здоров'я відносять індивідуальні особливості психічних процесів і властивостей людини: збудженість, емоційність, чутливість. Психічне життя індивіда складається з потреб, інтересів, мотивів, стимулів, установок, цілей, уявлень, почуттів тощо. Психічне здоров'я пов'язане з особливостями мислення, характеру, здібностей. Усі ці складові і чинники зумовлюють особливості індивідуальних реакцій на однакові життєві ситуації.

Духовне здоров'я залежить від духовного світу особистості, його сприйняття складових духовної культури людства — освіти, науки, мистецтва, релігії, моралі, етики. Стан духовного здоров'я індивіда визначають свідомість людини, її ментальність, життєва самоідентифікація, ставлення до сенсу життя, оцінювання реалізації власних здібностей і можливостей у контексті власних ідеалів і світогляду.

Соціальне здоров'я індивіда залежить від економічних чинників, стосунків зі структурними одиницями соціуму (сім'я, праця, відпочинок, побут, соціальний захист, охорона здоров'я, безпека існування, міжетнічні стосунки). Ці чинники та складові створюють відчуття соціальної захищеності (або незахищеності), що суттєво впливає на здоров'я людини.

У реальному житті всі чотири складові — фізична, психічна, духовна і соціальна — діють одночасно і їх інтегрований вплив визначає стан здоров'я людини як цілісний складний феномен, як благо, благополуччя, *wellness*.

*Поняття рівнів здоров'я.* Сучасні теорія і практика медицини вирізняє шість рівнів здоров'я, структурованих за кількісною ознакою, — від окремого індивіда до людства в цілому.

Перший рівень здоров'я — індивідуальний, тобто, здоров'я окремої людини, її фізичне, душевне і соціальне благополуччя.



Другий рівень — здоров'я найближчого оточення людини — її сім'я, родичі, друзі, знайомі, з якими вона повсякденно спілкується. У найближчому оточенні передусім відбувається позитивний і негативний вплив на здоров'я як у прямому, так і в переносному значенні, в усіх сферах здоров'я — фізичній, психічній, духовній, соціальній. Сума впливів з найближчого оточення людини значною мірою формує спосіб її життя, створює певне психічне середовище, визначає духовні цінності, рівень соціальної відповідальності. У свою чергу, людина як член оточення має можливість позитивно або негативно впливати на певну групу людей: особистим прикладом, наданням інформації чи ставленням до дій і процесів, що відбуваються в її оточенні.

Третій рівень здоров'я — це здоров'я членів формально визначених організацій суспільства. Переважна більшість людей взаємодіє з різними організаціями суспільства у сферах виробництва, послуг, науки, культури, релігії, правових і соціальних інституцій тощо і тим самим впливає на здоров'я працівників, як і в зворотному напрямі організація впливає на здоров'я окремої людини. Вагомість впливу суттєво детермінована авторитетом і владою людини, її місцем в організації.

Четвертий рівень здоров'я — здоров'я громади. У даному контексті поняття громади визначають переважно за територіальною ознакою — село, селище, район, мікрорайон, місто, тобто той найближчий соціум, де людина перебуває тривалий час свого життя. Кожній громаді притаманні свої особливості стосовно культурних цінностей, звичок, традицій, спілкування, побуту, праці, відпочинку і цілком природно, що ці особливості відбиваються на стані здоров'я людей. Існує і зворотний зв'язок.

П'ятий рівень — здоров'я громадян і, останній, шостий — рівень здоров'я всього людства. З біоетичної точки зору наскрізна залежність і взаємообумовленість всіх рівнів здоров'я визначає, що кожна людина несе певну частку особистої відповідальності за здоров'я всього людства і усе людство певною мірою відповідальне за здоров'я кожної людини. Цей підхід визначає необхідність керуватися під час розроблення заходів щодо здоров'я тим принципом, що, з одного боку, держава відповідає за здоров'я своїх громадян, а з іншого — громадянин відповідає за суспільне здоров'я своєї країни. Новина такого підходу полягає в усвідомленні особистої відповідальності громадянина як за своє власне, так і за громадське здоров'я.

Для реалізації кожною людиною свого потенціалу здоров'я потрібні деякі передумови або чинники, до яких відносять мирне співіснування, гідні побутові умови, соціальна справедливість, якісна освіта, збалансоване харчування, достатні доходи, стабільна екосистема, сталі ресурси.

*Мирне співіснування* розуміють ширше, ніж відсутність стану війни на державному рівні. Відсутність мирних стосунків у сім'ї, конфлікти з найближчим оточенням, на роботі або в іншій організації, де працює людина, наявність конфліктів у громаді або поміж громадами (міжетнічних,

міжконфесійних) суттєво шкодять усім складовим здоров'я — фізичній, психічній, духовній, соціальній.

*Гідні побутові умови* є необхідними для створення відчуття впевненості у майбутньому щодо захищеності від можливих негараздів природного або суспільного походження.

*Соціальна справедливість* як передумова здоров'я гарантує всім громадянам однакові можливості доступу до послуг соціальних інституцій, рівні громадянські, майнові, соціальні права, неможливість обмежень законних прав і інтересів людини з боку будь-яких силових або владних структур. Соціальна справедливість створює у людини відчуття захищеності, а також надає рівні (в межах законодавства) потенційні можливості для реалізації потреб і здібностей, набуття відповідного соціального статусу незалежно від расових, національних, релігійних, майнових, статевих, вікових ознак. Навіть, незалежно від ступеня реального використання цих можливостей конкретними особистостями, сам факт їх наявності у суспільстві позитивно впливає на стан індивідуального і громадського здоров'я.

*Якісна освіта.* У розвиненому суспільстві рівень здоров'я значною мірою пов'язаний із рівнем освіти: чим вище освітній рівень, тим кращі, як правило, в ньому узагальнені показники здоров'я. Освіту слід розуміти і як надання інформації, і як навчання методам, прийомам і навичкам здорового способу життя, з безумовним пріоритетом цінностей індивідуального і громадського здоров'я в усіх його проявах.

*Збалансоване харчування* — не тільки засіб ліквідації почуття голоду і підтримання життєдіяльності організму, а й найважливіший фактор збереження здоров'я і протидіяння природному процесу старіння.

*Достатні доходи* передбачають наявність фінансових можливостей для забезпечення не тільки мінімальних потреб існування, а й для створення в суспільстві послуг і товарів, необхідних для дотримання здорового способу життя, для забезпечення можливостей користуватися цими послугами і товарами.

*Стабільна екосистема* — це не тільки збереження нормальних екологічних умов там, де вони ще не зазнали шкоди, а й відновлення пошкоджених екоутворень з метою запобігання подальшому порушенню екологічного балансу планети. Лише активна відновлювальна діяльність може забезпечити досягнення в майбутньому стабільної планетарної екосистеми з оптимальними фізико-хімічними параметрами для існування людства.

*Сталі ресурси* як передумова доброго здоров'я розглядаються не тільки як запобігання вичерпанню енергоресурсів, корисних копалин, виробничої сировини. Йдеться про зважене господарювання з урахуванням фінансових і матеріальних ресурсів країн, громад, окремих людей, незадіяних ресурсів виробництва, матеріалів та інструментів, інтелектуальних ресурсів, потенціалу громадських і приватних ініціатив. Чим більше всіляких ресурсів є в активі певного структурного утворення (людини, громади, організації,

регіону), тим більші потенційні можливості спрямування цих ресурсів на заходи щодо здоров'я.

### ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Сам факт наявності (або відсутності) деяких передумов ще не означає наявність добрих результатів стосовно здоров'я. Країни з приблизно однаковим рівнем зазначених чинників можуть мати різні показники здоров'я населення і навпаки. Можливо досягнути позитивних результатів, незважаючи на тимчасову нестачу ресурсів, за умови реалізації стратегії *формування здорового способу життя*. Вона насамперед потребує розроблення і прийняття як на державному, так і на місцевому рівнях, таких політичних і управлінських рішень, котрі узгоджуються з потребами здоров'я. Зазначена стратегія базується на власній теорії, методології, ідеології і принципах.

*Поняття здорового способу життя*. Спосіб життя — це діяльність людини у загальному вигляді, яка детермінована умовами певної суспільно-економічної формації, способом виробництва, рівнем життя, сукупністю природно-географічних і суспільно-історичних умов, ціннісних установок, що притаманні окремим індивідам, соціальним групам, суспільству в цілому. З цієї філософської платформи здоровий спосіб життя — це все, що сприяє збереженню здоров'я і виконанню людиною своїх людських функцій через посередництво діяльності з оздоровлення умов життя — праці, відпочинку, побуту.

Здоровий спосіб життя (англ. *healthy lifestyle, healthy promotion*) — спосіб життя окремої людини з метою профілактики хвороб і зміцнення здоров'я. Здоровий спосіб життя з точки зору медицини — це гармонійний режим поєднання роботи та відпочинку, оптимальне харчування, фізична активність, дотримання гігієни, відсутність шкідливих звичок, доброзичливе ставлення до оточуючих і до життя взагалі. Поняття здорового способу життя містить різноманітні елементи, що стосуються усіх сфер здоров'я — фізичної, психічної, соціальної і духовної.

Здоров'я людини багато в чому залежить від стилю й укладу життя.

Здавна, ще до виникнення професійної медицини, люди помічали вплив на здоров'я характеру праці, звичок, звичаїв, а також вірувань, думок, переживань. Відомі медики різних країн звертали увагу на те, що особливості праці і побуту своїх пацієнтів впливають на виникнення певних недуг.

За даними ВООЗ, здоров'я людини на 50—55 % визначається умовами і способом життя, на 25 % — екологічними умовами, на 15—20 % воно зумовлено генетичними факторами і лише на 10—15 % — діяльністю системи охорони здоров'я.

Якщо звернутися до історичного аспекту зародження уявлень про здоровий спосіб життя, то вперше вони починають формуватися на Сході. Уже в Стародавній Індії у VI столітті до н. е. у Ведах були сформульовані основні

принципи здорового способу життя. Один з них — досягнення стійкої рівноваги психіки на основі внутрішньої волі і відсутності залежності людини від фізичних і психологічних чинників навколишнього середовища. Уявлення про здоровий спосіб життя зустрічається і в античній філософії. Так, наприклад, Гіппократ у трактаті «Про здоровий спосіб життя» розглядає даний феномен як деяку гармонію, до якої слід прагнути шляхом дотримання цілої низки профілактичних заходів. Він акцентує увагу в основному на фізичному здоров'ї людини. Демокрит більшою мірою описує духовне здоров'я, що представляє собою «благий стан духу», за якого душа перебуває в спокої і рівновазі, не переймаючись жодними пристрастями, страхами й іншими переживаннями.

На жаль, більшість людей цінність здоров'я усвідомлюють тільки тоді, коли виникає серйозна загроза для здоров'я чи воно значною мірою втрачено. Виникає мотивація вилікувати хворобу, повернути здоров'я. Але в здорових людей позитивної мотивації до вдосконалювання здоров'я явно недостатньо. Часто людина не орієнтується на позитивний і негативний досвід старшого покоління, здорових і хворих людей. Людина не знає обсяг резервів власного здоров'я і турботу про нього відкладає на потім — до виходу на пенсію чи на випадок хвороби. Дуже багато людей своїм ставленням і поведінкою не те, що сприяють здоров'ю, а руйнують його.

*Фактори ризикованої поведінки.* До факторів ризикованої поведінки для здоров'я людини відносять шкідливі звички. *Шкідливі звички* — низка звичок, що перешкоджають людині розвиватися як розумово, так і фізично. Серед цих звичок виділяють декілька найбільш шкідливих — це алкоголізм і тютюнопаління. Кожна з цих звичок викликає залежність людини від тої чи іншої речовини, яку вона споживає.

Не менш шкідливими факторами для здоров'я людини є неправильне харчування, гіподинамія, стреси. Харчування є основною біологічною потребою людини і його порушення вважається суттєвим фактором ризику в розвитку захворювань серцево-судинної системи, атеросклеротичного процесу, багатьох форм раку, жовчнокам'яної хвороби, ожиріння, подагри, цукрового діабету. Поширення багатьох захворювань зумовлено надмірним споживанням калорій за рахунок простих вуглеводів, жирів тваринного походження та недостатнім надходженням вітамінів, поліненасичених жирних кислот, харчових волокон. Їжа може бути причиною і патогенетичним чинником різних захворювань інфекційної і неінфекційної природи, у тому числі ожиріння і нейрогенної анорексії.

Гіподинамія (від *hypo* — під, *dynamis* — сила) — порушення функцій організму (опорно-рухового апарату, кровообігу, дихання, травлення) через обмеження рухової активності, зниження сили скорочення м'язів. Медики розглядають гіподинамію як хворобу. Фахівці в області гігієни праці вважають її особливим видом роботи, яка складається з пригнічення рухової

активності і тривалого збереження певної, фіксованої робочої пози. Гіподинамію, або гіпокінезію (малорухливість) іноді називають «хворобою цивілізації» і вона є наслідком звільнення людини від фізичної праці. Особливо це впливає на серцево-судинну систему: слабшає сила скорочень серця, знижується тонус судин, зменшується кровопостачання тканин і обмін речовин. Наслідком гіподинамії можуть стати ожиріння і атеросклероз.

Стрес (від англ. *stress* — напруження, тиск) — неспецифічна реакція організму у відповідь на дії подразників зовні, яка перевищує норму. Стрес як особливий психофізіологічний стан забезпечує захист організму від загрозливих та руйнівних впливів, як психічних, так і фізичних. При цьому в організмі розвивається функціональний стан, який характеризується комплексом реакцій нервової, гормональної та інших систем організму. Стрес — це нормальна реакція здорової людини, захисний механізм біологічної системи. Але здатність до адаптації не безмежна. Найбільш поширеним розладом, який виникає в результаті частого психоемоційного збудження, є ішемічна хвороба серця, атеросклероз, артеріальна гіпертензія або гіпертонічна хвороба. Постійні розлади нервової системи грають певну роль у виникненні захворювань травного тракту, таких, як гастрит і виразка шлунка та дванадцятипалої кишки, неспецифічний виразковий коліт. Довготривалий стрес значно погіршує функції та можливості імунної системи, у людини частіше загострюються хронічні хвороби, важче перебігають запальні, бактеріальні, вірусні та інші захворювання. До психоемоційних наслідків стресу можна віднести депресію, «синдром хронічної втоми», неврози, зокрема істерію та психастенію.

Здоровий спосіб життя включає компоненти різних видів діяльності, спрямованих на охорону і поліпшення здоров'я. Виховання здорового способу життя не зводиться до окремих форм медико-соціальної активності, таких, як викорінювання шкідливих звичок, навчання гігієнічним нормам і правилам, своєчасне звертання за медичною допомогою, дотримання режиму праці, відпочинок, харчування і багато іншого, хоча усе це відображує ті чи інші сторони здорового способу життя. Здоровий спосіб життя — це насамперед цілеспрямована діяльність, усвідомлена активність особистості, групи людей, суспільства, які використовують матеріальні та духовні умови і можливості в інтересах здоров'я, гармонійного фізичного і духовного розвитку людини.

Формування здорового способу життя може базуватися на різних рівнях:

1) модель особистісного рівня заснована на зосередженні уваги на особі, її почуттях, сприйнятті, переконаннях, поведінці. Поведінка *від нездорової до здорової* змінюється завдяки зміні думок, ставлень і переконань особи щодо свого здоров'я;

2) модель міжособистісного рівня зосереджує увагу на зміні поведінки у стосунках між людьми шляхом інформування, осуду чи підтримання певної

поведінки оточенням, що має велике значення для людини, програвання різних моделей поведінки;

3) модель суспільного рівня ґрунтується на припущенні, що нездорова поведінка спричинена суспільством.

Зміна поведінки має відбуватися на різних рівнях, оскільки здоров'я формується завдяки багатьом підсистемам оточення, а саме: сім'я, громада, місце роботи, звичаї та традиції, соціально-економічне і екологічне середовище.

Виділяють чотири елементи формування здорового способу життя: 1) лікування хвороб; 2) попередження хвороб; 3) отримання знань, інформації про здоров'я, набуття певних повноважень з відповідальності за своє здоров'я; 4) впровадження політики щодо здорового способу життя — соціальні зрушення, політичний розвиток, економічна та соціальна політика.

Серед способів і методів формування здорового способу життя ВООЗ запропонувало такі моделі:

— *модель моральних принципів* — як правило, набуває форми кампаній публічного вмовляння, яке часто проводять релігійні групи, а також політичні та громадські рухи, що зважають на такі принципи, як патріотизм, самопожертва заради загального добробуту. Моральний підхід видається найефективнішим у часи широкого релігійного відродження, а також активних фаз соціальних рухів, коли більшість населення залучена до загальноальтруїстичних заходів і соціальний контроль індивідуальної поведінки є найсильнішим;

— *модель залякування* — ґрунтується на ствердженні, що населення можна змусити відмовитися від ризикованої та девіантної поведінки, якщо інформаційні компанії будуть акцентувати увагу на небезпеці такої поведінки, її несприятливих наслідках;

— *модель фактичних знань* — когнітивна модель, спрямована на покращання способів передачі та отримання інформації про фактори ризику та методи протидії;

— *модель афективного навчання* — побудована на застосуванні афективних підходів — навчальних методик, які фокусуються більшою мірою на корекції деяких особистісних дефіцитів, ніж на проблемі власної ризикованої поведінки. Визначальним принципом є той, що негативна тенденція може зменшуватися або зникнути, якщо такі дефіцити будуть подолані. Проблеми, які ідентифікують у таких програмах, стосуються самооцінки, визначення та прояснення особистісних цінностей, навичок прийняття рішень, подолання та зменшення тривоги, розпізнавання соціального тиску;

— *модель покращання здоров'я* — оздоровчі програми для заохочення людей, здатних турбуватися про своє здоров'я, за такими напрямками: 1) розуміння і вивчення причин, внаслідок яких людина вдається до шкідливих

звичок; 2) перешкоджання випадковим споживачам набувати залежність від цих звичок; 3) надання інформації щодо ризику; 4) демістифікування проблеми та зведення образу залежної від шкідливих звичок людини до реальних пропорцій; 5) переважання ініціатив, що включають соціоекономічну та культурну емансипацію, над залякувальними повідомленнями.

*Ідеї профілактики є найбільш гуманними для використання у практичній соціальній роботі. Адже з етичної точки зору профілактика повинна базуватися не на заборонах і боротьбі з негативним, а на сприянні зростанню можливостей особистості долати складні життєві ситуації та робити здорові життєві вибори.*

Здоровий спосіб життя визначається як особистий вибір найкращих заходів оздоровлення і контроль за їхньою ефективністю, виходячи з індивідуальних критеріїв. Для особистостей з великою «кількістю» здоров'я будь-який спосіб життя, що є для них звичайним, буде цілком здоровим. Валеопсихологія (психологія здоров'я) спрямована на послідовну роботу з повернення людини до самої себе, пізнання людиною свого тіла, душі, духу, розуму, розвитку «внутрішнього спостерігача» як уміння чути, бачити, почувати себе. Необхідно усвідомлення особистої відповідальності за життя і, зокрема, за здоров'я.

Слід переорієнтуватися з лікування хвороб, тобто «виривання бур'янів», на турботу про своє здоров'я; зрозуміти, що причина нездоров'я не тільки в поганому харчуванні, некомфортному житті, забрудненому середовищі існування, відсутності належної медичної допомоги, а й в байдужості людини до самої себе і у звільненні завдяки цивілізації людини від зусиль над собою, наслідком чого стало руйнування захисних сил організму. Таким чином, підвищення рівня здоров'я насамперед пов'язано не з розвитком медицини як такої, а зі свідомою, розумною роботою самої людини за відновлення і розвитку життєвих ресурсів, з перетворення здорового способу життя на фундаментальну складову індивідуальної поведінки. Важливо вчитися бути здоровим, творчо підходити до власного здоров'я, формувати потребу, уміння і рішучість сприяти здоров'ю своїми руками за рахунок своїх внутрішніх резервів, а не чужих зусиль і зовнішніх умов.

Проблема здоров'я в широкому його розумінні як в особистому, так і в суспільному вимірі, набула загальнопланетарного значення і розглядається як предмет небезпеки подальшого розвитку людства. Формування здорового способу життя — складний, багатогранний процес, що потребує спільних зусиль якомога більшої кількості людей, різних організацій і передовсім — відповідної державної політики. Знання і практичні навички з формування здорового способу життя мають бути якомога більш поширені в суспільстві, ними потрібно керуватися при розробленні і прийнятті управлінських рішень на всіх рівнях усіх гілок влади, усіх галузей державного сектору. Потрібно також усіма засобами впливати на приватний сектор і громадські

організації у напрямку моніторингу, контролю, сприяння і спрямування діяльності на користь здоров'я населення.

Найбільш ефективний спосіб утілення світоглядних цінностей здоров'я в свідомість населення — це ініціація з боку органів державної влади і місцевого самоврядування різноманітних локальних проектів, обмежених місцевими масштабами, зокрема масштабами первинних адміністративно-територіальних структур і окремих організацій.

### ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ І ТЕМИ ДЛЯ ДИСКУСІЙ

1. Біоетичний вимір сфери охорони здоров'я.
2. Роль А. Швейцера і Поттера у вихованні поваги до здоров'я.
3. Біоетична модель здоров'я.
4. Визначення здоров'я в статуті ВООЗ і законі «Основи законодавства України про охорону здоров'я».
5. Поняття здоров'я і його рівнів.
6. Поняття передумов доброго здоров'я.
7. Поняття здорового способу життя.
8. Фактори ризикованої поведінки.
9. Рівні і моделі формування здорового способу життя.
10. Світоглядне значення концепції здорового способу життя.

### ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ПОГЛИБЛЕННЯ ЗНАНЬ

1. *Андреев Ю.Л.* Три кита здоров'я. - СПб: Изд-во «РЭСПЭКС», 1994. - 382 с.
2. *Бек У.* Общество риска. На пути к другому модерну. — М.: Прогресс — Традиция, 2000. - 384 с.
3. *Джигирей В.С., Жидецький В.І.* Безпека життєдіяльності: Навч. посібник. — Львів: Афіша, 2000. — 255 с.
4. *Желібо Є.П., Заверуха Н.М., Зацарний В.В.* Безпека життєдіяльності. Навч. посібник. — К.: Каравела, 2002. — 327 с.
5. *Клюев Б.* Болезни столетия. — СПб: Изд-во «Питер», 1997. — 210 с.
6. *Міхеєнко О.І.* Валеологія: Основи індивідуального здоров'я людини. - К.: Університетська книга, 2009. — 400 с
7. *Скобло Ю. С, Соколовська Т.Б., Мазоренко Д.І., Тищенко Л.М., Троянов ММ.* Безпека життєдіяльності: Навч. посібник. — К.: Кондор, 2003. — 421 с
8. *Формування здорового способу життя молоді: проблеми і перспективи / О. Яременко, О. Балакірева, О. Вакуленко та ін.* — К.: Український ін-т соціальних досліджень, 2000. — 207 с



## РОЗДІЛ 3

# ПРИНЦИПИ ТА ПРАВИЛА БІОЕТИКИ ТА ЇЇ ВИКЛАДАННЯ

### ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ТА ПРАВИЛА

Принципи та моральні правила є інструментом фундаментальних концептів біоетики. Найбільшого визнання отримала система біоетичних принципів, яка була запропонована південноамериканськими дослідниками Т. Бочамп і Дж. Чілдресс, а також система принципів персоналістичної біоетики.

Південноамериканська система складається з чотирьох взаємопов'язаних принципів: автономії (*respect for autonomy*), незаподіяння шкоди («не нашкодь» — *nonmaleficence*), благодіяння («роби добро» — *beneficence*), справедливості (*justice*). Крім того, була запропонована система похідних від основних принципів і правил: правдивості (*veracity*), приватності (*privacy*), вірності (*fidelity*), конфіденційності (*confidentiality*), інформованої згоди (*informed consent*). Сукупність біоетичних принципів і правил відіграє важливу роль у рішенні теоретичних і практичних завдань медицини і охорони здоров'я.

Використання принципів і правил здійснюється на різних рівнях: світоглядному (проблеми всесвіту і людини, суть життя, роль духовності), суто філософському (етика здоров'я і хвороби, життя і смерті), загальнопрофесійному (деонтологія, еутаназія, генна інженерія та ін.), вузькопрофесійному (проблеми окремих дисциплін — трансплантології, психіатрії, інтенсивної терапії, перинатології, паліативної медицини тощо).

Принципи сучасної біоетики виникли задовго до періоду її становлення: деякі з них пов'язані зі школою Гіппократа (IV століття до н.е.) і містяться в знаменитій Клятві Гіппократа (Додаток 1). Клятва Гіппократа складається з двох розділів: присвята і кодекс поведінки. У присвяті лікар клядеться усіма богами і богинями, беручи їх у свідки, виконувати чесно, відповідно до своїх сил і розуміння присягу і письмове зобов'язання. У цьому самому розділі містяться зобов'язання шанування свого вчителя і поваги корпоративних інтересів. Друга частина Клятви Гіппократа містить власне етичний кодекс, що регулює професійну діяльність лікаря у сферах дієтетики, фармакотерапії і хірургії. Клятва містить низку заборон, зокрема заборону абортів і еутаназії. У традиціях Гіппократа було зроблено акцент на спеціальні знання, навчання і досвід медичного працівника, які слід безпосередньо застосувати в процесі лікування. Відповідно до такого підходу лікар дає настанову і сумлінний пацієнт додержується її, оскільки знає, що фахівець із глибокими знаннями і досвідом працює шонайкраще в його інтересах. Відповідно до традицій Гіппократа лікар обіцяє: «Я

спрямую режим хворих на їхню вигоду згідно з моїми силами і моїм розумінням, утримуючись від заподіяння всілякої шкоди і несправедливості». Мовою сучасної біоетики застосування методу «на вигоду» хворому становить принцип допомоги і сприяння. Утримання «від заподіяння всілякої шкоди і несправедливості» відповідає сучасному принципіві «незаподіяння шкоди». Узяті разом принципи допомоги і сприяння та незаподіяння шкоди в сучасній біоетиці розглядають як принципи максимуму: не просто «роби добро» і «не нашкодь», але створи найбільше добра і домагайся зробити найменше шкоди.

Протягом тривалого часу лікарі використовували текст Клятви Гіппократа як узагальнену моральну мудрість. Деякі сучасні професійні етичні кодекси дотримуються традицій Гіппократа принаймні у тому сенсі, що підкреслюють обов'язок лікаря надавати допомогу, сприяти хворому і не шкодити йому. Це повною мірою стосується «Міжнародної клятви лікарів» (Додаток 2) і «Міжнародного кодексу медичної етики» (Додаток 3), які були прийняті 2-ю і 3-ю Генеральною Асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації.

Традиції Гіппократа, що виявляють принципи допомоги і сприяння, а також незаподіяння шкоди, у період становлення біоетики посідали домінуювальне положення і зберігають свій вплив у сучасних умовах, у тому числі в Україні. Дух і буква етики Гіппократа і сучасних міжнародних кодексів медичної етики наявні в «Присязі лікаря України» (Додаток 7) і «Етичному кодексі лікаря України» (Додаток 8).

*Принцип «не нашкодь»* зберігає своє значення у сучасній біоетиці. У латинському формулюванні він виглядає так: *primum non nocere*, що перекладається як «насамперед не нашкодь», причому слова «насамперед» можуть бути витлумачені й у тому сенсі, що цей принцип є найбільш важливим у діяльності лікаря. Нерідко в принципі «не нашкодь» вбачають сутність лікарської етики Гіппократа. Будь-який лікар, напевно, погодиться з твердженням В. Ламберта, що «є хворі, яким не можна допомогти, але немає таких, яким не можна нашкодити». Адже відомо, що іноді лікування може бути більш тяжким, ніж хвороба. Ідеться про побічні дії лікарських засобів, негативні ефекти при одночасному застосуванні великої кількості препаратів, про невідповідність між прогнозованою користю і можливим ризиком від медичного втручання.

З етичної та юридичної точок зору неприпустимими є:

- 1) шкода, спричинена бездіяльністю, ненаданням допомоги тому, хто її потребує;
- 2) шкода, спричинена несумлінністю, злим або корисливим наміром;
- 3) шкода, спричинена неправильними, неадекватними або некваліфікованими діями.

*Принцип «роби добро»* є доповненням і продовженням попереднього. Принцип «роби добро» — це не заборона, на відміну від першого, а норма, що вимагає позитивних дій. Його зміст передається іноді за допомогою таких слів, як благодійність, милосердя, філантропія.

Принцип «роби добро» припускає не просто уникнення шкоди, але й активні дії з його запобігання і виправлення. При цьому мається на увазі не тільки та шкода, що вільно або мимоволі заподіяна лікарем, а будь-яка шкода, яку лікар може попередити або виправити, чи це біль, страждання, недієздатність, зрештою, смерть пацієнта. Існують складності в розумінні й обґрунтуванні принципу «роби добро». Так, у крайній формі цей принцип можна тлумачити як обов'язкову самопожертву. Дехто, наприклад, діючи відповідно до цього принципу, міг би вважати себе зобов'язаним запропонувати для пересадки будь-кому, навіть незнайомій людині, свою нирку, а то й обидві нирки, інакше кажучи, віддати власне життя. Але, мабуть, було б нерозумно і, більше того, аморально вимагати від людини такого ступеня самопожертви. Тому іноді принцип «роби добро» треба розуміти як моральний ідеал, а не моральне зобов'язання: хоча слідування йому і заслуговує на схвалення, але разом із тим не можна вважати аморальним і засуджувати того, хто відмовляється робити добро іншому.

Загалом, важко уявити окремого лікаря, а тим більше всю систему охорони здоров'я і медицини, яка б обмежувалася лише завданням незаподіяння шкоди пацієнтам. У такому випадку в суспільстві просто не було б підстав підтримувати цю систему. Тому метою всієї охорони здоров'я є не просто незаподіяння шкоди, а забезпечення блага пацієнтів, а значить, усіх людей і суспільства в цілому. Коли, наприклад, винайшли методи запобігання таким хворобам, як віспа або чума, цілком природним було здійснення позитивних дій, тобто прийняття спеціальних програм профілактики цих тяжких захворювань, здійснюваних у національних масштабах. Навпаки, не вживати цих заходів було б морально безвідповідальним. Добро, що повинні переслідувати лікарі й інші медичні професіонали, — це забезпечення здоров'я пацієнтів. Завдання охорони здоров'я — запобігти втраті здоров'я, якщо це можливо, відновити втрачене здоров'я пацієнта, якщо є розумна надія на його лікування. У деяких випадках доводиться вдовольнитися і меншим, наприклад, тим, щоб призупинити прогресивний розвиток хвороби або — у випадку паліативної медицини — полегшити біль і страждання помираючих.

У традиціях Гіппократа принципи «роби добро» і «не нашкодь» реалізуються в руслі лікарського патерналізму. Протягом історично тривалого часу він був виправданий, однак починаючи з 60-х років ХХ століття опинився під вогнем різнобічної критики через зміни характеру стосунків між лікарем і пацієнтом. По-перше, порушилася особистісна взаємодія через ускладнення медицини, поглиблення медичних знань і вдосконалення медичних технологій. По-друге, збільшення числа ятрогенних захворювань під час здійснення медичних втручань викликало сумнів у непогрішності знань і дій лікаря. По-третє, у суспільстві виникла підозра, що багато лікарів залучаються в практику, яка порушує інтереси пацієнтів в ім'я інтересів медичних працівників, фармацевтичних фірм, страхових компаній і медичних програм держави.

Зміна ставлення до лікарів у пост/індустріальному суспільстві призвела до дискусій, які були спрямовані проти надмірного патерналізму традиційних кодексів медичної етики. Багато авторів стали на бік моральної опозиції професійним кодексам, які підтримують патерналістські судження в медичній практиці. Наприклад, викликала сумнів етичність неправди в ім'я блага пацієнта як практики, що порушує право хворого на автономію. Не тільки хворі, а й медичні працівники, органи влади, філософи, медичні соціологи ставлять під сумнів право лікарів приймати медичні рішення від імені пацієнтів. Антипатерналістські настрої в суспільстві поставили під питання пріоритет лікарів у визначенні того, що становить шкоду або користь для хворого. Критики етики Гіппократа відзначили, що в «Клятві Гіппократа» відсутні положення про надання пацієнтом інформованої згоди на лікування. Вони звертали увагу на те, що можливе виникнення конфлікту між принципом «роби добро» та іншими моральними зобов'язаннями, у тому числі повагою автономії пацієнта. І, нарешті, виклик традиціям Гіппократа виникає тоді, коли є конфлікт між інтересами пацієнта й інтересами оточуючих. Клятва Гіппократа, принаймні у своїй оригінальній формі, зосереджена винятково на конкретному пацієнту і не враховує інтереси інших громадян суспільства в галузях дослідницької медицини, організації охорони здоров'я та соціальної справедливості.

У результаті наведених викликів виникли клятви, медичні етичні кодекси, що не засновані на традиціях Гіппократа, а іноді базуються на непрофесійних етичних системах. Найважливішим з таких документів є «Конвенція про захист прав та гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини (Конвенція про права людини і біомедицину)» (Додаток 6).

Розроблення і впровадження нових етичних підходів відбувалися в умовах, коли наприкінці 60-х років ХХ століття новітні досягнення медико-біологічної науки і практики створили принципово нові клінічні ситуації. Не завжди штучна вентиляція легень та інші технології з підтримання життя мали благополучне завершення їхнього застосування. Навіть коли використання таких втручань, як нирковий діаліз або серцево-легенева реанімація, давали блискучі безпосередні результати, віддалені наслідки залишалися невизначеними. Виникла атмосфера деякого інформаційного протистояння, випадів і обвинувачень стосовно медицини, медико-біологічної науки, лікарів і дослідників. У результаті як пацієнти, так і медичні працівники, стали почувати себе менш комфортно, ніж раніше, коли лікарям дозволяли самим вирішувати, чи використовувати те чи інше медичне втручання. У громадськості виникли певні «сигнали тривоги», відчуття ризику новітніх медико-біологічних технологій і негативних наслідків їхнього застосування, про які лікарі і вчені не знали (або не хотіли знати) та яких не могли уникнути. Підвищився рівень медичної свідомості й інформованості людей про стан їхнього здоров'я і характер проведеної терапії. У результаті вони припинили

автоматично сприймати поради фахівців і частіше стали прагнути до одержання альтернативної точки зору, а також вимагати детальнішої інформації про можливості й особливості запропонованого їм лікування.

У 60—70-х роках ХХ століття об'єктом судових розглядів стала практика отримання інформованої згоди на проведення медичних втручань, а також на участь людини у медичних дослідженнях. Незважаючи на думку деяких лікарів про те, що повне розкриття всієї медичної інформації й одержання інформованої згоди несумісні з кваліфікованою клінічною практикою, юридично переважила вимога про необхідність надання пацієнтові інформації про будь-який факт, що може бути матеріалом для прийняття свідомого рішення.

Ствердження і поширення концепції інформованої згоди було частково пов'язане з усе більш помітною роллю в біоетичному аналізі *принципу автономії пацієнта*. Цей принцип передбачив повагу до вибору, який робить компетентний пацієнт. Іншими словами, люди повинні бути самокерованими і самовизначатися, коли це для них можливо. У цьому зв'язку медичні професіонали не повинні протидіяти тому, що хоче компетентний пацієнт, навіть якщо це становить для пацієнта небезпеку і навіть якщо повага автономії пацієнта призводить до недотримання етичних принципів сприяння і допомоги або ненанесення шкоди. Тобто, в конфлікті з іншими принципами біоетики автономія одержала перевагу. Таке центральне положення принципу автономії в ранній період розвитку біоетики значною мірою зміцнилося на підставі дебатів з етичних проблем клінічних досліджень і принципової важливості одержання добровільної згоди досліджуваної людини. До того ж, увага до проблеми вибору пацієнтом методів терапії підтримувалася занепокоєнням суспільства щодо патерналізму лікарів у стосунках з хворими. Тільки автономна особистість може дати вільний вибір, і тільки коли є такий вибір, можна говорити про відповідальність і свідомо застосовувати певні етичні категорії. Дію можна вважати автономною лише в тому випадку, якщо той, хто її здійснює, діє:

- а) навмисно, тобто відповідно до деякого власного плану;
- б) з розумінням того, що саме він робить;
- в) без таких зовнішніх впливів, що визначали б хід і результат дії.

Відповідно до першої умови дія, що носить чисто автоматичний характер, яку ми здійснюємо не замислюючись, хоча і розуміємо її зміст, не вважається автономною. Друга та третя умови в кожному конкретному випадку можуть реалізовуватися по-різному. Якщо лікар пропонує пацієнтові будь-яку серйозну хірургічну операцію, то пацієнтові зовсім не обов'язково мати всі ті спеціальні знання, якими володіє лікар. Для того щоб зробити автономний вибір, йому загалом достатньо розуміти лише суть справи, а ніяк не всі ті деталі, що включає дана ситуація. Пацієнт надалі може звернутися за порадою до когось зі своїх близьких, і їхня думка, безумовно, буде впливати на його вибір. Але якщо він сприймає ці думки не як наказ, а як додаткову інформацію для ухвалення рішення, то його остаточний вибір буде

автономним. Насамкінець, він може погодитися або не погодитися з пропозицією, прийняти або не прийняти задум лікаря. У тому випадку, коли він погоджується, він, по суті, авторизує намір лікаря, тобто робить його своїм власним рішенням. Тим самим задовольняється і перша умова автономного вибору. Цілком можливо, що, роблячи свій вибір, пацієнт буде керуватися насамперед авторитетом лікаря. Але й у цій ситуації вибір, який зробить пацієнт, буде його власним, тобто автономним рішенням. Принцип поваги автономії спирається на уявлення про те, що людська особистість самоцінна незалежно від будь-яких привхідних обставин. Принцип автономії стверджує право особистості на невтручання в її плани і вчинки і відповідно обов'язок інших не обмежувати автономні дії. З цього, звичайно, не випливає, що оточуючі ніколи не правомірні перешкоджати автономним діям. За таких умов істотним є те, що в кожному випадку обмеження автономії має бути спеціально обґрунтовано іншими принципами. Річ не в тім, що цей принцип ніколи і ні за жодних умов не повинен порушуватися. Важливо, щоб лікар усвідомлював, чому він змушений обмежувати автономію пацієнта. І якщо в певній конкретній ситуації вимоги принципу поваги автономії пацієнта входять у протиріччя з вимогами будь-якого іншого принципу, наприклад, «не нашкодь», то виникає необхідність порушити один з них. Типовий приклад такої ситуації — це інформування безнадійно хворого пацієнта про його діагноз. Саме повідомлення правдивої інформації в цьому випадку може нанести йому непоправної шкоди, підірвати його психічні та моральні сили. Тому, якщо пацієнт сам не запитує про те, на що він хворий, лікар може й не повідомляти йому діагноз, хоча така дія суперечить принципу поваги автономії пацієнта. Необхідно зазначити, що законодавство багатьох країн забезпечує пацієнтові право знати про свій діагноз, хоча при цьому зазвичай додається, що інформацію слід надавати «у делікатній формі».

Слід зазначити, що дія принципу поваги автономії природним чином обмежується відносно тих, хто не може діяти автономно, — дітей і підлітків, пацієнтів із психічними захворюваннями, тих, хто знаходиться в стані алкогольного або наркотичного сп'яніння, та ін. При цьому обмеження автономії виправдується іншим принципом — «роби добро», тобто дій з метою захисту такої людини від шкоди, яку він може сам собі заподіяти.

У результаті зміцнення і розширення принципу автономії пацієнта в 60—70-х роках ХХ століття роль лікаря істотно змінилася. Він став діяти деякою мірою «як слуга», якого пацієнт запрошує, коли вважає це за необхідне. Усе більшою мірою лікарі, як і інші професіонали, нібито знаходяться «під рукою» у розпорядженні своїх пацієнтів. Відповідно до такого підходу стосунки між пацієнтами і медичними працівниками стали немовби аналогом контрактної моделі, що існує в інших галузях, наприклад в юриспруденції або бізнесі. Подібно до юриста або бухгалтера лікарі надають своїм клієнтам інформацію, яка необхідна їм для того, щоб зробити інформований вибір лікування. У своїх

граничних проявах таку модель іноді називають «науковою», або «інформаційною», за якої відповідальність медичного працівника полягає, швидше, в простій гарантії, що пацієнт одержав повну інформацію про те, що, з точки зору лікаря, є найкращим для хворого. За цих умов інформована згода на лікування стає вирішальним тестом в оцінці етичності ведення хворого.

На сьогодні стала очевидною необхідність проведення коригування центрального положення принципу автономії пацієнта в біоетиці, що зумовлено цілою низкою обставин.

По-перше, автономія пацієнта і його здатність приймати рішення можуть бути обмежені самим захворюванням. Хвора людина пригнічена, стурбована і її судження іноді суттєво відрізняються від характерних для неї в стані здоров'я. Діти, у тому числі новонароджені, психічно хворі, є особами з обмеженою моральною компетентністю.

По-друге, іноді обов'язок поважати автономію пацієнта може призвести до порушення власної автономії медичного працівника, коли йому пропонують діяти всупереч своїм людським або професійним цінностям.

По-третє, забезпечення автономії пацієнта в окремих випадках може суперечити відповідальності лікаря щодо охорони здоров'я суспільства в цілому. Наприклад, відома ефективність сучасної вакцинації щодо зниження ризику інфекційної захворюваності. Однак пацієнт може заявити, що його не цікавить небезпека захворювання інших людей, або думати, що ризик захворювання вже досяг мінімального рівня, оскільки достатня кількість осіб пройшли вакцинацію. У такій ситуації етично правомочне подолання принципу автономії пацієнта шляхом проведення програм обов'язкової імунізації.

Ще однією слабкою стороною моделі автономії пацієнта є неправильність вихідного положення, що індивід є незалежним і самодостатнім у прийнятті рішень. У реальності кожна людина існує в мережі персональних і соціальних стосунків, що (особливо внутрішньородинні) впливають на характер прийнятих остаточних рішень.

І, зрештою, на жаль, принцип автономії пацієнта не пропонує стимулів для економії або справедливого розподілу обмежених ресурсів охорони здоров'я. З цієї причини принцип автономії не завжди працює на макрорівні, коли засобів не вистачає на виконання всього того, що побажає автономний пацієнт, особливо коли він бажає, щоб було зроблено «усе можливе».

У світлі наведених обмежень етики, орієнтованої на принцип автономії пацієнта, в охороні здоров'я одержав розуміння і підтримку альтернативний принцип — *принцип справедливості*. У його основі закладено вимогу соціальної справедливості в розподілі обмежених ресурсів охорони здоров'я таким чином, щоб як переваги, так і економічні навантаження, були справедливо розподілені між різними шарами суспільства. Цікаво, що проблема соціальної справедливості зіграла важливу роль у зародженні і розвитку біоетики.

Так, у 70-х роках ХХ століття виникли дискусії у зв'язку із запровадженням у клінічну практику новітньої за тих часів технології штучного діалізу. Широкий розголос одержали етичні протиріччя в одній з лікарень Сіетла (США), де гостро встало практичне питання: кого з пацієнтів підключити до апарату і таким чином подовжити йому життя, а кому призначено вмерти, так і не дочекавшись своєї черги. Принцип справедливості не завжди спрямований на негайне благодіяння для пацієнтів (як це передбачає принцип допомоги і сприяння) і не завжди передбачає збіг характеру медичної допомоги з автономним вибором пацієнта (*на відміну від принципу автономії*). Скоріше, принцип справедливості підкреслює, що в медичних професіоналів є відповідальність як перед суспільством у цілому, так і перед кожним індивідумом — пацієнтом.

Наведені принципи допомоги і сприяння, ненанесення шкоди, автономії пацієнта і справедливості в сучасній біомедичній етиці визнані центральними і складають парадигму *принципалізму*. Інші принципи орієнтовані на життя суб'єкта і складають парадигму *персоналістичної біоетики*. До них відносяться *принцип захисту фізичного життя, терапевтичний принцип, принцип свободи і відповідальності, принцип соціальної відповідальності та взаємодопомоги*.

*Принцип захисту фізичного життя* виходить з фундаментальної цінності життя як такого. Похідними фундаментальної цінності життя є всі права людини, включаючи права на фізичну і генетичну цілісність та охорону здоров'я. Кожна особа є сукупністю цінностей, а не лише частиною суспільства. Не можна уявити собі ситуацію, коли було б етично прийнятне забрати життя однієї людини для того, щоб врятувати життя іншим людям.

*Терапевтичний принцип* полягає в тому, що медико-біологічні втручання у фізичну і генетичну сфери організму людини етично припустимі лише за умови, що дії в одній частині тіла переслідують мету зберегти усе тіло або життя в цілому. Умовами дотримання терапевтичного принципу є впевненість у тому, що не існує інших більш щадних методів лікування, в тому, що є висока вірогідність успіху, в тому, що пацієнтові відомі мета втручання, його суть і можливі наслідки.

*Принцип свободи і відповідальності* підкреслює етичний взаємозв'язок свободи людини і відповідальності в її реалізації. Будь-який вільний вибір не є необмеженим: його обмежують свободи інших людей. Етично свідомою особою повинна розуміти свободу не як свободу від обов'язків (свобода від), а як свободу для реалізації проекту життя (свобода для).

*Принцип соціальної відповідальності та взаємодопомоги*. Соціальна відповідальність вимагає від кожного громадянина розглядати своє життя і здоров'я, а також життя і здоров'я інших людей не лише як індивідуальне, але й як громадське благо. Слід реалізовувати себе, беручи участь у творенні добра для інших людей. З точки зору соціальної відповідальності життя і здоров'я кожного залежать від допомоги інших. Цей принцип підтримує добровільну допомогу хворим, донорство крові і надання біологічного



матеріалу для технологій трансплантології. Принцип соціальної відповідальності поєднується з принципом взаємодопомоги: суспільство має допомагати передусім тим, хто цього найбільше потребує і насамперед уразливим контингентам населення. З точки зору принципу соціальної взаємодопомоги етично правильною дією є допомога хворому навіть у тому разі, якщо іншим доведеться піти на певні жертви.

Урахування змісту основних принципів і правил біоетики вкрай необхідне для вирішення актуальних етичних проблем, які виникають у медико-біологічній сфері. Вивчення методологічних підходів біоетики та її фундаментальних концептів і напрямків складають важливу частину предмета та змісту додипломної і післядипломної медичної освіти.

## ВИКЛАДАННЯ ОСНОВ БІОЕТИКИ У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

Знаковою подією для вищої медичної освіти України стало введення обов'язкового викладання біоетики і біобезпеки на усіх факультетах починаючи з 2011/2012 навчального року. На думку Е. Згречча і А. Жд. Спаньйоло, навчання біоетиці має такі специфічні цілі:

1. *Формування етичної свідомості.* Кожен медичний працівник має навчатися знаходити в кожній із конкретних ситуацій її моральну та етичну проблему. Не може бути фахівця, пов'язаного зі сферою охорони здоров'я, який у своїй поведінці не орієнтувався б на етичні норми.

2. *Надання адекватного знання, уміння і практичних навичок, необхідних для раціонального етичного аналізу.* Йдеться про здатність логічно оцінювати етичні проблеми, застосовуючи концептуальні інструменти біоетики та шкалу власних цінностей, у дебатах з колегами і пацієнтами.

3. *Навчання спроможності критичної оцінки альтернативних варіантів етичних рішень.* Необхідним є виховання послідовності, яка сприяє гармонії професійної компетентності із сумлінням та запобігає перетворенню професійності та моральності на суто декларативні поняття.

4. *Навчання умінню брати на себе етико-професійну відповідальність і співпрацювати.* Досягнення такої мети є необхідною передумовою успішної роботи в команді професіоналів сучасної інтегрованої системи охорони здоров'я.

Ефективне викладання загальної, спеціальної і прикладної біоетики є предметом як додипломного, так і післядипломного навчання.

*Загальна біоетика* включає аналіз напрямків біоетики, її методів та етичних теорій, що сприяє зрозумінню позицій учасників дискусії. До загальної біоетики належить історія її становлення та розвитку, а також проблеми прав людини і морально-етична оцінка її поведінки. Загальна біоетика пропонує фундаментальні норми, правила, принципи та поняття, що застосовуються в прикладній етиці. Вона стосується проблем транскультурної етики й антропологічно-соціальних етичних аспектів охорони здоров'я людини.

Загальна біоетика розглядає методологічні проблеми медико-біологічних досліджень, динаміку наукового прогресу, цінності та межі наукового пошуку.

*Спеціальна біоетика* вивчає специфічні проблеми: біоетичні основи професійної діяльності лікаря, стосунки між медичними працівниками, пацієнтом і його родиною, справедливий розподіл ресурсів у сфері охорони здоров'я (соціальна справедливість та соціальні обов'язки), виховання поваги до здорового способу життя, біоетику медико-біологічних експериментів та концепцію біобезпеки і ризику біомедичних технологій.

*Прикладна біоетика* спрямована на практично-орієнтований зв'язок між етичними теоріями та конкретним випадком. Наголошується на вирішенні конкретної етичної ситуації у прикладному сенсі в умовах даного клінічного або наукового закладу. До таких проблем відносять біоетичний аналіз штучного абортів та штучної прокреації, біоетичний контроль генетичних технологій, біоетичні проблеми болю, страждання, реабілітації і евтаназії, біоетичні аспекти трансплантології і трансфузіології, ВІЛ та інших соціально небезпечних інфекцій, психонаркологічних захворювань.

Під час викладання предмету слід підкреслити, що формування та розвиток біоетики безпосередньо пов'язані з процесами становлення і трансформації класичної етики в цілому і лікарської етики або медичної деонтології — зокрема. Нова наука визначила і намагається вирішити проблеми, пов'язані зі збереженням природи людини, захистом біосфери Землі і виживання людства.

Навчання біоетики повинно здійснюватися безперервно протягом усієї професійної діяльності фахівця. Міждисциплінарний характер біоетики передбачає соціологічне розуміння медичного та біологічного співробітництва, а також психологічне розуміння характеру потреб, які відчувають дослідники, лікарі, медичні працівники, хворі, і види впливів, об'єктом яких вони є. Необхідне історичне розуміння джерел теорії біоетики та її практики. Оволодіння методами етичного аналізу, як його розуміють філософи й теологи, повинно поєднуватися з розумінням обмежень цих методів, коли їх застосовують щодо конкретних практичних ситуацій. Кожному, хто займається біомедичною етикою, необхідний власний контакт із тими етичними проблемами, що виникають у медицині та біології. Для біомедичної етики дуже важливо, щоб вона розвивалася індуктивно, тобто від тих проблем, які усвідомлюють лікарі та дослідники і для розв'язання яких вони розраховують на взаємодію у визначенні методологічної стратегії і прийнятті рішень. Цікавою є думка про те, що медицина врятувала етику від умирання. Йдеться про те, що взаємодія філософів, медиків, юристів та інших фахівців дала серйозний і незворотний ефект на методи і зміст філософської етики. Використання в етичних дискусіях матеріалів, які стосуються конкретних ситуацій, змусило філософів знову звернутися до положень Арістотеля, що не застосовували протягом дуже тривалого часу. Про гуманітарне значення біоетики свідчать слова Франсуа Рабле «Наука без совісті спустошує душу».

Безумовно, демократичне суспільство дедалі більше уваги приділяє етичним аспектам медицини, які в свою чергу суттєво впливають на розвиток галузі охорони здоров'я. Можна стверджувати, що етична освіта набула нового значення для всіх категорій медичних працівників.

Успішний розвиток біоетики в Україні є необхідною передумовою для розроблення і затвердження концепції медичного права, а також створення ефективної системи підготовки фахівців з вищою медичною та юридичною освітою, спроможних гарантувати належний рівень правового забезпечення галузі та наукову обґрунтованість механізмів удосконалення правового регулювання медичної діяльності.

### ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ І ТЕМИ ДЛЯ ДИСКУСІЙ

1. Основні принципи і правила біоетики.
2. Зв'язок між гіппократівською етикою і сучасними професійними етичними кодексами.
3. Принцип «не нашкодь».
4. Принцип «роби добро».
5. Критика патерналізму гіппократівської етики.
6. Принцип поваги автономії пацієнта.
7. Принципи справедливості.
8. Принципи персоналістичної етики.
9. Специфічні цілі навчання біоетиці.
10. Розділи біоетики як навчальної дисципліни.

### ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ПОГЛИБЛЕННЯ ЗНАТЬ

1. *Антологія біоетики* / За ред. Ю.І. Кундієва. — Львів: Бак, 2003. — 592 с
2. *Биомедицинская этика* / Под ред. В.И. Покровского. — М.: Медицина, 1997. - 223 с.
3. *Биоэтика* / Под ред. П.В. Лопатина // П.В. Лопатин, О.В. Карташова. — 4-е изд., перераб. и доп.: Учебник. — М.: ГЭОТАР Медицина, 2010. — 272 с.
4. *Згечча Е., Спаньйоло А. Дж., П'етро МЛ.* та ін. Біоетика / Переклад з італійської Шовкун В.Й.: Підручник. — Львів: Медицина і право, 2007. — 672 с
5. *Риккерт Г.* Науки о природе и науки о культуре. — М.: Республика, 1998. - 413 с.
6. *Франки В.* Доктор и душа. — СПб: Ювента, 1997. — 288 с
7. *Хартія* працівників служби охорони здоров'я. — Львів: Свічадо, 2001. — 96 с
8. *Хрусталеv Ю.М.* От этики до биоэтики: Учебник для вузов. — М.: Феникс, 2010. - 446 с.
9. *Швейцер А.* Культура и этика. — М.: Прогресс, 1973. — 344 с.
10. *Яровинский М.Я.* Лекции по курсу «Медицинская этика» (биоэтика). — М.: Медицина, 2004. - 528 с.

**РОЗДІЛ 4****БІОЕТИЧНІ ОСНОВИ ПРОФЕСІЙНОЇ  
ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ****МОДЕЛІ СТОСУНКІВ ЛІКАРЯ І ПАЦІЄНТА**

Проблему стосунків між лікарем і пацієнтом вважають пріоритетною у медичній етиці, яка розвивається разом з медичною наукою і практикою. Спілкування лікарів і пацієнтів відбувається щодня і завжди є унікальним і неповторним. У чомусь суттєвому ці стосунки впорядковані і традиційні: як правило, обидві сторони, найчастіше навіть не усвідомлюючи цього, у процесі спілкування поведуться так, «як прийнято». У стійкій соціальній системі перебіг таких подій звичайно будується відповідно до визначених норм, за виконанням яких ніхто спеціально не стежить, але яких люди дотримуються досить суворо. Тому можна говорити про соціальну роль лікаря і пацієнта. Наявність цих норм і ролей визначає дії сторін: кожна з них, починаючи спілкування, більш-менш чітко уявляє собі, чого варто очікувати від однієї сторони і, навпаки, чого очікує від неї інша сторона. Соціальна роль лікаря, а внаслідок цього і соціальна роль пацієнта у різних культурах і суспільствах може розумітися зовсім по-різному. У цьому зв'язку має сенс говорити про різні моделі стосунків.

Дж. Чілдресс і М. Сіглер для опису різних типів стосунків лікаря і пацієнта використовують низку метафор: батько — дитина, партнери, учасники договору, технік — клієнт, друзі. Відповідно до них можна обґрунтувати існування п'яти базових моделей стосунків у сфері охорони здоров'я: патерналістська (від лат. *pater* — батько), колегіальна, контрактна, дружня, технічна.

За пропозицією Т. Парсон соціальні стосунки між лікарем і пацієнтом систематизовані у трьох моделях: консенсусу, перемов і співробітництва.

*Патерналістська (пасторська, батьківська) модель* заснована на багатовіковій традиції медичної практики і полягає в тому, що центром прийняття рішень є медичний професіонал, зокрема лікар, який володіє «моральною» владою всередині асиметричних та ієрархічних стосунків з пацієнтом. Ідеться про аналогію зі стосунками пастора і парафіян, батьків і дітей. У разі патерналістського підходу лікар виступає ніби в ролі батька, який не тільки піклується про благо своєї нерозумної дитини, а й сам визначає, що становить це благо. Термін «патерналізм» за своїм походженням належить до понять соціально-політичних теорій і характеризує такий тип стосунків держави, з одного боку, і підданих або громадян — з іншого, за якого держава споконвічно вважає себе безумовним представником їхнього блага і їхніх інтересів, тобто приймає рішення і діє від їхнього імені, нітрохи не турбуючись і не враховуючи їхні думки. Піддані або громадяни у свою чергу виходять з

того, що держава сама повноважна вирішувати за них, у чому їхнє благо, але водночас зобов'язана піклуватися про них, опікувати їх. Таким чином відбувається відчуження прав і свобод громадян, які в цьому випадку фактично є не стільки громадянами в суворому сенсі цього слова, скільки підданими держави. Будучи явищем соціальної та політичної культури суспільства, патерналізм поширюється не тільки на стосунки держави і громадян, а й на всі ті сфери життя суспільства, де, так чи інакше виявляються відносини влади, тобто панування одних і підпорядкування інших. Однією з таких сфер є також сфера охорони здоров'я.

Медичний патерналізм припускає, що лікар може спиратися лише на власні судження про потреби пацієнта в лікуванні, інформуванні, консультуванні. Позиція патерналізму дозволяє виправдовувати примус пацієнтів, їхній обман або приховування від них інформації, коли це здійснюється для їхнього блага. Патерналістське відношення наповнене суб'єктивним змістом і будується як певного роду міжособистісне спілкування. Воно мотивоване прагненням допомоги людині, яка страждає, й уникнути нанесення йому шкоди. Його моральними характеристиками можуть бути любов до ближнього, добродійність, милосердя і справедливість. Однак особистості знаходяться при цьому в нерівному становищі. Лікар відіграє роль «батька», що володіє певними науковими знаннями і вміє їх застосувати. Пацієнт відіграє роль недосвідченої дитини, моральна чеснота якої полягає в дисциплінованому виконанні розпоряджень і призначень «старшого». Патерналізм у спілкуванні з пацієнтами залишається нормою для значного числа сучасних медиків, та й багато пацієнтів сприймають патерналістське відношення до себе як найбільш адекватне. Патерналістські позиції залишалися переважними і не ставилися під сумнів аж до середини ХХ століття. Наступний різкий відхід від них зумовлений низкою причин, включаючи швидке підвищення рівня грамотності населення і усвідомлення тієї обставини, що в плюралістичному суспільстві співіснують різні системи цінностей. Цінності лікаря, а отже, його уявлення про благо пацієнта, можуть не збігатися, часом досить суттєво, з цінностями самого пацієнта і його уявлень про власне благо. Існує значна кількість людей, для яких патерналістське відношення лікаря психологічно найбільш прийнятне. Їхні особисті переваги необхідно поважати, розуміючи суть недосконалості цієї моделі з моральної точки зору. Патерналізм обмежує права пацієнта як самостійної особистості, що вільно приймає життєво важливі рішення і контролює свій стан. По суті, при цьому присутній елемент приниження особистої гідності хворого, оскільки взаємодія будується не як «горизонтальні» — рівноправні, а як «вертикальні» стосунки влади і підпорядкування. Пацієнт, фігурально виражаючись, змушений дивитися на лікаря «знизу — вгору». Патерналізм є природною і найадекватнішою формою ставлення лікарів до хворих дітей та інших пацієнтів з обмеженою дієздатністю. Та обставина, що в момент ухвалення відповідального

рішення інтереси дитини або психічно хворого можуть бути захищені за рахунок участі їхніх законних представників (наприклад, батьків), анітрохи не применшує доречності й моральної виправданості патерналістського ставлення до них у контексті рутинних процесів лікування.

*Колегіальна (партнерська) модель* стосунків між лікарем і пацієнтом надає набагато більше можливостей для реалізації цінностей автономної особистості. Така модель підкреслює, що медичні професіонали та їхні пацієнти можуть бути партнерами або колегами на основі визнання цінності здоров'я. Визнання загальних цінностей залучених сторін поєднує цю модель з патерналістською. Принциповою відмінністю є акцент колегіальної моделі на рівноправності обох сторін в інтерпретації цих цінностей, у тому числі здоров'я, поряд з повагою персональної автономії всіх учасників стосунків. Прототипом моделі є стосунки «дорослий — дорослий». У рамках моделі лікар допомагає хворому допомогти самому собі, у той час як хворий використовує допомогу експерта, щоб реалізувати мету (свою і лікаря). Передбачається, що учасники мають майже однакові права, є взаємозалежними (тобто один має потребу в іншому) і залучаються до дій, що певною мірою задовольняють обидві сторони. Більше того, дана модель виходить з того, що лікар не знає найкращого рішення і його пошук становить суть терапевтичної взаємодії. Хворий у рамках цієї моделі є рівноправним у своїй взаємодії з лікарем. Для того щоб грати свою роль, пацієнт повинен одержати від лікаря достатню кількість правдивої інформації про свій стан здоров'я, варіанти лікування, прогноз розвитку захворювання, можливі ускладнення тощо. Будучи деякою мірою рівним щодо інформованості з медиками, пацієнт має можливість брати участь у виробленні конкретних рішень, що стосуються його лікування, по суті діючи як рівноправний союзник лікуючого лікаря. У даному випадку він реалізує невід'ємне право особистості на свободу вибору.

Таку модель практично застосовують рідко і значення має її нормативний характер. Вона демонструє бажаний і навіть обов'язковий моральний напрямок медичної практики і науки. Як нормативна модель вона підкреслює рівність цінностей партнерів і повагу автономії як медичних професіоналів, так і інших осіб, — хворих або добровольців, які беруть участь у медичних дослідженнях.

Складності практичного застосування моделі містяться в досягненні гармонії інтересів. Медичний працівник і пацієнт можуть дотримуватися різних ціннісних орієнтацій. Вони можуть належати до різних соціальних класів і етнічних груп. В умовах комерційної медицини в лікаря існує об'єктивна (тобто зумовлена не його особистісними якостями, а реальним положенням справ) зацікавленість у мінімізації власних витрат і максимізації доходів, тоді як інтерес пацієнта, навпаки, полягає в тому, щоб одержати максимум доступної допомоги в разі мінімізації власних витрат на її одержання. Разом

із тим, слід мати на увазі, що існують галузі, в яких стосунки між лікарем і пацієнтом дійсно можуть носити колегіальний характер. Ідеться про випадки довготермінового перебігу хронічних захворювань. Обсяг знань, набутих пацієнтами протягом десятиліть хронічної хвороби, у певних аспектах може виявитися значно більшим, ніж у молодого і навіть немолодого лікаря. У подібній ситуації спілкування хворого і медичного працівника може наближатися до ідеалу колегіальної моделі, нагадуючи консиліум професіоналів, в якому знання одного доповнюють знання іншого. Іншою галуззю клінічного застосування моделі є психоаналіз, де необхідність партнерських стосунків є умовою для проведення даної форми лікарського втручання.

*Контрактна модель* стосунків між лікарем і пацієнтом має у своїй основі не тільки юридичний зміст поняття «контракт» (договір), а й більш загальний, символічний. Ідеал контракту як найбільш гідної людини форми соціальних стосунків сформувався в епоху Просвіти. На зміну наслідуваної і даної якби Богом влади монарха просвітителі висунули ідею суспільного договору. Вони вважали, що влада не повинна монополювати належати якій-небудь групі людей у силу їхньої «породистості» і привілейованого стану. Народ унаслідок вільного волевиявлення має право делегувати владні повноваження правителю, але при цьому він укладає з ним свого роду контракт, в якому визначається загальна мета, переслідувана владою, і межі її повноважень. Порушення правителем умов контракту дає підставу народу для його розірвання і насильницького позбавлення влади. У сучасному суспільстві на договірному розподілі ролей і взаємної відповідальності будуються не тільки макрополітичні стосунки, а й трудові, значною мірою сімейні і багато інших соціальних зв'язків.

Контрактна модель стосунків лікаря і пацієнта передбачає, що медичні професіонали мають або повинні укласти зі своїми пацієнтами серію специфічних контрактів. Прототипом контрактної моделі є специфічні контракти, за якими індивідууми погоджуються обмінюватися товарами і послугами, виконання яких підтримують державні санкції. На думку Р. Витч, контрактна модель — найкращий компроміс між ідеалами партнерства з акцентами на рівність і автономію та реальностями медичної практики, коли взаємна довіра не може бути гарантованою. У цій ситуації контрактна модель є єдиною можливістю розділити відповідальність, зберегти рівність і автономію сторін і забезпечити чесність учасників процесу медичного обслуговування. Контрактна форма стосунків дозволяє уникнути тих пагубних для волі пацієнта недоліків, що властиві патерналістській і технічній моделям. Одночасно вона не сподівається на ілюзію можливості співучасті пацієнта як «колеги» лікаря. Пацієнт добровільно встановлює стосунки з лікарем на тих умовах, які вважає для себе вигідними і можливими. При цьому він може делегувати визначені «владні» повноваження лікарю для того, щоб той міг адекватно виконати свої професійні зобов'язання. Контрактна модель більш

реалістична, ніж колегіальна. Вона враховує неможливість рівності лікаря і пацієнта, тобто неминучість наявності «вертикальних» відносин залежності. Ця залежність, однак, установлюється на цілком визначених умовах. Якщо умови не дотримуються, то пацієнт має право вважати для себе договір недійсним, позбавити лікаря тих повноважень, які останній одержав у силу договору, і зажадати компенсації.

*Дружня модель* стосунків між лікарем і пацієнтом передбачає як основу дружбу. Її основу становить положення, що добрий лікар завжди є другом конкретному пацієнтові і всім хворим. У цих дружніх стосунках хворий довіряє лікареві, а дружба лікаря виявляється, крім іншого, прагненням надати ефективну технічну допомогу і доброзичливістю. Безумовно, аналогія з дружною має відносний характер, і дружні стосунки між лікарем і пацієнтом мають обмежений характер і спеціальну спрямованість до досягнення мети — оздоровлення. Крім того, на стосунки впливають різні фактори, у тому числі фінансові зобов'язання. Проте дружня модель стосунків відбиває моральну спрямованість на досягнення рівності, автономії і прав обох сторін. Оскільки І. Кант визначав дружбу як союз двох індивідуумів через рівність, взаємну любов і повагу, дружня модель містить компоненти як патерналізму (любов або турбота), так і антипатерналізму (рівність і повага). Дружня модель стосунків нагадує партнерську. Дійсно, медична дружба дуже близька до медичного партнерства, за винятком того, що перша підкреслює інтенсивність, силу, глибину стосунків, а друга — наголошує на стриманості й обмеженості меж стосунків.

*Технічна (інженерна) модель* стосунків лікаря і пацієнта як аналог розглядає стосунки між техніком (або інженером) і клієнтом. Тіло пацієнта порівнюють з механізмом, а хворобу інтерпретують як його розлад, який лікар, як інженер або технік, повинен усунути. За такої моделі лікар пропонує або здійснює технічний сервіс пацієнтові як споживачеві. Процес лікування зводиться до маніпулювання з тілом пацієнта. Лікар за допомогою певних фізичних впливів прагне повернути фізіологічний механізм людини в положення рівноваги. Інженерна модель будується на уявленні про медичну діяльність як сферу прикладного застосування об'єктивного наукового знання природних механізмів життєдіяльності людського організму. Об'єктивне знання визначає вибір методу лікування, що здійснюється як технічна процедура. Благо пацієнта також усвідомлюється через сукупність об'єктивних ознак: біохімічних показників, значень артеріального тиску, газообміну, даних рентгенографії тощо. Оскільки пацієнт не володіє необхідними науковими знаннями про власний стан, то врахування його думки під час вибору лікувального заходу не тільки марне, а й може бути шкідливе через привнесення суб'єктивних оцінок. Особиста думка пацієнта про власне благо (здоров'я) в силу його необ'єктивності і ненауковості з погляду досвідченого медика-професіонала вважається



такою, що не заслуговує на увагу. Інженерна модель спирається на застаріле уявлення про природу наукового знання. Як переконливо демонструє сучасна філософія науки, об'єктивне знання «навантажене» значним обсягом неусвідомлюваних самими вченими передумов, серед яких важливу роль відіграють особисті та групові інтереси, а також, і не в останню чергу, певні моральні переваги. Сучасний моральний стандарт медичної діяльності пропонує найрішучішим чином не допускати деперсоналізації ставлення лікаря до пацієнта, вимагає поваги його як особистості. Однак чи завжди деперсоналізація є результатом морально збиткового ставлення медика до хворого? Річ у тім, що в низці поширених у сучасній медицині конкретних ситуацій пацієнт об'єктивно не може фігурувати повною мірою як особистість. Високий ступінь поділу праці в сучасній клініці, оснащений високотехнологічним устаткуванням, призводить до того, що безпосередньо особистий контакт із пацієнтом здійснюють, як правило, лікар і медична сестра. Велика кількість фахівців виконують суто спеціальні процедури, що практично виключає елементи особистого спілкування з пацієнтом. Деперсоналізація ставлення до пацієнта є в даному випадку не результатом аморального відношення, а наслідком технологізації сучасної медичної практики.

Технічну модель стосунків між лікарем і пацієнтом не можна розглядати як бажану або можливу. Важко уявити, щоб медичний професіонал оперував подібно техніку тільки «фактичним» матеріалом, що не має ціннісної етичної характеристики.<sup>1</sup> Річ у тім, що основні медичні поняття, такі, як «здоров'я» і «хвороба», розглядаються з позицій внутрішніх цінностей. Утім, якщо «технік» працює в організації або має безпосередні стосунки з пацієнтами, то він також служить визначеним цінностям. Технічна модель пропонує самостійність пацієнту, чії цінності стають домінуючими за рахунок моральності і чистоти медичного професіонала. В інших моделях, таких, як контрактна, партнерська і дружня, моральна відповідальність розподіляється між усіма учасниками, оскільки вони у певному сенсі є рівноправними.

На думку Т. Парсона, різноманіття стосунків лікаря і пацієнта може бути згруповане у трьох моделях: *модель консенсусу (consensus model)*, *модель перемов (negotiation model)* і *модель співробітництва (mutual participation model)*.

*Модель консенсусу* наближена до позицій лікарського патерналізму, згідно з яким пацієнт «згоден» виконувати розпорядження лікаря. Рівність між лікарем і пацієнтом відсутня.

*Модель перемов* передбачає доступність для пацієнта всієї необхідної інформації про діагноз, прогноз і терапію свого захворювання. На основі такої інформації відбуваються «перемови» між лікарем і пацієнтом з метою досягнення необхідних результатів і домовленостей.

*Модель співробітництва* найбільшою мірою відповідає сучасному стану біоетичної науки і практики та біоетичної концепції медицини. Вона заснована на повазі автономії і свободи лікаря та пацієнта і стає все більш популярною.

У стосунках лікаря і пацієнта застосування основних біоетичних принципів (незаподіяння шкоди, благодіяння, повага автономії, справедливість) конкретизується і розширюється за допомогою правил правдивості, інформованої згоди, конфіденційності та ін.

### ПРИНЦИП ПРАВДИВОСТІ

*Принцип правдивості* є формальним або деонтологічним моральним принципом, який стверджує, що дії або правила є морально вірними, якщо вони спрямовані на надання правдивої інформації і мають на меті уникнути нечесності у стосунках. Бути правдивим означає повідомляти своєму співрозмовникові те, що є істинним з погляду того, хто робить повідомлення. Іноді це правило використовують у формі заборони на неправду, тобто заборони повідомляти те, що з погляду того, хто говорить, є помилковим.

Традиційно у кодексах медичної етики недостатньо інформації про правдивість або обман і неправду у стосунках лікаря і пацієнта. Разом із тим найбільш обговорюваним питанням біоетики є проблема обов'язку лікаря надавати правдиву інформацію хворому. Питання формується в такий спосіб: «Чи можуть мати моральне виправдання патерналістська неправда лікаря і практика обману пацієнта?». Якщо так, то за яких умов? Одним із підходів до аналізу етичної проблеми є постановка більш загальних запитань. Чи завжди неправда є морально неприпустимою? Чи завжди правильно говорити правду? При відповідях на ці запитання, безумовно, потрібно навести обґрунтування зайнятої позиції. Якщо неправда і навмисний обман завжди морально неприпустимі, то так чинити не можна всім, включаючи й лікарів. Якщо неправда і навмисний обман іноді морально прийнятні, то слід спробувати встановити умови, що роблять такі вчинки виправданими. Після визначення таких умов можна на окремих прикладах стосунків лікаря і пацієнта оцінити їхню прийнятність. У цілому проблема полягає в моральному конфлікті між прагненням зробити найкраще для пацієнта з точки зору понять добра та шкоди і виконанням деяких загальних зобов'язань, у даному випадку зобов'язання говорити правду.

Оригінальний підхід школи Гіппократа вимагає діяти так, щоб принести пацієнтові благо. Відповідно до етики Гіппократа лікарю варто говорити тільки те, що може допомогти пацієнтові, й уникнути повідомлень про те, що може нанести шкоду. Гіппократу належить вислів: «Оточи хворого любов'ю і розумною розрадою, але головне — залиш його в невіданні стосовно того, що з ним має статися, і особливо того, що йому загрожує». Патерналістська неправда лікаря, так звана свята неправда, протягом тривалого часу вважалася безумовно прийнятною у стосунках лікаря і пацієнта.

Принцип правдивості у стосунках лікаря і хворого по-різному розглядають у різних етичних системах. З позиції деонтології І. Канта, правдивість є обов'язком людини перед самим собою як моральною істотою, і брехати — значить принижувати в собі людську гідність і руйнувати самоповагу. Тому І. Кант наполягав на тому, що в усіх ситуаціях будь-яка людина, у тому числі лікар, має прямий обов'язок стосовно себе й інших бути правдивим. У деонтології В. Росса зобов'язання не брехати і не чинити навмисного обману є умовним зобов'язанням (*prima facie*), що за певних обставин може бути підпорядкований іншим умовним (*prima facie*) зобов'язанням. У медицині таким зобов'язанням може стати обов'язок лікаря забезпечити медичне благополуччя пацієнта. З позиції теорії «вчинок — утилітаризм» питання про те, чи варто говорити правду, вирішується індивідуально з позицій досягнення в кожній конкретній ситуації максимальної користі. Послідовники теорії «правило — утилітаризм» у даній етичній ситуації стикаються з необхідністю визначити доцільність формулювання винятку з правила, що забороняє лікарю повідомляти пацієнту неправдиву інформацію. Імовірно, такі винятки повинні стосуватися випадків, коли є переконливі свідчення, що пацієнт не хоче знати правду про своє захворювання або буде серйозно психологічно травмований отриманою інформацією. У такому випадку прихильник теорії «правило — утилітаризм» повинен проаналізувати, чи не буде шкода від повідомлення правди пацієнту компенсуватися позитивними наслідками, що випливають із правила заборони будь-якої неправди у стосунках лікар — хворий. Він бере до уваги і те, що факт неправди має віддалені наслідки у вигляді погіршення стосунків лікар — пацієнт.

У 70-х роках ХХ століття у зв'язку з критикою патерналізму традицій Гіппократа і підвищенням значущості принципу поваги автономії пацієнта відношення до принципу правдивості почало різко змінюватися. Все більше лікарів у своїй повсякденній практиці дотримуються правила повідомлення правди пацієнту про його захворювання і стан.

Для зближення традицій Гіппократа і поваги автономії пацієнта можна спробувати знову проаналізувати наслідки неправди, залишаючись у рамках принципу Гіппократа «не нашкодь». Річ у тому, що в сучасній високотехнологічній медицині у веденні хворого бере участь ціла команда, якій тяжко (а іноді неможливо) викладати одну й ту саму неправдиву версію захворювання пацієнта. Іншими словами, в умовах сучасної медичної практики є дуже висока ймовірність того, що неправда буде розкрита, і наслідки для хворого будуть край несприятливими.

Іншим напрямком зближення позиції етики Гіппократа і принципу автономії є використання концепції «медичних протипоказань». Так само, як певні варіанти обстеження і лікування можуть бути протипоказані хворому, так само в окремих випадках, наприклад у разі депресії та схильності до суїциду, розкриття правди може вважатися медичним протипоказанням.

Спроби зближення різних точок зору відносно принципу правдивості можуть бути відкинуті радикальними прихильниками принципу правдивості, їхня точка зору полягає в тому, що неправда руйнує взаємну довіру лікаря і пацієнта, унеможливорює координовані дії. У низці випадків просто неможливо не повідомити пацієнту правдиву інформацію про його захворювання. Яким чином можна, наприклад, дістати згоду пацієнта на проведення хіміотерапії або променевої терапії без інформації про те, що в нього є онкологічне захворювання.

У стосунках з пацієнтами медик уособлює у своїй особі не тільки члена суспільства в цілому, а й свою професійну групу. Постійна неправда порушує довіру до професії. Якщо пацієнт упевнений, що лікарі постійно приходять від нього несприятливу інформацію, то навіть правдиві твердження, наприклад про те, що «прогноз Вашого захворювання сприятливий», або «хірургічна операція не становить для Вас небезпеки», або «хіміотерапія дасть добрі результати» будуть сприйматися ним з недовірою. Можливо, що з цією обставиною пов'язане те, що значна кількість пацієнтів після підтвердження діагнозу онкологічного захворювання навіть за наявності ефективного лікування звертаються до всіляких цілителів і шарлатанів. Якщо пацієнти не довіряють лікарям, то домогтися успіху в боротьбі із серйозними захворюваннями, у тому числі онкологічними, надзвичайно важко. Тому і лікар, і медична сестра, і медичний адміністратор повинні бути правдивими для підтримання в суспільстві довіри до своєї професійної групи.

Питання про обов'язок пацієнта знати правду більш складне. Обговорювання цього питання слід вести з позиції самого пацієнта: чому «Я» як пацієнт повинен знати правду? «Я» повинен знати правду саме для того, щоб зберегти себе як «Я», тобто як автономну особистість, що є відповідальним суб'єктом своїх вчинків. Не володіючи правдивою інформацією про умови свого існування (включаючи інформацію про стан свого здоров'я), людина нібито перекладає відповідальність за те, що з ним відбувається, з себе на інших (приміром, на лікаря), відмовляючись тим самим від своєї суб'єктності, від своєї волі. Тому прагнути знати правду є обов'язком людини навіть тоді, коли він прикутий хворобою до лікарняного ліжка. Безумовно, хвора людина природним чином обмежена у своїй волі. Ці обмеження варіюють від найнезначніших у разі застудних захворювань із швидким перебігом до найсерйозніших у разі коматозних станів або станів болісно зміненої свідомості у разі психіатричних захворювань. Тому обов'язок знати правду не може однаково стосуватися кожного пацієнта. Існує також психологічна схильність деяких людей до існування в підпорядкованому, залежному від інших стані. З точки зору панівної в сучасному індустріальному світі моралі автономної особистості подібне самовідмовлення від власної суб'єктності носить шкоду. Однак оскільки це самовідмовлення відбувається добровільно, то слід шанобливо ставитися і до такої форми самоствердження. Серед

представників різних культур спостерігається тенденція, за якої хворі намагаються делегувати відповідальність за прийняття рішень, пов'язаних з їхнім захворюванням, своїм близьким або медичним працівникам. Деякою мірою це зауваження справедливе стосовно традиційної поведінки значної кількості пацієнтів. Лікар зобов'язаний враховувати і поважати ці традиції.

Правомірно також зупинитися на питанні про обов'язок пацієнта говорити правду. Чи повинен медик прагнути знати правду і чи повинен пацієнт говорити йому правду? Обов'язок медичного працівника прагнути в усіх ситуаціях отримати максимально правдиву інформацію визначається його професійним призначенням лікувати хворих. Тільки повна і достовірна інформація про умови розвитку та перебігу захворювання може гарантувати правильну діагностику й ефективне лікування. Найважливішою умовою реалізації цього обов'язку є забезпечення почуття довіри пацієнта до свого лікаря і до медичної професії в цілому. Хвора людина навряд надасть правдиву інформацію, якщо не буде впевнена, що медики збережуть конфіденційність і що подробиці її особистого життя не стануть надбанням сторонніх.

Обов'язок пацієнта говорити правду має, по-перше, загальну підставу в його соціальній природі і необхідності зміцнювати дух довіри в соціальному осередку «пацієнт — медичний працівник». Правдивість — моральний обов'язок кожної людини, і хвороба анітрохи не зменшує його. Крім цього, хворий для свого лікування часто використовує або державні, або виробничі, або сімейні фінансові ресурси, часто досить обмежені. Почуття солідарності з хворою людиною і співчутливе ставлення до її потреб у формах державної охорони здоров'я, виробничої підтримки або сімейної взаємодопомоги виражається в тому, що ці обмежені ресурси перерозподіляються на його користь. Ця обставина створює ще одну підставу морального обов'язку пацієнта ефективно співробітничати з медичними працівниками для економічного використання обмежених ресурсів, що природно неможливо без його правдивості.

Обов'язок пацієнта говорити правду обґрунтовується також принципом «не нашкодь». Наприклад, на прийомі у лікаря пацієнт пов'язаний моральним обов'язком повідомити про наявне в нього інфекційне захворювання, що може бути небезпечним для працюючих з ним медиків або інших пацієнтів, наприклад ВІЛ-інфекція, туберкульоз, гепатит. Ще одним обґрунтуванням обов'язку пацієнта говорити правду є та обставина, що в процесі спілкування з пацієнтом у лікаря формується емпіричний досвід про значущість певних симптомів для встановлення точного діагнозу і терапевтичної ефективності різних медичних призначень. Якщо пацієнт не повідомляє лікуючого лікаря про самовільні зміни у вживанні ліків або надає перекручену інформацію про свої скарги, то він стає відповідальним за формування помилкових знань у свого лікаря про діагностичні критерії захворювань, про ефективність або неефективність певного лікарського засобу. Ця помилкова

інформація може стати джерелом помилкових дій лікуючого лікаря як стосовно власне неправдивого пацієнта, так і інших пацієнтів.

В «Основах законодавства України про охорону здоров'я» встановлено право пацієнта знати правду про діагноз, прогноз і методи лікування захворювання. Право лікаря повідомляти пацієнтові правдиву інформацію про стан його здоров'я обмежується вимогою передавати її в доступній формі і так, щоб не заподіяти хворому шкоди. Право лікаря знати правду спеціально не регламентується законом. Воно закладено в традиціях лікування і адміністративних нормах сучасної медицини. Причому йдеться не тільки і не стільки про право лікуючого лікаря, яке звичайно вважається таким, що само собою розуміється, скільки про право інших учасників процесу лікування на доступ до інформації про стан здоров'я конкретного хворого. У сучасних поліклініках і лікарнях медичну допомогу найчастіше надає не один лікар, а група фахівців, кожний з яких має потребу в отриманні правдивої інформації про стан хворого. Їхнє право на доступ до цієї інформації забезпечується відповідними адміністративними нормами. Більш складне питання про право на доступ до медичної інформації для студентів, що безпосередньо не беруть участь у лікуванні даного хворого. Навчання біля ліжка хворого — один з найбільш істотних елементів в освіті медичних працівників. Традиції й адміністративний порядок клінік обґрунтовують їхнє право на участь в огляді хворих, виконанні під керівництвом досвідчених професіоналів діагностичних і лікувальних заходів, і, отже, на доступ до відповідної медичної інформації. Однак з моральної точки зору, оскільки участь у навчанні студентів не є безпосереднім інтересом конкретного пацієнта, їхнє право на доступ до медичної інформації і лікувально-діагностичних маніпуляцій повинне бути зумовлено добровільною згодою хворого або членів його родини.

Право пацієнта повідомляти лікареві правду про стан свого здоров'я та обставини розвитку захворювання, на перший погляд, здається очевидним. Однак «правда», якою володіє пацієнт про своє захворювання, може стосуватися не тільки його самого. Чи має право, наприклад, пацієнт, у якого діагностовано венеричне захворювання, повідомляти правду про свого статевого партнера, який, найімовірніше, і виявився джерелом його зараження? Відповідь на подібне запитання буде варіювати залежно від того, яка з двох цінностей переважає в даному співтоваристві. Якщо перевага надається суспільному інтересу в мінімізації поширення інфекційних захворювань, то пацієнт не тільки має право, але і його обов'язок (моральний, а іноді й за законом) повідомити про свого партнера. Якщо в суспільстві вище оцінюється недоторканність приватного життя, то право правдивого інформування в даному випадку буде обмежене дозволом цього партнера на передачу інформації лікареві. У демократичних суспільствах недоторканність приватного життя одержує все більше визнання і підтримку (у тому числі й правової), тому безумовний пріоритет суспільних інтересів зберігається лише стосовно

групи особливо небезпечних інфекційних захворювань. Чим нижче соціальна небезпека захворювання, тим більшу роль відіграють цінності, пов'язані з недоторканністю приватного життя. Баланс цінностей не може бути вирішений у вигляді визначеного правила. Однак завжди слід мати на увазі, що право говорити правду не безумовне, що недоторканність приватного життя іншої людини є найважливішою правовою нормою і моральною цінністю сучасних цивілізованих співтовариств.

### ПРИНЦИП ІНФОРМОВАНОЇ ЗГОДИ

Дискусії про правдивість і неправду у медичній етиці часто виникають у зв'язку з обговоренням вимоги інформованої згоди. У даний час загальноприйнято, що компетентний дорослий пацієнт має моральне і юридичне право не піддаватися медичному втручанню без його інформованої і добровільної згоди. Цілком зрозуміло, що неправда або навіть приховування інформації серйозно обмежують можливість проведення повноцінної дискусії і, отже, надання інформованої згоди. Щоб надати таку згоду і реалізувати своє право на самовизначення, пацієнт повинен мати доступ до необхідної інформації, а лікарям, як правило, слід її надавати.

Вимога одержання інформованої згоди є відносно недавнім доповненням до визнаних етичних принципів, що регулюють стосунки лікар — пацієнт. Традиційні кодекси медичної етики не визнають обов'язку лікаря інформувати хворого про ризик і переваги альтернативних методів діагностики і лікування. Етика Гіппократа включає поняття про терапевтичний привілей, який полягає в приховуванні інформації, що, на думку лікаря, наносить хворому шкоду і погіршує його психологічне самопочуття. Терапевтичний привілей є складовою частиною етичних систем, що засновані на патерналізмі. Етика Гіппократа не виключає інформованої згоди, однак тільки в тих випадках, коли, на думку лікаря, воно піде на користь хворому.

У ліберальній політичній філософії ключовою ідеєю є положення, що інформація повинна бути надана в повному обсязі, навіть якщо лікар не вважає, що вона принесе користь хворому. У 70-і роки ХХ століття доктрина і поняття інформованої згоди вперше були оформлені в юридичному відношенні і, починаючи з цього часу, привертають особливу увагу фахівців з біоетики. Передумови для оформлення поняття і доктрини інформованої згоди у юридичному відношенні склалися у зв'язку з розслідуванням так званої наукової діяльності нацистських медиків у концентраційних таборах під час другої світової війни. Після Нюрнберзького процесу, на якому були продемонстровані свідчення про жахливі медичні експерименти в концтаборах, питання про згоду стало одним з головних для біоетики. Слід зазначити, що й у світовій і вітчизняній практиці раніше вже існувала традиція одержання згоди пацієнта на проведення хірургічних утручань. Однак принцип інформованої згоди ширше за просте одержання згоди, насамперед тому, що

вимагає добровільності і свободи вибору пацієнтів, що беруть участь у дослідженні, шляхом їхнього адекватного інформування.

Принцип інформованої згоди покликаний забезпечити шанобливе ставлення до пацієнтів або до осіб, які беруть участь у біомедичних дослідженнях, як до особистостей, а також мінімізувати загрозу здоров'ю, соціально-психологічному благополуччю або моральним цінностям унаслідок несумлінних або безвідповідальних дій фахівців. Хірургічні операції, хіміотерапія, тривала госпіталізація і багато інших видів медичного втручання можуть впливати на можливості реалізації життєвих планів людини. Отримання інформованої згоди забезпечує активну участь пацієнта у виборі методів лікування, оптимальних не тільки з медичної точки зору, а й з погляду життєвих цінностей самої людини. Відповідно до цього принципу, будь-яке медичне втручання (у тому числі і залучення людини як досліджуваного в біомедичне дослідження) повинне обов'язково включати спеціальну процедуру одержання добровільної згоди пацієнта або досліджуваного на основі адекватного інформування про мету передбачуваного втручання, його тривалість, очікувані позитивні наслідки для пацієнта або досліджуваного, можливі неприємні відчуття, ризик для життя, фізичне і (або) соціопсихологічне благополуччя. Необхідно також інформувати пацієнта про наявність альтернативних методів лікування та їх порівняльну ефективність. Важливим елементом інформування повинні бути відомості про права пацієнтів і досліджуваних у даній лікувально-профілактичній або науково-дослідній установі і способах їхнього захисту в тих випадках, коли вони так чи інакше скривдені. На сьогодні правило одержання інформованої згоди пацієнтів і тих, хто залучається до участі в клінічних або медико-біологічних дослідженнях, стало загально визнаною нормою. У Конституції України в главі 2, ст. 28 записане таке положення: «Жодна людина без її добровільної згоди не може бути піддана медичним, науковим або іншим дослідженням». В «Основах законодавства України про охорону здоров'я» це положення конкретизується в ст. 42—45.

Медичне втручання, пов'язане з ризиком для здоров'я пацієнта, допускається як виняток у разі нагальної потреби, якщо вірогідна шкода від застосування методів діагностики, профілактики або лікування менша, ніж очікувана у випадку відмови від втручання, а усунення небезпеки для здоров'я пацієнта іншими методами неможливе.

Ризиковані методи діагностики, профілактики або лікування визнають припустимими, якщо вони відповідають сучасним науково обґрунтованим вимогам, спрямовані на запобігання реальній загрозі життю і здоров'ю пацієнта, застосовуються за згодою пацієнта, обізнаного про їхні можливі негативні наслідки, а лікар зобов'язується прийняти всі належні в таких випадках заходи для запобігання небезпеки життю і здоров'ю. Якщо відмова від медичного втручання може призвести до тяжких наслідків, лікар



зобов'язаний пояснити це пацієнтові. Якщо й після цього пацієнт не змінює свого рішення, лікар має право вимагати письмового підтвердження, а за неможливості його одержання — засвідчити відмову відповідним актом у присутності свідків. Якщо відмову дає законний представник пацієнта і він може мати для пацієнта тяжкі наслідки, лікар повинен довести до відома органи опіки.

Обов'язковими «граничними» елементами або попередніми умовами принципу інформованої згоди є компетентність і добровільність. Компетентність пацієнта або досліджуваного є необхідною попередньою умовою процедури одержання інформованої згоди. Закон встановлює досить просте правило, що передбачає два стани — компетентність пацієнта чи досліджуваного або некомпетентність. Некомпетентними вважають дітей, а також дорослих, визнаних у встановленому порядку недієздатними. Право на надання інформованої згоди від недієздатного пацієнта передається його законним представникам. Закон у цьому сенсі виражає лише деякий загальноновизнаний мінімум морального нормування, залишаючи осторонь низку спірних і неоднозначних з етичної точки зору ситуацій. Зокрема, недостатньо враховуються права дитини на одержання інформації про свій фізичний і психічний стан і на контроль за тим, що відбувається з його тілом у процесі лікування. Звичайно, дитина недостатньо зріла для того, щоб без допомоги дорослих приймати відповідальні рішення, які стосуються методів її лікування. Але це не означає, що дорослий може повністю її замінити в процесі ухвалення рішення. Чи можна однозначно ігнорувати особистість неповнолітнього хворого? Імовірно, більш виправданим слід вважати диференційований підхід, який би залежно від рівня індивідуального розвитку надавав дитині більший або менший обсяг прав під час участі в ухваленні рішення з приводу свого лікування.

З моральної точки зору є невірною практика примушувати дітей шляхом насильства чи обману до оперативного втручання. Труднощі одержання їхньої згоди, що дійсно має місце в деяких випадках, свідчить лише про нагальну необхідність у клініко-психологічній освіті лікарів та активній діяльності професійних психологів у розв'язанні проблем спілкування малолітніх пацієнтів і медиків. Слід також урахувати можливість того, що законні представники можуть прийняти рішення, яке суперечить інтересам самого пацієнта. У такому випадку обов'язок лікарів — виступити на захист інтересів дитини і почати здійснювати юридичні заходи, які б обмежили права законних представників у цьому питанні. Іноді батьки через незнання або під впливом релігійних забобонів відмовлялися від проведення операції, яка врятувала б життя дитини. У подібних ситуаціях інтереси недієздатних пацієнтів повинні переважати права їхніх законних представників.

Компетентність пацієнта розуміється як його здатність до самостійного прийняття рішень. Хворий у тяжкому стані не завжди буває компетентним.

Компетенція порушується також під впливом значного емоційного стресу і болю. Принципово важливо визначити, чи є хворий компетентним. Комісійне визначення некомпетентності ґрунтується на втраті здатності пацієнтів приймати рішення, які сприяють їхньому благополуччю, з урахуванням цінностей і переваг, висловлених ними раніше. У біоетичній практиці розробляються стандарти компетентності, які є досить специфічними в різних галузях клінічної практики.

Надзвичайно важливим є питання про обсяг інформації, яку хворий повинен отримати та зрозуміти для того, щоб його згода вважалася інформованою. Які критерії повноти інформації і чи завжди краще одержати більший обсяг інформації? Результати досліджень свідчать, що хворий, який одержав детальні пояснення щодо суті і ризику медичного втручання, може зрозуміти та відтворити дуже обмежений обсяг значущої інформації. Водночас ті хворі, яким були надані менш деталізовані відомості, могли зрозуміти та відтворити більший обсяг важливої інформації.

Добровільність у наданні інформованої згоди не менш важлива, ніж компетентність. Рішення вважається добровільним, якщо воно прийняте за відсутності зовнішнього тиску з боку лікарів, влади, родичів і друзів. Існують різні форми впливів, що можуть суттєво порушувати добровільність. Це — безпосередній примус до прийняття певного рішення шляхом погрози, авторитарне нав'язування рішення і маніпуляція інформацією, яка (зовні будучи об'єктивною) підбирається таким чином, що пацієнт або досліджуванний приймає вигідне для медиків або дослідників рішення. На хворого діє припущення, що лікарі можуть відмовитися від лікування, якщо він не погодиться на участь у дослідженні або на запропонований лікарем метод діагностики чи лікування. Тому при одержанні інформованої згоди необхідно спеціально звернути увагу пацієнта на те, що його відмова анітрохи не зменшує його прав і доступності альтернативних методів медичного втручання.

Будь-яка хвороба, особливо тяжка, впливає на психіку хворого, у багатьох випадках обмежуючи його здатність самостійно приймати рішення. Безпомічний стан робить його особливо сприйнятливим до прямого авторитарного диктату лікуючого лікаря. У подібних випадках, навіть якщо немає підстав сумніватися в компетентності хворого, необхідно забезпечити йому можливість обговорення своєї ситуації з близькими. Слід також пам'ятати про право пацієнта на консультацію у незалежних фахівців, що надається йому чинним законодавством. Найбільші гарантії забезпечує біоетична практика, коли заявки на проведення дослідів і досліджень обов'язково будуть проходити незалежну експертизу етичного комітету.

У процесі одержання інформованої згоди пацієнта або досліджуваного мають значення процедурні питання передачі інформації. Під час визначення її обсягу і змісту можна керуватися особливими нормами, що отримали назву «стандарти інформування». Запропоновано кілька таких стандартів,

серед яких найбільший практичний інтерес становлять «професійний стандарт», «стандарт раціональної особистості» і «суб'єктивний стандарт». Відповідно до першого стандарту обсяг і зміст інформації визначаються практикою, що традиційно склалася в даному медичному співтоваристві або медичному закладі. У процесі навчання майбутній лікар переймає від учителів не тільки методи лікування, а й елементарні навички спілкування з пацієнтами. Це — стихійно складений стандарт медичної практики, що звичайно неусвідомлено засвоюється професіоналами. У стабільному суспільстві зі сформованою системою охорони здоров'я та сталими суспільно визнаними моральними нормами лікування цей стандарт досить ефективний. Однак у суспільстві, в якому відбуваються бурхливі соціально-політичні перетворення, де нові моральні кодекси ще тільки складаються, апеляція до традиційних норм може мати лише попереднє значення. За цих умов більше підходить «стандарт раціональної особистості», що нібито пропонує уявити собі «усередненого пацієнта» і відповісти на запитання: яка інформація і в якому обсязі йому може знадобитися для того, щоб прийняти обгрунтоване рішення, яке стосується згоди або незгоди на медичне втручання або на участь у біомедичному дослідженні? Лікар або вчений повинен вміти моделювати в уяві раціональну поведінку свого пацієнта або досліджуваного і відповідно до результату такого уявного експерименту розробляти тактику інформування.

«Суб'єктивний стандарт» для ухвалення раціонального рішення пропонує враховувати, крім того, яка інформація може бути корисною для «середньостатистичного пацієнта», ще й специфіку інтересів конкретного індивіда. Якщо, наприклад, в анамнезі даного пацієнта є інформація про перенесене захворювання серця, то під час інформування про ризик розвитку ускладнень слід звернути особливу увагу на можливість порушень серцево-судинної системи, хоча для «середньостатистичного пацієнта» вони й нехарактерні. «Суб'єктивний стандарт» визначає тактику індивідуалізації переданої інформації. Оскільки освітній рівень пацієнтів може бути досить низьким, то в деяких випадках виникають серйозні сумніви в тому, що в принципі можливе ефективне розуміння ними переданої інформації. Т. Бочамп і Дж. Чілдресс пропонують такий вихід з положення: «Успішного інформування недосвідчених у медицині пацієнтів про нові і досить спеціальні предмети можна досягти, якщо використовувати для пояснення пацієнтам аналогій з їхнього повсякденного життя. Наприклад, професіонал для пояснення ризику, вираженого в числовій формі, може застосувати порівняння з імовірним ризиком якої-небудь дії, що відомий пацієнту з попереднього досвіду, — ризику керування автомобілем або роботи з електричними приладами». З практичної точки зору краще не використовувати багато спеціальних термінів, які можуть бути або взагалі незрозумілі, або неправильно зрозумілі. Важливо також враховувати психологічний вплив використовуваних

слів. Інформація про те, що ймовірність виживання дорівнює 50 %, звучить більш обнадійливо, ніж повідомлення про те, що ймовірність смертельного результату дорівнює 50 %, хоча з математичної точки зору ризик однаковий. Повідомлення пацієнтам інформації про навіть невисокий ступінь ризику смерті під час проведення того або іншого медичного втручання, як правило, різко знижує його перевагу, хоча віддалені наслідки можуть бути набагато сприятливіші. Зрозуміти інформацію не завжди означає прийняти її. Хворий на рак пацієнт, навіть знаючи точно діагноз, може бути впевнений, що насправді він здоровий або що захворювання носить доброякісний характер. Тому, ґрунтуючись на помилковій упевненості, він може відмовитися від пропонуваної йому хіміотерапії або оперативного лікування. Як свідчать результати соціологічних досліджень, далеко не всі пацієнти мають бажання детально знати майбутні методи лікування і пов'язані з ними ризики, довіряючи вибір своєму лікуючому лікарю. Число незацікавлених в одержанні інформації на ці теми може досягати більше ніж 50 %. Слід поважати думку пацієнта і не нав'язувати йому тієї інформації, яку він не бажає знати. Разом із тим участь людини в клінічному втручанні або біомедичному дослідженні неприпустима без інформування і усвідомлення ним змісту цього втручання або дослідження і пов'язаного з ним ризику.

Отримавши об'єктивну інформацію про медичне втручання або наукове дослідження, пацієнт або досліджуваний має прийняти рішення — дати інформовану згоду або відмовити в наданні згоди. Ухвалення рішення — це самостійний процес. Об'єктивне інформування є лише підготовчим етапом цього процесу. Він вимагає часу. Тому не можна примушувати пацієнта або досліджуваного підписувати формуляр згоди відразу після одержання інформації. Необхідно дати час на обміркування, пораду з близькими або консультацію з фахівцями. Необхідно також врахувати, що згода, дана досліджуваним або пацієнтом спочатку, згодом може бути ним переглянута. Тому законодавство передбачає право досліджуваного на припинення своєї участі в дослідженні на будь-якій стадії, а також право пацієнта на відмову від лікування. Авторизація, як і інформування, може здійснюватися як в усній, так і в письмовій формі. За своєю суттю вона означає ініціацію, тобто вступ пацієнта в певні договірні стосунки, що будуть пов'язувати його з медичними фахівцями, які надають йому допомогу. Ці стосунки визначають взаємні правові і моральні зобов'язання сторін, установлюють форми і ступінь відповідальності.

Усна форма передачі інформації хворому або досліджуваному створює сприятливий ґрунт для маніпулювання його рішенням. Умовчання, неправильна інформація про порівняльний ризик альтернативних методів лікування, приховування інформації про негативний попередній досвід застосування даного медичного втручання, перебільшення шансів на успіх пропонуваного дослідження або медичного втручання — усе це може

порушити принцип добровільності. Слід також врахувати, що подібне порушення може бути здійснено медиками несвідомо. Захоплений розробленням нового методу лікування вчений природно схильний перебільшувати переваги своєї новації порівняно з існуючими прийомами. У цьому сенсі письмове заповнення особливого формуляра інформованої згоди створює більше можливостей контролю за об'єктивністю переданої інформації.

Процедура одержання інформованої згоди покликана реалізувати зміст моральної ідеї визнання пацієнта або досліджуваного як особистості, яка має право брати участь разом з медичними працівниками в прийнятті рішень, що стосуються питань свого лікування. У формі певних етичних норм зміст і правила інформованої згоди знаходять своє виявлення в етичних кодексах і деклараціях, прийнятих міжнародними і національними медичними асоціаціями й об'єднаннями. Лікар і дослідник зобов'язані:

1. Забезпечити поважне ставлення до пацієнта або досліджуваного в біомедичному дослідженні як до автономної особистості, що правомірна здійснювати вільний вибір і контролювати всі процедури або маніпуляції в процесі лікування або наукового дослідження з його тілом.

2. Мінімізувати можливість морального або матеріального збитку, що може бути заподіяний пацієнту внаслідок несумлінного лікування або дослідження.

3. Створити умови, що сприяють підвищенню почуття відповідальності медичних працівників і дослідників за моральне і фізичне благополуччя пацієнтів і досліджуваних.

Процедурні аспекти регламентуються національним законодавством, наказами й інструкціями органів охорони здоров'я, правилами внутрішнього розпорядку лікувально-профілактичних закладів і науково-дослідних установ. Традиція усного інформування має ту перевагу, що є менш офіційною, більш довірливою. Разом із тим усне інформування практично виключає можливість незалежного контролю того, що реально повідомляється пацієнтові або досліджуваному, знижує відповідальність медиків і дослідників за якість інформування і тим самим створює умови для порушення прав досліджуваних.

Одержання інформованої згоди дуже важливе для соціально-психологічної адаптації до нових умов життя, що можуть виникнути внаслідок медичного втручання. Обговорення з лікарем процесу лікування, мети та ймовірних наслідків того або іншого втручання створює в пацієнта психологічну готовність до необхідних корективів у способі життя і як наслідок сприяє більш ефективній адаптації. Правило інформованої згоди не тільки регулює визначену процедуру, що випереджає серйозне медичне втручання або участь у дослідженні, а й націлює на змістовне міжособистісне спілкування лікарів і пацієнтів (досліджуваних) протягом усього процесу лікування або наукового дослідження.

Принцип інформованої згоди не слід розглядати тільки як захід, що починається у зв'язку з погрозою нанесення збитку хворому з боку лікарів і дослідників. Більш виправдано вважати, що запобігання такій небезпеці є хоча й важливим, але не єдиним і не головним завданням. Принцип інформованої згоди слід розуміти як норму стосунків лікаря і пацієнта з метою спільного обґрунтування і узгодження оптимального методу медичного втручання. Принцип інформованої згоди необхідно розглядати не як самоціль, а як засіб для забезпечення партнерського діалогу зацікавлених сторін, якими є лікар і пацієнт.

З принципами правдивості та інформованої згоди тісно пов'язаний принцип конфіденційності, або лікарської таємниці.

### ПРИНЦИП КОНФІДЕНЦІЙНОСТІ

Якщо принципи правдивості й інформованої згоди забезпечують відкритість партнерів з соціальної взаємодії — лікарів і пацієнтів, то принцип конфіденційності покликаний охороняти їх від несанкціонованого вторгнення ззовні. Та інформація про пацієнта, що передається лікареві або яку сам лікар отримує в результаті обстеження, не може бути передана третім особам без дозволу цього пацієнта. Етика конфіденційності тісно пов'язана з принципом суворого виконання взятих зобов'язань, контрактів і обіцянок. Етика Гіппократа й етичні кодекси, що не засновані на традиціях Гіппократа, по-різному ставляться до питань дотримання конфіденційності медичної інформації про пацієнта. Кожна з цих двох етичних систем дозволяє розкривати певну медичну інформацію і забороняє це робити в інших випадках. Важливо усвідомити сутність цих розбіжностей.

У Клятві Гіппократа зазначено, що лікар повинен змовчати про те, «що не варто коли-небудь розголошувати». Таке формулювання припускає, що деяка інформація може бути розголошена і навіть повинна бути розголошена. Таким чином, традиції Гіппократа не можуть розглядатися як такі, котрі вимагають безумовного дотримання конфіденційності медичної інформації. Визначення того, що може бути поширене назовні, засноване на основному принципі етики Гіппократа: робити добро пацієнтові і не завдати шкоди. Якщо дотримання конфіденційності медичної інформації служить благу пацієнта, вона повинна бути збережена. Однак якщо порушення конфіденційності більшою мірою буде відповідати принципіві допомоги і сприяння, то лікар повинен розкрити таку інформацію. Такий підхід має виражену патерналістську основу і міститься у низці професійних етичних кодексів, що були створені за традиціями Гіппократа.

Етичні кодекси, не пов'язані з традиціями Гіппократа, містять інші, більш суворі, вимоги до поваги принципу конфіденційності. Вони забороняють розголошувати медичну інформацію, навіть якщо є підстави вважати, що це піде на благо пацієнта. Теоретичною основою альтернативи етиці Гіппократа є *етика поваги особистості*, що включає чотири принципи. Перший — принцип

вірності взятим зобов'язанням, обіцянкам і контрактам. Кожний, хто відчуває моральне зобов'язання виконати обіцянку, навіть якщо наслідки будуть не найкращі, додержується цього принципу. Другий принцип етики поваги особистості — принцип автономії, з якого виникає вимога інформованої згоди. Третій принцип — принцип правдивості, що передбачає обов'язок говорити правду. Четвертий принцип етики поваги особистості полягає в необхідності уникати вбивства людини, що слід враховувати прихильникам еутаназії (див. мал. 3).

З точки зору етики поваги особистості, конфіденційність слід розглядати в контексті принципу вірності взятим зобов'язанням, обіцянкам і контрактам. Цей принцип включає більш широке коло етичних норм, ніж благо пацієнта. Обов'язок лікаря дотримуватися конфіденційності медичної інформації є частиною вірності обов'язку перед пацієнтом. При формуванні стосунків між лікарем і пацієнтом слід мати на увазі обіцянку конфіденційності. Тому лікар повинен дотримуватися виконання цієї обіцянки і не порушувати конфіденційність на основі міркувань про благо пацієнта. Етика поваги особистості є варіантом етики, заснованої на обов'язку. Вона відрізняється від етики утилітаризму, що орієнтована на створення добрих наслідків і уникнення поганих. У той час, як утилітаристи визначають моральну виправданість дій з аналізу їх наслідків, етика поваги особистості визнає певну поведінку просто як виконання персонального обов'язку — незалежно від наслідків. Якщо дія включає порушення обіцянок, неправду і неповагу до автономії, то за цими ознаками вона є морально неправильною, навіть якщо її наслідки є добрими. Таке етичне зосередження на внутрішній природі дії, її структурі або формі іноді визначають як формалізм. Відповідно до цієї точки зору дії є правильні або неправильні не через їхні наслідки, а через їхній внутрішній зміст або форму. Деякі дії є просто персональним обов'язком (звідси деонтологія — наука про належну поведінку) незалежно від наслідків. Формалістичні і деонтологічні підходи до етики, як, наприклад етика поваги особистості, є основною альтернативою етичним системам (у тому числі традиціям Гіппократа), які вирішують, що є морально прийнятним або неприйнятним на підставі характеру наслідків тієї чи іншої дії.

У біоетиці сучасного західного суспільства спостерігаються стійкі тенденції до використання формалістичних і деонтологічних кодексів, в яких частіше вживається термін «права», ніж «обов'язки», хоча між цими поняттями є тісний взаємозв'язок. Якщо, наприклад, пацієнт має право на конфіденційність медичної інформації, то інші люди в цьому випадку володіють реципрокним обов'язком не розголошувати відомості про пацієнта третій стороні.

Рух сучасного покоління біоетиків від патерналізму Гіппократа, що має утилітаристську основу «добродіяння» і «ненанесення шкоди», до етики, заснованої на обов'язку, у тому числі до етики поваги особистості з її принципами вірності обіцянкам, автономії, правдивості і збереження життя, — є важливим вектором розвитку біомедичної етики кінця ХХ — початку

XXI століття. Патерналізм як дія, що починається для іншої людини в ім'я її благополуччя, однак проти його волі і згоди, усе більшою мірою опиняється під вогнем критики медичних етиків, у тому числі в сфері принципу конфіденційності. Основна ідея принципу вірності як складової етики поваги особистості у стосунках лікар — пацієнт — взаємна лояльність. Етичні складності виникають у випадках, коли виконання угод і обіцянок пацієнту не є способом забезпечення найкращих наслідків для пацієнта. Наслідки підштовхують до однієї дії, у той час як зобов'язання — до іншої. Принцип вірності обґрунтовує незалежний обов'язок стримувати обіцянки і виконувати контракти. Така етика характерна для класичної етики іудаїзму і християнства і перенесена в секулярну етику І. Канта, а також інші формалістичні і деонтологічні етичні системи, згідно з якими виконувати обіцянку потрібно просто тому, що така обіцянка дана.

Цікаво, що в Женевській Декларації, яка в цілому викладена в традиціях Гіппократа (і тому називається Клятвою Гіппократа XX століття), відносно принципу конфіденційності є відхід від оригінального тексту. Вона твердо наполягає на конфіденційності медичної інформації і не містить ніяких винятків.

Деякі етичні кодекси ще далі відходять від традицій Клятви Гіппократа і передбачають можливість розкриття конфіденційної інформації не для блага пацієнта, а для того, щоб захистити інших від серйозної небезпеки і шкоди. Наприклад, Британська медична асоціація вважає, що конфіденційність можна порушити відповідно до положень законодавства або коли зобов'язання лікаря перед суспільством переважає такі перед пацієнтом. Залежно від законодавства, такі винятки можуть включати юридичний обов'язок повідомляти про рани, здійснені вогнепальною і холодною зброєю, про венеричні та інші інфекційні захворювання, про діагноз епілепсії. У цих випадках обов'язок лікаря полягає в тому, щоб пояснити пацієнтові суть і причину подібних винятків.

Багато медичних етик розглядають обов'язок поваги конфіденційності (за всієї його важливості) лише як одне з умовних (*prima facie*) зобов'язань, що іноді може бути виправданим, а іноді — перебореним під час конфлікту з іншими зобов'язаннями. Уся складність моральної дилеми для медичних фахівців у ситуації конфлікту інтересів стосовно проблеми конфіденційності відображена у випадку, що набув широкої популярності серед громадськості, медичних професіоналів і біоетиків США (випадок Тарасова). Суть конфлікту полягала в моральному виборі психіатра, якому стало відомо про намір психічно хворої людини вбити молоду жінку. Психіатр прийняв рішення зберегти конфіденційність медичної інформації, нікому не повідомив про злочинні наміри свого пацієнта, і в результаті вбивство сталося. Чи повинен був психіатр повідомити третій особі медичну інформацію, що дозволила б усунути небезпеку і шкоду для третьої особи або суспільства? Якщо так, то чи має такий обов'язок перевагу над обов'язком поважати конфіденційність свого пацієнта? Рішення судді



полягало в позитивних відповідях на ці запитання. Відповідаючи на твердження захисту про важливість принципу конфіденційності у психотерапевтичній практиці, суддя зазначив, що суспільні інтереси в безпеці мають більшу перевагу порівняно з правами пацієнта на приватне життя.

В «Основах законодавства України про охорону здоров'я» конфіденційності присвячена стаття 40 «Лікарська таємниця». Використання терміна «лікарська» є виправданим традицією, але неточним стосовно суті справи, тому що йдеться про зобов'язання не тільки лікарів, але і будь-яких інших медичних і фармацевтичних працівників, а також посадових осіб, яким медична інформація передана відповідно до закону.

Предметом конфіденційності є діагноз захворювання, дані про стан здоров'я, прогноз і всі ті відомості, які лікар одержує в результаті обстеження або під час вислуховування скарг пацієнта. Конфіденційною має бути і немедична інформація про пацієнта або його близьких, що стала відомою лікареві в процесі виконання ним службових обов'язків. Законодавством визначене досить вузьке коло ситуацій, за яких медичний працівник має право передати відому йому інформацію третім особам. Йдеться, насамперед, про ті випадки, коли пацієнт нездатний самостійно виявити свою волю через порушення свідомості або через неповноліття. Закон також обмежує дію правила конфіденційності за наявності загрози поширення інфекційних захворювань, масових отруєнь або уражень. Так само, як і законодавства інших країн, «Основи законодавства України про охорону здоров'я» припускають можливість порушення конфіденційності за наявності в лікаря підстави вважати, що розлади здоров'я пацієнта є наслідком протиправних дій. Прикладом можуть бути поранення вогнепальною чи холодною зброєю. Законодавство базується на відповідних моральних кваліфікаціях дій людей, що розрізняють те, що «добре», що припустиме і те, що «дуже погано» і в даному суспільстві терпіти не можна. Воно задає мінімальний рівень моральної регуляції, який має стосуватися всіх громадян без винятку. При цьому окремі громадяни і певні соціальні групи мають право встановлювати для себе більш високий рівень моральних вимог. Це зауваження повною мірою стосується медичної професії, у рамках якої, незважаючи на істотні культурні й ідеологічні розбіжності, правило конфіденційності набуло особливого значення. Конфіденційність у стосунках між лікарем і пацієнтом бажана, оскільки вона є підтвердженням і захистом іншої, більш фундаментальної цінності — недоторканності приватного життя. Тільки гарантія з боку медичних працівників про безумовне дотримання конфіденційності дозволяє пацієнтові бути досить відвертим, не побоюючись того, що недоторканність його приватного життя буде якось порушена.

Принцип конфіденційності є також важливою умовою захисту соціального статусу пацієнта. Медичний діагноз або інша медична інформація може стати тавром для людини та значно обмежити можливості його соціального

самоствердження. Інформація про наявність психічного захворювання, ВІЛ-інфікування, злоякісного захворювання, генетичних вад, гомосексуальної орієнтації, венеричної хвороби, сексуального розладу може спричиняти соціальну ізоляцію даного хворого і несе пряму загрозу його соціальному статусу.

Правило конфіденційності захищає й економічні інтереси пацієнтів. Інформація про наявність онкологічного захворювання, навіть у формі, за якої можливе практичне видужання, може різко обмежити можливості просування по службі чи бути обраним на ту чи іншу посаду. Розголошення інформації про те, що психіатр або адвокат ВІЛ-інфіковані, може зменшити число їхніх клієнтів і нанести суттєві фінансові збитки, хоча в дійсності їхнє носійство вірусу ні яким чином не загрожує клієнтам.

Конфіденційність стосунків між професіоналами і клієнтами необхідна для забезпечення відвертості їхнього спілкування. Пацієнт, оголюючись тілесно і відкриваючись душевно перед лікарем, має бути переконаний, що це не призведе до небажаних наслідків. Тільки впевненість пацієнтів у неухильному дотриманні конфіденційності забезпечує відвертість, без якої неможлива реалізація нормальної професійної діяльності медичних працівників. Захищаючи конфіденційність, медик захищає інтереси не тільки пацієнтів, але й свої власні інтереси як особистості. Від того, наскільки ефективно лікарі здатні забезпечувати конфіденційність інформації про своїх пацієнтів, безпосередньо залежить їхній імідж в очах суспільства і їхня популярність. Сучасне законодавство з охорони здоров'я надає пацієнтам права вибору лікаря і медичного закладу. Природно, що в ситуації вибору перевагу буде віддано тому, хто, крім високих професійних якостей, демонструє і відповідність достатньо високому моральному стандарту, в якому дотримання конфіденційності відіграє досить важливу роль.

Ефективно захищаючи конфіденційність, медичні працівники забезпечують довіру у стосунках із пацієнтами. Поняття довіри ширше, ніж поняття відвертості. Знаходячись, приміром, у лікарні, пацієнт може виявитися в ситуації, коли внаслідок несприятливого розвитку захворювання або в результаті проведення медичної маніпуляції контроль за його станом виявиться повністю в руках лікарів. Пацієнт повинен довіряти лікарям, вірити в те, що вони у всіх такого роду ситуаціях будуть керуватися насамперед його інтересами.

Дотримання правила конфіденційності дуже важливо для реалізації права пацієнта на автономію, що якоюсь мірою стикається із захистом недоторканності приватного життя, необхідністю гарантій соціального статусу й економічних інтересів пацієнтів. Однак право на автономію має і більш загальний характер. Річ у тім, що в принципі людина усвідомлює себе повноцінною, відповідальною і саморегулюючою особистістю тоді, коли вона здатна ефективно контролювати події, що відбуваються в її житті. У цьому — запорука її особистої волі, мінімальної залежності від зовнішніх сил, що прагнуть маніпулювати її поведінкою. Розголошення медичної інформації робить людину більш уразливою і залежною у цьому відношенні.

Як зазначено вище, за всієї важливості дотримання правила конфіденційності для підтримки належного стандарту медичної діяльності, існує низка ситуацій, в яких його застосування проблематичне. Одне з найбільш гострих невідповідностей виникає тоді, коли медична інформація про даного пацієнта стосується життєво важливих інтересів третіх осіб — родичів або тих, з ким пацієнт спілкується внаслідок виконання своїх професійних або інших обов'язків. Характерним прикладом є ситуації, що виникають під час генетичного тестування. Установлення діагнозу, що свідчить про наявність гена, який визначає або передбачає з високою ймовірністю розвиток серйозної патології, має істотне значення не тільки для даного пацієнта, а й для осіб, які перебувають з ним у генетичному спорідненні або в шлюбі. Не завжди пацієнт бажає поділитися подібною інформацією зі своїми родичами, хоча останнє може уберегти їх від небезпеки. Професійний обов'язок лікаря полягає в тому, що він зобов'язаний зробити все від нього залежне для запобігання відомій йому загрозі для здоров'я інших людей. Разом із тим правило конфіденційності зобов'язує його керуватися інтересами конкретного пацієнта і не передавати інформацію без його згоди. Виникає конфлікт цінностей, який не може бути вирішений чисто механічним шляхом.

Яким же чином слід вирішувати подібні конфлікти, якщо вони виникають у реальній практиці? Насамперед, ситуацію необхідно докладно обговорити із самим пацієнтом. У деяких випадках корисним є детальне обговорення ситуації з колегами (які після одержання цієї інформації також стають пов'язаними нормою конфіденційності). Може статися так, що відмова пацієнта надавати інформацію зумовлена тією обставиною, що він або недооцінює небезпеку свого стану, або перебільшує ті труднощі, що можуть виникнути в нього внаслідок розголошення. У тих випадках, коли переконали пацієнта не вдається, лікар повинен прийняти рішення сам і нести повну відповідальність за прийняте рішення. Готових рецептів на всі випадки життя бути не може. Зрозуміло одне — чим вищий моральний рівень лікаря, чим більше в нього досвід обговорення і вирішення подібних ситуацій, чим більше він обізнаний з досвідом своїх колег, тим більше відповідальним і морально обґрунтованим буде його вибір.

Істотні проблеми для реалізації правила конфіденційності виникають у зв'язку з прогресуючим поділом праці в медичній практиці. Якщо раніше лікар одноосібно здійснював необхідне обслуговування пацієнта і міг особисто контролювати інформацію, то в сучасній поліклініці або лікарні з пацієнтом працюють десятки людей — лікарі різних спеціальностей, медичні сестри, адміністратори, техніки, лаборанти, соціальні працівники. Тому конфіденційність стає моральною якістю не тільки лікаря, а й усього медичного персоналу. Слід взяти до уваги швидку комп'ютеризацію методів зберігання і оброблення медичної інформації, що не тільки різко поліпшує і полегшує цей процес, а й створює не існуючі раніше можливості для несанкціонованого доступу до

медичних документів. Проблема конфіденційності переростає в питання про надійність сучасних соціотехнічних систем, до яких залучені окремі медичні працівники, медичні колективи та інформаційні комп'ютерні бази даних.

Серйозну проблему в практичній реалізації правила конфіденційності створює стійка традиція вітчизняних лікарів не поширювати заборону розголошення конфіденційної інформації на членів родини хворого. Крім того, у випадку діагнозу злоякісного онкологічного захворювання або несприятливого для життя прогнозу саме члени родини звичайно одержують достовірну інформацію, яку при цьому приховують від самого пацієнта. Виходячи з канонів біоетики подібна позиція неприпустима. Т. Бочамп і Дж. Чілдресс ставлять запитання: «За яким правом лікар спочатку розкриває інформацію родині без дозволу пацієнта? Родина допомагає забезпечити необхідні догляд і підтримку багатьох пацієнтів, але автономний пацієнт має моральне право накласти вето на будь-яку спробу втручання родини». Обговорення медичної інформації з членами родини за спиною пацієнта слід вважати порушенням правила конфіденційності.

Починаючи огляд і розпитування хворого, лікар повинен у тактовній формі з'ясувати, до якої соціокультурної групи відноситься пацієнт, за ким він визнає право мати доступ до відомостей, що стосуються його здоров'я. Якщо в нормальній родині чоловік або дружина звичайно є природними довіреними особами для пацієнта, і саме їм він, як правило, делегує свої повноваження, то в нестабільній родині довіреною особою може виявитися хтось з батьків пацієнта, близький друг або подруга. Представники деяких релігійних громад можуть обирати як довірену особу свого священика. Усі ці аспекти слід взяти до уваги, керуючись принципом конфіденційності.

Порушення принципу конфіденційності є кримінально караним діянням. У Кримінальному Кодексі України є *стаття 145. Незаконне розголошення лікарської таємниці*, в якій зазначено: «Навмисне розголошення лікарської таємниці особою, якій вона стала відома у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків, якщо таке діяння спричинило тяжкі наслідки, — карається штрафом до п'ятдесяти неоподаткованих мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на термін до двохсот сорока годин, або позбавленням права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю на термін до трьох років, або виправними роботами на термін до двох років».

Існують розбіжності між поняттями конфіденційності (лікарської таємниці) і приватного життя. Принципу недоторканності приватного життя дотримуються, коли інші індивідууми без дозволу не втручаються в особисту сферу і не допускаються до інтимної і делікатної інформації, яку людина не хоче з будь-ким поділяти або готова надати її вузькому колу осіб. Таким чином, делікатна медична інформація лежить у сфері приватного життя пацієнта, що дозволяє лікареві й іншим медичним працівникам одержати

доступ до її деталей і не вважає це втручанням у приватне життя. Однак порушенням недоторканності приватного життя, безсумнівно, вважається несанкціонований доступ до цієї інформації інших осіб. У той час, як принцип недоторканності приватного життя перешкоджає втручанням у приватну сферу індивідуума іншим особам без дозволу, конфіденційність стосується зобов'язання про непоширення приватної інформації тими особами, що мають до неї легітимний доступ. Незаконний доступ до інформації про приватну сферу життя з боку інших осіб розцінюють як порушення принципу недоторканності приватного життя і також переслідується законом. У статті 182 *Карного Кодексу України «Порушення недоторканності приватного життя»* відзначається, що «незаконне збирання, зберігання, використання або поширення конфіденційної інформації про особу без її згоди, або поширення цієї інформації в публічному виступі, у творі, що привселюдно демонструється, або в засобах масової інформації, — карається штрафом до п'ятдесяти неоподаткованих мінімумів доходів громадян або виправними роботами на термін до двох років, або арештом на термін до шести місяців, або обмеженням волі на термін до трьох років».

Характеристика стосунків між лікарем і пацієнтом була б неповною без обговорення низки конфліктів інтересів, що відноситься до професійної діяльності лікаря. Медична традиція протягом тривалого часу визнавала найбільш важливою метою медицини сприяння і підтримку здоров'я пацієнта. Сучасне формулювання цієї мети доповнюється фразою «у рамках поваги автономії пацієнта». Традиційно визначається більш специфічна мета медицини, що включає збереження життя, звільнення від болю і страждань, відновлення фізичної і психічної функції, турботу про вмираючого та ін. Поряд з існуванням розбіжностей щодо того, яка специфічна мета може бути включена в стратегію сприяння і підтримки здоров'я пацієнта, є інші мотивації і стимули, що конкурують з концентрацією уваги лікаря винятково на проблемах благополуччя пацієнта. Такі конкуруючі мотивації створюють конфлікт інтересів лікаря, що виявляється такими варіантами.

1. Конфлікт між інтересом забезпечити благополуччя пацієнта й інтересом лікаря в збереженні власного здоров'я. Чи має лікар зобов'язання, що впливають з його професійної ролі, надавати медичну допомогу у випадках, коли це пов'язано з ризиком для власного здоров'я, наприклад, з ризиком інфікування?

2. Конфлікт між інтересом забезпечити благополуччя пацієнта і фінансовим інтересом лікаря. Етичне питання полягає в тому, чи можлива легітимна конкуренція між професійним і фінансовим інтересами.

3. Конфлікт між інтересом пацієнта в благополуччі і фінансовими інтересами суспільства. На додаток до традиційних очікувань, що лікар служить пацієнту для задоволення його медичних потреб, останніми десятиліттями з'явилася надія, що лікар принаймні повинен служити суспільній потребі у

збереженні медичних витрат, тобто діяти як «подвійний агент». Однак чи може обслуговування такої соціальної потреби становити легітимну мету в межах медичної практики?

4. Конфлікт між інтересом пацієнта в благополуччі і фінансовими інтересами страхувальників — приватних компаній або суспільних програм. Чи може фінансове благополуччя страхувальника легітимно конкурувати за значущістю з благополуччям пацієнта? Чи є лікар «агентом» страхувальника, а не тільки пацієнта? Якщо страхувальником є приватна компанія, то етичною загрозою може стати роль лікаря як агента власників акцій, чия основна мета — збільшення прибутку.

#### ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ І ТЕМИ ДЛЯ ДИСКУСІЙ

1. Зміст патерналістської моделі стосунків між лікарем і пацієнтом.
2. Партнерська модель.
3. Контрактна модель.
4. Дружня модель.
5. Технічна модель.
6. Зміст моделі консенсусу, перемов і співробітництва у стосунках між лікарем і пацієнтом.
7. Принцип правдивості в професійній діяльності лікаря.
8. Принцип інформованої згоди.
9. Принцип конфіденційності.
10. Конфлікти інтересів у професійній діяльності лікаря.

#### ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ПОГЛИБЛЕННЯ ЗНАТЬ

1. *Вітенко І.С.* Психологічні основи лікувально-профілактичної допомоги та підготовки лікаря загальної практики — сімейного лікаря. — Харків: Золоті сторінки, 2002. — 288 с
2. *Етичні комітети. Становлення, структура, функції* / Під ред. В.Л. Кулініченка, С.В. Вековшиніної. — К.: Видавець Карпенко В.М., 2002. — 160 с.
3. *Матеріали* Второго міжнародного симпозиума по біоетике, посвященного памяти Поттера (г. Киев, 4—6 марта 2002 г.). — К., 2002. — 243 с.
4. *Попович М.В.* Раціональність і виміри людського буття. — К.: Сфера, 1997. - 270 с.
5. *Требования биоэтики: Медицина между надеждой и опасениями* / Под ред. Ф. Бриссе-Виньо. - К.: Сфера, 1999. - 248 с.
6. *Степин В.С.* Теоретическое знание. — М.: Прогресс — Традиция, 2003. - 744 с.
7. *Фуко М.* Рождение клиники. — М: Смысл, 1998. — 310 с.
8. *Beuchamp T.L., Childress J.P.* Principles of biomedical Ethics. N.-Y., Oxford: Oxford University Press, 1994.— 546 p.

**РОЗДІЛ 5****СТОСУНКИ МІЖ МЕДИЧНИМИ  
СПІВРОБІТНИКАМИ, ПАЦІЄНТОМ ТА ЙОГО  
РОДИНОЮ В КОНТЕКСТІ ТРАНСКУЛЬТУРНОЇ  
БІОЕТИКИ****БІОЕТИКАТА МІЖПРОФЕСІЙНІ СТОСУНКИ**

Біоетику не можна ототожнювати з професійною медичною етикою. На відміну від етики Гіппократа вона скасувала моральну автономію лікаря на користь моральної автономії пацієнта як споживача медичних послуг. Біоетика обмежує надлишковий патерналізм медичних працівників і поширює автономію особистості пацієнта до права приймати самостійні рішення не тільки відносно власного життя, але й своєї генетичної модифікації і смерті.

Стосунки між медичними професіоналами, пацієнтом і його родиною в біоетичному контексті розглядаються в світлі різноманітних економічних, політичних, культурних і транскультурних відношень. Головним вважають інтереси пацієнта як споживача медичних послуг і суспільства в цілому, а не інтереси медичної корпорації. Проте за її працівниками визнаються не тільки обов'язки, але й природні права, якими медики володіють, як усі люди незалежно до професійної приналежності.

Стосунки між представниками різних медичних професій (лікарями, медичними сестрами, адміністраторами, фармацевтами тощо) і пацієнтом та його родиною створюють складну соціальну мережу, через яку реалізуються індивідуальні, групові і державні інтереси, пов'язані з охороною здоров'я. Існують норми, що відіграють певну роль в етичній регуляції стосунків медичних робітників і пацієнтів і спрямовані в першу чергу на захист прав пацієнта. Права пацієнта повинні поважати і захищати всі учасники лікувально-діагностичного процесу і ведення хворих, а також усе суспільство в цілому. Практичною реалізацією цієї вимоги є такі міжнародні документи, як Рекомендація Ради Європи «Про права хворого та вмираючого» (1976), «Хартія госпіталізованого хворого» (Рада Європи, 1979), «Декларація про права хворого» (Лісабонська декларація) (ВМА, Лісабон, 1981), «Європейська хартія прав пацієнта» (Європейський Парламент, 1982), «Декларація про політику в галузі забезпечення прав пацієнта в Європі» (Амстердамська декларація) (ВООЗ, Амстердам, 1994). Прикладом національних документів щодо прав пацієнта є «Звід прав пацієнта» Американської асоціації лікарень (Додатки 9, 10).

Загальним недоліком таких переліків прав пацієнтів є невизначеність того, чи є вони аналогом кодексів професійної етики, чи формують набір моральних прав, або є наведенням юридичних прав, які випливають з конкретної законодавчої бази. Незважаючи на таку невизначеність, переліки прав пацієнтів є дуже важливими, оскільки нагадують як пацієнтам, так і всім, хто має стосунок до їх ведення, що до хворого необхідно ставитися як до особистості. Хворий не є простим об'єктом для професійної маніпуляції або підлеглим індивідуумом, що втратив свої права, у тому числі на самовизначення, тільки тому, що став пацієнтом.

Права пацієнта почали формулювати й обговорювати відносно недавно. Вони включають право пацієнта на конфіденційність, на надання інформованої згоди і адекватну інформацію про його стан. Права пацієнтів звичайно мають реципрокний зв'язок з обов'язками медичних фахівців. Наприклад, положення про те, що пацієнт має право на конфіденційність, доповнюється положенням професійних етичних кодексів про те, що медичні працівники зобов'язані поважати конфіденційність пацієнтів.

Ефективна охорона здоров'я передбачає співробітництво між пацієнтом, лікарем та іншими медичними працівниками на основі відкритої і чесної взаємодії, індивідуального підходу, поваги до особистих і професійних цінностей. Атмосфера взаєморозуміння і відповідальності хворих, їхніх родин, лікарів та інших осіб, що мають відношення до лікувально-діагностичних заходів, має забезпечити участь пацієнта в прийнятті рішень щодо вибору терапії та інших аспектів ведення. У лікувальних закладах необхідне розуміння культурних, расових, мовних, вікових, статевих та інших відмінностей, а також потреб інвалідів.

На жаль, хворі часто не задоволені умовами, в яких проводять лікування. Вони іноді вважають, що організація лікувально-діагностичного процесу більшою мірою орієнтована на створення зручності для персоналу, а не на комфортні умови для пацієнтів. Хворі в деяких випадках вважають, що їх розглядають як «клінічні випадки», а не як особистості. Об'єктивною складністю в побудові правильних стосунків між медичними працівниками і хворими є той факт, що професіонали у певних ситуаціях відчують обов'язки не тільки перед пацієнтами, а й стосовно інших осіб і груп осіб, а також стосовно суспільства, тобто опиняються в ситуації конфлікту інтересів.

Надання сучасної медичної допомоги носить комплексний спадковий характер. Воно здійснюється в різних амбулаторних і стаціонарних лікувальних закладах, включаючи поліклініки, консультації, диспансери, стаціонари, будинки інвалідів і людей старечого віку, хоспіси. У цих лікувальних закладах працюють не тільки лікарі, а й медичні сестри, фельдшери, інтерни, техніки, інші медичні, парамедичні, адміністративні, соціальні й допоміжні працівники. Сучасна біоетика ретельно аналізує також роль членів родини пацієнта в прийнятті рішень. За цих умов дискусія про права пацієнта



і реципрокні обов'язки медичних працівників повинна бути розширена за межі етичного аналізу ізолюваних стосунків лікар — пацієнт, що розглядався в попередньому розділі. Права пацієнта доцільно додатково розглянути з позицій етичної відповідальності персоналу лікувальних закладів і ролі родини в прийнятті медичних рішень, що стає все більш актуальним у зв'язку з командним підходом до ведення хворого і збільшення кількості осіб, які одержують доступ до медичної інформації.

У стосунках хворих і медичного персоналу особлива роль належить медичним сестрам, які стикаються з повним обсягом моральних проблем, подібно до тих, з якими зустрічаються лікарі, але також додатково з проблемами, що виникають з її професійної ролі. Подібно лікарю, медична сестра іноді стає перед вибором: чи зробити те, що, як вона вважає, буде сприяти благополуччю пацієнта, чи діяти на основі поваги самовизначення пацієнта. Можливі різні моделі взаємодії медичної сестри і пацієнта, у тому числі патерналістська і різні варіанти контрактної моделі, що дозволяють пацієнтові реалізовувати право на самовизначення при поважанні права медичної сестри не робити того, що не відповідає її автономним моральним правам.

Додаткова дилема, яка стоїть перед медичною сестрою, пов'язана з її становищем у системі надання медичної допомоги. З одного боку, вона бере участь у догляді за хворим, з іншого — здійснює керування і спостереження за діями молодшого медичного персоналу. Звичайно медична сестра є відповідальною як за догляд, так і за проведення визначених діагностичних і терапевтичних заходів. У той самий час медична сестра має обмежений вплив на процес прийняття рішень відносно хворих. Медична сестра вважається підлеглою лікаря, який встановлює діагноз, робить призначення і очікує, що вони будуть виконані медичною сестрою якісно й у повному обсязі. За таких обставин медичні сестри іноді опиняються в ситуації, коли їхні обов'язки стосовно пацієнта конфліктують з їхніми обов'язками стосовно лікаря. Можливе виникнення низки етичних питань. Чи слід медичній сестрі виконувати розпорядження лікаря, коли є безсумнівні підстави вважати їх помилковими, такими, які можуть зашкодити пацієнту, а лікар відмовляється визнати свої помилки? Що повинна робити медична сестра, якщо вона впевнена, що лікар порушує право пацієнта на самовизначення, наприклад, шляхом приховування важливої інформації або повідомлення свідомо помилкової інформації?

У вирішенні таких етичних проблем важлива роль належить локальним біоетичним комітетам і професійним асоціаціям. Наприклад, у «Кодексі медичної сестри» Американської асоціації медичних сестер зафіксовані деякі важливі професійні корпоративні зобов'язання і зобов'язання стосовно суспільства і хворого. У даному документі відсутнє традиційне для інших кодексів медичних сестер зобов'язання виконувати розпорядження лікаря. Значущість професійної автономії і захисту інтересів пацієнта зазначено в

наступному положенні: «Медичні сестри діють в інтересах охорони безпеки хворого і суспільства у випадках, коли безпеці загрожують некомпетентні, неетичні чи незаконні дії будь-якої особи».

В умовах лікувального закладу перший контакт пацієнта з медичним персоналом і, зокрема, з медичною сестрою має особливо важливе значення; оскільки він надалі визначає стосунки обох сторін, почуття довіри або недовіри, приязні або ворожості, наявність або відсутність партнерських стосунків. У медичній сестрі все повинне привертати до себе увагу пацієнта, починаючи з її зовнішнього вигляду (підтягнутість, акуратність, зачіска, вираз обличчя). Щоб між медичною сестрою і пацієнтом склалися партнерські стосунки, пацієнт повинен почувати, що персонал широ хоче йому допомогти. Тільки тоді виникає довірливий діалог, під час якого медична сестра отримує необхідні їй відомості про пацієнта, особливості його особистості, його думку про захворювання, надії на видужання, планах на майбутнє.

Медична сестра постійно повинна пам'ятати, що партнерські стосунки з хворими не повинні трансформуватися в панібратські: головна роль завжди залишається за нею. Пацієнт завжди повинен бути впевнений, що їхні бесіди носять конфіденційний характер. Знаючи особливості переживань хворого, його особистості, медична сестра повинна тактовно пояснити пацієнтові не тільки його права, а й обов'язки, розповісти в доступній для хворого формі про необхідні обстеження, підготовку до них, майбутнє лікування. Відмова пацієнта від того або іншого виду обстеження або лікування не повинна викликати до нього негативне відношення з боку медичного персоналу.

Обов'язок медичної сестри полягає в тому, щоб бути чесною і правдивою стосовно пацієнта, однак розмови про діагноз і особливості захворювання не можуть виходити за рамки, зазначені ведучим лікарем. Це стосується також бесід медичної сестри з родичами пацієнтів. Погляди лікаря і медичної сестри на особливості догляду за хворим можуть не збігатися. Ці питання підлягають обговоренню для досягнення згоди і полегшення подальшої спільної роботи. Право відстоювати свою точку зору повинне поєднуватися з високою вимогливістю до себе, здатністю визнавати і виправляти свої помилки, виявлені самостійно або колегами.

Відомо, що протягом тривалого часу функції медичної сестри обмежувалися виконанням терапевтичних настанов лікаря та повсякденним доглядом за хворою людиною. Такий стан міжпрофесійних стосунків відповідав концепції сестринської справи, що була запропонована Флоренс Нантінгейл. Зміни відбулися після розширення сфери відповідальності і зростання рівня професійної підготовки медичної сестри. У сферу медсестринської професійної діяльності увійшли такі незалежні від лікаря справи, як нагляд за наданням медичної допомоги та її організацією, спостереження за симптомами, станом, потребами хворого, реєстрація та оцінка клінічних та параклінічних даних, здійснення сестринських процедур, нагляд за роботою допоміжного

персоналу. Сфера діяльності медичної сестри стала більш широкою і багатогранною. Це і здорова людина з її проблемами, і навколишнє середовище, і профілактика захворювань, і забезпечення належного сестринського догляду за хворою людиною, і, зрештою, соціально-психологічні проблеми людини. Сестрі доводиться здійснювати керівну, виховну, просвітницьку діяльність. Особистість сестри, методи її роботи, стиль, уміння погодитися з хворими, володіння технікою психологічної роботи — усе це може служити лікарями, чинити зцілювальну дію.

За таких умов неприйнятним стає «зверхнє» ставлення лікаря до медичної сестри. Зростає значення компетентності як одного, так і іншого. Змінюється різниця у суспільному статусі. Виникають ситуації, коли медична сестра виявляє і вказує на помилку лікаря в стратегії ведення хворого, хоча координатором команди медичних професіоналів з правом остаточного рішення може бути і є тільки лікар.

Практично всі професійні сестри, починаючи з Флоренс Найтінгейл, у результаті довгих років роботи дійшли висновку, що людину неможливо лікувати, як зламанний механізм, і кваліфікований догляд, крім спеціальних технічних знань, повинен мати певну морально-етичну базу. Медичні сестри не просто помічники лікаря, виконавці його доручень, а представники самостійної професії, що володіють навичками комплексного всебічного догляду за пацієнтами, реабілітації, знаннями в галузі психології і психотерапії в межах своєї компетенції. Як висловлювалася медична сестра Флоренс Найтінгейл майже 100 років тому: «сестра повинна мати потрібну кваліфікацію: серцеву — для розуміння хворих, наукову — для розуміння хвороб, технічну — для догляду за хворими». У 1953 році Всесвітня Рада медичних сестер (ВРМС) розробила і прийняла «Етичний кодекс медичних сестер». У ньому відзначено, що медична етика повинна ґрунтуватися на дотриманні прав людини, включаючи стосунки медичних сестер і пацієнтів, а також взаємовідносини медичних сестер у певному соціальному та професійному оточенні. Під егідою ВРМС в 1994 році був виданий підручник із сестринської етики з розглядом конкретних ситуацій, в яких опиняються сестри, і докладними коментарями з приводу того, як необхідно поводитися в подібних випадках. У 1983 році випускники сестринської школи в Мічигані (США) уперше давали «Клятву Флоренс Найтінгейл», названу ім'ям засновниці сестринської справи як науки. У Клятві, текст якої багато в чому подібний до Клятви Гіппократа, зазначено: «Перед Богом і перед лицем тих, що зібралися, я урочисто обіцяю вести життя, наповнене чистотою, і чесно виконувати свої професійні обов'язки. Я буду утримуватися від усього шкідливого і пагубного і ніколи свідомо не використаю і не призначу ліки, що можуть заподіяти шкоду. Я зроблю все, що в моїх силах, щоб підтримувати і підвищувати рівень моєї професії. Я буду тримати в таємниці всю особисту інформацію, що виявиться в моєму розпорядженні під час роботи з пацієнтом і його рідними. Я буду віддано допомагати

лікаря в його роботі і присвячу себе безустанній турботі про благополуччя всіх довірених мені пацієнтів».

Залишаються досить стійкими традиційні ідеали медсестринської справи, що в багатьох професійних кодексах зазначені як зобов'язання медичної сестри «виконувати розпорядження лікаря». Традиціоналісти вважають, що чіткий поділ професійної відповідальності і професійних ролей забезпечує найкращі передумови для адекватного функціонування лікувально-профілактичних закладів. Повага до авторитету лікаря ґрунтується на тому, що саме лікарі мають професійну підготовку для дій у більшості клінічних ситуацій. Водночас емоційні потреби хворих щонайкраще задовольняють медичні сестри, які у своїй традиційній ролі можуть діяти стосовно пацієнтів як «сурогатні матері». З цих позицій підлегле положення медичних сестер забезпечує найефективніше ведення хворих, коли виконання розпоряджень лікаря як центра прийняття рішень дає можливість надати хворому своєчасну та якісну медичну допомогу.

Додаткове коло моральних проблем у професійній діяльності медичних сестер розглядає феміністська етика. Вона аналізує етичні наслідки практично монопольного представництва жінок у професії, що пов'язана з доглядом, тобто в історичній сфері діяльності служників, рабів, колоніального населення, меншостей. У зоні уваги опиняється також фактично підлегле становище медичної сестри і пов'язані з цим етичні проблеми, у тому числі проблеми гноблення жінки. Феміністська етика активно підтримує ідеали професійної автономії медичної сестри, яка має бути готова за певних обставин протистояти владі лікаря в захисті інтересів пацієнта. Деякі розбіжності в етичних поглядах чоловіка і жінки можуть іноді бути передумовою для етичних конфліктів між лікарями і медичними сестрами, що підтримуються розбіжностями в ступені їхньої професійної влади.

Гуманізм професії створює етичну основу для захисту особистої гідності медичної сестри, її фізичної недоторканності, права на допомогу при виконанні професійних обов'язків. Звичайно, і її життєвий рівень повинен відповідати статусу професії. Медичних сестер, як і інших медичних працівників, не можна примушувати до роботи на неприйнятних для них умовах.

Останнім часом система охорони здоров'я економічно розвинутих країн зазнає значних змін, які мають суттєві біоетичні наслідки в сфері стосунків між медичними співробітниками. Етика міжпрофесійних стосунків зазнає модифікації у зв'язку з низкою обставин. По-перше, значно розширені права пацієнта щодо власного вибору медичного закладу та медичних фахівців, а також щодо надання інформованої згоди на діагностичне та терапевтичне втручання. По-друге, з'явилися нові медичні професії внаслідок прогресу медичних технологій діагностики та лікування. По-третє, система охорони здоров'я все більшою мірою залежить від суто менеджерських принципів її організації, функціонування та прийняття рішень.

До середини ХХ століття лікарський патерналізм був поширеним як у системі «лікар — пацієнт», так і у системі «лікар — інші медичні професіонали». Починаючи з 50-х років ХХ століття спостерігається зростання автономізації медичних професій та перегляд визначення ролі «допоміжних» спеціалістів у системі охорони здоров'я та загальної культури. Такий процес у цілому має позитивне значення, але біоетичними наслідками автономізації медичних професій стали дискусії, конфлікти та перешкоди в сфері міжпрофесійної та міжперсональної співпраці.

З біоетичної точки зору усі крайнощі у стосунках між професіоналами, міжперсональні чвари повинні бути вирішені тільки виходячи з інтересів хворого. Механізмом реалізації такого підходу є інтегрована медицина як протидія технічно-культурній гіпертрофії у сучасній системі охорони здоров'я. Одним із засновників концепції інтегрованої медицини є лауреат Нобелівської премії Рой Ріджвей (Велика Британія) — почесний доктор Одеського національного медичного університету. Складовими моделі інтегрованої медицини у сфері міжпрофесійних стосунків є такі:

1. Благо пацієнта є єдиною віссю, навколо якої обертаються міжперсональні стосунки медичних професіоналів.
2. Основу складає командна робота компетентних медичних фахівців відповідної професійної кваліфікації, яких об'єднує взаємоповага, ефективна комунікація, чітке розмежування обов'язків та вміння співпрацювати.
3. Гармонізація міжпрофесійних стосунків на основі використання біоетичного виміру, індивідуальних і командних етичних чеснот.

### РОЛЬ СІМ'Ї У ПРИЙНЯТТІ РІШЕНЬ І КОНЦЕПЦІЯ ТРАНСКУЛЬТУРНОЇ БІОЕТИКИ

У прийнятті медичних рішень виключно важлива роль належить сім'ї як первинному і основному осередку суспільства. Її створюють люди, що спільно проживають, пов'язані загальним побутом, мають взаємні права й обов'язки. Члени родини впливають один на одного в питаннях збереження і відновлення здоров'я, визначаючи правила гігієни, характер харчування, сексуальну поведінку, психологічний клімат і ставлення до захворювань. Тяжке захворювання впливає не тільки на хворого, а й порушує звичний спосіб життя всіх членів родини, вносить обмеження (у першу чергу економічні), вимагає особливого режиму для хворого, перерозподілу обов'язків, змушує змінювати плани на майбутнє, відчувати почуття тривоги і страху. Лікар має бути не тільки добрим діагностом і терапевтом, а й мати підготовку з психології, педагогіки, соціології і питань культури. Необхідно допомогти членам родини пристосуватися до догляду за хворим, правильно зорієнтувати їх у питаннях лікування. З початку захворювання пацієнт відіграє нову роль у сім'ї — «роль хворого», що припускає певні права й обов'язки. У першу чергу передбачається, що хворий повинен докласти всіх зусиль, щоб

якнайшвидше видужати і звільнити сім'ю від порушення звичайного укладу життя.

Хворий дуже сильно відрізняється від здорової людини і вимагає особливого підходу як від лікаря, так і від членів своєї родини. Багато в чому стосунки в системі хворий — родина, хворий — лікар залежать від того, як саме хворий ставиться до свого захворювання. Це ставлення до хвороби стає «призмою», через яку хворий дивиться на світ.

Обов'язок родини — надати хворому допомогу, догляд і турботу із залученням медичних працівників. Реакція на розвиток хвороби залежить від тяжкості та швидкості перебігу процесу, від обсягу знань родини про хворобу та від забобонів, які побутують. Хвороба, яка почалася раптово, практично не залишає родині часу для адаптації. Для початкового етапу реагування характерні тривога, занепокоєння, пошуки найбільш грамотних і компетентних лікарів з точки зору членів родини і оточуючих. Часто до медичного персоналу члени родини ставляться з агресією, ворожістю, неухважністю, упередженістю. Деякі хворі через характерологічні особливості схильні до симуляції й агравації. Чим важче й небезпечніше захворювання, тим сильніше порушується звичний сімейний уклад, тим сильніша реакція родичів. Родичі та пацієнти мають потребу в правдивій і об'єктивній і разом з тим зваженій інформації, а також у психологічній підтримці і психотерапії.

Завдання лікаря під час роботи з родиною хворого полягають у тому, щоб: 1) сформулювати правильне уявлення про хворобу; 2) допомогти членам родини змінити своє життя відповідно до нових умов, стимулювати реакції пристосування; 3) сприяти залученню пацієнта в життя родини і запобігти проявам неправильної поведінки.

Родичі і близькі друзі впливають на прийняття хворим медичного рішення в межах загальноприйнятої біоетичної ієрархії стандартів. Відповідно до цієї ієрархії у випадках, коли пацієнти є компетентними, тобто здатними приймати рішення, існує моральна вимога в одержанні їхньої інформованої згоди на проведення медичного втручання. Однак стандарт «інформованої згоди» не може бути застосований до пацієнтів, які в цей час є некомпетентними, і отже, не здатними до ухвалення відповідального рішення. У випадках, коли пацієнт до захворювання був компетентним, ухвалення медичного рішення може бути здійснене на основі стандарту «замісного судження», якщо є переконливі дані на користь його підтримки. Замісне судження — це судження про те, чого бажав би сам пацієнт у даній ситуації, якби мав компетенцію. Якщо пацієнт ніколи не був компетентним через дитячий вік або тяжке психічне захворювання, а також у випадках, коли пацієнт раніше був компетентним, але не має чітких свідчень того, чого він бажав би в даній ситуації, доводиться визнати неможливість дотримання принципу поваги автономії — ні дійсної, ні колишньої. Для таких пацієнтів прийняття медичних рішень повинне здійснюватися на основі стандарту «найкращих інтересів». Беручи до уваги все зазначене вище, ієрархія

стандартів ухвалення медичного рішення має наступну структуру: 1) інформована згода; 2) замісне судження; 3) найкращі інтереси.

За такої ієрархічної структури пацієнт опиняється в центрі прийняття медичних рішень, що сприяє подоланню традицій патерналізму, характерних для медичної етики. Або пацієнт дає інформовану згоду, або здійснюється спроба визначити, що хотів би пацієнт, або намагаються встановити найкращі інтереси пацієнта.

У разі такої ієрархії стандартів прийняття медичних рішень можливий конфлікт між інтересами пацієнта, що займає центральне положення, й інтересами його родини. Принаймні в окремих випадках прийняття медичних рішень інтереси родини слід брати до уваги під час морального оцінювання клінічної ситуації. В етичному вирішенні таких складних випадків важливу роль відіграють особи, залучені в процес прийняття рішень, і насамперед лікар пацієнта. Дискусії про необхідність урахування інтересів родини в прийнятті медичних рішень знаходяться на початкових стадіях, однак зрозуміло, що виняткова орієнтація на пацієнта не є етично бездоганною. Лікар має більш чітко уявляти правильність дій у таких ситуаціях:

1. Як діяти, коли обов'язок лікаря поважати автономію пацієнта вступає у протиріччя з моральними зобов'язаннями пацієнта стосовно членів своєї родини?

2. Чи повинен лікар прагнути до захисту пацієнта в процесі прийняття ним медичного рішення від впливу його родини і близьких?

Наступний приклад ілюструє конфлікт інтересів некомпетентного хворого і членів його родини, що приймають за нього медичне рішення. Жінка похилого віку з прогресуючим психічним захворюванням та іншою супутньою тяжкою патологією, що може зумовити летальний кінець, потрапляє в стаціонар. Її чоловік заперечує інтенсивне лікування своєї дружини, що зумовлено його власним бажанням звільнитися від фінансового й емоційного навантаження і прагненням створити нову родину. Хоча моральна позиція чоловіка небездоганна, не можна не погодитися, що стандарт «замісного судження» має надмірну орієнтацію на пацієнта у випадках, коли пацієнт, члени його родини та інші зацікавлені особи мають конфлікт інтересів.

На стосунки між медичними працівниками, пацієнтом та його родиною в деяких випадках впливають транскультурні чинники.

Так, стосунки між лікарем і пацієнтом можуть мати особливості, пов'язані з їх різною культурною ідентифікацією. Лікар і хворий можуть виявитися громадянами різних країн, розмовляти на різних мовах, належати до різних культур (або субкультур у межах однієї країни). У силу цих причин у лікаря і пацієнта можуть бути розбіжності в культурному розумінні прийнятних етичних поглядів і дуже значні розбіжності у світогляді, який може мати наукову або ненаукову основу з використанням релігійної або магічної і чаклунської практики.

Дослідженнями, проведеними в Сполучених Штатах Америки, доведено, що расові, етнічні, національні фактори суттєво впливають на стосунки між лікарем і його пацієнтами. Афроамериканці досить часто висловлюють недовіру до лікарів європеїдної раси, що є наслідком колоніального минулого, дискримінації темношкірого населення і порушення його прав у процесі клінічних досліджень.

Лікар і пацієнт з різними культурними поглядами можуть мати серйозні розбіжності в етичних оцінках. Наприклад, вони можуть не погоджуватися з питань про те, хто має легітимну владу в прийнятті рішень. Предметом розбіжностей можуть стати проблема правдивості в медичній практиці, роль родини в ухваленні рішення про ведення первинного хворого, прийняття лікування дитини.

Лікар і хворий у зв'язку з належністю до різних культур можуть мати розбіжності у практичних і метафізичних питаннях, що впливають на проведення лікування. Наприклад, хворий може вірити, що обговорення можливих ускладнень терапії і несприятливих наслідків захворювання збільшують імовірність їхнього виникнення. Представники деяких культур можуть відстоювати необхідність ритуальних дій, що спричинюють значний біль, з метою вигнання з організму людини злих духів. З погляду західної культури, лікар розглядає такі вірування як ірраціональні і потенційно небезпечні, хоча з етичної точки зору повага культурних особливостей і традицій є важливим компонентом правильних стосунків між лікарем і пацієнтом. Подолання расових, етнічних або національних забобонів у лікаря і пацієнта є не тільки питанням біоетики, а й завданням загальнолюдського масштабу. Елементи транскультурної етики є важливою складовою сучасних біоетичних дискусій. Їхня роль зростає у зв'язку із кризою європейської концепції мультикультурного суспільства.

Чисельні етичні проблеми постають перед медичними працівниками, які працюють з пацієнтами-емігрантами. Культурний рівень таких хворих може суттєво відрізнятись від їхнього власного. Є особливості в поглядах на здоров'я, хворобу і смерть, в способах спілкування з медичними співробітниками, у сподіваннях відносно результатів медичної допомоги.

Повага до автономії пацієнта як центрального принципу біоетики вимагає включення в деонтологічні кодекси рекомендацій щодо врахування гетерогенності людської культури і моралі з метою розв'язання етичних проблем, які виникають у медичній діяльності. Біоетика такого зразка позначається терміном «транскультурна біоетика».

В основі транскультурної біоетики покладена культурна гетерогенність і культурна специфічність. Вона визнає відмінність та плюралізм культур як інструмент етичного діалогу медичного працівника і хворого. Досягнення моральної істини можливо на шляху урахування таких фундаментальних моральних цінностей, як повага до життя, особи та здоров'я. Повага означає не лише толерантність до іншої людини, а і здатність зрозуміти її.



Основи транскультурної біоетики висвітлені у «Звіті Експертного комітету з юридичних проблем у секторі охорони здоров'я» Ради Європи (1984). Йдеться про повагу «до гідності, особистого та сімейного життя, філософських та релігійних переконань пацієнта», необхідності «утримання від дискримінації пацієнтів за расою, статтю, політичними поглядами, національним або соціальним походженням чи належністю до етнічних меншин». Таке відношення до пацієнта не вимагає від медичного працівника відмови від власних етичних переконань, культурних цінностей. Він не повинен задовольняти вимоги, які він вважає морально неприйнятними.

### ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ І ТЕМИ ДЛЯ ДИСКУСІЙ

1. Роль біоетики в гармонізації міжпрофесійних стосунків у сфері охорони здоров'я.
2. Захист прав пацієнта на міжнародному і національному рівнях.
3. Об'єктивні і суб'єктивні складності в побудові правильних стосунків між медичними працівниками і хворими.
4. Етичні дилеми професійних стосунків між медичною сестрою і хворим.
5. Етичні проблеми професійних стосунків між медичною сестрою і лікарем.
6. Професійні етичні кодекси медичних сестер.
7. Психологічні аспекти спілкування медичної сестри з хворою людиною.
8. Модель інтегрованої медицини у сфері міжпрофесійних стосунків.
9. Роль сім'ї в прийнятті рішень.
10. Концепція транскультурної біоетики.

### ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ПОГЛИБЛЕННЯ ЗНАНЬ

1. *Деонтология* в медицине: В 2 т./ Под ред. Б.В. Петровского. — М.: Медицина, 1988. - 348 с.
2. *Деонтология* в педиатрии (этические аспекты в практической деятельности педиатра) / Под ред. С.Д. Носова. — Л.: Медицина, 1977. — 168 с.
3. *Зильбер А.П.* Этика и закон в медицине критических состояний // Этюды критической медицины. — Петрозаводск: Изд-во Петр. гос. ун-та, 1988. - Т. 4. - 560 с.
4. *Кодекс* медицинской деонтологии. — К.: Дух и Литера, Сфера. — 1988. — 164 с.
5. *Сгречча Э., Тамбоне В.* Биоэтика. — М.: ББИ, 2001. — 413 с.
6. *Engelhardt T.H.* The Foundation of bioethics. — N.-Y.: Oxford University press, 1986. — 335 p.
7. *Sakamoto H.* Foundation of East Asian Bioethics // Eubios journal of Asian and International Bioethics. - 1996. - № 6. - P. 31-32.

**РОЗДІЛ 6****БІОЕТИЧНИЙ ПРИНЦИП СПРАВЕДЛИВОСТІ  
В РОЗПОДІЛІ РЕСУРСІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я****ДИСТРИБУТИВНА СПРАВЕДЛИВІСТЬ**

Біоетика має соціальний вимір, спрямований на гармонізацію суспільства і досягнення соціального комфорту. Відомо, що в реальному житті в різних соціальних сферах — державному управлінні, політиці, економіці, охороні здоров'я — виникають проблеми так званої *дистрибутивної справедливості (distributive justice)* в розподілі обмежених ресурсів і благ. У медичній сфері принцип справедливості як складова частина системи принципів і правил біомедичної етики посідає центральне місце в теорії і практиці розподілу ресурсів системи охорони здоров'я.

Дистрибутивна справедливість — це порядок розподілу прав і відповідальності у суспільстві відповідно до певних критеріїв. Нормами дистрибутивної справедливості є розподіл на основі рівності, здібностей, зусиль, потреб, внеску в суспільне благо, групової належності, ринкових стосунків та ін. Проблемою кожного суспільства є вибір критерію розподілу благ. Принцип справедливості як елемент біоетичної системи є провідним аргументом справедливого задоволення суспільством потреб людини у медичному обслуговуванні та виконання соціоетичних зобов'язань. Дистрибутивна справедливість у медичній сфері підтримує розвиток так званої *сталі медицини (sustainable medicine)*. Стала медицина на основі справедливого розподілу медичних ресурсів між усіма членами суспільства прагне надати кожному з них можливість здійснити свій життєвий цикл на достойному фізичному і ментальному рівнях, поєднати короткострокові і довгострокові цілі досягнення індивідуального і колективного здоров'я. З позицій захисту прав людини і глобальної етики «*стала медицина*», «*стале навколишнє середовище (sustainable environment)*», «*сталий розвиток (sustainable development)*» є важливими рисами демократичного суспільства XXI століття.

«Стала медицина» пропонує рівновагу і обмеження в наданні медичних ресурсів суспільства. Витрати на охорону здоров'я не можуть постійно і безмежно зростати. Необхідна їхня збалансованість і розумна достатність в приблизно однакових у відсотковому відношенні межах відрахуваннях від прибутків держави. «Стала медицина» повинна надавати лише адекватні, а не оптимальні якість медичних послуг і рівень здоров'я. Така модель не ставить за мету постійну пролонгацію життя без урахування його якості. Вона заснована на холістичних уявленнях про здоров'я і хворобу, на етичному обґрунтуванні збереження здоров'я, на поєднанні його індивідуального і соціального вимірів.

Дотримання принципу справедливості актуалізується постійним зростанням витрат на охорону здоров'я в розвинених країнах. Одна з причин зростання витрат пов'язана з реалізацією концепції «держави загального добробуту» (*welfare state*). Під час «холодної війни» на соціальну державу орієнтувалися як західний блок держав із ринковою економікою, так й східний блок держав, у яких економіка була плановою. Міжнародна конференція ВООЗ і Дитячого фонду ООН в Алма-Аті (1978) проголосила гарантії первинної медико-санітарної допомоги для всіх народів і схвалила досвід системи охорони здоров'я в СРСР. Час показав, що безоплатна та загальнодоступна, передусім для малозабезпечених верств населення, система охорони здоров'я неминуче вимагає від суспільства дедалі більших витрат на організацію лікувально-профілактичної допомоги.

Іншою причиною постійного зростання витрат на охорону здоров'я є старіння населення, зростання кількості хронічних хвороб, поява нових захворювань, спричинених екологічними факторами, ризиковою поведінкою, виникненням нових інфекційних агентів та вдосконаленням діагностичних можливостей. Різкий стрибок витрат на охорону здоров'я пов'язаний також з «модю» на «абсолютне здоров'я» та «молодість тіла». Така модель життя поширює застосування вартісних і не завжди терапевтично доцільних технологій.

Важливим фактором постійного зростання витрат на охорону здоров'я є технологічний прогрес у біомедичному середовищі, який веде до застосування щоразу складнішої і водночас більш дорогої апаратури і технологій ведення хворого.

З усього викладеного постає питання гармонізації відносин між економікою та медициною за допомогою біоетичного аналізу проблеми. Актуальним біоетичним аспектом є вибір критеріїв для раціоналізації використання ресурсів і обмеження постійно зростаючих витрат на лікувально-профілактичну допомогу. Важливим об'єктом біоетичного аналізу є механізми розподілу доступних ресурсів, а також прийняття конкретних рішень, у тому числі на основі використання співвідношення «витрати — вигоди». Предметом біоетичної дискусії є роль медиків в розподілі ресурсів охорони здоров'я, з одного боку, та сфера впливу економіки на надання медичної допомоги конкретному пацієнту — з іншого. Реформування та зміни системи охорони здоров'я, що стосуються уразливих контингентів населення повинні здійснюватися з урахуванням принципів і критеріїв справедливості. Основою розподілу ресурсів охорони здоров'я звичайно вважається стандарт потреби. За цим стандартом можна оцінити потреби пацієнтів у лікуванні на базі ймовірності і якості результатів проведення терапії. Терапія насамперед буде призначена тим пацієнтам, у яких шанси на успіх виявляться найбільшими.

Принцип справедливості, як він розуміється в біоетиці, можна сформулювати приблизно так: кожен повинен одержувати те, що йому належить. Термін «кожен» у даному контексті стосується або окремої людини, або групи осіб, виділених за тим або іншим критерієм. Принцип справедливості, подібно до кожного із розглянутих раніше принципів, має не абсолютну, а лише відносну силу — він діє *prima facie*. Якщо, приміром, у ситуації з пересадкою донорського органа виявиться, що пацієнт, який посідає більш далеке місце у листі очікування, перебуває в критичній ситуації, то моральним є поступитися зобов'язаннями, що випливають із принципу справедливості, і керуватися принципом «не нашкодь». Утім, відмову від дотримання черги в цьому випадку можна інтерпретувати таким чином, що принцип справедливості все-таки застосовується, однак на базі іншого критерію — критерію потреби, виходячи зі ступеня її гостроти. Принцип справедливості означає обов'язковість надання і рівну доступність медичної допомоги. Кожне співтовариство встановлює правила і порядок надання медичної допомоги відповідно до своїх можливостей.

Хоча принцип соціальної справедливості успішно застосований до етичних дискусій про політику охорони здоров'я, його використання в клінічній практиці на стосунки лікар — пацієнт іноді має труднощі. Проблема полягає в тому, що освіта і досвід лікаря первинно орієнтовані на пацієнта. Лікарі прагнуть зробити для пацієнта все від них залежне, а пацієнти очікують, що лікар діятиме щонайкраще в їхніх інтересах. Критики принципу соціальної справедливості стверджують, що лікар не може бути слугою двох панів — пацієнта і суспільства, і якщо показане лікування, вартість якого дуже висока, лікар повинен зробити все можливе, щоб надати його хворому.

Іншим запереченням проти принципу соціальної справедливості є твердження, що пов'язані з ним етичні критерії, на основі яких відбувається розподіл ресурсів охорони здоров'я, важко застосовувати в реальній клінічній практиці. Насамперед «стандарт потреби» у розподілі ресурсів передбачає, що значення «потреби» відносно постійне. Однак термін «потреби» є невіднозначним і потреби реального пацієнта визначаються конкретними обставинами.

### МАКРО-1 МІКРОРОЗПОДІЛ РЕСУРСІВ

Дотримання принципу справедливості вимагає прийняття рішень про макро- і мікророзподіл. Проблема макророзподілу товарів і послуг вирішується на рівні держави, стає сферою соціальної політики і безпосередньо пов'язана з економічними обставинами. У галузі охорони здоров'я макророзподіл ресурсів містить у собі фінансування профілактичних і лікувальних програм різних рівнів, а також інших форм оздоровчої діяльності. Однак для медичних працівників більш актуальними є проблеми

мікророзподілу ресурсів охорони здоров'я. У ситуаціях, що виникають щодня в роботі лікаря або медичної сестри, медичні показання повинні служити єдиною вірною критерієм розподілу дефіцитних ліків і медичних послуг. З моральної точки зору неприпустимо, коли вибір визначається соціальним статусом пацієнта, його персональними зв'язками і рівнем матеріального благополуччя.

Деякі економісти вважають за неможливе поєднання економічної ефективності з етичними обов'язками медичних працівників і навіть готові в ім'я ефективності повністю вилучити з економіки охорони здоров'я етичну складову проблеми. У свою чергу, багато медиків орієнтуються передусім на благо окремого пацієнта, а не на «економічну доцільність».

Безумовно, працівники системи охорони здоров'я завжди спрямовують свою діяльність на користь конкретної хворої людини, проте сьогодні просто змушені орієнтуватися лише на ті ресурси, які є в їхньому розпорядженні. Ось чому етично виправданою є практика участі лікаря як кваліфікованого члена справедливого суспільства у процесі розподілу ресурсів охорони здоров'я на основі деонтологічних чеснот і на підставі принципу справедливості. Біоетичною альтернативою є принцип, згідно з яким рішення про розподіл коштів повинні приймати фахівці, які не мають відношення до пацієнтів. Лікар має ефективно використовувати ресурси і контролювати витрати в наданих йому межах і з урахуванням принципів автономії пацієнта, добродіяння та ненанесення шкоди. Здійснюючи нові для них управлінські функції, працівники охорони здоров'я стають не тільки опікунами і гарантами здоров'я громадянина та суспільства, але й починають дбати про раціональне використання громадських ресурсів в системі охорони здоров'я, виходячи з економічного ризику прийнятого рішення. З позицій управління лікар повинен стежити за видатками та прибутками свого медичного закладу. Він має врівноважувати потреби пацієнта та матеріальні витрати лікувального закладу і суспільства. Саме таке положення «подвійного діяча» є підставою для відвертого біоетичного обговорення проблеми.

Розподіл ролей між економістом і працівником системи охорони здоров'я, чітке розмежування їхніх обов'язків і компетенції здійснюється передусім на рівнях макророзподілу і мікророзподілу. На макрорівні ресурси між окремими галузями розподіляють економісти і політики. На мікрорівні планування витрат і розподіл послуг в межах наданого бюджету медичного закладу здійснюється працівниками системи охорони здоров'я. Кожний медичний працівник у доступних матеріальних межах здійснює свій професійний обов'язок шляхом нормування ресурсів на рівні власної особи та власної діяльності, на рівні часу, який він приділяє окремому пацієнтові, на рівні індивідуального вибору послідовності, об'єму і характеру діагностичних, лікувальних і профілактичних втручань.

Таким чином, інтерес економістів стосується насамперед макрорівня, всієї спільності, суспільного блага в цілому. Професійний і біоетичний інтерес медичних працівників полягає в урахуванні потреб окремого пацієнта і наданні йому необхідної допомоги, що відповідає критерію терапевтичної пропорційності. Такий етично виправданий критерій передбачає насамперед розрахунок співвідношення ризику/вигоди для пацієнта і повинен бути основним. При прийнятті рішень на мікрорівні відносно конкретного пацієнта економічна оцінка на підставі співвідношення кошти/ефективність повинна мати не домінуюче, а допоміжне значення.

Справедливий пропорційний розподіл ресурсів системи охорони здоров'я або дистрибутивна справедливість має різні етичні виміри обґрунтування. Протягом тривалого часу в СРСР дистрибутивна справедливість виходила з марксистського розуміння справедливості як надання індивіду всього того, в чому він має потребу. Медичні витрати брала на себе держава при забороні приватної медичної діяльності. З позицій утилітаризму справедливість пов'язана з користю, щастям і добробутом якомога більшої кількості осіб, що орієнтує медицину передусім на досягнення суспільної користі та доступності оздоровчих програм для усіх громадян без винятку за принципом «рівної частки». З точки зору етичного лібералізму права особи на свободу і приватну власність дають можливість будувати своє життя за власним вибором та ініціативою. За таким підходом медицина має стати елементом вільного ринку, а медичні послуги надаватися за контрактом. З погляду персоналістичної етики справедливість орієнтована на особу та її права як такої. У медичному контексті йдеться про право на охорону здоров'я і медичну допомогу, що забезпечується державою і інститутами громадського суспільства.

Розподіл ресурсів на макрорівні здійснюється на основі соціальної відповідальності та взаємодопомоги. Вирішується, яка частина державного бюджету призначена для системи охорони здоров'я. Мета полягає в гарантії мінімуму лікувально-профілактичної допомоги для всіх громадян. Далі кошти розподіляють між програмами профілактики, лікування і реабілітації. У межах програми лікування виділяють кошти на первинну медико-санітарну допомогу і на спеціалізоване лікування. Необхідним є ретельний громадський контроль за розподілом, використанням коштів і ефективністю системи охорони здоров'я. Актуальна проблема стандартизації якості надання медичних послуг як державними, так і приватними лікувальними закладами. Медичне втручання має оцінюватися передусім з точки зору клінічної ефективності, а не залежно від економічної доцільності. Наприклад, вартість репродуктивних технологій, інтенсивної терапії, реанімації, паліативних технологій висока, а економічна користь низька. Але вкладання коштів в ці галузі виправдані з етичної точки зору цінністю особи і захистом її прав.

Мікрорівень розподілу ресурсів охорони здоров'я має визначити для конкретного пацієнта критерії доступу до медичних послуг. Треба підрахувати кількість коштів на лікування пацієнта в діючій системі охорони здоров'я.

Доступ пацієнта до лікувально-профілактичної допомоги повинен спиратися переважно на клінічні обставини, а не на суто економічні розрахунки. Вимога рівності реалізується справедливістю дій відносно конкретної особи незалежно від віку пацієнта, його расової приналежності, спроможності заплатити за послугу, соціального статусу. Медичні критерії надання допомоги включають порівняння переваг і ризиків певних втручань для пацієнта та їх нагальність. Якщо за такими критеріями рішення не прийнято, можна орієнтуватися на критерій темпоральності: надати перевагу тому, хто був першим госпіталізований. Іншим альтернативним критерієм є прогностичний: надати наявні медичні ресурси тому, хто має більші шанси отримати від них користь або зберегти життя. Якщо всі критерії оцінки клінічної ситуації є однаковими, то етично прийнятним стає такий критерій, як індивідуальна користь, який згідно з класичним утилітаризмом розглядається як об'єктивний та оцінюється на підставі відношення витрати/вигоди. Проблема полягає в лише видимому характері об'єктивності критеріїв. Їх оцінка можлива, скоріше, на основі суспільного консенсусу. Наприклад, сьогодні суспільство готове прийняти евтаназію, тоді як ще вчора відкидало її. Принцип, який ґрунтується на оцінці витрат/вигод, може виявитися чинним, коли йдеться про здоров'я або життя того самого хворого, для якого він має розв'язати проблему доцільності обраного методу лікування. Але якщо розглядати в аспекті витрат долю конкретної особи, а в аспекті вигод — економічну, суспільну або суто наукову доцільність, цей принцип стає небездоганним з біоетичної точки зору.

З позицій неоутилітаризму етично прийнятним є критерій індивідуальної користі, що оцінюється на підставі стосунків приємне/неприємне, або максимізація задоволення/мінімізація болю. Корисним є те, що мінімізує біль, максимізує задоволення, благо, щастя. Принциповою є вимога розраховувати не тільки близькі, безпосередні наслідки дій, але й на довгострокові наслідки, які реально сприяють добробуту надійного і тривалого зразка. Саме в цьому полягає соціальний аспект неоутилітаризму.

На відношенні максимізація задоволення/мінімізація болю випрацьоване поняття «якість життя» у порівнянні із поняттям «сакральність життя» (цінність життя як такого). За таким розподілом людському життю приписують неоднакову цінність якісного рівня. Орієнтація на якісне життя визнає за особою лише того, хто здатний відчувати задоволення і біль. Ризик полягає у нехтуванні у сфері охорони здоров'я інтересами «нечутливих» індивідів, які перебувають у вегетативному стані, невиліковно хворих і непрацездатних, для яких страждання перевищує задоволення. Загроза дискримінації,

мотивованої економічною корисністю капіталовкладень виникає, коли вибір здійснюється не на підставі необхідності та невідкладності медичної допомоги, а на підставі суто утилітарних, прагматичних, економічних критеріїв.

Контроль ефективності і корисності лікування за допомогою таких показників, як кошти — вигоди, кошти — ефективність, роки якісного життя грають важливу роль в обґрунтуванні доцільності терапевтичного втручання і розподілі ресурсів у системі охорони здоров'я. Ці показники, а також вартість лікування і економічні вигоди відновлення трудової продуктивності пацієнта стають підставою для обмеження медичної допомоги окремим категоріям пацієнтів (новонароджені з вадами розвитку, термінальні онкологічні хворі тощо) через непродуктивність витрат, або з огляду на якість життя. Окрім того, показник «роки якісного життя» як критерій розподілу ресурсів на мікрорівні не є етично бездоганим і методологічно обґрунтованим. Справа у тому, що неможливо визначити попередній рівень якості життя або використати його у порівнянні молодої і старої людини, фізично збереженої особи і інваліда.

Тема стосунків між медичною допомогою та економікою актуалізується в умовах всесвітньої економічної кризи. Зростають витрати на охорону здоров'я, подовжується життя хронічно хворих, у тому числі невиліковних та інвалідів, змінюється концепція медичної допомоги як вимога забезпечення всебічного доброго здоров'я у широкому сенсі. Біоетична проблема справедливого розподілу ресурсів системи охорони здоров'я полягає в небезпеці оцінки людського життя за критеріями наявності чи відсутності страждання та за економічними критеріями продуктивності або непродуктивності витрат. Перед кожною державою постає проблема вибору: які саме хвороби треба лікувати за державні кошти, а які витрати етично і економічно доцільно перекласти на громадян.

Сучасний медичний працівник потребує не тільки професійної, але й адекватної біоетичної, а також економічної освіти. Така освіта дає відповідну компетентність для участі в процесі розподілу коштів на етапах планування і управління на макрорівні і мікрорівні на основі об'єктивної інформації та раціонального нормування. Економіка охорони здоров'я має виконувати функцію доповнення в оцінці ефективності лікувально-профілактичної допомоги. Вона не повинна ставити за мету заміну клінічних критеріїв вибору тактики ведення хворого економічними міркуваннями.

Біоетичним обов'язком лікаря є протидія марнотратству і прагнення до обґрунтованого скорочення витрат на медичну допомогу шляхом оптимізації діагностичних і терапевтичних втручань там, де таке можливо. Медичний працівник має етичне право брати участь в обговоренні концепції розподілу ресурсів охорони здоров'я на макро- і мікрорівні до прийняття остаточного рішення.



## ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ І ТЕМИ ДЛЯ ДИСКУСІЙ

1. Принцип дистрибутивної справедливості у сучасному суспільстві.
2. Концепція «сталого здоров'я» як елемент глобальної біоетики.
3. Фактори збільшення затрат на лікувально-профілактичну допомогу.
4. Критерії розподілу ресурсів системи охорони здоров'я.
5. Роль медичних працівників у розподілі медичних ресурсів.
6. Роль економістів у розподілі медичних ресурсів.
7. Розподіл ресурсів системи охорони здоров'я на макрорівні.
8. Розподіл ресурсів системи охорони здоров'я на мікрорівні.
9. Роль етичних теорій у подоланні моральних протиріч між медичною та економічною оцінкою клінічної ситуації.
10. Роль окремого медичного працівника в справі справедливого використання ресурсів охорони здоров'я.

## ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ПОГЛИБЛЕННЯ ЗНАНЬ

1. *Антологія біоетики* / За ред. Ю.І. Кундієва. — Львів: БАК, 2003. — 592 с
2. *Биомедицинская этика* / Под ред. В.И. Покровского. — М.: Медицина, 1997. - 224 с.
3. *Гуссерль Э. Кризис Европейского человечества // Философия как строгая наука.* — Новочеркасск: Агентство Сагуна, 1994. — 357 с.
4. *Ермоленко А.Н. Этика ответственности и социальное бытие человека (современная немецкая практическая философия).* — К.: Наук, думка, 1994. - 199 с.
5. *Материалы Второго международного симпозиума по биоэтике, посвященного памяти Поттера (г. Киев, 4—6 марта 2002 г.).* — К., 2002. — 243 с.
6. *Соціополіс і нова етика // Матеріали наукового симпозиуму «Соціополіс в Україні: технології практичної побудови» (м. Київ, 11—13 грудня 2001 р.).* - К., 2002. - 138 с.
7. *Требования биоэтики: Медицина между надеждой и опасениями / Под ред. Ф. Бриссе-Виньо.* - К.: Сфера, 1999. - 248 с.
8. *Mappes T.A., De Grazia D. Biomedical ethics.* — Me Graw Hill, 2001. — 707 p.

**РОЗДІЛ 7****БІОЕТИКА МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИХ  
ЕКСПЕРИМЕНТІВ І КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ****БІОЕТИКА ДОСЛІДЖЕНЬ, ЩО ПРОВОДЯТЬСЯ НА ЛЮДИНІ**

Біомедичні дослідження (або експерименти) із залученням людей як суб'єктів стосуються таких найважливіших етичних концепцій і принципів, як поважання автономії пацієнта та вимога інформованої згоди, з одного боку, і принцип соціальної справедливості й соціальної корисності — з іншого. Для уточнення предмета етичних дискусій доцільно розмежувати поняття «терапевтичні» і «нетерапевтичні» дослідження.

*Терапевтичне дослідження* включає дії, які спрямовані на позбавлення від страждань, відновлення здоров'я або продовження життя. «Терапія» у даному контексті розуміється широко і включає медичне лікування, встановлення діагнозу й навіть проведення профілактичних заходів (наприклад, вакцинації). Безумовно, терапевтичне дослідження, як і будь-яке інше, стосується одержання нових знань. Однак найважливішою відмітною ознакою є те, що залучені до нього пацієнти очікують і сподіваються одержати терапевтичну користь від нового препарату, вакцини, медичної технології або діагностичної процедури. Наприклад, перші пацієнти, підключені до апарата гемодіалізу, по суті, були учасниками медичного експерименту. Таку медичну технологію раніше не застосовували в клінічних умовах і, по суті, вона була експериментальною. Отримана інформація була використана фахівцями для вдосконалення методу. Водночас медична технологія була варіантом терапії, спрямованої на вирішення медичних проблем пацієнта. Її застосування частково включало безпосереднє врахування інтересів хворого, залученого до клінічного дослідження, оскільки результати обіцяли бути кращими порівняно з раніше застосовуваними методами лікування. Терапевтичні дослідження термінологічно вірно назвати клінічною апробацією нових медичних препаратів і технологій.

*Нетерапевтичне (експериментальне) дослідження* включає різноманітні наукові дії, основна мета яких — збільшення обсягу знань про фізіологічні, патологічні, біохімічні або психологічні процеси в організмі людини. Нетерапевтичне дослідження надає важливу інформацію фахівцям, однак не пов'язане з проведенням терапії. Не очікується, що суб'єкти дослідження одержать у процесі його проведення будь-які власні медичні вигоди. У реальній практиці виявляється важким проведення чіткої розмежувальної лінії між терапевтичними й нетерапевтичними дослідженнями. З одного боку, терапевтичні дослідження не включають винятково тільки такі дії, які можуть принести користь пацієнтові. Відомо, що наука завжди спрямована на

одержання нових знань. Більше того, дослідницький проект може містити додаткові процедури, які не пов'язані з терапією взагалі. Наприклад, можливе проведення катетеризації або взяття зразків крові для дослідження. Такі процедури не тільки не мають терапевтичного значення, але й несуть певний ризик. З іншого боку, нетерапевтичні дослідження можуть непрямим чином надавати медичну вигоду, наприклад, у зв'язку з тим, що залучені особи проходять поглиблене обстеження. Незважаючи на зазначені труднощі, поділ досліджень на терапевтичні і нетерапевтичні сприяє проведенню етичних оцінок конкретних випадків. Так, існує переконання, що ступінь ризику в терапевтичних дослідженнях етично може бути вище, ніж ступінь ризику в нетерапевтичних дослідженнях.

Дидактично правильним став поділ досліджень на такі, які надають перспективу прямої медичної користі, і такі, що цієї перспективи не мають. І в тому, і в іншому випадку суб'єкти біомедичного дослідницького проекту зазнають певного ризику. Отже, виникає правочинне запитання: що є моральним виправданням ризику участі суб'єктів у біомедичному дослідженні?

Найпоширенішим обґрунтуванням залучення людей до біомедичного дослідження є концепція утилітаризму. По-перше, клінічні випробування дозволяють розробити й впровадити нові діагностичні й терапевтичні технології. Наприклад, проведені в минулому дослідження уможливили виконання серцево-судинних операцій і трансплантації внутрішніх органів, профілактику поліомієліту. По-друге, правильно організовані й контрольовані дослідження дозволяють відмовлятися від малоефективних і навіть шкідливих медичних процедур. Наприклад, ні кровопускання, характерне для медицини ХІХ ст., ні охолодження шлунка у хворих на виразкову хворобу, що широко використовувалося у ХХ ст., як виявилось, не мають терапевтичного значення, незважаючи на те, що вважалися дуже ефективними. Утилітаристи роблять висновок, що клінічні випробування (з урахуванням зазначених обставин) не тільки морально дозволені, а й морально необхідні, оскільки ймовірні небажані наслідки для одних будуть значною мірою переважуватися медичною користю і запобіганням шкоди для інших у майбутньому.

Для виправдання залучення людей до біомедичних досліджень, а іноді навіть захисту точки зору, що індивідуум має обов'язки бути суб'єктом клінічних випробувань, використовують аргументи справедливості й вдячності. Стверджується, що нинішнє покоління користується благами, які стали доступними завдяки біомедичним дослідженням минулого. Сучасні досягнення медицини були б неможливі без використання людей як суб'єктів клінічних випробувань. Із цього робиться висновок про існування для сучасної людини зобов'язання відповідних дій на основі справедливості й подяки у вигляді згоди самому стати суб'єктом біомедичних досліджень. Опонент аргументації, що базується на справедливості й подяці, може заперечити, що медичний прогрес, при всій його важливості — лише моральна мета. В якості

такої він не може досягатися порушенням індивідуальних прав, у тому числі права людини не бути суб'єктом. Тому ніхто не зобов'язаний брати участь у біомедичних дослідженнях.

Дискусії про те, чи має індивідуум обов'язок стати суб'єктом дослідження чи ні, відображують так звану *модель захисту* від участі в клінічних випробуваннях. Участь у дослідженнях зазвичай асоційована з ризиком для суб'єктів, така модель і націлює на важливість їхнього адекватного захисту. Частково модель захисту базується на історичних прикладах, коли суб'єкти не були надійно захищені. Останніми роками набула поширення *модель доступу*/ до участі в дослідженнях. Така участь може принести користь хворим за відсутності ефективної терапії. Наприклад, затверджується право пацієнтів брати участь у перспективних дослідженнях у галузі ВІЛ-інфекції й онкології.

Незалежно від етичних поглядів на участь у клінічних випробуваннях, які реалізуються моделями захисту або доступу, головним питанням є одержання інформованої згоди пацієнта або родичів (опікунів).

У моральній оцінці досліджень, проведених на людині, важливе значення надається умовам, при яких вони етично прийнятні. Після Другої світової війни було розроблено понад 30 документів й етичних кодексів, в яких ідентифікуються ці умови. Найбільш відомі «Нюрнберзький кодекс», «Токійська декларація» (Додаток 5) й «Гельсінська декларація» (Додаток 11). Загальним для всіх кодексів і декларацій є положення про неприпустимість залучення людини до біомедичного дослідження без її інформованої згоди. У деяких документах допускається згода батьків або опікунів.

Обґрунтування вимоги інформованої згоди на участь у клінічному випробуванні проводиться в контексті етики стосунків між лікарем і пацієнтом. Основним деонтологічним аргументом залишається принцип поважання автономії або моральна цінність принципу індивідуального самовизначення. Повага до людини як до особистості вимагає захисту й розвитку його автономії. Дослідження, в яких використовується людський суб'єкт без його згоди, порушують автономію й, отже, морально неприйнятні. Інформована згода — основа канону лояльності між біомедичним дослідником і пацієнтом як суб'єктом. Вона є деонтологічною протидією спробам виправдати використання людського суб'єкта в клінічних випробуваннях винятково на утилітаристській основі.

Морально необхідними умовами участі людини в біомедичному експерименті є: 1) надання відомостей про характер випробування і взаємодію з дослідником; 2) бажання взяти участь в апробації нового методу лікування або діагностики.

Найбільш відомим історичним прикладом грубого порушення принципу інформованої згоди в минулому є експерименти нацистів у концентраційних таборах. Однак і пізніше, в епоху холодної війни, у США ФБР фінансувало й проводило дослідження з порушенням принципу інформованої

згоди та залученням суб'єктів з уразливих груп населення. Вивчався вплив на організм людини високих доз радіації. Відомим прикладом расової дискримінації стало проведення дослідження з лікування сифілісу в США в 60-і роки минулого сторіччя. Виявилось, що групі афроамериканців, хворих на сифіліс, не надавали ніякої терапевтичної допомоги з метою начебто вивчення природного перебігу захворювання. Між тим дослідники мали у своєму розпорядженні пеніцилін — ефективний для лікування цього захворювання препарат.

Оскільки діти, особливо молодших вікових груп, не можуть дати інформованої згоди, будь-які дослідження з їхньою участю можуть порушувати цю вимогу. Те саме можна сказати про дорослих пацієнтів, які стали некомпетентними внаслідок важкого стану або ніколи ними не були через психічні захворювання, виражену затримку розвитку або деменцію. Залучення такого контингенту хворих до медико-біологічного дослідження може мати етичну підставу у вигляді ймовірності досягнення терапевтичного ефекту. Загальноприйнятою є думка про те, що в таких випадках батьки або опікуни можуть дати легітимну згоду від некомпетентних індивідуумів. Більш проблематичною є участь дітей або некомпетентних дорослих у дослідженнях, які не припускають прямої медичної користі для суб'єкта, а переслідують завдання одержання знань, які допоможуть майбутнім пацієнтам. Чи мають право батьки й опікуни дати згоду на участь некомпетентних суб'єктів у нетерапевтичних дослідженнях?

У наш час дуже поширена думка, що перспективні дослідження, які не пропонують прямої медичної користі некомпетентним індивідуумам, можуть бути морально прийнятними, якщо не перевищують «мінімальний ризик» (існуючий у звичних умовах). Прихильники досліджень із залученням дітей підкреслюють вигоду в цьому всіх дітей як групи населення. Справа в тому, що результати досліджень, виконаних на дорослих, далеко не завжди можуть бути екстрапольовані на дітей через істотні вікові анатомо-фізіологічні відмінності. Крім того, деякі захворювання характерні тільки для дитячого віку й не зустрічаються в дорослих. Тому виключення дітей з числа суб'єктів біомедичних досліджень значно збіднить педіатричну медицину й трансформуватиме дітей у клас «терапевтичних сиріт». Аналогічні аргументи застосовують до групи психічно хворих, в яких порушена здатність до прийняття рішень (тимчасово, періодично або постійно). Деякі біомедичні дослідження вимагають обов'язкового включення некомпетентного контингенту хворих. У протилежному випадку ніколи не може бути досягнуто достатнього розуміння певних психіатричних нозоформ і не може бути розроблена їхня ефективна терапія. З огляду на це розвиток педіатрії, певних розділів психіатрії, геріатрії й деяких інших галузей медицини може бути етично пов'язаний із залученням до біомедичних досліджень певних груп некомпетентних суб'єктів. Через потенційні переваги такої дії загальноприйнятою є моральна припустимість одержання за певних обставин згоди від батьків й опікунів. Водночас відомі аргументи

супротивників залучення до біомедичних (особливо нетерапевтичних) досліджень некомпетентних пацієнтів.

Безсумнівно, уразливі групи населення повинні при їхньому залученні до біомедичних досліджень бути об'єктом додаткової етичної оцінки. Наприклад, щодо дитячого населення правочинні такі запитання:

1. Чи обґрунтоване клінічне дослідження?
2. Наскільки важливі передбачувані результати?
3. Чи не досить знань, отриманих унаслідок експериментів на дорослих?
4. Чи несе дослідження тільки мінімальний ризик, тобто не більший, ніж очікуваний у звичайних умовах?

Клінічні випробування регламентуються міжнародними й національними документами. Найважливіший з них — міжнародний стандарт належної клінічної практики (Good Clinical Practice — GCP). Він регламентує планування, організацію, проведення, моніторинг, аудит, аналіз, звітність, документування. Відповідність положенням GCP є гарантією того, що клінічні випробування обґрунтовані з етичної й наукової точок зору і якісно виконуються на всіх етапах. Стандарти GCP забезпечують достовірність даних і дотримання прав пацієнта. Особлива увага приділяється залученню до біомедичних досліджень уразливих груп населення, до яких, крім дітей і психічно хворих, відносять жінок репродуктивного віку, пацієнтів у непритомному чи термінальному стані, представників етнічних меншостей.

Участь у біомедичних дослідженнях смертельно хворих зазвичай вважається неприйнятною, якщо можлива участь інших груп населення. Проте часто буває необхідно включати в когорту учасників досліджень саме смертельно хворих, якщо дослідження стосується даного захворювання та його лікування. Більше того, відповідно до «моделі доступу до участі в дослідженнях» з контингенту спостережуваних осіб не повинні виключатися смертельно хворі, що виявляють готовність брати участь у клінічних випробуваннях. Під час проведення досліджень із залученням смертельно хворих біоетичні проблеми пов'язані також з тим, що такі особи, як правило, більше зазнають примусу або невиправданого стимулювання. Проблема полягає й у тім, що дослідження із залученням смертельно хворих спричинить більш ніж мінімальний ризик. Важлива роль в одержанні інформованої згоди приділяється участі законних представників пацієнта (родичів й опікуна).

Клінічні дослідження за участі пацієнтів, що перебувають у непритомному стані, також тісно пов'язані з практикою одержання інформованої згоди. У реальних умовах здатність пацієнта дати інформовану згоду буває обмеженою, а часу на ухвалення рішення про участь у дослідженні може виявитися мало, та і можливість зв'язатися з офіційним представником хворого може бути відсутня. Етичні норми дозволяють обходитися без одержання письмової інформованої згоди від пацієнта лише в тому випадку, якщо участь у дослідженні спричиняє не більш ніж мінімальний ризик

і є корисною для пацієнта. Інформовану згоду в цьому випадку підписують лікар-дослідник і незалежний свідок (лікар і медична сестра, не залучені до дослідження), які підтверджують таке:

- пацієнту загрожує смертельна небезпека, і необхідне застосування експериментального лікарського засобу;
- неможливо отримати інформовану згоду від пацієнта, тому що він не здатний до спілкування, або неможливо одержати юридично дійсну згоду;
- немає достатнього часу для одержання згоди офіційного представника пацієнта (родича, опікуна);
- не існує альтернативного досліджуваному методу апробованого або загально визнаного лікування, що могло б з рівним або більшим ступенем імовірності врятувати життя пацієнта.

Залучення жінок до клінічних випробувань тривалий час було обмеженим у зв'язку з відомою «талідомідною трагедією». У результаті такого обмеження виникли негативні наслідки через порушення прав хворих жінок, оскільки вони не могли вчасно (вже на етапі клінічних досліджень), одержати терапію більш ефективними препаратами (термін виходу нового препарату на ринок становить 4–6 років від моменту проведення I фази дослідження). Обмеження призвели до того, що ефективність і можливість застосування багатьох сучасних лікарських засобів у жінок не вивчені, хоча вони призначаються як чоловікам, так і жінкам. Нині обмеження зняті, і до клінічних досліджень лікарських засобів, навіть у ранніх фазах, стали залучати жінок. Зазначені вимоги поширюються на дослідження біологічних добавок і медичних виробів. Відповідальність за дотримання чинних норм і правил проведення випробувань й оцінка можливого ризику покладена на дослідників і етичні комітети медичних установ. Клінічні дослідження за участі жінок, які на момент проведення дослідження можуть завагітніти, повинні перебувати під особливим контролем етичних комітетів. У деяких випадках етичні комітети повинні бути впевнені в тому, що невагітні будуть застосувати методи контрацепції під час проведення дослідження. Більше того, вони повинні сповістити дослідника про плановану вагітність, щоб уникнути непотрібного додаткового ризику.

Клінічні дослідження поділяють на кілька фаз. Фаза I переважно включає експерименти на здорових суб'єктах-добровольцях. Результати цієї фази є дуже важливими для ухвалення рішення про перехід від доклінічних експериментальних досліджень (на тваринах та *in vitro*) до першої перевірки лікарського засобу безпосередньо на людині. У фазі II проводять дослідження з метою з'ясувати ефективність та короткострокову безпечність засобу для обмеженої кількості пацієнтів із тим захворюванням, для лікування якого створений даний лікарський засіб. Ця фаза ставить за мету визначити доцільність включення засобу в схеми лікування хвороби. У фазу III залучається

більш численна група пацієнтів для визначення короткострокової та довгострокової ефективності та безпеки досліджуваного засобу. У цій фазі до дослідження можуть залучатися пацієнти контрольної групи, що вживають не досліджуваний засіб, а інший, вже відомий, або інтактне плацебо. Розподіл пацієнтів на групи здійснюється за принципом випадковості (рандомізоване дослідження). Часто ні дослідник, ні сам пацієнт не знає, який засіб він вживає — експериментальний або контрольний (подвійне «сліпе» дослідження). Фаза IV стосується вивчення деяких особливостей лікарського засобу після отримання дозволу на його виробництво і реалізацію, здійснюється вона на дуже великій кількості пацієнтів.

В українському законодавстві правові та етичні питання при проведенні клінічних випробувань розглядаються в статтях 7 й 8 закону України «Про лікарські засоби», в «Інструкції про проведення клінічних випробувань лікарських засобів й експертизи матеріалів клінічних досліджень», «Типовому положенні про комісії з питань етики». У статті 7 закону України «Про лікарські засоби» зазначено, що клінічні дослідження лікарських засобів проводяться після обов'язкової оцінки етичних і морально-правових аспектів програми клінічного дослідження комісіями з питань етики, які створені й діють при лікувально-профілактичних установах, що проводять клінічні випробування. Положення про комісії з питань етики затверджується МОЗ України або уповноваженим їм органом. Стаття 8 закону України «Про лікарські засоби» присвячена захисту прав пацієнта (добровольця). У ній зазначено, що клінічні дослідження лікарських засобів проводять за наявності письмової згоди пацієнта (добровольця) на участь у проведенні клінічного дослідження або письмової згоди законного представника на проведення клінічного дослідження за участі неповнолітнього або недієздатного пацієнта. Пацієнт (доброволець) або його законний представник повинен одержати інформацію про суть і можливі наслідки дослідження, про властивості лікарського засобу, очікуваної ефективності, ступеня ризику. Замовник клінічного дослідження лікарського засобу зобов'язаний скласти договір про страхування життя і здоров'я пацієнта (добровольця) у порядку, передбаченому чинним законодавством. Керівник клінічного дослідження зобов'язаний припинити проведення клінічного дослідження або окремі його етапи в разі виникнення загрози здоров'ю або життю пацієнта (добровольця) внаслідок проведення дослідження, а також за бажанням пацієнта (добровольця) або його законного представника. Рішення про припинення клінічного випробування лікарського засобу або окремих його етапів у разі виникнення загрози здоров'ю або життю пацієнта (добровольця) внаслідок проведення дослідження, а також за відсутності або недостатньої ефективності дії лікарського засобу, порушення етичних норм приймає МОЗ України або уповноважений їм орган, а також виробник лікарського засобу — спонсор клінічного дослідження.



## БІОЕТИКА ДОСЛІДЖЕНЬ, ЩО ПРОВОДЯТЬ НА ТВАРИНАХ

Важливим компонентом історії розвитку людства є перехід від стратегії виживання до побудови цивілізації, центром якого стало благополуччя людини. У такому контексті завдання біомедичних досліджень — одержання наукових знань про фізіологію та патологію з метою розробки ефективного і безпечного лікування різних захворювань. Безсумнівним залишається факт, що найважливіші наукові відкриття й досягнення були б неможливі без проведення досліджень із залученням тварин. З початку ХХ ст. дві третини Нобелівських премій у галузі медицини були присуджені за відкриття й досягнення, у розробці яких головну роль відігравали дослідження на лабораторних тваринах. Без експериментів на тваринах немислимий прогрес у генетиці, біохімії, фізіології, патології, фармакології, токсикології, гігієні. В експериментах з використанням тварин моделюється вплив на організм отруйних речовин, травм, іонізуючого випромінювання, збудників інфекційних хвороб й інших патогенних факторів, які просто не можуть бути досліджені безпосередньо на людині. У ХХ ст. дослідження на тваринах набули гігантських масштабів. Для наукових цілей, тестування біологічно активних речовин та в процесі навчання у світі щороку використовують понад 10 млн хребетних тварин, що стало причиною стурбованості як дослідників, так і громадськості. З'ясувалося, що використання тварин в експериментах в інтересах людини пов'язане з виникненням складних етичних проблем. Деякі з них стосуються обговорення морального статусу тварин, інші — важливості самого дослідження.

Перше коло питань полягає у тому, чи слід визнавати за тваринами істотний моральний статус? Якщо так, то чи буде їхній моральний статус таким, як моральний статус людини? Іншими словами, наскільки обґрунтовані радикальні вимоги видової еквівалентності морального статусу, коли те, що не дозволено стосовно людини, тією самою мірою не дозволено стосовно тварин, зокрема хребетних, і особливо ссавців? Якщо моральний статус є еквівалентним, значить тварини (як і людина в нетерапевтичних дослідженнях) можуть бути використані обмежено, з виконанням вимог мінімального ризику й шкоди. З іншого боку, якщо за твариною визнається моральний статус, але менший від морального статусу людини, то які моральні виправдання такого твердження? У цілому, які критерії беруть до уваги для визнання морального статусу? Що потрібно для «повного морального статусу»? Слід особливо зазначити, що в прихильників визнання за людиною ексклюзивного або радикально переважного морального статусу на підставі певних ознак, таких як автономія, моральність і розум — це об'єктивно слабка позиція, коли йдеться про «нетипових» людей. Будь-який критерій, що є підставою для невизнання за тваринами морального статусу (або повного морального

статусу) стане також причиною невизнання морального статусу для певної категорії людей з важкими психічними захворюваннями, затримкою психічного розвитку або деменцією.

Не можна не помітити, що в дискусіях про наявність у тварин «повного морального статусу» певну роль відіграють культурні і світоглядні погляди. У західній культурі визначене підпорядковане положення тварин стосовно людини. Тварин використовують для приготування їжі, у медичних цілях, релігійних і ритуальних обрядах і навіть під час спортивних змагань. Моральна субординація тварин стосовно людини має коріння в іудейсько-християнських релігійних традиціях з домінуючим положенням людини на Землі. Із цих позицій обґрунтовується необхідність захисту тварин від марних ушкоджень, однак віддається перевага інтересам людини. Допускається трансплантація органів від тварини людині. Радикальна розбіжність між статусом людини і тварини визначається протиріччями між концепціями походження людини. Прихильники божественного створення людини наполягають на особливих стосунках між Богом і людиною, які не стосуються тварин. З позицій еволюціоністів у людини існували загальні предки з іншими ссавцями, що підтверджується результатами порівняльного аналізу генетичного матеріалу.

Східний світогляд часто надає тваринам більш високий моральний статус, чим західний, і нанесення шкоди тварині викликає більше занепокоєння. Наприклад, індуїзм включає доктрину, що вимагає уникати нанесення шкоди всім видам тварин. Існують релігії, які виступають проти вбивства будь-якого живого організму; їхні священнослужителі навіть підмітають землю перед собою, щоб забрати зі свого шляху комах.

В останні десятиліття відбуваються зміни в традиційному секулярному мисленні Заходу, що колись додержувалося релігійних установок про підпорядкованість морального статусу тварин. Основною тенденцією стало посилення утилітаристських оцінок ступеня добра або зла внаслідок тієї або іншої дії щодо тварин. Багато утилітаристів розглядають біль як зло, а задоволення — як добро, незалежно від виду тварини. Ідентичний тип й інтенсивність болю з позиції утилітаризму мають однакову моральну значимість. Незалежно від того, чи відчуває біль людина або тварина, утилітаристи вважають, що неоднакове ставлення до живих істот залежно від їхньої видової приналежності є такою ж дискримінацією, як дискримінація за расовою приналежністю, статтю та віком. Радикальний погляд полягає в беззастережному визнанні повного морального статусу тварин: тварини, як і люди, мають права, у тому числі право на життя. Такі погляди — живильне середовище для екстремізму, що проявляється не тільки демонстраціями з порушеннями правопорядку, але й (особливо у Великобританії) руйнуваннями лабораторій, погрозами на адресу дослідників і навіть фізичними розправами.

Біоетика експериментів на тваринах розглядає не тільки проблему їхнього морального статусу, але й саму важливість проведення таких біомедичних досліджень. Питання полягає в ступені необхідності обов'язкового залучення тварини до наукової програми спостережень. Наскільки мають бути значимі передбачувані результати, щоб виправдати повний або обмежений експеримент над тваринами? Чи немає альтернативи одержання необхідної інформації без використання експериментальних тварин? Загально-визнано, що тварини здатні відчувати біль і зберігати пам'ять про неї. Якщо не можна обійтися без експериментів на тваринах, то моральний обов'язок експериментатора — зробити все можливе для зменшення їхніх страждань.

Основні етичні принципи експериментування на тваринах викладені в «Європейській конвенції по захисту хребетних тварин, що використовуються в експериментальній та інших наукових цілях» (Страсбург, 1985; Додаток 12). Цей документ став правовою основою відповідних законодавчих актів і нормативних положень у Великобританії, США, Канаді, деяких державах Європи й Латинської Америки. Загальноприйнятим стандартом визнаний принцип трьох R: refinement (удосконалення), reduction (скорочення), replacement (заміна).

*Принцип удосконалення* припускає поліпшення і гуманізацію поводження з тваринами при підготовці та проведенні експерименту. Ціль полягає в тому, щоб звести страждання тварини до мінімуму (наприклад, використовувати анестетики під час проведення будь-якої болісної процедури). За необхідності частих заборів зразків крові стресове навантаження може бути зменшене встановленням катетера в центральну вену. Іноді тварині показана евтаназія. Етично правильно прагнути до поліпшення умов життя експериментальних тварин у віварії.

*Принцип скорочення* спрямований на зменшення кількості задіяних в експериментах тварин. Це можливо при ретельному врахуванні попередніх результатів досвідів *in vitro* і комп'ютерного моделювання. Оптимальний мінімум необхідних для конкретного дослідження тварин визначають за допомогою статистичного аналізу. Варіабельність індивідумів усередині виду (як базова проблема біологічного експерименту) можна нівелювати використанням генетично ідентичних тварин. Використання в експерименті лабораторних тварин повинно передбачати дії щодо зниження ризику незапланованих втрат від інфекції та захворювань. Це значно зменшує кількість тварин, необхідних для одержання результату.

*Принцип заміни* припускає заміну експерименту з тваринами на наукові технології без використання тварин в усіх випадках, коли це припустимо. Наприклад, тестування інсуліну можна провести не біологічним способом на тваринах, а шляхом лабораторного хроматографічного аналізу. Хоча повна заміна тварин в експерименті малоімовірна, біоетично привабливою є ідея розроблення альтернативних моделей. До них відносять: 1) культуральні

моделі (клітини, тканини, органи *in vitro*); 2) живі системи (бактерії, найпростіші, ембріони, запліднені яйцеклітини); 3) фізичні й хімічні методи аналізу з екстра- й інтраполяцією у близьких за властивостями сполуках.

Загальні етичні вимоги до використання хребетних тварин у медико-біологічних дослідженнях включають низку положень (А.Г. Резніков, 2003):

1. Експерименти на тваринах припустимі тільки в тих випадках, якщо вони спрямовані на одержання нових наукових знань, поліпшення здоров'я людини й тварин, збереження живої природи, є вкрай необхідними для якісного навчання й підготовки фахівців, проведення тестування, судово-медичної й криміналістичної експертизи, не становлять загрози для здоров'я людини.

2. Експерименти на тваринах виправдані тоді, коли є достатні підстави сподіватися на одержання таких результатів, які будуть сприяти досягненню хоча б однієї з перерахованих вище цілей. Неприпустимо використовувати тварин в експерименті, якщо ці цілі можуть бути досягнуті іншим шляхом.

3. Слід уникати дублювання вже проведених досліджень на тваринах, якщо воно не диктується необхідністю експериментальної перевірки результатів.

4. Вибір тварин, їхня кількість, методика дослідження повинні бути ретельно обгрунтовані до початку експериментів та одержати схвалення уповноваженої особи або органу біоетичної експертизи.

5. Тварини для проведення експериментів мають надходити із сертифікованого розплідника. Використання бродячих тварин суперечить принципам біоетики.

6. Під час проведення експериментів на тваринах слід проявляти гуманність, уникати стресу, болю, не заподіювати тривалої шкоди здоров'ю і полегшувати страждання. Необхідно прагнути максимально скорочувати кількість тварин і там, де можливо, використовувати альтернативні методи, які не вимагають участі тварин.

7. Експерименти на тваринах має проводити кваліфікований дослідник, знайомий із принципами біоетики і згодний дотримуватись їх. Використання тварин у навчальному процесі слід проводити під спостереженням фахівця-викладача.

8. Лабораторії, наукові й навчальні заклади, організації, де проводять експерименти на тваринах, підлягають атестації повноважними органами, у тому числі на відповідність стандартам «належної лабораторної практики» («good laboratory practice» - GLP).

З питань етики використання тварин в експерименті свою думку висловила Всесвітня медична асоціація (Додаток 13).

В Україні регламентація експериментів на тваринах відповідно до принципів біоетики здійснюється зусиллями Комітетів і Комісій з біоетики при Президіях НАН й НАМН, Державним експертним центром Міністерства охорони здоров'я. Актуальне завдання полягає у визначенні відповідальності

за порушення норм біоетики у сфері використання експериментальних тварин. Експериментатор і технічний персонал повинні нести моральну, дисциплінарну і юридичну відповідальність за порушення встановлених норм. Міра відповідальності залежить від потенційної або реальної шкоди, нанесеної біологічній безпеці людини, тварини або навколишнього середовища. Навмисне приховування можливих негативних наслідків такої діяльності також підлягає осудженню.

Інформація про умови дотримання і використання тварин, а також про результати експериментальних досліджень повинна бути відкритою, за винятком тих випадків, коли вона не може бути розголошена в інтересах збереження державної, патентної, слідчої або комерційної таємниці. Доступ до цієї інформації повинен бути вільним, у тому числі для зареєстрованих в Україні громадських організацій, статутами яких передбачений захист тварин і навколишнього середовища. Конструктивна взаємодія з громадськими організаціями може виявитися корисною для досягнення гуманних цілей, до яких прагнуть прихильники біоетики.

Близькою за своєю біоетичною суттю до проблеми використання тварин в експерименті є проблема страждань тварин у біотехнологічному циклі. Сучасний агробізнес розробляє технології розведення сільськогосподарських тварин з надшвидким збільшенням маси на неприродно малих площах. Широко застосовуються гормональні препарати й антибіотики, залишки яких накопичуються в організмі тварин і потрапляють в організм людини.

Сільськогосподарські тварини мають пристрасті й емоції, відчувають біль, страждання, задоволення. Поводження з ними повинне відповідати гуманним правилам «п'яти свобод» (Дж. Вебстер):

- свобода від спраги, голоду й недоїдання;
- свобода від болю, ран і хвороб;
- свобода від страху і стресу;
- свобода від дискомфорту;
- свобода нормально жити.

Біоетична логіка взаємодії людини і тварини у сфері науки й біотехнологій визначена словами Ч. Дарвіна: «Поширюючи наше співчуття за межі людства, ми підніmemo і себе». Також на цю тему висловлювався Л.М. Толстой: «Ми не можемо жити, не заподіюючи смерті інших істотам, але ми можемо бути більш-менш співчутливими. Що співчутливіші ми будемо до всіх тварин, то краще буде для душі нашої».

### ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ І ТЕМИ ДЛЯ ДИСКУСІЙ

1. Як можна класифікувати біомедичні експериментальні дослідження, обираючи за критерій мету, яку вони прагнуть досягти?
2. Яких етичних принципів слід дотримуватися під час експериментів на людині?

3. Які права пацієнтів, що залучають до клінічних випробувань, треба охороняти?
4. Який документ є основним при взаємодії лікаря та пацієнта перед залученням до клінічного дослідження та впродовж його проведення?
5. Які органи мають контролювати хід виконання клінічного дослідження? Назвіть їх основні функції.
6. Які загальноприйняті нормативні документи регламентують проведення клінічних досліджень лікарських засобів?
7. Якою, на вашу думку, є роль тварин у проведенні наукових медичних експериментів?
8. Що лежить в основі етичних дискусій з приводу використання тварин у медико-біологічних дослідженнях?
9. Які етичні принципи лежать в основі експериментів на тваринах?
10. Загальні етичні вимоги до використання хребетних тварин у медико-біологічних дослідженнях.

### ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ПОГЛИБЛЕННЯ ЗНАТЬ

1. *Дотримання етичних та законодавчих норм та вимог при виконанні наукових морфологічних досліджень: Метод, рекомендації*/ В.Л. Кулініченко, В.Д. Мішалов, Ю.Б. Чайковський, С.В. Пустовітга ін. — К.: НМАПО ім. П.Л. Шупика, 2007. - 29 с
2. *Мальшева Е.Л.* Основные принципы этической оценки исследований на людях // *Качественная клиническая практика.* — 2001, № 1. — С. 21—30.
3. *Мальцев В.И., Белоусов Д.Ю., Ефимцева Т.* Основные принципы этической оценки исследований на людях // *Еженедельник АПТЕКА.* - 2001. - № 304.
4. *Організація та проведення етичної експертизи біомедичних досліджень: Метод, рекомендації* / За ред. С.В. Пустовіт, В.Л. Кулініченко. — К.: Сфера, 2006. - 120 с.
5. *Планирование и проведение клинических исследований лекарственных средств* // Под ред. Ю.Б. Белоусова. — М., 2000. — С. 261—560.
6. *Стефанов А.В., Мальцев В.И.* Биоэтические проблемы клинических испытаний лекарственных средств // *Еженедельник АПТЕКА.* — 2001. — № 309.
7. *Создание и деятельность этических комитетов* / Г. И. Сторожаков, В.В. Зубков, Д.Ю. Белоусов, Е.А. Малышева // *Вестник РГМУ.* — 2001. - № 3(18). - С. 18-22.
8. *Сторожаков Г.И., Малышева Е.Л.* Оценка методик проведения исследований // *Качественная клиническая практика.* — 2001. — № 1. — С. 21—30.

**РОЗДІЛ 8****БІОЕТИЧНА І ПРАВОВА ОЦІНКА ЛІКАРСЬКОЇ ПОМИЛКИ ТА ЯТРОГЕНІЇ****БІОЕТИЧНА ОЦІНКА ЛІКАРСЬКОЇ ПОМИЛКИ ТА ЯТРОГЕНІЇ**

У професійній діяльності як досвідчених лікарів, так і лікарів, які починають практикувати, можуть спостерігатися випадки несприятливих наслідків медичного втручання. Найчастіше вони зумовлені тяжкістю захворювання, несвоечасністю діагностики і лікування у зв'язку з пізнім зверненням хворого до медичного закладу. Але в деяких випадках несприятливі наслідки медичного втручання пов'язані з *лікарськими помилками і ятрогеніями*, які стають об'єктом етичних і правових оцінок.

Лікувально-діагностичні заклади і фахівці, які в них працюють, виконують різні функції. Вони займаються профілактикою і лікуванням захворювань, пропагандою здорового способу життя, етапним веденням і реабілітацією, дипломною і післядипломною освітою, науково-дослідницькою роботою. Усі види діяльності мають здійснюватися тільки за повного визнання цінностей і достоїнства пацієнта, безумовної поваги до його особистості і прав. Лікарські помилки і ятрогенії не тільки порушують ці права, але й наносять непоправну шкоду стосункам хворого, його родини і медичного персоналу лікувально-діагностичних закладів.

Поняття лікарської помилки було введено римським правом. Згідно з законом Аквілія, до помилок лікарської діяльності відносили недосвідченість, необережність і ненадання медичної допомоги. У ході історії людства поняття «лікарська помилка» змінювалося. Дотепер немає загальноприйнятого чіткого визначення цього поняття. Існує багато визначень медичної (лікарської) помилки. Термінологічне тлумачення проблеми надзвичайно широке: від недбалості, необережних дій до добросовісної помилки без ознак халатності і нецтва. З точки зору сучасної біомедичної етики і юридичної практики лікарська помилка — це неправильні дії лікаря (чи його бездіяльність) під час виконання професійних обов'язків, які не стали наслідком халатності, недбалості, недобросовісності чи низької кваліфікації і не містять складу злочину або ознак провини.

Одним із перших у світі лікарів, що оприлюднив свої лікарські помилки, був видатний російський хірург М.І. Пирогов. Він підкреслював, що кожна добросовісна людина повинна вміти визнавати і виявляти свої помилки, щоб застережити від них людей менш досвідчених. Про свої лікарські помилки відкрито висловлювалися такі відомі професіонали, як австрійський хірург Т. Більрот, російські лікарі — педіатр Н.Ф. Філатов, терапевт

Ф.Г. Яновський, хірург М.І. Бурденко та ін. У вступі до своїх клінічних лекцій С.П. Боткін стверджував, що кожен лікар проходить цілу низку болісних сумнівів і помилок перед тим, як досягне вміння правильно використовувати з гуманною метою свої теоретичні лікарські знання зі спокійною совістю, без подальших моральних мук, тобто перед тим, як досягне професійної зрілості. Патологоанатом І.А. Кассирський наголошував, що кожна лікарська помилка повинна аналізуватися, щоб запобігти подібним помилкам у подальшому. Аналіз і вивчення лікарських помилок є реальним і дієвим шляхом удосконалення лікувально-діагностичного процесу.

Кількість лікарських помилок у професійній діяльності лікарів завжди була і залишається чималою в усіх країнах. У доповіді Комісії з якості медичної допомоги Інституту медицини США (1999 р.) зазначено, що внаслідок медичних помилок лікарів, медсестер і фармацевтів щороку помирають від 44 000 до 98 000 людей. Такі цифри перевищують кількість померлих унаслідок автомобільних катастроф, раку молочної залози і ВІЛ-інфекції (8-ме місце в переліку «вбивць»). У Великобританії, Франції та інших європейських країнах лікарські помилки виявлено в 10 % госпіталізованих пацієнтів (О.Е. Бобров, 2010). На жаль, офіційної статистики частоти лікарських помилок в Україні немає.

Лікарські помилки відрізняються за своєю суттю і наслідками для хворого. Не кожна лікарська помилка призводить до порушення здоров'я хворого, проте будь-яка помилка може бути небезпечна для нього.

Залежно від етапу, під час якого вони були допущені, виділяють діагностичні, лікувальні, профілактичні і організаційні лікарські помилки.

Найчастіше спостерігаються помилки на етапі встановлення діагнозу і вибору методу терапії. Головними причинами лікарських невдач є нетривалість перебування пацієнта під лікарським наглядом, нетиповість симптомів, лавиноподібність потоку новітньої медичної інформації. До лікарських помилок належить неправильне ведення документації, що має юридичну чинність.

Лікарські помилки мають між собою зв'язок. Так, повністю або частково помилковий діагноз (діагностична помилка) призводить до неправильного чи неповного лікування (лікувальна помилка).

Причини помилок бувають об'єктивними і суб'єктивними. До об'єктивних причин, які не залежать від лікаря, відносять: недосконалість медичної науки і практики, непостійність окремих принципів теоретичної і практичної медицини (зміна поглядів на етіологію, патогенез та лікування деяких захворювань); труднощі діагностики атипового перебігу захворювань; недостатня інформативність існуючих методів параклінічного обстеження хворих; відсутність необхідного діагностичного і лікувального оснащення медичних закладів; труднощі надання медичної допомоги (нетривале перебування хворого у відділенні або непритомний стан хворого); дефекти організації системи охорони здоров'я і недосконалість чинного законодавства.



Суб'єктивні причини складають основу більшості лікарських помилок і зумовлені невірною оцінкою клінічних даних, результатів параклінічних досліджень, висновків консультантів тощо. Добросовісна помилка лікаря без елементів халатності, недбалості і низької професійної кваліфікації не містить складу злочину або ознак провини. У деяких випадках суб'єктивні причини помилок пов'язані з такими негативними рисами характеру лікаря, як самопевненість, нерішучість, небажання постійно поповнювати свої знання, радитися з колегами в тяжких клінічних ситуаціях, дотримуватися принципів медичної деонтології і біоетики. Як суб'єктивно помилкова дія може бути кваліфіковане застосування лікарем протоколу лікувально-діагностичних заходів, який ще недавно вважався найбільш раціональним, але був замінений на новий, про що лікувальний заклад ще не був поінформований.

Лікарські помилки умовно поділяють на тактичні і технічні. Тактичні помилки включають неправильний вибір методів, дослідження для встановлення діагнозу, невірну оцінку їх результатів, помилки у веденні хворого та організації лікувального процесу. До технічних лікарських помилок відносять неправильне виконання діагностичних і лікарських маніпуляцій, дефекти оформлення медичної документації.

У клінічній практиці, на жаль, присутні і нещасні випадки, до яких відносять несприятливий результат лікування, операції або інших лікарських втручань, коли лікар був не в змозі передбачити нещастя, незважаючи на сумлінне ставлення до своїх службових обов'язків. Нещасні випадки виникають під час бездоганного проведення лікувально-діагностичної технології і зумовлені випадковими обставинами, що не залежать від лікаря. До категорії таких випадкових наслідків лікарського втручання можуть бути віднесені смертельні наслідки від наркозу у випадках, коли наркоз проведений за всіма правилами і вимогами медичної науки, і смерть стала наслідком особливого стану організму, виявити яке в окремих випадках медична наука не може. До подібної категорії належать випадки раптової смерті в разі вживання різних ліків, коли смертельний результат зумовлюється підвищеною чутливістю організму, а не порушеннями під час проведення лікувального заходу.

До нещасних випадків можуть бути віднесені смерть хворого від непереносимості вакцин і сироваток під час першого їх застосування, смерть від жирової емболії під час проведення операції металоостеосинтезу, рефлекторна зупинка серця під час операції у хворого без захворювань серцево-судинної системи, смерть під час переливання сумісної за групою і резус-фактором крові в разі проведення всіх обов'язкових проб та ін.

Лікарські помилки і нещасні випадки кримінально безкарні. Однак, щоб уникнути повторення подібних помилок, для запобігання їм у подальшій медичній практиці такі випадки систематично детально розбираються на клініко-патологоанатомічних конференціях або лікувально-контрольних комісіях.

Професійні помилки трапляються в роботі представників будь-якої професії, однак саме лікарські помилки мають велике суспільне значення, пов'язане з високою моральною відповідальністю лікаря перед своїм пацієнтом і суспільством.

Зовсім не випадково проблема оцінки якості медичної допомоги і, що більш важливо, контролю якості постійно перебуває в центрі уваги фахівців і широкого кола громадськості. Незважаючи на вдавну простоту, поняття «якість» дуже важко визначити. Однозначних критеріїв якості медичної допомоги не існує, оскільки кожен конкретний клінічний випадок вимагає індивідуального аналізу із залученням експертів, ретельного вивчення медичної документації, колегіального ухвалення рішення. В Україні контроль якості медичної допомоги здійснюється за наказом МОЗ України від 24.02.2010 р. за № 163 «Про управління якістю медичної допомоги».

Важливим аспектом запобігання лікарським помилкам є необхідність підвищення кваліфікації медичного працівника. Не викликає сумніву, що кожен медичний працівник зобов'язаний бути глибоко обізнаним у питаннях, що відповідають його спеціалізації, званню і посаді, а також уміти надати допомогу в екстрених ситуаціях. Дипломований фахівець не може посылатися на відсутність інформації, знань, і його кваліфікація повинна повною мірою відповідати професійним вимогам. *Питання про кваліфікацію і досвід медичних працівників має важливе значення і накладає певні зобов'язання як на органи охорони здоров'я, так і на кожного медичного працівника.* Медичні працівники зобов'язані вдосконалювати свою професійну кваліфікацію за допомогою медичної літератури, різних форм післядипломного навчання. Вони повинні брати участь у конференціях, консилиумах. За висловленням М.І. Пирогова, «вчитися і жити — є те саме».

Дії медичних працівників, проведені правильно або з дефектами, можуть стати причиною змін у стані здоров'я пацієнтів, тобто призвести до ятрогенних захворювань, або ятрогеній. Ятрогенні захворювання (гр. *iatros* — лікар, *gennaō* — робити; син. ятрогенії) спочатку розглядалися як психогенні розлади, що виникають унаслідок деонтологічних помилок медичних працівників — неправильних, необережних висловлювань або дій. Згодом до ятрогеній віднесли також розлади, зумовлені негативними наслідками лікарської терапії і фізичних ушкоджень від медичних втручань. Таким чином, ятрогенію стали розглядати у двох значеннях: перше — ятрогенія впливу, відповідно до прийнятого ВООЗ поняття про нанесення шкоди пацієнту під час профілактичних, діагностичних і лікувальних процедур; друге — ятрогенія спілкування, що є складовою частиною деонтології і біомедичної етики.

Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) патологічний процес, що виник унаслідок будь-якого медичного

заходу (правильно проведеного або з дефектами) — медикаментозної терапії, діагностичної, лікувальної маніпуляції, хірургічної операції тощо - є ятрогенією. Зокрема, МКХ-10 містить такі підрозділи:

- Випадкове передозування ліків, неправильне призначення або приймання лікарського засобу помилково (X40—X44).
- Лікарські засоби, медикаменти і біологічні речовини, що є причиною несприятливих реакцій під час терапевтичного застосування (Y40—Y59).
- Нанесення шкоди хворому під час виконання терапевтичних хірургічних втручань (Y60—Y69).
- Медичні прилади і пристрої, з якими пов'язані нещасні випадки, які виникли під час їхнього використання з діагностичною метою (Y70-Y82).

За даними Комісії з якості медичної допомоги Інституту медицини США (1999 р.), загрози безпеці пацієнта можуть бути зумовлені: побічними діями ліків та їх комбінацій; ризиками використання медичної техніки; неякісною продукцією, що потрапляє в систему охорони здоров'я; людським фактором; системними недоліками.

Комісія дійшла висновку, що відповідальність за недостатню безпеку пацієнтів слід насамперед покласти на структурні, організаційні та оперативні недоліки системи охорони здоров'я, а не на окремих медичних працівників. У США Федеральний закон заборонив керівникам закладів охорони здоров'я та акредитаційним комісіям застосовувати санкції до працівників, які визнали помилку, у разі, якщо скоєні дії не порушують кримінальне або інше законодавство.

У зв'язку з можливістю судового позову про відшкодування матеріального і морального збитку внаслідок несприятливих наслідків лікарського втручання важливого значення набуває страхування відповідальності медичних працівників. Медичні та фармацевтичні працівники мають право на страхування випадків заподіяння шкоди або збитка здоров'ю, що не пов'язані з недбалим виконанням ними професійних обов'язків. Немає ніяких перешкод і для страхування відповідальності медичних і фармацевтичних працівників за наявності їхньої провини у формі необережності.

У нашій країні основним документом, який регулює стосунки між пацієнтом і медичним закладом, є «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Закон передбачає «право пацієнта на вибір лікаря з урахуванням згоди останнього». Лікар в амбулаторно-поліклінічних закладах призначається на вибір пацієнта або керівника лікувально-профілактичного закладу (його підрозділу). За українським законодавством (лікар за узгодженням з відповідною посадовою особою) може відмовитися від лікування пацієнта, якщо «останній не виконує медичних призначень або правил внутрішнього

розпорядку закладу охорони здоров'я, за умови, якщо це не загрожує життю хворого і здоров'ю населення. Лікар не несе відповідальності за здоров'я хворого в разі відмови останнього від медичних призначень або порушення пацієнтом встановленого для нього режиму».

### ПРАВОВА ОЦІНКА ЛІКАРСЬКОЇ ПОМИЛКИ ТА ЯТРОГЕНІЇ

Лікарська помилка є категорією не юридичною, оскільки в діях лікаря за її визначенням відсутні ознаки злочину або проступку, тобто суспільно небезпечні дії чи бездіяльність, які зумовили суттєву для злочину або несуттєву для проступку шкоду правам і інтересам людини. У зв'язку з цим медичним працівникам необхідно чітко розуміти ті юридичні критерії, які дозволяють кваліфікувати ту або іншу дію чи бездіяльність лікарів як правопорушення.

До юридичної відповідальності лікаря можуть притягнути за заподіяння шкоди з його вини. Правопорушення характеризується чотирма складовими: заподіяння шкоди, протиправність поведінки, причинно-наслідковий зв'язок між шкодою та протиправною поведінкою і наявність вини особи, що заподіяла шкоду. Вина лікаря визначається у вигляді двох форм — наміру і необережності. Розглядають прямий і непрямий намір. У разі прямого наміру лікар усвідомлює суспільно небезпечний характер своїх дій або бездіяльності, передбачає його суспільно небезпечні наслідки і бажає їх настання.

У разі непрямого наміру лікар також усвідомлює суспільно небезпечний характер своїх дій чи бездіяльності, передбачає їх суспільно небезпечні наслідки, але не бажає їх настання і лише свідомо припускає таку можливість.

Про необережність говорять у тому випадку, коли лікар передбачив можливість виникнення суспільно небезпечних наслідків своїх дій або бездіяльності (заподіяння шкоди здоров'ю чи смерть хворого), але без достатніх для того підстав самовпевнено розрахував, що вони не виникнуть. Поняття недбалості і халатності використовують тоді, коли лікар не передбачив імовірність виникнення суспільно небезпечних наслідків своїх дій, але якщо б він був уважним і передбачливим, то повинен був і міг би передбачити ці наслідки.

Причиною необережності часто буває медичне неуцтво — відсутність елементарних медичних знань. Необережність є наслідком надмірної самовпевненості (легковажності) чи недбалості (халатності).

Під час проведення судово-медичної експертизи і розгляду судових справ іноді буває дуже складно встановити і довести вину лікаря чи її відсутність. Тому дуже важливого значення набуває правильне оформлення медичної документації, що оцінюється судом при винесенні ним рішення. Вивчення судової практики доводить, що недбале ведення історій хвороби або амбулаторної карти стає одним з найбільш частих критеріїв вини лікарів за «медичними справами». «Медичні справи» — це справи, порушені

слідчими органами проти лікарів за професійні чи службові правопорушення. Такі справи порушуються як проти лікарів тих спеціальностей, які застосовують хірургічні методи діагностики і лікування — анестезіологіє, хірургів і акушерів-гінекологів, так і проти педіатрів, терапевтів і лікарів інших спеціальностей. Не тільки виконані, але ще й ретельно і задокументовані втручання та їх результати є доказом повноцінності ведення пацієнта з використанням усіх необхідних маніпуляцій та призначень. Відповідність стандартам медичної допомоги, своєчасність і правильність виконання медичного втручання є об'єктом незалежної юридичної оцінки. Отримання інформованої згоди на медичне втручання з роз'ясненням і обговоренням його суті також є суттєвим етапом юридичної експертизи.

Права пацієнта в нашій країні надійно захищені «Основами законодавства України про охорону здоров'я», та іншими законами - Конституцією України, Цивільним кодексом України, законом України «Про захист прав споживачів», Кримінальним кодексом України.

Лікар, який зробив помилку, може нести моральну, дисциплінарну, адміністративну, цивільно-правову відповідальність. Найчастіше за цю помилку він несе моральну відповідальність. В основі моральної відповідальності лежить його совість, висока вимогливість до себе, високі моральні якості особистості лікаря. Дисциплінарна відповідальність настає в разі порушення лікарем трудової дисципліни. Дисциплінарна відповідальність передбачає такі стягнення, як догана і звільнення з роботи. Адміністративна відповідальність за адміністративні правопорушення передбачає попередження, штраф, конфіскацію, виправні роботи і адміністративний арешт. Цивільно-правова відповідальність лікаря може складатися з відшкодування моральної шкоди у випадках, якщо лікар не доведе, що моральна шкода заподіяна хворому не з його вини, або не буде доведено, що лікар діяв за згодою і за проханням пацієнта, або лікарем були здійснені всі необхідні заходи для належного використання своїх професійних обов'язків.

До кримінальної відповідальності за українським законодавством медичні і фармацевтичні працівники можуть бути притягненні в разі невиконання чи належного виконання своїх професійних обов'язків внаслідок недбалого або несумлінного ставлення до них, що призвело до тяжких наслідків для хворого і для неповнолітнього ( ст. 140 КК України).

Оцінку помилкових лікарських дій чи бездіяльності треба надавати за чіткими критеріями правопорушення. Критерієм правопорушення є насамперед неправомірна поведінка. Другим критерієм правопорушення є заподіяння шкоди здоров'ю хворого чи його життю, зумовлене неправомірними діями з прямим причинно-наслідковим зв'язком між настанням шкоди і неправомірною (об'єктивно неправильною) поведінкою лікаря. Проте при лікарській помилці відсутня вина в будь-якій формі, у вигляді як наміру, так і необережності.

Пацієнт має право на відшкодування моральної шкоди, якщо лікар не був притягнутий ні до дисциплінарної, ні до кримінальної відповідальності, але з вини медичних працівників хворий зазнав моральних страждань: перебував у неналежних санітарно-гігієнічних умовах; мало місце грубе, нетактовне ставлення до нього медичного персоналу; порушувалися правила транспортування постраждалого чи хворого; доведені помилки або недбалість під час ведення медичної документації, що призвели до помилкової чи пізньої діагностики; виявлені порушення наступності в лікуванні. Відшкодування моральної шкоди все частіше стає предметом судової практики. При цьому відповідачем є заклад охорони здоров'я, де працює лікар, який заподіяв шкоду( ст. 441 ЦК України).

Моральна шкода заподіюється, якщо пацієнт заражений вірусом імунодефіциту чи іншою невиліковною хворобою з вини медичних працівників (ст. 131 КК України); якщо не надана медична допомога (ст. 139 КК України); у випадках примусової госпіталізації до психіатричної лікарні психічно здорової людини (ст. 151 КК України); якщо встановлений факт розголошення лікарської таємниці (ст. 145 КК України).

Пацієнт має право на відшкодування майнової шкоди, якщо він втратив заробіток внаслідок втрати або зниження працездатності, або у зв'язку з витратами, спричиненими ушкодженням здоров'я - посиленням харчуванням, протезуванням, стороннім доглядом (ст. 445 ЦК України).

Слід зазначити, що медичний працівник також має право захистити свою честь, гідність, ділову репутацію у судовому порядку, якщо про нього поширюються наклепницькі вигадки, він піддається протиправним діям, грубому ставленню з боку пацієнта та його близьких. Лікар може вимагати спростування інформації і відшкодування моральної і матеріальної шкоди (ст. 7 ЦК України).

### ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ І ТЕМИ ДЛЯ ДИСКУСІЙ

1. Визначення лікарської помилки та її біоетичне значення.
2. Об'єктивні причини лікарської помилки.
3. Суб'єктивні причини лікарської помилки.
4. Визначення поняття «нешасний випадок».
5. Суспільні аспекти лікарської помилки та її запобігання.
6. Визначення поняття «ятрогенія» та її види.
7. Стосунки між пацієнтом, лікарем та медичним закладом в «Основах законодавства України про охорону здоров'я».
8. Критерії правопорушення в діях лікаря.
9. Види відповідальності лікаря за професійну помилку.
10. Кримінальна відповідальність медичних і фармацевтичних працівників за професійні і службові правопорушення.

## ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ПОГЛИБЛЕННЯ ЗНАНЬ

1. *Грандо А.А.* Врачебная этика и медицинская деонтология. — К., 1988. — 187 с.
2. *Завалюк А.Х., Кривда Г.Х., Юхимець І.О.* Етично-правові аспекти лікарської діяльності в Україні. — Одеса, 2008. — 191 с
3. *Козулін С.О., Журавель В.І.* Правопорушення лікарів та їх цивільно-правова відповідальність // Охорона здоров'я України. — 2002. — № 3–4 (6–7). - С 86–88.
4. *Основи законодавства України про охорону здоров'я // Відомості Верховної Ради України.* - 1993. - № 4. - С 26–30.
5. *Уголовный кодекс Украины.* — Харьков, 2001. — 255 с.
6. *Фуллер ЛЛ.* Мораль права. — К.: Сфера, 1999. — 232 с.
7. *ХартЛА.* Концепція права. — К.: Сфера, 1998. — 231 с.
8. *Циппеліус Р.* Філософія права. — К.: Тандем, 2000. — 300 с.

## **ПРИКЛАДНА (КЛІНІЧНА) БІОЕТИКА**

### **РОЗДІЛ 1**

### **БІОЕТИЧНІ ТА ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ РЕПРОДУКЦІЇ ЛЮДИНИ**

У сфері репродукції людини, або прокреації (від лат. *procreatio* — народження, відтворення потомства), існує низка суттєвих біоетичних проблем. Морально-етичні, соціальні та правові питання виникають у зв'язку з перериванням вагітності, застосуванням методів контрацепції, неможливістю зачати і виносити дитину, розробкою новітніх репродуктивних технологій. Важливою проблемою є також біоетичні конфлікти між матір'ю та плодом, що розглядаються у площині пріоритетності сторін конфлікту.

#### **БІОЕТИЧНА ОЦІНКА ШТУЧНОГО АБОРТУ**

У найбільш широкому контексті біоетична оцінка штучного аборту базується на аналізі причин виконання цієї медичної маніпуляції у взаємозв'язку з обговоренням базисних закономірностей біологічного розвитку плода людини.

Занепокоєність викликають як медичні наслідки абортів (материнська захворюваність, що нерідко призводить до безплідності і смертності), так і морально-правові — проблеми його допустимості в різних термінах вагітності і законодавчої регламентації. В Україні спостерігається високий рівень штучного переривання вагітності — понад 19 на 1000 жінок репродуктивного віку, що впливає на фертильність і перебіг наступної вагітності та пологів.

Суть біоетичної проблеми полягає у визначенні морального статусу плода як людини, а також пріоритетності прав автономії матері та плода. Принциповими є питання, до якого періоду розвитку плода (якщо такий може бути названий) і з якої причини (якщо така може бути сформульована) аборт правомірно вважається етично прийнятним.

Потенційними причинами абортів є:

- 1) «терапевтичний» аборт — якщо є загроза життю або фізичному / психічному здоров'ю матері в разі збереження вагітності;
- 2) «євгенічний» аборт — якщо є висока ймовірність або впевненість, що збережена вагітність завершиться народженням тяжкохворої дитини або дитини з небажаними порушеннями;



3) аборт за соціальними показаннями — вагітна надто молодого або літнього віку; якщо є рішення суду про позбавлення або про обмеження батьківських прав; якщо вагітність настала в результаті зґвалтування або інцесту; у разі перебування жінки в місцях позбавлення волі; за наявності інвалідності I—II групи чоловіка або смерті чоловіка під час вагітності; якщо жінка незаміжня, а народження дитини призведе до стигматизації або порушення традицій, норм та законів;

4) аборт з метою контрацепції — всілякі інші індивідуальні ситуації, при яких народження дитини негативно відіб'ється на благополуччі жінки, сімейної пари або всієї родини, включаючи вже народжених дітей, коли жінка орієнтована на професійну кар'єру, коли народження дитини може, на думку подружньої пари, порушити гармонію стосунків у родині або буде причиною непосильного фінансового навантаження тощо.

Існують консервативний, ліберальний та центристський підхід щодо етичної оцінки абортів. Консервативна точка зору полягає у твердженні, що аборт ніколи не може бути виправданим етично, або аборт допустимий тільки за необхідності врятування життя вагітної. Ліберальна точка зору полягає в етичній прийнятності абортів в усіх випадках, тобто в будь-який період розвитку плода і незалежно від причини. Прихильники третьої, центристської, позиції вважають, що аборт морально допустимий до певної стадії біологічного розвитку плода і (або) стверджують, що деякі причини є достатньою етичною підставою для проведення абортів, у той час як інші не є такими. Консервативні та ліберальні погляди є двома полюсами в спектрі етичних поглядів на аборт. Центристська точка зору на аборт, на відміну від полярних думок, не зводиться ні до інтенсивного осуду, ні до безкомпромісного захисту практики медичного абортів. Зазвичай центристський аналіз етичної прийнятності абортів пропонує враховувати як стадію внутрішньоутробного розвитку ембріона/плода, так і причини переривання вагітності. Етичну оцінку абортів проводять як прихильники погляду «право на життя», так і прихильники погляду «право на вибір».

Моральний статус плода є найважливішим питанням у дискусіях про етичну прийнятність абортів. Стверджувати, що плід має повний моральний статус, значить стверджувати, що він є об'єктом усіх моральних суджень такою самою мірою, як і повністю сформований індивідуум. Зокрема визнання повного морального статусу плода практично означає, що плід має право на життя, яке слід розглядати з такою самою серйозністю, як право на життя будь-якої іншої людини. З іншого боку, стверджувати, що плід не має істотного морального статусу, — значить стверджувати, що він не має жодних прав, які слід обговорювати. Зокрема такий підхід заперечує істотне право на життя. Консерватори зазначають, що плід має всю повноту морального статусу, ліберали наполягають, що плід немає істотного морального статусу, а деякі центристи залишають за плодом частковий моральний статус.

Дискусії про моральний статус плода часто співвідносяться із закономірностями онтогенезу і пов'язані з відповіддю на запитання про те, з якого моменту розвитку плода починається людське життя? У такому контексті дискусії людина володіє повним моральним статусом, у той час як «нелюдина» не має значущого морального статусу і, отже, поняття часткового морального статусу виключається. Центральна проблема полягає в тому, щоб визначити відмінність між людиною і «нелюдиною», провести «розмежувальну лінію» між ними і дійти згоди в методології таких дій. Консерватори, як правило, вважають, що «розмежувальна лінія» повинна проводитися з моменту зачаття як винятково безперечної точки відліку. Проти спроб проведення «розмежувальної лінії» у зв'язку з іншими важливими пунктами онтогенезу (такими, як імплантація, ворушіння, серцебиття або народження) висувається той аргумент, що плід розвивається безупинно і неможливо знайти будь-які межі його онтогенезу. Консерватори впевнені, що «лінія» не може обґрунтовано пройти через будь-який період безперервного розвитку плода. Вона буде постійно зміщуватися до досягнення пункту зачаття, де можна знайти об'єктивне обґрунтування початку людського життя. Саме в результаті зачаття виникає повний генетичний код, у той час як його не існувало до зачаття. З погляду консерваторів, повний моральний статус плода визначає таку саму моральну неприпустимість абортів (можливо, за винятком випадків порятунку життя матері), як і вбивство людини.

Ліберальна точка зору на проведення «розмежувальної лінії» полягає в тому, що плід не можна розглядати як людську істоту навіть на найпізніших стадіях свого розвитку. Ідеться зазвичай не про те, що ставиться під сумнів, що плід біологічно є плодом людини. Скоріше стверджується, що плід не є людиною в будь-якому морально значущому відношенні, тобто не має значущого морального статусу. «Розмежувальна лінія» прихильниками ліберальних поглядів проводиться на рівні пологів (а іноді й пізніше). З ліберальної точки зору плід не має більших прав на життя, ніж клітини тканин і органів, які видаляються під час будь-якої хірургічної операції.

У біоетичних дискусіях про різні аспекти абортів найпильнішу увагу приділяють питанням, що мають відношення до різних етапів розвитку плода. Методологічно цікавою є спроба порівняння закономірностей формування плода, його серця, головного мозку і вищих відділів головного мозку з отриманням ним морального статусу і, отже, з обґрунтуванням різного ступеня прийнятності абортів в різних термінах гестації. Теоретичною основою цільової оцінки цих етапів розвитку є побудова симетрії між *аборт* і відомими *визначеннями смерті на основі смерті серця, головного мозку або вищих відділів головного мозку*.

Найважливішим періодом онтогенезу є зачаття, коли сперматозоїд з'єднується з овоцитом і утворюється одноклітинна зигота з повним генетичним кодом з 23 пар хромосом. У процесі розподілу одноклітинна зигота

трансформується у багатоклітинну зиготу, що просувається по матковій трубці і потім поступово імплантується в стінку матки. Формально термін «зигота» зберігається до часу повної імплантації — протягом 15 днів від моменту зачаття. Потім до кінця 11-го тижня (протягом так званого ембріонального періоду) відбувається розвиток органів і систем. З початку 12-го тижня до народження відбувається розвиток плода. Слід зазначити, що термін «плід» часто вживається в широкому розумінні для позначення людської істоти, яка ще не народилася, незалежно від стадії внутрішньоутробного розвитку. У розвитку плода існують дуже важливі моменти, що посідають особливе місце в дискусіях про етичну прийнятність абортів. Формування серця завершується у 8-тижневому гестаційному віці, однак повною мірою функціональна здатність серця формується пізніше. Є симетрія між серцево-орієнтованим визначенням смерті й етично прийнятними термінами проведення абортів. Існує точка зору про набуття плодом морального статусу фактом структурно-функціонального формування серця. В Україні, як відомо, аборт «на прохання» роблять у терміни, не пізніше 12 тиж вагітності.

У терміни гестації, що відповідає 18—20 тиж, жінка починає відчувати рухи (ворушіння) плода. У ці ж терміни гестації починає вислуховуватися через черевну стінку і стінку матки серцебиття плода. Етики, які вважають, що повного морального статусу плід набуває з моменту появи неврологічної інтеграційної здатності, визнають прийнятним аборт до цієї стадії. Такий підхід є симетричним визначенню смерті на підставі смерті всього головного мозку.

Приблизно до 22—24-го тижня гестації плід стає життєздатним. До цього періоду вже сформовані вищі відділи головного мозку. Прихильники точки зору, відповідно до якої плід набуває морального статусу з цього моменту, вважають етично неприйнятним аборт пізніше цього терміну. Такий підхід є симетричним визначенню смерті на підставі смерті вищих відділів головного мозку.

Православна і Католицька Церкви, Іслам, Іудаїзм, а також інші релігійні конфесії підтримують консервативні погляди на правомочність абортів. Відповідно до християнського віровчення, момент зачаття — це і є момент виникнення людської душі. Православна Церква розглядає навмисне переривання вагітності (аборт) як тяжкий гріх. Канонічні правила прирівнюють аборт до вбивства. В основі такої оцінки лежить переконаність у тому, що зародження людської істоти є даром Божим, тому з моменту зачаття будь-яке зазіхання на життя майбутньої людської особистості злочинне. Значне поширення і виправдання абортів у сучасному суспільстві Церква розглядає як погрозу майбутньому людству та явну ознаку моральної деградації. Вірність біблійному вченню про святість і безцінність людського життя від самих її джерел несумісна з визнанням «волі вибору» жінки в розпорядженні

долею плода. Крім того, аборт є серйозною загрозою фізичному і духовному здоров'ю матері. Церква також вважає своїм обов'язком виступати на захист найбільш уразливих і залежних людських істот, якими є ненароджені діти.

Католицька Церква захищає достоїнство і життя людини, незалежно від того, в якій стадії чи розвитку, в якому стані здоров'я і свідомості вона перебуває. Ще в Енцикліці «*Humanae vitae*» зазначено: «Ми повинні ще раз офіційно заявити: пряме припинення вже розпочатого процесу розвитку дитини в організмі матері, насамперед, прямий аборт — навіть якщо його здійснюють з лікувальною метою — є неприпустимим способом обмеження кількості дітей, і його слід абсолютно відкинути». Папа Іоанн Павло II в Енцикліці «*Evangelium vitae*» зазначив, що «аборт завжди є важкою моральною провиною, оскільки він є навмисним убивством безвинної людини».

На думку ісламських богословів, пророк Мухаммед, говорячи про основні стадії розвитку ембріона в утробі матері, зазначив, що через 120 днів Господь посилає ангела, що вдихає душу в дитину, яка формується. На основі цього ісламські богослови вважають за можливе робити аборт до настання цього терміну в разі крайньої необхідності.

На думку богословів-іудаїстів, душа вселяється в зародок на 40-й день після зачаття. До цього ембріон — не більше ніж просто клітина або конгломерат клітин. Проте іудаїсти вважають, що аборт є навмисним убивством.

Найбільш ліберальний погляд на аборти висловлюють феміністи. Відомий лідер феміністського руху Америки М. Зангер стверджувала: «Контроль народжуваності — це не більше ніж прополка людських бур'янів методом запобігання народженню дефективних людей або тих, хто може стати дефективними». До «дефективних» М. Зангер відносила не тільки розумово відсталих, а й небіле населення і просто бідних. На думку прихильників фемінізму, жінки мають право на вільний відповідальний вибір стосовно того, чи виношувати їй зачатий плід, чи абортувати його.

На їх думку, шлях сучасного розвитку повинен проходити не через обмеження репродуктивного вибору, а, навпаки, через його розширення: у сучасному суспільстві жінка повинна мати доступ до сексуальної освіти, у неї має бути вибір засобів регулювання фертильності. Однак за наявності цих можливостей їй також має бути доступний безпечний і легальний аборт.

У біоетичних дискусіях щодо абортів окремо обговорюється спосіб переривання вагітності. У I триместрі вагітності аборт проводять «хірургічними» методами — вишкрібанням (кюретаж) внутрішньої стінки порожнини матки або вакуумною аспірацією. Існує також практика переривання вагітності в ранні терміни за допомогою хімічних засобів. Причиною серйозних етичних дебатів стало розроблення у Франції препарату RU 486 (міфепристон), що спричинює відторгнення трофобласту на перших тижнях вагітності за рахунок антипрогестеронової дії. Абортивна активність RU 486 посилюється простагландинами. Іншим методом хімічного переривання ранньої

вагітності стало використання метотрексату, що пригнічує поділ клітин плода.

До фармакологічних речовин та засобів, що блокують імплантацію ембріона в матці (інтерцептиви), відносять комбіновані оральні контрацептиви, прогестини, посткоїтальні контрацептиви (негайна контрацепція, «таблетка наступного дня»), внутрішньоматкові засоби.

З точки зору консерваторів, дія хімічних речовин і механічна дія внутрішньоматкових засобів контрацепції прирівнюється до хірургічного аборт, тому їх використання неприпустиме. Вони категорично проти легальної доступності цих засобів контрацепції. Консерватори кваліфікують цей метод як «хімічну війну з ненародженими» і ставляться до застосування цих засобів, як до «людських пестицидів». Прихильники ліберального підходу до переривання вагітності розглядають використання хімічного методу і механічних внутрішньоматкових засобів контрацепції як легальну нехірургічну форму запобігання розвитку вагітності, на яку кожна жінка має моральне право.

Біоетична оцінка штучного аборт неможлива без урахування його можливих фізичних та психічних наслідків. З цим втручанням пов'язані такі тяжкі ускладнення, як перфорація матки, інфекції внутрішніх статевих органів, підвищений ризик безплідності, мимовільних абортів і передчасних пологів, психологічна травма.

Переривання вагітності після I триместру здійснюється за показаннями. Воно, як правило, є терапевтичним аборт, суворо регламентується законом, ніколи не виконується «на прохання». Аборт у термін з 12 до 22 тиж гестації вагітності виконують: 1) з використанням препаратів міфепристон, мізопростол та препідил; 2) за методикою інтраамніального введення простагландинів або гіпертонічного розчину; 3) методом гістеротомії. У пізні терміни вагітності за допомогою лікарських препаратів, що спричинюють скорочення матки, можуть індукуватися штучні пологи. Пізні переривання вагітності супроводжується сильними больовими відчуттями. При цьому в терміни гестації понад 21 тиж дитина може народитися живою. Переривання вагітності після I триместру супроводжується тяжкою психологічною травмою.

Біоетична оцінка терапевтичного аборт дається з урахуванням розвитку та досягнень перинатальної медицини. Методи пренатальної діагностики в ранніх стадіях антенатального розвитку (у тому числі передімплантаційної) за допомогою дослідження клітин зародку, ворсинок хоріона, ультрасонографії плода, біохімічного скринінгу, амніоцентезу дали можливість виявляти в ранніх стадіях генетичну патологію та вади розвитку. Виявлення ембріонів та плодів з тяжкими спадковими та природженими захворюваннями і переривання такої вагітності запобігає тяжкій інвалідизації та зменшує психологічне й економічне навантаження на родину і суспільство. Розвиток медико-генетичних методів діагностики і лікування може сприяти

запобіганню тяжких хвороб і полегшенню страждань багатьох людей. Пренатальна діагностика може вважатися морально виправданою, якщо вона спрямована на лікування виявлених захворювань у ранніх стадіях, а також на підготовку батьків до особливого піклування про хвору дитину.

Водночас багато релігійних і суспільних діячів відзначають етичну дилему пренатальної діагностики спадкових захворювань в ранніх стадіях внутрішньоутробного розвитку. Деякі з цих методів можуть бути загрозою для життя і цілості ембріона або плода, що тестують. Виявлення невеличкого генетичного захворювання нерідко стає поштовхом до переривання зародженого життя: відомі випадки, коли на батьків чинився відповідний тиск, хоча право на життя, любов і турботу має кожна людина. З етичної точки зору будь-яка неповноцінність нічого не змінює в онтологічній сутності майбутньої дитини. Вона, так само як і будь-який інвалід, через свою недугу не виключається із суспільства, а навпаки, потребує від нього більшої допомоги і захисту. З точки зору консерваторів, знищення генетично уражених ембріонів або ембріонів з вадами розвитку — це аналог евгенічного аборту, мета якого близька до расистської теорії про «очищення» людства від неповноцінних осіб, відтворення елітної раси.

Біоетична оцінка евгенічного аборту дається з різних позицій. Євгеніка (від грецьк. *eugenes* — «доброго роду», «породистий») — соціальна філософія, вчення про спадкове здоров'я людини, а також про шляхи поліпшення його спадкових властивостей. Розрізняють позитивну і негативну евгеніку. Мета негативної евгеніки — примусове припинення відтворення осіб, що мають спадкові дефекти, або тих, кого в цьому суспільстві вважають фізично або розумово неповноцінними. У свій час негативна евгеніка практикувалася в націонал-соціалістичній Німеччині, у США (з 1920-х до кінця 1950-х років), Данії, Швеції, Швейцарії, Норвегії, Естонії. Мета позитивної евгеніки — сприяння відтворенню людей з ознаками, які розглядаються, як цінні для суспільства (відсутність спадкових захворювань, нормальний фізичний розвиток, іноді — високий інтелект). Останніми десятиліттями більшість з основних передумов евгеніки були науково дискредитовані, а евгенічний рух втратив свій вплив як суспільна сила. Євгенічний аборт засуджується релігійними конфесіями як один з різновидів «навмисного вбивства». Разом з тим завдяки сучасним досягненням медико-біологічних наук і технологій, деякі напрямки евгеніки були частково реалізовані. Наприклад, медико-генетичне консультування надає допомогу майбутнім батькам, якщо є причини побоюватися, що їхня дитина успадкує важке захворювання. Оцінивши ступінь ризику, чоловік і жінка можуть прийняти рішення щодо настання та продовження вагітності, раннього лікування та виховання дитини. Безумовно, відсутність значних фізичних і розумових дефектів і наявність міцного здоров'я потомства — гідна мета, яку ставлять перед собою медична наука і практика.

Раннє визначення статі дитини широко застосовується в медичній практиці для запобігання народженню дітей з Х-зчепленими спадковими захворюваннями. Однак використання медичних технологій для того, щоб батьки могли вільно (за бажанням) моделювати стать своєї майбутньої дитини, може призвести до катастрофічних наслідків для людства. Такій практиці потрібно створювати етичні та юридичні перешкоди. Загроза полягає в тому, що більшість народів віддає перевагу дітям чоловічої статі. Можливість вільного визначення статі майбутньої дитини в ранні терміни вагітності створить погрозу дискримінації плодів жіночої статі. У Китаї, Індії та інших країнах широко практикуються аборти, якщо визначена жіноча стать плода. Наприклад, за даними індійсько-канадських досліджень, приблизно 500 000 ненароджених дівчаток абортуються в Індії щороку. У цій країні у віці 6 років 927 дівчаток на кожних 1000 хлопчиків, тоді як у світі це співвідношення в середньому дорівнює 1050 дівчаток на 1000 хлопчиків. Порушення природного співвідношення хлопчиків і дівчаток призводить до негативних наслідків для суспільства. Таку практику можна назвати негативною евгенікою — штучним усуненням з популяції людей, які в соціумі сприймаються, як неприйнятні. Як захист від цього, у деяких країнах заборонено визначати стать плода у терміни, коли дозволено проводити штучний «аборт на прохання».

З ліберальної точки зору репродукція в разі високого генетичного ризику вважається морально не виправданою, а проведення селективного аборт, що знижує ризик народження дітей з тяжкими генетичними або природженими захворюваннями, які в подальшому є тягарем для сім'ї та суспільства, є морально припустимими. Вважають, що методи пренатальної діагностики розроблені не для поліпшення генофонду людини, а для допомоги окремим сім'ям у здійсненні їх бажання мати здорову дитину.

Біоетичною проблемою, пов'язаною з репродукцією в умовах високого генетичного ризику, є питання про виправданість використання примусових заходів та соціального контролю за індивідуальними репродуктивними рішеннями. Одна річ стверджувати, що певний репродуктивний вибір є аморальним, і зовсім інша — стверджувати, що примусові заходи контролю репродуктивного вибору є морально виправданими. Такий принциповий контроль, як стерилізація або обов'язковий амніоцентез з подальшим аборт, у більшості етичних дискусій заперечуються як дії, що порушують фундаментальні права людини. Обов'язкові програми скринінгу для ідентифікації носіїв генетичної патології серед інших примусових заходів є менш агресивними, однак також отримують неоднозначну оцінку фахівців у галузі біомедичної етики.

Міжнародне біоетичне та правове регулювання аборту базується на тому факті, що більшість країн світу (не лише розвинутих), підтримуючи Загальну декларацію прав людини 1948 року (Додаток 4), Конвенцію про захист фундаментальних прав і свобод людини 1950 року, підписали Конвенцію

про права людини і біомедицину (1997 р.; Додаток 6). У Конвенції забороняється будь-яка форма дискримінації за ознакою генетичної спадщини тієї або іншої особи; втручання в геном людини, спрямоване на його модифікацію, може бути здійснено тільки в профілактичних, терапевтичних або діагностичних цілях і тільки за умови, що подібне втручання не спрямоване на зміну генома спадкоємців цієї людини.

З юридичних позицій евгенічний аборт не може бути повністю виправданий насамперед тому, що міжнародні норми гарантують дотримання прав неповнолітніх дітей. Так, у «Конвенції про права дитини» визнається право неповнолітньої дитини на особливу турботу. Крім того, неповнолітні особи — як дорослі, так і діти — користуються рівними правами з іншими людьми. Про це свідчать «Конвенція про права інвалідів» Генеральної Асамблеї ООН (2006 р.; Додаток 14) і «Декларація про права розумово відсталих осіб» Генеральної Асамблеї ООН (1971 р.; Додаток 15), згідно з якими інваліди і розумово відсталі особи мають ті самі права, що й інші люди.

З правової точки зору аборт належить до числа найдавніших юридичних проблем. До нього неоднозначно ставилися в стародавньому світі. Хоча в Клятві Гіппократа говориться про заборону переривання вагітності («Я... не вручу ніякій жінці абортивного песарію»), у той самий час Арістотель вважав аборт припустимим засобом регулювання народжуваності і дозволеним, доки в зародку не сформувалися «чутливість» і «рухова активність». У Древньому Римі аборт широко практикувався; юридичний статус зародка трактувався як частина тіла матері (*pars viscerum*), тому жінку не карали за вмертвіння плода або вигнання його з утроби. Але коли в Римській імперії виникла необхідність у солдатах для захоплення чужих земель і збільшенні кількості рабів, ембріон (*nasciturus* — «що має народитися») почали наділяти деякими цивільними правами, а штучний аборт став трактуватися як злочин.

Виникнення християнства призвело до усвідомлення цінності ембріона. В епоху раннього християнства аборт ототожнювався з убивством людини. Відповідно до християнської концепції знищення плода позбавляє його благодаті майбутнього водохрещення і є тяжким гріхом.

У XIX ст. аборти були законодавчо заборонені в США в усіх випадках, крім тих, коли йшлося про порятунок життя жінки.

У Російській імперії в XIX ст. законодавчо розрізнялися дозволений штучний аборт, зроблений лікарем для порятунку життя жінки, й аборт, зроблений самою жінкою або сторонньою особою зі злочинною метою припинення вагітності. Належність особи, що робить кримінальний аборт, до медичної професії (включаючи повитух), вважалось обтяжливою обставиною.

Радянська Росія була першою державою, яка в 1920 р. легалізувала «аборт на прохання», однак уже в 1924 р. органи охорони здоров'я створюють «абортні комісії», що видавали дозвіл на безкоштовний аборт, застосовуючи при цьому класовий підхід. У 1936 р. у СРСР була прийнята постанова, що забороняла



аборти. Ця зміна політики була пов'язана як з демографічним чинником (зниження чисельності населення), так і з ідеологією. Дозвіл абортів нібито суперечив твердженням офіційної пропаганди про постійне зростання добробуту трудящих. Збільшення кількості кримінальних абортів у післявоєнні роки призвів до зміни політики стосовно абортів — у 1955 р. у СРСР був прийнятий Указ «Про скасування заборони абортів». Цим юридичним документом були легалізовані «аборти на прохання», що мали право робити лише особи зі спеціальною медичною освітою тільки за терміну вагітності до 12 тиж і лише в лікарняних умовах. У 1987 р. був виданий наказ МОЗ СРСР за № 1342 про переривання вагітності за соціальними показаннями. Цей документ дозволяв за бажанням жінки перервати вагітність у пізні терміни, якщо документально підтверджувалися такі обставини, як розлучення в період вагітності, багатодітність (понад 5 дітей), тобто законодавство про аборт ставало все більш ліберальним, а кількість штучних абортів неухильно зростала.

У сучасному світі законодавства різних країн ставляться до абарту по-різному, оскільки практика переривання вагітності є складовою частиною суверенної соціальної політики. У країнах виділяють чотири типи законів про аборт: 1) ліберальні закони виходять з визнання права жінки самостійно вирішувати питання про вагітність; кримінальна політика спрямована на охорону здоров'я жінки, тобто караються тільки позалікарняні та пізні аборти; аборти «за бажанням» в ранніх стадіях вагітності дозволені на території країн СНД і Балтії, у колишніх югославських республіках, в Австралії, Австрії, Албанії, Бельгії, Болгарії, Угорщині, В'єтнамі, Німеччині, Греції, Данії, Італії, Камбоджі, Канаді, КНР, на Кубі, у Монголії, Нідерландах, Норвегії, Румунії, Сингапурі, Словаччині, США, Тунісі, Туреччині, Франції, Чехії, Швеції; 2) досить вільні закони дозволяють аборт за численними медичними показаннями та соціально-економічними показниками, а також у разі зґвалтування (Великобританія, Ісландія, Кіпр, Люксембург, Фінляндія, Індія, Японія); 3) досить суворі закони дозволяють аборт як виняток лише за умови загрози життю і здоров'ю жінки, тобто тільки за медичними показаннями (Алжир, Аргентина, Болівія, Бразилія, Гана, Ізраїль, Кенія, Коста-Ріка, Марокко, Мексика, Нігерія, Пакистан, Перу, Польща, Уругвай); в Іспанії легалізовані аборти в разі зґвалтування, виражених аномалій плода і ризику серйозної небезпеки, що створює вагітність для фізичного або психічного здоров'я жінки; 4) аборт повністю заборонений, крім випадків порятунку життя жінки; аборт розглядається як злочин проти внутрішньоутробного життя і прирівнюється до вбивства (Афганістан, Ангола, Бангладеш, Венесуела, Гватемала, Гондурас, Єгипет, Індонезія, Ірак, Іран, Ірландія, Ємен, Колумбія, Ліван, Лівія, Мавританія, Малі, Непал, Нікарагуа, ОАЕ, Оман, Парагвай, Папуа-Нова Гвінея, Сальвадор, Сирія, Чилі, Філіппіни).

За даними світової статистики, у 98 % країн аборт дозволений з метою порятунку життя жінки, у 62 % — з метою збереження її фізичного й

психічного здоров'я, у 42 % — у випадках вагітності після зґвалтування або інцесту, у 40 % — через дефектність плода, у 29 % — з економічних і соціальних причин, у 21 % — на прохання.

Згідно з законами багатьох країн, медичний персонал та працівники, які виконують допоміжну роботу, можуть за власним бажанням не брати участь у процедурах, спрямованих на переривання вагітності. Вони висловлюють так званий протест сумління у вигляді попередньої заяви, що має бути поданою заздалегідь керівнику лікувального закладу. При цьому «протест сумління» не може бути врахованим, якщо участь медичного працівника є необхідною і незамінною в ситуаціях, коли треба рятувати життя жінці, що опинилася в небезпеці.

У XX ст. питання про контроль народжуваності почали розглядати значно ширше, ніж питання про аборт. Це зумовлено розвитком понять «репродуктивні права», «репродуктивний вибір», «репродуктивне здоров'я», «контрацепція», «планування сім'ї».

Репродуктивний вибір — прояв моральної автономії особистості в питаннях сексуальності і дітонародження. Насамперед йдеться про свідоме і відповідальне ставлення особистості до цих питань. Репродуктивні права покликані створити соціальні передумови для забезпечення репродуктивного здоров'я. Вони знайшли відображення в багатьох міжнародних документах з прав людини і національних законодавствах. Найважливіше з репродуктивних прав — охоронюване державою право мати і зберігати репродуктивне здоров'я. Це право охороняється державою: стає реальним лише в разі доступності для жінок і чоловіків усіх сучасних засобів планування сім'ї. Безумовно, аборт — це один з найгірших методів планування сім'ї, оскільки він пов'язаний з високим ризиком ускладнень, втратою здоров'я в цілому і репродуктивного здоров'я зокрема.

У сучасному суспільстві визнаною альтернативою практиці широкого застосування абортів є контрацепція і планування сім'ї. Морально-етичні проблеми використання сучасних контрацептивів у загальній концепції планування сім'ї викладені в Декларації Всесвітньої медичної асамблеї «Заява про право жінки на використання контрацепції», прийнятої 46-ю Всесвітньою медичною асамблеєю (Стокгольм, Швеція, 1994 р.; Додаток 16). Планування сім'ї розуміють як ідею вільного і відповідального батьківства.

Планування сім'ї — види діяльності, що допомагають окремим особам і подружнім парам досягти певних репродуктивних результатів: запобігти небажаний вагітності, народити бажаних дітей, регулювати перерви між вагітностями, контролювати вибір часу народження дитини залежно від віку батьків та інших чинників, визначати кількість дітей у родині. Це поняття містить інформацію про шляхи досягнення цієї мети, забезпечення свідомого вибору, можливість скористатися всім спектром безпечних і ефективних методів. Планування сім'ї може включати цілу низку заходів, починаючи з планування

народження дітей і лікування безплідності, закінчуючи статевим вихованням, консультуванням з питань сімейного життя, у тому числі з генетичних питань. Концепція підтримана Всесвітньою медичною асоціацією у вигляді декларації «Про планування родини» (Мадрид, 1983 р.; Додаток 17).

Слід зазначити, що різні релігійні конфесії засуджують штучні способи контролю за народжуваністю. Вони розглядають контрацепцію як фундаментальний інструмент сексуальної аморальності, «сексуального звільнення». Така контрацептивна сексуальність відкидає творчу силу Бога в його дарунку нового людського життя. Контрацептивна сексуальність відкриває шлях для схвалення будь-якого виду сексуальної поведінки, підриває цнотливість молоді.

Краща альтернатива, на думку Церкви, — це стриманість до шлюбу. До переваг такої поведінки відносять виключення ризику венеричних захворювань і ВІЛ-інфекції, небажаної вагітності. На думку священнослужителів, народження дітей у шлюбі дає цілу низку моральних і медичних переваг. Чим більше дітей, тим міцніша родина, менший ризик розвитку в жінки зложакісних новоутворень грудної залози, матки і яєчників. Проте для подружніх пар може бути прийнятним природне планування сім'ї. Природні методи планування сім'ї засновані на спостереженні за фізіологічними ознаками фертильності (можливості запліднення) та інфертильності (коли запліднення малоімовірне) протягом фаз менструального циклу. Регулювання статевого життя полягає в стримуванні від статевих зносин у період овуляції і протягом кількох днів після передбачуваного терміну розриву зрілого фолікула, коли зачаття найбільш можливе. Розрахунок передбачуваного терміну овуляції можна робити за календарем, виходячи з тривалості менструального циклу або на підставі вимірювання базальної температури тіла, або вивчення характеру слизу, що виділяється з шийки матки. Природні методи контролю за народжуваністю не є контрацептивними й абортивними.

Стерилізація з метою контрацепції, що нині набула значного поширення, також підлягає етичній оцінці. Історично відомі факти кримінальної кастрації за сексуальні злочини. У першій половині ХХ ст. такі програми було розпочаті в багатьох країнах світу, як правило, у рамках евгенічних досліджень для запобігання розмноженню людей, які вважалися носіями дефектних генетичних ознак. Примусова стерилізація визнана злочином проти людства, якщо вона застосовується широкомасштабно і систематично. Римський статут Міжнародного кримінального суду видав пояснювальну записку, яка визначає, що такі дії підпадають під юрисдикцію Міжнародного кримінального суду.

У сучасному світі в економічно розвинутих країнах широко практикують добровільну стерилізацію з метою контрацепції, що зумовлено недостатньою ефективністю, зручністю та безпечністю хімічних, гормональних та механічних засобів контрацепції. Переважає стерилізація жінок,

але кількість випадків стерилізації чоловіків щороку зростає. Стерилізація жінок здійснюється, як правило, методом «ізоляції матки» — перекриттям прохідності маткових труб (перетинання, видалення, зашивання, електрокоагуляція, клемування, обтурація, хімічне склерозування). Більш радикальні і необоротні методи — видалення яєчників або матки — застосовують як терапевтичний захід. Стерилізація чоловіків з метою контрацепції здійснюється перев'язуванням або механічною обтурацією сім'яникових проток.

Консервативний погляд на біоетичну проблему стерилізації з метою контрацепції базується на тому, що людина є творінням Божим, а тому вся її особиста реальність є даром Божим і належить Богові. Особа є сукупністю (єдністю) множинності здібностей. Це означає, що хірургічно видаляти будь-який орган (частину тіла) можна тільки в разі, коли немає іншого способу зберегти здоров'я та життя. Людина повинна визнавати себе відповідальним за власну особу, але не визнати себе її власником і суддею. Якщо визнати право на стерилізацію, це відкриває дорогу до права на самогубство, евтаназію, аборт, насильство в будь-якому вигляді. Ліберальний погляд на біоетичну проблему стерилізації з метою контрацепції базується на праві особистості на автономію, тому вважається прийнятним (за власної згоди людини).

Нормативні та регламентуючі документи в Україні спрямовані на підтримку репродуктивного здоров'я. Аналіз сучасної демографічної ситуації свідчить, що країна перебуває в стані глибокої демографічної кризи, яка характеризується зменшенням популяції, старінням населення і зменшенням середньої тривалості життя. Це спричинило необхідність прийняття Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 р. (постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2006 р. за № 1849). Мета програми полягає в поліпшенні репродуктивного здоров'я населення як важливої складової загального здоров'я, що значно впливає на демографічну ситуацію та забезпечення соціально-економічного розвитку країни. Заходи, передбачені цією програмою, спрямовані на подальше сприяння формуванню здорового способу життя, відповідального ставлення держави, суспільства і кожного громадянина до репродуктивного здоров'я як однієї з важливих складових здоров'я нації в цілому. Поліпшенню стану репродуктивного здоров'я, запровадженню сучасних стратегій планування сім'ї та реалізації заходів активної демографічної політики в Україні повинні сприяти вдосконалення чинної нормативно-правової бази, оптимізація комплексу медичних послуг, їхня орієнтація на профілактику захворювань, здійснення просвітницької діяльності та інформаційної кампанії, спрямованих на широкі верстви населення.

Відповідно до статті 281 Цивільного кодексу України та постанови Кабінету Міністрів України від 15.02.2006 р. за № 144 в Україні існують право на легальний безпечний аборт і відповідальність за незаконне проведення абортів. Для виконання цих положень МОЗ України своїм наказом від

20.07.2006 р. за № 508 затвердило інструкції про порядок проведення операції штучного переривання вагітності.

Штучне переривання вагітності у термін до 12 тиж здійснюється за усвідомленим бажанням жінки, яку консультують до проведення втручання щодо особливостей конкретного методу переривання вагітності, його наслідків для здоров'я. Штучне переривання вагітності проводить (з обов'язковим знеболюванням пацієнтки) в акредитованому медичному закладі акушер-гінеколог. Неповнолітнім віком до 14 років та недієздатним пацієнткам штучне переривання вагітності здійснюється за заявою її законних представників. Штучне переривання вагітності в пацієнтки віком понад 14 років здійснюється за її згодою.

Штучне переривання вагітності в терміни від 12 до 22 тиж здійснюється у гінекологічному відділенні закладу охорони здоров'я III рівня надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги акушером-гінекологом першої або вищої кваліфікаційної категорії відповідно до переліку підстав, за наявності яких можливе штучне переривання вагітності, наведених у додатку до постанови Кабінету Міністрів України від 15.02.2006 р. за № 144. За наявності у вагітної медичних показань, що не зазначені у переліку, але при яких продовження вагітності та пологи становлять загрозу для її здоров'я або життя (або за наявності невідкладного стану), переривання вагітності здійснюється на підставі висновку консиліуму лікарів. Штучне переривання вагітності, термін якої становить від 12 до 22 тиж, за наявності підстав, зазначених у переліку, немедичного характеру (наприклад, вік до 15 років або понад 45 років, вагітність внаслідок зґвалтування, настання інвалідності під час цієї вагітності) здійснюють за заявою вагітної або її законних представників (у разі неповноліття, недієздатності особи) та наданими документами, які підтверджують ці обставини.

Законодавством України передбачена відповідальність за незаконне проведення абортів. Аборт, проведений лікарем, є незаконним у таких випадках: за наявності медичних протипоказань до проведення абортів незалежно від терміну вагітності; у разі проведення абортів поза межами спеціально акредитованих закладів охорони здоров'я; у разі проведення абортів без відповідного документального оформлення; у разі проведення абортів недозволеними або забороненими способами; при вагітності терміном від 12 до 22 тиж за відсутності медичних та соціальних показань, наявність яких дозволяє проведення штучного переривання вагітності в такі терміни. Крім того, передбачене покарання за проведення абортів особою, яка не має спеціальної медичної освіти, і за незаконне проведення абортів, що стало причиною смерті або тривалого розладу здоров'я.

Згідно з наказом МОЗ України від 29. 03. 2006 р. за № 179 «Порядок реєстрації живонароджених і мертвонароджених», переривання вагітності,

починаючи з повного 22-го тижня, вважається пологами, а діти, що народилися (живими і мертвими) підлягають офіційній реєстрації. Усі діти, народжені живими у термін гестації менш ніж 22 тиж, підлягають виходжуванню. Якщо вони прожили понад 7 повних діб (168 год після народження), їх вважають живонародженими, які народилися під час передчасних пологів. Їх також офіційно реєструють — виписують «Медичне свідоцтво про народження».

Проблема абортів є окремим проявом більш поширеної проблеми біоетичного конфлікту між матір'ю та плодом.

### БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ КОНФЛІКТУ МІЖ МАТІР'Ю І ПЛОДОМ

Система «мати — плацента — плід» є єдиним цілим. Мати впливає на плід, але й плід впливає на мати. Біоетичні конфлікти між матір'ю і плодом розглядаються з точки зору пріоритетності матері або плода. Вони полягають не тільки у праві матері народити або не народити дитину. Біоетичні конфлікти також виникають, коли необхідно вибирати, чиє здоров'я та благополуччя є пріоритетним: матері або плода.

Чи має вагітна, що прийняла рішення стати матір'ю, моральні зобов'язання змінити життя таким чином, щоб зробити мінімальною можливість народження її дитини хворою? Цілком очевидно, що спосіб життя і поведінка вагітної можуть мати негативний вплив на благополуччя плода. Діями, що ушкоджують плід, є незбалансоване харчування, паління, вживання алкоголю, наркотиків, шкідливі умови праці. Додатковий ризик розвитку хвороби плода спричинюють екстрагенітальні та генітальні захворювання матері. Так, наприклад, існує висока ймовірність ураження плода в тих випадках, коли хвора на цукровий діабет у період вагітності не здійснює ретельного контролю за рівнем глюкози в крові. Якщо у вагітної є інфекції і вона їх не лікує, у дитини можуть виникнути вади розвитку або гострий інфекційний процес. Слід зазначити, що ціла низка захворювань, що може нанести шкоду плоду, не спричинює ніяких значних ознак хвороби у матері. Тому відмова вагітної від обстеження та медичного нагляду також може завдати шкоди її майбутній дитині. Тобто, для здоров'я плода жінка повинна змінити спосіб життя, звернути увагу на стан свого здоров'я, взяти на себе відповідальність не тільки за себе, а й за здоров'я дитини. Тобто можна казати, що хоча вагітна, як і усі люди, має право на автономію особистості, вона повинна враховувати право плода на здоров'я і дотримуватися загального біоетичного принципу — ненанесення шкоди.

Якщо вагітна виявляє готовність до зміни способу життя в період вагітності, готова обстежуватися, лікуватися, миритися з незручностями, що з цим пов'язані, чи буде вона також морально зобов'язаною давати згоду на проведення будь-яких інвазивних медичних маніпуляцій, що можуть нанести шкоду її здоров'ю, для благополуччя плода? Наприклад, якщо вона буде інформована

лікарем про необхідність кесаревого розтину у зв'язку з показаннями з боку плода, чи існує для неї моральний обов'язок погодитися на операцію, відчуті біль і ризик, що пов'язані з проведенням такого способу розродження?

Можуть бути клінічні ситуації, в яких є показання для внутрішньоутробної операції плода з метою поліпшення його стану здоров'я. Від рішення матері залежить якість подальшого життя дитини. Безумовно, рішення матері залежить від ефективності існуючої медичної технології, величини ризику для її здоров'я та ступеня необхідності операції для плода, а також від моральної прийнятності для неї такого способу лікування плода. Припустимо, що в конкретному випадку жінка може відмовитися від лікування плода. Якщо надання додаткової інформації та роз'яснення не призводять до отримання згоди жінки на медичну маніпуляцію, що, як передбачається, вкрай необхідна плоду, чи слід переконувати жінку, порушуючи при цьому принципи поважання автономії? Якщо спроби переконати жінку прийняти вірне рішення також не дає результату, чи можна її примусити дати згоду на операцію плода? Чи можна притягнути її до кримінальної відповідальності за відмову від лікування плода, як за явне нанесення шкоди здоров'ю плода?

З іншого боку, можлива ситуація, коли вагітна потребує лікування, без якого вона не помре, але буде завдана шкода її здоров'ю; при цьому таке лікування може завдати шкоди здоров'ю плода. Тобто і в даному випадку виникає конфлікт пріоритетів здоров'я/життя матері та здоров'я/життя плода.

Моральне зобов'язання вагітної запобігати шкоди плоду як «ще ненародженій дитині» має бути збалансованим стосовно багатьох інших моральних обставин, що становлять моральний сенс її життя. У будь-якому випадку в лікаря буде існувати моральна дилема, як діяти: в інтересах жінки або в інтересах плода.

Складні біоетичні проблеми обговорюються в контексті критичних ситуацій у стосунках матері та плода. Так, наприклад, у разі конфлікту між життям матері та плода в термін після 12 тиж гестації виникає проблема терапевтичного переривання вагітності. Прихильники терапевтичного переривання вагітності вважають його припустимим, оскільки етично дозволено зробити добру справу (врятувати життя матері), навіть якщо це має негативні наслідки, які не переслідуються самі по собі (смерть плода). Але супротивники терапевтичного переривання вагітності заперечують: «Non sunt facienda mala ut veniant bona» («Не можна чинити зло, з якого б виходило добро»).

Медичні показання до терапевтичного переривання вагітності змінюються з розвитком медицини. Показання, описані в трактатах класичної медицини, майже втратили свою силу, оскільки сучасна медицина може стабілізувати й успішно лікувати багато хвороб. Туберкульоз легень, кардіопатії та інші захворювання серцево-судинної системи, еклампсія, гематологічні захворювання, захворювання нирок, печінки та підшлункової залози, тяжкі форми міастенії і пухлини — колись були показаннями до терапевтичного

аборту. У наш час випадки, за яких дійсно необхідне переривання вагітності, зустрічаються рідко. Ситуація, за якої продовження вагітності, з одного боку, загрожує життю матері, а з іншого — не гарантує порятунку дитині, у той час як аборт може зберегти життя матері, визначається як «принцип другорядності плода». У цьому випадку аборт є нічим іншим як прискоренням його смерті з метою порятунку життя матері.

У тому випадку, коли смерть матері є неминучою, рятують плід (наприклад, для порятунку життя дитини вмираючій жінці роблять кесарів розтин). Це називають «принципом другорядності матері».

Якщо об'єднати обидва ці принципи, то в кожному конкретному випадку етично правильно оцінити можливість допомоги матері та дитині у вигляді єдиної мети. При цьому, навіть якщо повний успіх малоімовірний, треба намагатися досягти максимально можливого. За неможливості порятунку і матері, і дитини обирається та особа, врятувати яку більш імовірно.

Право розпоряджатися своєю долею — право на автономію особистості — закономірний соціально-історичний процес, одна з провідних тенденцій сучасності. Наївно вважати, що сучасна цивілізована жінка відмовиться від права планування сім'ї, від права народити здорову дитину і займе позицію повної покори: «як Бог дасть». Сучасна медицина повинна відстоювати ідеї благодіяння, незаподіяння шкоди, справедливості, рівності людей, цінності їхнього життя та здоров'я, гуманізму. Розвиток медичної науки слід оцінювати з погляду моралі й здорового глузду.

### БІОЕТИЧНА ОЦІНКА ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

У зв'язку з використанням допоміжних репродуктивних технологій виникають суттєві біоетичні проблеми.

Нові репродуктивні технології мають за мету розв'язати проблему безплідності. Безплідність — відсутність вагітності після 1–2 років активних статевих зносин. У 30 % випадків вона є чоловічою, у 20–30 % — жіночою, решта 40–50 % випадків зумовлені поєднанням обох видів безплідності. Чоловіча безплідність зумовлена порушенням секреції та екскреції сперми внаслідок аномалій розвитку, ендокринних порушень, запальних та інфекційних процесів. Найчастіше проблема чоловіків пов'язана з відсутністю, зменшенням кількості або зниженням рухливості сперматозоїдів. Жіноча безплідність може бути спричинена ендокринною патологією, механічними причинами (вади розвитку, непрохідність маткових труб), імунологічними змінами (наявність антитіл до сперми), інфекціями, ендометріозом тощо. Значна кількість випадків втрати плідності зумовлена індивідуальною ризиковою поведінкою, у тому числі в сексуальній сфері.

У разі виявлення причини безплідності та відповідного лікування близько 70 % подружжів повертають здатність до зачаття. Проте в 30 % подружжів



безплідність є необоротною і потребує застосування допоміжних репродуктивних технологій. Поняття «репродуктивні технології» введено для позначення можливості проведення медичних маніпуляцій з метою заміни різних етапів природного процесу репродукції, найважливішими з яких є статевий акт, трубне запліднення, імплантація в матці та внутрішньоматкова гестація.

Інтракорпоральне та екстракорпоральне штучне (допоміжне) запліднення є процедурою, що замінює статевий акт як спосіб досягнення внутрішньоутробного запліднення. Інтракорпоральне запліднення включає інсемінацію та перенесення гамет у маткову трубу. Екстракорпоральне запліднення відбувається *in vitro*, після чого ембріон в різних стадіях його розвитку переноситься в матку.

Гомологічне та гетерологічне штучне запліднення — варіанти допоміжних репродуктивних технологій. У гомологічному штучному заплідненні залучені яйцеклітини, сперматозоїди, ембріони та матка подружжя. При гетерологічному штучному заплідненні, як мінімум, один елемент, що необхідний для запліднення та виношування дитини, є донорським (гамети, ембріони або матка жінки).

Узяття сперми для проведення штучного запліднення може здійснюватися двома способами: поза статевого акту — під час мастурбації та під час статевого акту з використанням презервативу. За наявності вираженої олігоспермії сперму беруть пункцією з придатка яєчка, при цьому сперматозоїди є незрілими. У донора сперму беруть під час мастурбації. Сперму можна використовувати після консервації — замороження. Запліднення відбувається *in vitro*.

Стимуляція яєчника для дозрівання яйцеклітини здійснюється за допомогою кломіфену цитрату, хоріонічного гонадотропіну, аналогів гонадотропін-рилізінг гормону.

Яйцеклітину для екстракорпорального штучного запліднення вилучають різними методами. Її, як правило, використовують відразу після завершення процедури.

Штучна інсемінація — перенесення сперми чоловіка або донора в статеві органи жінки — застосовується в разі чоловічої безплідності. Сперму донора використовують у тих випадках, коли чоловік має неповноцінну сперму або є носієм спадкових захворювань, а також для запліднення незаміжніх жінок. За відсутності в жінки чоловіка або за наявності анатомічних труднощів для проникнення сперматозоїдів до яйцеклітини для зближення гамет при збереженні прохідності маткових труб сперму можна впорскувати інтрацервікально, вводити внутрішньоматково або інтраперитонеально. Успішність штучної інсемінації, що оцінюють за кількістю народжених дітей, сягає 16—20 %.

Внутрішньофаллопієве перенесення гамет передбачає лапароскопічне введення катетером 2—3 дозрілих яйцеклітин в одну маткову трубу з подальшим введенням спеціально підготовлених і відокремлених бульбашкою

повітря 50 000— 100 000 сперматозоїдів. У матковій трубці в природних умовах (*in vivo*) відбувається запліднення. На жаль, доводиться брати до уваги підвищений ризик розвитку позаматкової вагітності. Метод є успішним у 20—25 % випадків. Встановлено, що при цьому методі штучного запліднення є підвищений ризик спонтанних абортів та зареєстровано підвищення частоти хромосомних аномалій. При внутрішньофаллопієвому перенесенні гамет або зигот успішні результати досягаються частіше, ніж при лікуванні безплідності методом запліднення *in vitro* у поєднанні з перенесенням ембріона.

Запліднення *in vitro* полягає в тому, що сперма чоловіка (або донора) з'єднується з вилученою яйцеклітиною дружини (або донора) в штучному середовищі в лабораторії.

Після лабораторного запліднення зародки культивуються до 8-клітинної стадії. Одержані внаслідок запліднення 2—3 ембріони переносяться в матку для імплантації. Ембріони вводять трансцервікально у порожнину матки або здійснюють лапароскопічне внутрішньофаллопієве перенесення зигот у маткові труби. Метод спрямований на подолання як чоловічої, так і жіночої безплідності. Навіть чоловік з дуже низькою кількістю сперматозоїдів у спермі може в разі використання такої репродуктивної технології стати біологічним батьком. Це дозволяє подружній парі уникнути етичних і психологічних проблем, пов'язаних з використанням сперми донора.

Якщо безплідність жінки зумовлена відсутністю або функціональною неповноцінністю яєчників, а матка функціонує нормально, то можливе запліднення донорської яйцеклітини сперматозоїдом чоловіка *in vitro* з подальшим перенесенням гамет у статеві органи дружини для імплантації і гестації. У такому випадку чоловік є генетичним батьком дитини, а мати — ні. Можлива інша ситуація: у жінки функціонують яєчники, однак матка неповноцінна або відсутня. У такому випадку репродуктивна технологія може дозволити жінці стати генетичною (але не гестаційною) матір'ю шляхом використання сурогатної матері — здорової жінки, у матку якої поміщають ембріони. Сурогатна матір буде дитині матір'ю гестаційною, але не генетичною.

Допоміжна репродуктивна технологія штучного запліднення *in vitro* дуже складна і частота позитивних результатів є невисокою: реально виношують до народження дитини лише 10—22 % жінок, яким було здійснено перенесення ембріона.

Важливим кроком у технічному вдосконаленні методики став добір кількох (до 10) яйцеклітин, їхнє запліднення і заморожування ембріонів на 8-клітинній стадії. Надалі вони в потрібний момент почергово розморожуються і використовуються протягом кількох місяців до досягнення успішної імплантації.

Репродуктивна технологія запліднення *in vitro* з подальшим перенесенням зародка в матку замінює статевий акт та трубне запліднення. Проте в майбутньому існує можливість заміни й інших етапів природної репродукції людини - імплантації і внутрішньоматкової гестації. Не існує технічних

перешкод для повної штучної гестації всередині простору штучної матки. Така перспектива сама по собі має етичні проблеми, особливо з позиції релігійних етиків. Штучна гестація або ектогенез у сукупності з попереднім заплідненням *in vitro* зможуть становити систему репродуктивної технології, в якій ефективно замінений кожен елемент процесу природної репродукції.

Передімплантаційна генетична діагностика є важливим вдосконаленням технології запліднення *in vitro*. Вона полягає в тому, що в ембріона, отриманого шляхом штучного лабораторного запліднення *in vitro*, перед імплантацією досліджують клітини на наявність хромосомних і генетичних спадкових захворювань. Подружні пари, в яких існує ризик трансмісії спадкових захворювань, під час використання технології запліднення *in vitro* у комбінації з передімплантаційною генетичною діагностикою усувають етичні та психологічні проблеми селективного аборту на основі результатів стандартних методів пренатальної діагностики.

Застосування допоміжних репродуктивних технологій поставило перед суспільством надзвичайно складні медичні, психологічні, соціальні, юридичні та біоетичні проблеми. Вони стосуються таких аспектів: деперсоналізація народження внаслідок усунення прямого й безпосереднього контакту між двома особами з перетворенням таїнства на технічну процедуру; визначення статусу ембріона як людини та можливість маніпуляцій на ембріонів з метою досліджень; кріоконсервація та утилізація гамет і ембріонів; еugenічна селекція при виборі статі та проведенні передімплантаційної генетичної діагностики захворювань; «сурогатне материнство»; право жінки бути донором і реципієнтом яйцеклітини.

З точки зору консерваторів допоміжні репродуктивні технології призводять до деперсоналізації народження та деперсоналізації дитини. На їх думку, при використанні цих технологій втрачається ціла низка важливих елементів розвитку людства: життя зароджується лікарем, а не матір'ю та батьком; «батьками» народженої дитини можуть бути не їх батьки, а невідомі особи, тобто діти будуть іншого або нічийного «роду — племені». Етичною проблемою штучного запліднення з використанням сперми донора стає можливість застосування методу незаміжніми жінками, які свідомо і прирікають дитину бути без батька. Використання технології сурогатного материнства також пов'язане із суттєвими труднощами в трактуванні приналежності дитини певним батькам, дає можливість отримати дитину родині з двох чоловіків.

Головну етичну опозицію репродуктивним технологіям становлять релігійні погляди. Штучне запліднення спермою донора критикується у зв'язку з відокремленням процесу продовження роду від подружніх стосунків. Оскільки така репродуктивна технологія залучає третю сторону (сперма донора) у подружні стосунки, вона розцінюється етичними опонентами як форма подружньої зради. Однак навіть штучне запліднення спермою чоловіка не виходить зі сфери критики. Деякі релігійні етики стверджують, що

аморальна будь-яка прокреація за межами персональних статевих стосунків, і сумніваються в етичності одержання яйцеклітин, запліднення *in vitro* та інших репродуктивних технологій. Етична опозиція запліднення *in vitro* (із суміжними технологіями) базується також на аргументі «неприродності» цього методу, що призводить до дегуманізації і деперсоналізації прокреації. Висловлюються звинувачення у «фабричному» й «інкубаторському» виробництві дітей. На думку консерваторів, штучна прокреація підтримує одностатеві стосунки.

Для багатьох культур і релігій донорство гамет є неприйнятним. Наприклад, у мусульманстві вважається необхідним, щоб проблема тривалої відсутності в батьків дітей вирішувалася всередині родини, тобто без використання донорської сперми або яйцеклітин. В іншому випадку відбувається порушення як родоводу, так і генетичного коду тієї або іншої родини. У багатьох релігіях донорство в питаннях вагітності (використання донорської сперми та яйцеклітини) розглядається як незвичайна форма перелюбства, оскільки незрозуміло, хто є справжнім батьком або матір'ю майбутньої дитини.

Менш радикальна етична опозиція припускає використання запліднення *in vitro* з перенесенням ембріона в контексті подружніх стосунків, але без утручання третьої сторони — донорство сперми або яйцеклітин, сурогатне материнство.

Донорство гамет і ембріонів є одним з найбільш обговорюваних питань. Етичні, законодавчі та соціальні проблеми, пов'язані з донорством гамет і ембріонів, існують у більшості країн світу. Одне з важливих питань репродуктивних технологій — збереження анонімності донора. Інформацію про донорів поділяють на таку, що ідентифікується і не ідентифікується. Не ідентифікуються: повний фізичний опис, висновки профільних фахівців, відомості про соціальний статус (освіта, професія), етнічна приналежність, кількість дітей, зачатих природним шляхом (для чоловіків). Ідентифікуються: повні паспортні дані, дата народження, адреса, результати конкретних досліджень, відомості про виявлені відхилення. Зазвичай інформація про донорів, що не ідентифікується, надається реципієнтам у вигляді паспорта донора. Копію такого паспорта прикладають до медичної карти пацієнта.

Допоміжні репродуктивні технології загострили питання про «моральний статус» ембріона або плода. Прибічники консервативної позиції, ґрунтуючись на моральних і релігійних принципах, вимагають заборони будь-яких маніпуляцій з ембріонами в будь-яких стадіях розвитку, оскільки вважають, що ембріон — це істота, що має душу з моменту запліднення. Висуваються вимоги встановити жорсткі критерії, що обмежують застосування таких технологій. Прибічники ліберальної точки зору закликають до широкого впровадження штучної прокреації в якості альтернативного природному способу розмноження людей. Згідно з цією позицією, допоміжні репродуктивні технології в терапевтичних і дослідницьких цілях допускаються за умови суворості

законодавчої регламентації, при ретельному контролі та широкій інформованості громадськості, схваленні спеціальними контролюючими організаціями.

Визначення віку, з якого ембріон можна розглядати як особу, що має права та захищається законом, є важливим аспектом обговорення питання про можливість здійснення різних маніпуляцій з ембріонами. Під поняттям «маніпуляції з ембріоном людини» розуміють їх культивування *in vitro* для досягнення терапевтичної та дослідницької мети: лікування безплідності, розробка нових методів запліднення і передімплантаційної діагностики, вивчення та вдосконалення процесу запліднення і розвитку ембріона, вивчення умов і проведення глибокого заморожування гамет і ембріонів, їх зберігання з подальшим використанням у практичних і наукових цілях. Правомочність виконання таких маніпуляцій і міра допустимої дії на ембріони людини широко обговорюються.

Розглядаючи ембріон як людину, слід вважати, що він має право на життя і тому має бути трансплантований в матку. Роботу з ембріонами слід проводити з дозволу їх власників (подружньої пари, батьків ембріона), за заявкою, в якій мають бути викладені мотиви і причини планованої роботи і яка має бути схвалена експертами і затверджуватися місцевим комітетом з етики. Експерименти можуть бути проведені тільки в гуманних цілях.

Широке обговорення проблеми статусу ембріона людини, що проводиться спеціалістами в різних галузях науки останніми роками, свідчить про її складність, суперечність і нерозв'язність. Визначення критеріїв морального статусу ембріона є філософською проблемою. Науковою і прикладною проблемами є визначення, в якій стадії становлення ембріон відповідає критеріям людини. Незважаючи на нерозв'язність проблеми, зупинити використання допоміжних репродуктивних технологій неможливо. Вирішенню питання допоможе створення відповідних міжнародних правил ліцензування установ і спеціалістів, що працюють у галузі репродуктивних технологій, та проведення ретельного контролю за їх роботою з боку незалежних організацій. Необхідно виходити з основного принципу — «не нашкод».

Важливим є питання про долю заморожених ембріонів. Допускається можливість відмови подружньої пари від імплантації ембріона, що отримано *in vitro*. У подібних випадках перед медиками постає запитання: зберігати або знищити ембріон, або трансплантувати його іншій жінці? Використання техніки кріоконсервації ембріонів створює широкі перспективи для донорства та зберігання ембріонів. Доцільність кріоконсервації ембріонів широко обговорюється. Деякі дослідники вважають, що в разі незатребуваності «зайвих» ембріонів єдиним виходом є їх кріоконсервація. Такі ембріони мають бути використані тільки для імплантації. Суперечливі думки висловлюються щодо можливості донорства кріоконсервованих ембріонів. При цьому обговорюється питання про граничні терміни їх зберігання. Збільшення терміну зберігання ембріона зменшує необхідність ембріона для його

генетичної матері та збільшує ризик бути «зайвим». Не вивчена мутагенна дія кріоконсервації на ембріон. На думку фахівців, тривалість зберігання ембріона в стані кріоконсервації становить від 2 до 10 років.

Однією з етичних проблем запліднення *in vitro* і суміжних технологій є знищення ембріонів, які виявляються непотрібними або невідповідними для імплантації. Це особливо проблематично для етиків, які визнають за ембріоном моральний статус людини. Часткове розв'язання проблеми дає технологія заморожування «зайвих» ембріонів, проте й цей підхід не вирішує долю «зайвих» ембріонів, чий термін зберігання вичерпано.

Серед етичних проблем штучної прокреації, що підлягають обговоренню, є питання неприпустимості комерціалізації донорства статевих клітин і ембріонів. Вимагають обговорення питання щодо можливості використання гамет померлих людей для народження від них дітей.

Використання штучного запліднення спермою донора може служити досягненню мети позитивної евгеніки. Українські ліберальні прихильники цієї технології пропонують створювати банки сперми «видатних» у різних аспектах чоловіків, щоб подружні пари або самотні жінки могли скористатися бажаною спермою для штучного запліднення для народження дитини з бажаними здібностями. Така думка засуджується багатьма вченими та етиками. З іншого боку, передімплантаційна генетична діагностика, хоча й має ознаки позитивної евгеніки, надає можливість сімейним парам, що є носіями генетичної патології, спадкових хвороб, у тому числі таких, що пов'язані зі статтю, запобігати постійно повторюваним спонтанним абортам і народженню невиліковно хворих дітей. При проведенні передімплантаційної діагностики пропонується дотримуватися етичних принципів, сформульованих Національною комісією США з проблем медичної етики: поважання права особи на вибір того або іншого методу діагностики і лікування; безпечність для здоров'я пацієнта підходів, що використовуються; доступність і об'єктивність інформації з усіх питань, що важливі для пацієнта.

Біоетичною проблемою є вагітність, що виникла під час проведення допоміжного запліднення більш ніж одним чи двома плодами. У разі багатоплідної вагітності трьома та більше плодами, як правило, виникають труднощі з виношуванням і розвитком дітей. Такі діти частіше народжуються недоношеними, з ознаками затримки внутрішньоутробного розвитку та іншою перинатальною патологією. Не можна не враховувати й економічного аспекту: виношування багатоплідної вагітності, виходжування та підтримка здоров'я ослаблених або хворих немовлят, що вимагає значних матеріальних витрат як від батьків, так і з боку лікувальних закладів, тобто держави. Необхідність елімінації одного або кількох плодів очевидна не тільки в разі імплантування кількох плодів, а й за наявності явних аномалій розвитку, а також у тих випадках, коли вагітність узагалі не може бути виношена або

є загрозою для життя матері. Вибіркова або повна елімінація плодів може розцінюватися як різновид абортів (тоді питання про його етичність переходить в іншу сферу). Виникає низка запитань: який ембріон знищувати, який спосіб елімінації слід обрати, чи слід застосовувати елімінацію взагалі, якщо існує реальна загроза перериванню вагітності?

У більшості випадків лікування безплідності, у тому числі й за допомогою репродуктивних технологій, є абсолютно виправданим. Слід урахувати, що жінки вкрай рідко відразу звертаються до репродуктивних технологій; вони роками лікуються від безплідності іншими методами, і лише тоді, коли лікування є безрезультатним, звертаються до репродуктивних технологій. Середній вік жінок, що вдаються до допоміжного запліднення, становить в Україні 36,4 року.

Сучасний рівень розвитку медицини дозволяє створювати і підтримувати вагітність аж до пологів навіть у жінок у менопаузі. Звичайно, батькам вирішувати, чи народжувати дітей в немолодому віці. З огляду на середню тривалість життя, немає гарантій, що батьки зможуть виростити свою дитину до дорослого віку. Проте, чи має право лікар відмовити в допомозі жінці немолодого віку, що втратила своїх дітей, наприклад, у результаті нещасного випадку? Чи можна відмовити жінці немолодого віку в донорстві овоцита, якщо вона хоче мати дитину від нового чоловіка? У цих випадках відмова в допоміжних репродуктивних технологіях рівносильна відмові в проведенні лікування. Чи має лікар право на це? Чи не порушує він при цьому права пацієнта? Безумовно, вік жінок, які вдаються до використання репродуктивних технологій, необхідно лімітувати законом. Очевидно, слід урахувати середню тривалість життя в кожній конкретній країні. Граничний вік для проведення такої процедури може обчислюватися з розрахунку: середня тривалість життя мінус 25 років. Розумним обмеженням на теперішній час можна вважати вік 45—50 років.

Особливе місце серед біоетичних питань прокреації займає «сурогатне материнство». Коли родина бездітна (наприклад, через відсутність або неповноцінність матки в жінки), цей спосіб дітонародження має право на існування, хоча етичність сурогатного материнства піддається сумніву та спричинює чимало юридичних колізій. Необхідність правового контролю й етичного регулювання кожного етапу сурогатного материнства продиктована небезпекою комерціалізації дітонародження. Якщо говорити про практику сурогатного материнства, то додатковими приводами для етичної оцінки є: психологічні проблеми для дитини, народженої сурогатною матір'ю; можливість негативного впливу на сімейні стосунки; психологічні проблеми стосунків родини із сурогатною матір'ю, якщо вона стане пред'являти батьківські права на виношену дитину.

Питання допоміжних репродуктивних технологій та сурогатного материнства регламентує стаття 123 Сімейного кодексу України, якою

закріплено порядок встановлення походження дитини, яка народилася в результаті трьох різновидів репродуктивних технологій: штучного запліднення, сурогатного материнства та імплантації ембріона. Згідно з цією статтею, правове значення набуває не біологічний момент народження дитини, а соціальний — намір особи визнати дитину своєю. При цьому визнання відбувається до народження дитини — у момент надання згоди на застосування тієї чи іншої репродуктивної технології. Особа, яка завідомо знає, що дитина не буде мати з нею генетичного зв'язку, тим не менш висловлює бажання встановити батьківські правостосунки з цією дитиною, заявляє про це до народження дитини, оформлюючи цей факт юридично. Донори навпаки, незважаючи на наявність генетичного зв'язку з дитиною, не мають права вимагати встановлення правового зв'язку з ними, і генетична спорідненість не визнається законом достатньою підставою для цього.

З правової точки зору сутність сурогатного материнства полягає в тому, що запліднена яйцеклітина пересаджується до організму генетично сторонньої жінки, яка виношує і народжує дитину не для себе, а для бездітного подружжя. Згідно з п. 14 наказу МОЗ України за № 24 від 04.02.1997 р. «Про затвердження умов та порядку штучного запліднення та імплантації ембріона (ембріонів) та методів їх проведення» вік жінки, якій здійснюється штучне запліднення, не повинен перевищувати 40 років. Відповідно ця жінка одержує певне утримання у вигляді грошей, ліків, посиленого харчування тощо. Але їй не передається право вирішувати долю імплантованого їй ембріона — ці питання має вирішувати подружжя, оскільки «сама по собі згода дружини та чоловіка на імплантацію ембріона з використанням їхнього генетичного матеріалу в організм іншої жінки має розглядатися як дія, спрямована на виконання їхньої репродуктивної функції, тобто як здійснення однієї з правомочностей, яка складає зміст суб'єктивного права на материнство (батьківство)».

Безплідність у родині завдає людям серйозної психічної травми. Багато пацієнтів, які звертаються за медичною допомогою, сприймають сформовану в їхній родині ситуацію як кару, на їхню думку, у більшості випадків — незаслужену. Чи слід лікареві брати на себе відповідальність за створення вагітності та подальше ведення вагітної до пологів — одне з основних питань біоетики прокреації. З одного боку, сучасна медицина, як правило, цілком здатна справитися з цими завданнями, з іншого — медичні працівники мають бути впевнені в тому, що діти, які народилися в результаті допоміжних репродуктивних технологій, не будуть відрізнятися від дітей, зачатих природним способом.

Всесвітня медична асоціація позитивно поставилася до нових репродуктивних технологій, оскільки вони служать шляхетній меті - лікуванню безплідності і наданню допомоги дружинам, позбавленим можливості мати потомство, народити дітей. У 1987 р. у Мадриді було прийнято «Заяву про штучне запліднення і трансплантацію ембріонів» (Додаток 18), в якій



зазначалося, що репродуктивні технології етично виправдані в разі безплідності, яка не піддається медикаментозному і хірургічному лікуванню, особливо в разі імунологічної несумісності, нездоланих перешкод для злиття чоловічої і жіночої гамет, безплідності з невідомих причин. Зазначено, що дії лікаря мають здійснюватися тільки за наявності добровільної інформованої згоди пацієнтів, відповідати всім підзаконним й етичним нормам. Пацієнти мають таке саме, як і за іншого виду лікування, право на дотримання таємниці і невтручання в особисте життя, визначення долі яйцеклітин, які не будуть негайно використані для лікування безплідності (знищені, піддані кріоконсервації з метою збереження в замороженому вигляді, запліднені та піддані кріоконсервації). Має бути забезпечене невтручання в процес вибору статі зародка, крім випадків передачі зчеплених зі статтю генетичних захворювань. Відкидається будь-який комерційний підхід, за якого яйцеклітини стають предметом купівлі-продажу, обговорена етичність відмови лікаря від подібних маніпуляцій відповідно до його переконань. Особливе місце посідає проблема вибору донора сперми, його анонімності, прав і обов'язків. Регламентуються такі умови: донорами можуть бути лише чоловіки, які мають дітей, штучну інсемінацію проводять тільки за медичними показаннями і тільки для гетеросексуальних пар, усіх донорів обстежують на наявність захворювань, які передаються статевим шляхом.

В Україні існує правове та біоетичне регулювання питань прокреації. Як і в більшості інших країн світу, у нашій країні дотримуються таких принципів донорства гамет (сперми, яйцеклітин) та ембріонів: збереження медичної таємниці (анонімність донора; конфіденційності інформації щодо проведення самої процедури); інформованості подружжя щодо своїх прав та процедури; добровільності донора і реципієнта (до донорства залучаються чоловіки-добровольці, а штучне запліднення проводиться на прохання жінки-реципієнта); добору сперми для запліднення (враховується побажання подружжя щодо національності донора, основних рис його зовнішності; враховуються сумісність донора з жінкою-реципієнтом за групою крові, резус-фактором, основні риси конституції донора).

Стаття 48 закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» наголошує: «Застосування штучного запліднення й імплантації ембріона здійснюється згідно з умовами та порядком, встановленим МОЗ України, на прохання дієздатної жінки, з якою проводиться така дія, за умови наявності письмової згоди подружжя, забезпечення анонімності донора і збереження лікарської таємниці. Розкриття анонімності донора може бути здійснене в порядку, передбаченому законодавством». Згідно зі статтею 49, застосування методів стерилізації може здійснюватися за бажанням повнолітнього пацієнта в акредитованих закладах охорони здоров'я за медичними показаннями, що встановлюються МОЗ України; стерилізація недієздатної фізичної особи за наявності медичних показань може бути проведена лише за згодою її опікуна.

### ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ - І ТЕМИ ДЛЯ ДИСКУСІЙ

1. Види штучного абортів та їх біоетична оцінка.
2. Визначення морального статусу плода як людини.
3. Дилема пріоритетності прав матері або плода.
4. Біоетичні проблеми та оцінка різних методів контрацепції.
5. Які аборти є морально неприйнятними?
6. Біоетичні проблеми та оцінка штучної інсемінації.
7. Біоетичні проблеми, пов'язані з технологіями запліднення *in vitro*, та їх оцінка.
8. Євгенічна селекція і проблеми передімплантаційної діагностики.
9. Біоетичні проблеми та оцінка сурогатного материнства.
10. Законодавство України та регулюючі документи з питань репродуктивного здоров'я та репродуктивних технологій.

### ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ПОГЛИБЛЕННЯ ЗНАТЬ

1. *Базанов П.А.* Суррогатное материнство — блажь или выход из тупика? // Женское здоровье. — 2006. — № 1. — С. 7.4.
2. *Борисова Т.Н.* Актуальные вопросы законодательной и правоприменительной практики суррогатного материнства // Социальное и пенсионное право. - 2008. - № 1. - С. 15-16.
3. *Запорожан В.М.* Путь к нооэтике. — Одесса : Одес. гос. мед. ун-т, 2008. - 284 с.
4. *Кулаков В.И.* Современные биомедицинские технологии в репродуктивной и перинатальной медицине: перспективы, морально-этические и правовые проблемы // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2002. - № 6. - С. 4-Ю.
5. *Кэмпбел А., Джиллет Г., Джонс Г.* Медицинская этика / Под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - 395 с.
6. *Романовский Г.Б.* Право на суррогатное материнство: от истории к современности // Проблемы репродукции. — 2006. — № 1. — С. 31—38.
7. *Руководство по медбиоэтике: Учеб. пособие / Под ред. Ю.М. Лопухина; пер. с англ. Т.В. Бульгина.* - М.: ГЭОТАР, 2006. - 128 с.
8. *Силуянова И.В.* Биоэтика в России: ценности и законы / И.В. Силуянова. - М., 2001. - 192 с.
9. *Социальная концепция Русской Православной Церкви.* — М.: Даниловский благовестник, 2001. — 188 с.
10. *Шамов И.А.* Биоэтика: Учеб. пособие. — М.: Медицина, 2002, 2009. — 369 с.

**РОЗДІЛ 2****БІОЕТИЧНИЙ КОНТРОЛЬ ГЕНЕТИЧНИХ  
ТЕХНОЛОГІЙ****БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ГЕНЕТИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ,  
МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ  
ТА СКРИНІНГУ ПОПУЛЯЦІЇ**

Біоетична оцінка наслідків розробки сучасних генетичних технологій та їх практичного застосування є невід'ємною частиною сучасних науково-технічних досліджень у медичній галузі.

Мета, з якою використовуються досягнення генетичної науки, може бути різною: пре- й постнатальна діагностика; лікування спадкових хвороб; продукція біологічних речовин у фармакологічній індустрії (інсулін, інші гормони, інтерферон, вакцини, фактори згортання крові); інновації у сільському господарстві (поліпшення виду нетерапевтичного характеру); експериментальні дослідження.

Штучне втручання з метою зміни генетичної спадщини буває у вигляді «генної маніпуляції» та «генної інженерії», або «генної терапії». Генні маніпуляції — це будь-яке штучне втручання у життєдіяльність гамет та ембріонів з метою штучної прокреації або клонування. Генна інженерія, або терапія, — це методи, що дають змогу переносити в структуру клітини людини або іншої живої істоти певну генетичну інформацію, якою в іншому випадку ця клітина не одержала б. Тобто генетичну спадщину можна змінювати на рівні як зародкових клітин — гамет (овоцити та сперматозоїди) та ембріонів, так і соматичних клітин (терапевтичне втручання у диплоїдні клітини крові, кісткового мозку). Етичне напруження викликає той факт, що генні маніпуляції та генна інженерія можуть змінити генетичний статус людства. З точки зору біоетики та біобезпеки втручання на рівні гамет та ембріонів є більш небезпечним.

Одним із провідних принципів біоетики є принцип охорони життя та захист генетичної ідентичності кожного людського індивіда. Безумовно, запобігання тяжким спадковим захворюванням може суттєво покращити якість життя індивіда та його найближчого оточення. Разом з тим порушення генетичної індивідуальності може завдати шкоди суспільству. Виходячи з принципу рівності та однакової гідності, якість життя не можна протипоставляти самому життю. Іншими принципами і правилами біоетики передбачається охорона екосистеми та навколишнього середовища, а також визнання факту, що між людиною та іншими живими істотами існують відмінності: людина здатна на усвідомлену рефлексію (від лат. *reflexio* — звернення назад, переосмислення), їй власне почуття свободи та відповідальності.

Важливим принципом є компетенція світової громадськості, згідно з яким не можна уповноважувати окремих вчених або політичних діячів розв'язувати проблеми, важливі для людства загалом, що потребує участі світової громадськості. Хоча існує принцип свободи науки та наукових досліджень, і кожний вчений має брати на себе відповідальність за наслідки своєї роботи, він повинен своєчасно інформувати громадськість про такі результати, що мають бути об'єктом біоетичної загальногромадської дискусії. Вчені також повинні керуватися принципом самоконтролю, впроваджувати форми спільної відповідальності дослідників, сприяти створенню та роботі етичних комітетів громадськості.

У контексті проведення медико-генетичного обстеження та консультування виникають традиційні біоетичні проблеми, які стосуються проведення абортів, регуляції репродукції, проведення підтримувальної терапії.

Спеціалісти можуть і повинні вирішувати питання генетичної патології з позицій принципів поважання автономії та інформованої згоди, а також довіри і правдивості у стосунках «лікар—пацієнт». Повною мірою присутня необхідність слідування принципу соціальної справедливості під час розподілу обмежених медичних ресурсів суспільства щодо можливості застосування наукомістких коштовних медичних технологій. Неодмінною умовою є невтручання в приватне життя і дотримання конфіденційності в стосунках між лікарем і пацієнтом. Проблема конфіденційності пов'язана з необхідністю обговорення і вирішення низки практичних питань, які існують у сфері медичної генетики:

- 1) дотримання конфіденційності медичної документації в процесі ведення хворого і виконання медико-біологічних досліджень;
- 2) обмеження доступу до медичної інформації і виключення можливості маніпуляцій з боку страхових компаній і роботодавців;
- 3) розробка стандартів надання інформації про спадкові захворювання членам родини;
- 4) захист генетичної інформації шляхом кодування й анонімності зразків ДНК, узятих під час обстеження і лікування хворого або з дослідницькою метою.

Критерієм етичної доцільності розголошення або нерозголошення професійної таємниці є оцінка втрат і вигоди внаслідок такої дії. Легітимними причинами щодо порушення принципу конфіденційності є такі випадки: 1) вільно висловлена згода пацієнта на розголошення його таємниці; 2) у разі нерозголошення таємниці існує висока ймовірність виникнення шкоди, а розголошена інформація буде використана тільки для запобігання цій шкоді; 3) задіяні заходи застереження, при яких розголошується тільки генетична інформація, необхідна для постановки діагнозу або лікування хвороби. Тобто таємниця може порушуватися в інтересах «об'єктивного пріоритетного блага» — життя людини.

Складні етичні проблеми щодо збереження професійної таємниці виникають, якщо один з батьків під час надання інформації про результати генетичного дослідження не хоче повідомляти іншого про наявність у нього спадкової хвороби. У цьому випадку шкода завдається відсутністю інформації. Слід зазначити, що, як правило, медичний працівник не має права розголошувати певну інформацію чоловіку або дружині, якщо партнер — власник цієї інформації — заперечує таке повідомлення. У цьому випадку завданням консультування є «умовити» чоловіка або жінку розповісти цю інформацію партнеру самостійно або дати дозвіл на розкриття таємниці. Ще більш складне питання виникає при встановленні діагнозу генетичного захворювання плода/дитини, коли обидва (мати і батько) мають право вирішувати його/її долю, а один з батьків забороняє повідомляти діагноз іншому. У цьому разі поряд «умовлянням» мати чи батька щодо розкриття інформації іншій стороні необхідно враховувати не тільки принцип поважання автономії і конфіденційності, але й цінність «об'єктивного пріоритетного блага» — життя людини (плода/дитини).

Проведення генетичних скринінгових досліджень із залученням до них великої кількості людей актуалізують проблему збереження лікарської таємниці. Можливість доклінічної діагностики захворювань буде супроводжуватися збільшенням кількості третіх осіб, зацікавлених у доступі до результатів генетичних досліджень. До них насамперед відносять медичні страхові компанії і роботодавців. У цій ситуації імовірні порушення конфіденційності та дискримінація за генетичними ознаками. Використання страховими компаніями результатів генетичних досліджень дає їм значні переваги для визначення економічних ризиків. При цьому в осіб, які страхують своє життя, є пріоритетне право не знати заздалегідь про наявність генетичної патології або схильність до неї. Страхові компанії повинні покривати страховими виплатами ризики, а не виключати їх.

Біоетична оцінка пре- та постнатальної генетичної діагностики виходить з того, що можливості діагностики помітно випереджають прогрес у галузі радикального лікування генетично зумовлених захворювань. Дилеми, що виникають, стосуються як особистості пацієнта, так і внутрішньородинних та суспільних стосунків, релігійної моралі. Дуже складними є питання можливості та готовності пацієнта довідатися про високу ймовірність або неминучість розвитку в нього в майбутньому якогось важкого або смертельного захворювання. Потребують визначення питання, в яких випадках слід інформувати людину про виявлені генетичні дефекти, чи може і чи зобов'язаний лікар проінформувати членів родини.

Етичні проблеми, що пов'язані з пренатальною діагностикою, стосуються: 1) мотивації щодо дослідження та визначення медичних показань для його проведення; 2) визначення ризику для плода, що виникає під час проведення маніпуляції; 3) оцінки результатів діагностики та прийняття рішення, що не приносить користі плоду.

Для проведення пренатального генетичного дослідження першочерговими є медичні показання, виходячи з яких оцінюються ризик та користь для плода, який є пацієнтом, а його батьки — замовниками дослідження. Немедичні показання є другорядними і не завжди задовольняються.

Методи пренатальної (допологової) діагностики, що дозволяють визначити спадкову патологію в ранніх стадіях внутрішньоутробного розвитку, мають двоїтий етичний характер. Деякі з цих методів можуть бути загрозою для життя і цілості ембріона або плода, що тестується. Виявлення невиліковного або тяжковиліковного генетичного захворювання нерідко стає поштовхом до переривання зародженого життя. Відомі випадки, коли на батьків чиниться моральний тиск. Пренатальна діагностика може вважатися морально виправданою, якщо вона спрямована на лікування виявлених хвороб у можливо ранніх стадіях, а також на підготовку батьків до особливого піклування про хвору дитину. Право на життя, любов і турботу має кожна людина незалежно від наявності в нього тих або інших захворювань.

Методи пренатальної діагностики можна класифікувати залежно від різновиду генетичної інформації (морфофункціональні, цитогенетичні, біохімічні, клініко-мікробіологічні) та від інвазивності процедури. Кожний метод оцінюється з точки зору ризику втручання для плода. Інвазивні методи пов'язані з ризиком для плода. До інвазивних методів пренатальної діагностики відносять: біопсію ворсинок хоріону (взяття під УЗД-контролем трансабдомінальним або трансцервікальним шляхом невеличкої частини хоріону для дослідження); амніоцентез (взяття амніотичної рідини шприцом після введення голки під контролем УЗД у навколоплідний пузир); кордоцентез (взяття під УЗД-контролем крові плода з вени пуповини). Ризик втрати плода внаслідок проведення маніпуляції при біопсії ворсин хоріону коливається в межах 3,2—10 %, при амніоцентезі — 0,5—1,5 %, при кордоцентезі — 0,5—1,9 %. Неінвазивні методи пренатальної діагностики включають різні модифікації ультразвукового дослідження, які не вважаються шкідливими, та потрійний тест — визначення вмісту в крові матері альфа-фетопротеїну, вільного некон'югованого естріолу та людського хоріонічного гонадотропіну.

Постнатальне медико-генетичне дослідження дозволяє виявити генну і хромосомну патологію, або схильність до хвороби, яка може виявитися пізніше. Наприклад, протягом останніх років доведено можливість проведення специфічного генетичного тестування для ідентифікації осіб, які мають підвищений ризик розвитку раку молочної залози і товстої кишки. Регулярний моніторинг дозволяє виявити пухлину в таких людей у ранній стадії розвитку.

У сфері професійної патології генетичні дослідження працівників спрямовані на виявлення генетичної схильності до захворювань, що залежать від специфічних умов праці. Результати скринінгу дають можливість запобігти розвитку професійної патології та зменшити витрати на відшкодування

можливих збитків. Скринінг працівників на виявлення генетичної схильності до патології, що не залежить від умов праці (наприклад, пухлини), або на наявність генетичної патології може мати дискримінаційні наслідки, тому є неприйнятним.

Успіхи в розшифровці генетичного коду створюють реальні передумови для широкого генетичного тестування з метою виявлення інформації про природну унікальність кожної людини, а також її схильності до певних захворювань. Створення «генетичного паспорта» з розумним використанням отриманих відомостей допомогло б вчасно коригувати розвиток високомовірних для конкретної людини захворювань. Однак є реальна небезпека зловживання генетичними відомостями, коли вони можуть призвести до різних форм дискримінації. Крім того, володіння інформацією про спадкову схильність до тяжких захворювань може стати непосильним моральним тягарем. Тому генетична ідентифікація і генетичне тестування можуть здійснюватися лише на основі поважання свободи особи.

Морально-етичні і науково-практичні проблеми генетичних досліджень дуже тісно переплітаються. У міру картування геному людини, підвищення доступності генетичних досліджень виникає потреба встановлення діагностичної вірогідності тестів, що є дуже важким завданням у зв'язку з генетичною гетерогенністю спадкових захворювань. Важливою науковою проблемою, що вимагає проведення багаторічних досліджень, є також визначення діагностичної значущості ознак генетичної схильності до сімейних форм онкологічних захворювань, цукрового діабету, ішемічної хвороби серця. Імовірний характер результатів генетичного дослідження прирікає пацієнта на невизначеність і може накладати негативний відбиток на все його подальше життя.

Можливість прогнозувати виникнення тяжкого невиліковного захворювання також пов'язана з низкою біоетичних проблем. Виявлення схильності до захворювання може спричинити сильний стрес, депресію, психологічне руйнування, рішення змінити власне життя (наприклад, відмовитися від народження дітей). Водночас користь від виявлення генетичного ризику також велика. Прогнозування хвороби дає можливість виключити фактори, що провокують або прискорюють виникнення захворювання, підготуватися психологічно і фізично до виникнення цієї хвороби. Якщо кожна особа, якій прогнозоване захворювання, націлена не тільки на своє право знати діагноз, а й реалізує свій обов'язок щодо прокреації здорових нащадків, суспільство може викоринити деякі хвороби. Але не в усіх випадках це можливо. Частіше прогнозування генетично зумовленої патології спрямоване на поліпшення якості життя або при вірному плануванні власного життя — на посилення автономії особи.

Виявлення здорових носіїв патогенних генів має практичне значення перед шлюбом або зачаттям дитини. Такі обстеження є дозволеними, але не є обов'язковими для подружніх пар і здійснюється на їх заявку в межах медико-генетичного консультування.

Медико-генетичне консультування слід розглядати як процес комунікації з приводу людських проблем, пов'язаних із виявленням генетичної хвороби в сім'ї або з ризиком, на який ця хвороба всіх наражає. Консультування є обов'язковим компонентом медичної допомоги під час встановлення генетичного діагнозу. Процес консультування передбачає, що спеціаліст допомагає сім'ї або індивіду: зрозуміти медичні аспекти хвороби, її успадкування, можливі шляхи зменшення ризику виникнення або розвитку хвороби; прийняти рішення діяти певним чином, щоб звести до мінімуму можливі патологічні прояви або наслідки виникнення хвороби для сім'ї. Мета медико-генетичного консультування може бути інтерпретаційно-терапевтичною (встановлення діагнозу для призначення лікування), інтерпретаційно-профілактичною (консультування перед зачаттям), прогнозно-пізнавальною (виявлення схильності до патології у майбутньому), селективно-елімуючою (після зачаття з метою виявлення показань для переривання вагітності). Медико-генетичне консультування спрямоване також на встановлення етіології та патогенезу захворювання оцінки можливого або існуючого ризику генетичної патології перед зачаттям або після нього.

Завдання медико-генетичного консультування залежать від його етапу. На додіагностичному етапі вирішується питання щодо доцільності дослідження та оцінюються ризики (наприклад, для плода), що пов'язані з його проведенням. На післядіагностичному етапі консультант допомагає (шляхом обговорення) пацієнту/замовнику прийняти рішення. Консультант не повинен примушувати осіб, яких консультує, до виконання певних дій. Він лише допомагає їм прийняти усвідомлене рішення. При цьому за втілення рішення в життя несе відповідальність лише пацієнт/замовник, а не консультант. Проте консультант не повинен бути етично нейтральним, він повинен дотримуватися загальноприйнятих норм та людських цінностей. Для того щоб пацієнти могли зберегти автономію в ухваленні рішення, їм слід обговорити етичну проблему з іншими фахівцями, особливо з тими, чії думки в цьому питанні прямо протилежні.

Серед базових умов проведення медико-генетичного консультування є зацікавленість пацієнта/замовника в його проведенні та отримання усвідомленої згоди, що базується на вичерпній інформації, яка зрозуміла особі, яку обстежують, або її законним представникам.

При виявленні генетичної мутації, що в майбутньому може привести до важкого невилікованого захворювання перед повідомленням результату необхідна психологічна підготовка пацієнта. Пацієнт має право «не знати» результат дослідження, за винятком тих випадків, коли було висловлено бажання знати будь-який результат.

Всесвітня організація охорони здоров'я в 1995 р. узагальнила міжнародний досвід розв'язання етичних проблем, що виникають під час медико-біологічних досліджень у «Посібнику з етичних підходів у медичній генетиці»



і надання генетичних послуг». У документі викладено основні положення з надання медико-генетичної допомоги з метою допомогти людям з генетичними порушеннями жити і мати нормальне потомство. Основними етичними підходами визнані:

- воля вибору з урахуванням повної інформації; у разі здійснення репродуктивного вибору жінка повинна мати право прийняти остаточне рішення;
- добровільність, виключення всякого тиску з боку уряду, суспільства, медичних працівників та ін.;
- поважання відмінностей між людьми і тих, чия думка в меншості;
- повага до особи, що консультиється, незалежно від рівня його знань;
- навчання основам генетики населення, медиків, учителів, священнослужителів;
- тісна взаємодія з організаціями, що об'єднують хворих на спадкові захворювання, членів їхніх родин;
- запобігання дискримінації або фаворитизму під час працевлаштування, страхування або навчання, заснованих на генетичних ознаках;
- комплексне розв'язання проблем з іншими фахівцями — медичними працівниками різних спеціальностей, соціальними працівниками тощо; за можливості залучення тих, що потребують консультації, в обговорення їхніх проблем, щоб вони стали інформованими учасниками процесу прийняття рішення;
- використання термінів, що не дискримінують, повага до особистості пацієнта.

Міжнародне біоетичне регулювання питань генетичних досліджень відбувається на підставі низки важливих документів, які отримали визнання і практичне застосування в різних державах світу. Одним з таких документів є «Положення про генетичне консультивання і генну інженерію», що було прийнято 39-ю Всесвітньою медичною асамблеєю (Мадрид, 1987 р.; Додаток 19). Декларація покликана допомогти лікарям у розв'язанні етичних і професійних проблем у галузі медичної генетики.

У 1997 р. 29-та сесія Генеральної конференції ЮНЕСКО прийняла «Загальну декларацію про геном і права людини» (Додаток 20). Декларація спрямована на запобігання використанню генетичної інформації з порушенням прав і фундаментальних свобод людини, її людської гідності або ж з метою суспільної ізоляції окремих індивідумів, сімей, груп або громад.

Декларація не є юридично обов'язковим документом: вона дозволяє державам адаптувати її положення відповідно до різноманітних ситуацій і нових наукових відкриттів. Декларація визначає принципи, якими держави повинні керуватися в процесі вдосконалювання законодавства і політики в цій галузі. Декларація закликає до збирання, оброблення, використання і збереження генетичного матеріалу на основі прозорих і етично прийнятних принципів.

Це передбачає створення незалежних, мультидисциплінарних і плюралістичних комітетів з питань етики на національному, регіональному, місцевому або інституціональному рівнях. Збирання матеріалу для генетичних досліджень має здійснюватися за умов отримання «попередньої, вільної, інформованої і спеціальної згоди без фінансової або іншої особистої вигоди» людини, що надає генетичний матеріал. Винятки можливі, але «мають дозволятися тільки в крайніх випадках відповідно до національного законодавства і міжнародного права в галузі захисту прав людини». Декларація передбачає право на інформацію про результати досліджень і гарантії, що інформація про генетичні дані людини не повинна розкриватися третім особам, зокрема роботодавцям, страховим компаніям, освітнім установам і родинам. Виняток може бути зроблено лише в інтересах суспільства і тільки у випадках, передбачених законодавством і відповідно до міжнародного права.

У Декларації стверджується, що дані, зібрані для однієї мети, не повинні використовуватися в стадії використання результатів генетичних досліджень для іншої мети, яка несумісна з первісним наміром.

Декларація рекомендує вживати відповідні заходи у сфері освіти, навчання і суспільної інформації і закликає приєднатися до двосторонніх і багатосторонніх угод, які дозволяють країнам, що розвиваються, розширити свої можливості для участі в створенні й обміні науковими знаннями про генетичні дані людини. Метою Міжнародного комітету ЮНЕСКО з біоетики і Міжурядового комітету з біоетики визнано сприяння виконанню Декларації і поширенню принципів, які містить цей документ.

Надзвичайно важливою подією стала реалізація міжнародного проекту «Геном людини» з бюджетом понад 3 млрд доларів США. Складно недооцінити значущість біоетичних аспектів проекту. Понад 5 % від загальної вартості проекту було спрямовано на розв'язання біоетичних, соціальних і правових проблем, які виникали при його здійсненні. Були сформульовані такі біоетичні передумови проведення досліджень у цій галузі:

— право на генетичну інформацію про себе є складовою частиною прав особистості; цей принцип трактується конституціями і законодавством держав-членів співтовариства як складова частина прав людини;

— урахуваючи наслідки, до яких можуть призвести дослідження геному людини, має бути розроблена єдина система, що враховує медичні, етичні, соціальні та юридичні аспекти будь-якого використання таких результатів і запобігання їх неприйнятному використанню;

— відсутність чітких стандартів і правил, які визначають конкретні аспекти можливого розвитку аналізу геному, породжує небезпеку спроб вторгнення в геном людини з метою надання внесеним змінам спадкового характеру, а також для проведення генетичних досліджень з метою моніторингу. І те, й інше може мати тяжкі наслідки для суспільства, тому вкрай необхідно вдосконалити заходи для запобігання неприйнятним наслідкам;

— у процесі розроблення програми виникає потреба вичленування комплексу надійних наукових даних для використання політичною владою як основи для прийняття обґрунтованих, зрозумілих і відповідальних юридичних рішень.

Програма «Геном людини» стикається з трьома основними проблемами молекулярно-генетичних досліджень: конфіденційності інформації про результати досліджень, проблемами масового скринінгу і тестування пацієнтів. Ці глобальні проблеми вимагають вирішення питань про правомочність використання генетичної інформації (роботодавцями, медичними страховими компаніями тощо); надійність збереження конфіденційної інформації в банках даних; можливість використання отриманої інформації з немедичною метою (судова практика); патентування генетичної інформації тощо.

У спеціальній декларації асамблеї ВООЗ, що проходила у вересні 1992 р., присвяченій проекту «Геном людини», етичні та юридичні принципи подано так:

1. Генетична служба має бути загальнодоступною, щоб уникнути її використання лише заможними особами, що збільшить соціальну нерівність.

2. Необхідні міжнародна інформація та обмін технологіями і знаннями між усіма країнами.

3. Слід поважати волю осіб, серед яких проводять скринінг, та їх право вирішувати питання про свою участь і використання отриманої інформації.

4. Повна інформація має бути надана пацієнту або його юридичному представнику. Медичну таємницю слід зберігати, а інформацію не можна передавати третім особам без згоди пацієнта. Навіть якщо члени родини пацієнта належать до групи ризику, медична таємниця повинна зберігатися, окрім випадків, коли хтось із членів родини може серйозно постраждати і цьому можна запобігти, розкривши інформацію. Конфіденційність може бути порушена тільки як «останній крок», коли спроби переконати пацієнта самому відкрити інформацію зазнали невдачі; навіть у такому випадку можна розкривати тільки необхідну генетичну інформацію.

5. Передача інформації третій особі або допуск до особистих генетичних даних може здійснюватися тільки в разі інформованої згоди пацієнта.

Характерною тенденцією сучасного етапу молекулярно-генетичних досліджень у галузі геному людини є їхня комерціалізація. Вона становить небезпеку основній науковій цінності — принципу об'єктивності наукового знання. Уже зараз збільшується кількість приватних фірм, які вкладають значні ресурси в розвиток геномних досліджень, передбачаючи отримати грандіозні прибутки. Гострі дискусії про право на патентування генів людини і нуклеотидних послідовностей, що виникли між конкуруючими учасниками геномних досліджень, — результат глибинної деформації сучасної науки. Якщо врахувати, що приватні компанії вже вклали в розроблення проекту багато сотень мільйонів доларів, то зрозуміле їхнє прагнення

одержати максимально можливий прибуток від реалізації проекту. У цьому сенсі проект «Геном людини» в концентрованій формі відбиває формування нового різновиду науки, що парадоксальним чином поєднує в собі фундаментальні дослідження, виробництво і комерційну діяльність.

Патентування результатів молекулярно-генетичних досліджень є об'єктивною реальністю, тому на міжнародному рівні необхідно розроблення концепції, яка б забезпечила стимулювальний вплив результатів патентування ДНК на економічний прогрес за допомогою посилення внеску глобального науково-дослідного співтовариства в створення і застосування медичних технологій.

Реалізація проекту «Геном людини» поєднується з революційними темпами розвитку молекулярно-генетичних і суміжних біотехнологій, які знаходять своє застосування не тільки в медицині, а й у селекції рослин і тварин, фармацевтичній промисловості та інших галузях. Проект має важливе значення для фундаментальної науки, оскільки дозволяє значно поглибити знання про організацію та функціонування генетичного апарату людини. Знаючи подібність і відмінність у побудові ДНК людини і приматів, можна більш точно реконструювати процес антропогенезу. Повне розшифрування геному з можливістю молекулярно-генетичної діагностики спадкових захворювань дозволяє зробити реальною їх пренатальну діагностику в ранні терміни вагітності. Уже зараз така можливість існує для фенілкетонурії, муковісцидозу, гемофілії, хвороби Тея-Сакса тощо. Важливість розшифрування геному для медичної практики полягає не тільки в можливостях молекулярно-генетичної діагностики, а й у перспективі генної терапії, що відкривається.

Проект «Геном людини» створює надзвичайно важливий прецедент для розвитку науки та співробітництва вчених з громадськістю. Уперше реалізація великого міжнародного наукового проекту відбувається одночасно з дослідженням соціальних наслідків і моральних правил його розроблення. Це перший науковий проект, в якому від самого початку в контекст наукового розроблення вписано аспект морального обговорення. У генетиці людини, як і в інших галузях науки, значне місце посідають гіпотези та теоретичні моделі, які ще не отримали достатнього емпіричного підтвердження і теоретичного обґрунтування. Вони є результатом творчого процесу висування гіпотез, що згодом піддаються «відбору» відповідно до встановлених у науці процедур верифікації і виключення фальсифікації. Частина з них цілком законно стає надбанням громадськості як свідчення академічної свободи і польоту творчої думки, що захоплює розум. Однак слід мати на увазі, що, ставши феноменом масової свідомості, наукові гіпотези виходять з-під контролю жорстких механізмів наукового «відбору», здобувають власне життя, мотивуючи і направляючи соціальні дії, неоднозначні за своїми наслідками. Учені повинні усвідомлювати відповідальність за шкоду, яку здатна спричинити випущена «на волю» недостатньо продумана, а тим більше помилкова,

гіпотеза. Розроблення проекту «Геном людини» дало підґрунтя для безпрецедентного викиду в масову свідомість величезної кількості «гіпотез», деякі з яких мають відверто дискримінаційний і расистський характер.

Існуючі в наш час уявлення про практичне застосування і переваги генетичних досліджень є, на думку більшості дослідників, надмірно оптимістичними. Можливості прикладного медичного застосування результатів вивчення геному значні, однак передбачати, коли вони призведуть до істотного прогресу в клінічній практиці, важко. Найближчим часом навряд чи можна чекати серйозних проривів у галузі лікування онкологічних і хронічних захворювань на основі знань про спадкову схильність до них.

Проведення молекулярно-генетичних досліджень і біоетичні проблеми, що їх супроводжують, вимагають підвищення інформованості в цих питаннях усіх верств суспільства, у тому числі політиків, співробітників органів охорони здоров'я та освіти, представників засобів масової інформації. З біоетичної точки зору центральним є питання про те, чи є мета досягнення повного знання про генетичну основу людини ідеалом, до якого потрібно прагнути, і чи не стануть ці знання злом для людства.

«Технологічні оптимісти» вбачають можливості усунення медичних проблем шляхом послідовного втручання в їхню генетичну основу. Це б дозволило оздоровити популяцію і зменшити витрати на охорону здоров'я. Проте, очевидно, що діагностика проблемних генів буде підвищувати можливість їх усунення й заміни. Тому противники проекту «Геном людини» підкреслюють можливе підвищення частоти переривання вагітності за генетичними показаннями. Реалісти розуміють, що багато захворювань не є генетичними. Більшість з них пов'язані зі спадковим матеріалом і є полігенними, тобто включають багато генів у свою реалізацію. Це означає, що дослідники ще мають визначити механізм взаємодії генів, який призводить до виникнення раку, захворювань серця, гіпертонічної хвороби і психічних розладів. Не виключено, що деякі гени, які підвищують ризик розвитку деяких небажаних станів, є разом з тим необхідними для запобігання іншим (настільки ж неприйнятним) процесам.

Процес інтеграції України в Європейське співтовариство зумовлює необхідність удосконалювання законодавчої регламентації біомедичних прав людини з прийняттям закону про захист геному людини, що відповідає нормам міжнародного права. Базовим документом Ради Європи, спрямованим на захист прав і свобод людини у зв'язку з використанням досягнень біології і медицини, є «Конвенція про захист прав і достоїнства людини у зв'язку із застосуванням досягнень біології і медицини: Конвенція про права людини і біомедицину», прийнята 4 квітня 1997 р. (Додаток 6). Підготовка проекту Конвенції розпочалася в 1990 р. спеціально створеним Комітетом, що в 1993 р. був перетворений на Керівний комітет з біоетики. У наш час із 42 країн-членів Ради Європи більше ніж 30 приєдналися до Конвенції. Україна підписала її в

березні 2002 р. Додатковий протокол до Конвенції про права людини і біомедицину в галузі біомедичних досліджень було прийнято у 2005 р.

Метою Конвенції є захист гідності та індивідуальності кожної людини, а також надання кожному без виключення гарантій дотримання цілісності та інших основних прав і свобод відносно застосування біології і медицини. Прогрес у галузі медичних і біологічних наук і особливо успіхи у біомедичних дослідженнях сприяють збереженню життя і поліпшенню якості життя. Безперечно, розвиток біомедичної науки та впровадження її досягнень у практику залежить від знань, отримання яких вимагає проведення досліджень на людині. Такі дослідження часто мають міждисциплінарний і міжнародний характер, вони повинні брати до уваги національні і міжнародні професійні стандарти у галузі біомедичних досліджень. Безумовно, біомедичні дослідження, що зневажають людську гідність і порушують права людини, не повинні мати місця. У Конвенції підкреслюється особлива важливість захисту людей, які беруть участь у проведенні досліджень. Зазнається, що кожна людина має право погодитися на проведення біомедичних досліджень або відмовитися від цього. Ніхто не може насильно бути залученим до таких досліджень. Конвенція закликає країни вживати необхідні заходи щодо захисту людської гідності і фундаментальних прав і свобод людини в разі залучення її до біомедичних досліджень.

Конвенція стосується прав людини під час проведення генетичних досліджень, клонування і впровадження генної терапії. Конвенція проголошує заборону будь-яких форм дискримінації на підставі результатів генетичних досліджень. Заборона стосується дискримінації за статтю, расою, кольором шкіри, мовою, релігією, політичними та іншими переконаннями, національним або соціальним походженням, належністю до меншостей, майновим станом, генетичною спадковістю або іншими ознаками.

Слід також поважати право особи не бути інформованим. Генетичні тести можуть проводитися лише після добровільної та усвідомленої згоди відповідної особи і повинні супроводжуватися відповідними генетичними консультаціями. У Конвенції не передбачається будь-якого обмеження права здійснювати діагностичне втручання в стадії зародка для того, щоб визначити можливу наявність генетичної схильності до тяжких захворювань у майбутньої дитини.

Українське законодавство в основному відповідає положенням Конвенції, однак механізми виконання законів поки досить недосконалі.

### БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ КЛОНУВАННЯ ЛЮДИНИ ТАТВАРИН

Біоетичний контроль генетичних технологій включає медико-етичні проблеми клонування людини і тварин. Такі проблеми виникли у 1997 р., коли світове співтовариство було поставлено перед фактом успішного клонування ссавця, для чого використовувалися ядра соматичних клітин. Щодо

перспектив і небезпеки цього наукового відкриття одразу виникли гострі дебати в наукових, релігійних, політичних колах. Найбільшу стурбованість і опір викликала ідея можливого використання цієї технології для відтворення людини.

Клонування — це процес одержання генетично ідентичного потомства шляхом нестатевого розмноження. Термін «клон» походить від грецького слова «klon», що означає — гілочка, пагін, черешок. Це поняття використовувалося колись для визначення вегетативного розмноження рослин. Клонування рослин черешками, бруньками або бульбами в сільському господарстві відоме вже понад 4 000 років.

Технічною суттю клонування є взяття ядра, яке містить хромосомний матеріал, з клітини організму й імплантація його в еноклейовану яйцеклітину або іншу клітину іншого організму. Така модифікована клітина має потенціал росту і розвитку як новий організм, що є генетичною копією оригіналу. Можлива аналогія з однояйцевими близнюками, але з тією істотною різницею, що клон спроможний спостерігати своє біологічне майбутнє в межах його генетичної детермінованості. Безумовно, людина більша, ніж сукупність генів. Вона формується під впливом оточення, часу, місця, виховання. Тому генетичний клон не має справжньої ідентичності зі своїм генетичним батьком. Однак етична проблематичність клонування полягає в тому, що ця технологія торкається основ людської природи та її раціонального контролю.

Якщо оцінити принципи можливості клонування, то в майбутньому технічно вірогідна продукція множинних копій людей для використання їх з різною метою — як воїнів, інтелектуалів та ін. Не обговорюючи етичних деталей таких припущень, можна лише стверджувати, що такі перспективи дуже віддалені. Більш імовірно використання клонування в сільському господарстві, а в майбутньому — як метод допомоги бездітним сім'ям, які прагнуть мати рідну дитину, у тому числі генетичну копію помираючої дитини.

З наукових позицій можливість клонування людини обґрунтована успіхами в клонуванні ссавців з використанням ядер зародкових клітин, вирощуваних у культурі на штучному живильному середовищі. Наступним кроком стало використання соматичних клітин дорослих тварин. Першим офіційним повідомленням про клонування ссавців (вівці) стала інформація про результати роботи дослідників під керівництвом Я. Улмута. Донором ядра стали клітини молочної залози дорослої вівці. В Японії було проведено клонування корів з використанням ядер епітеліальних клітин, які містяться в молозиві. Безпрецедентний за своїми масштабами експеримент з масового клонування великої рогатої худоби розпочався в Китаї, де очікується поява від 20 до 50 клонованих телят. У проєкті також беруть участь Австралія, Канада, США, Великобританія та інші країни.

Важливою проблемою клонування залишається відносно високий відсоток спонтанних абортів на пізніх етапах ембріонального розвитку і часті випадки смерті тварин незабаром після народження, особливо коли донорами

ядер були соматичні клітини. Соматичне клонування може стати причиною природжених вад розвитку. У деяких тварин-клонів, у тому числі і в першій клонованій вівці, спостерігається феномен передчасного старіння. Не вивчено вплив клонування на функціональні особливості і плідність.

З викладеного вище випливає, що технічно і методично клонування дорослих ссавців розроблено ще не настільки достатньо, щоб можна було вже зараз порушувати питання про реальну реалізацію проекту з клонування людини. Залежно від мети клонування поділяють на клонування, спрямоване на відтворення людської істоти як способу розмноження (репродуктивне клонування), і клонування з медичною метою (терапевтичне клонування). Магістральним напрямком терапевтичного клонування є дослідження в галузі одержання стовбурових клітин.

Так зване терапевтичне клонування передбачає клонування ембріонів у ранніх стадіях розвитку, що стануть своєрідними банками донорських тканин для конкретних індивідумів. Стовбурові клітини з їхніми унікальними можливостями і потенціалом диференціюватися в будь-які тканини й органи давно є об'єктом наукових досліджень. Важливою особливістю стовбурових клітин є те, що під час їх пересадження вони відторгаються організмом реципієнта набагато менше, ніж донорські органи і тканини. Такий підхід у перспективі може призвести до можливості вирощування в лабораторних умовах попередників різних органів і тканин і потім трансплантувати їх замість донорських органів. Крім того, проводяться дослідження з використання стовбурових клітин як векторів для генної терапії.

Клонування людини, крім наукових і технічних проблем, пов'язано з вирішенням складних етичних питань. По-перше, становлення людини як особистості базується не лише на біологічній спадковості, воно визначається також сімейним, соціальним і культурним середовищем. У разі репродуктивного клонування індивіда неможливо відтворити всі ті умови виховання і навчання, що сформували особистість його прототипу (донора ядра). По-друге, у разі безстатевого розмноження споконвічно жорстка запрограмованість генотипу визначає меншу розмаїтість взаємодій організму, що розвивається, з умовами мінливого середовища (порівняно зі статевим розмноженням, коли у формуванні індивіда беруть участь два геноми, які складним і непередбаченим чином взаємодіють між собою і з навколишнім середовищем). По-третє, як репродуктивне, так і терапевтичне клонування людини входить у непримирнену суперечність з релігійною мораллю. Практично всі релігійні вчення наполягають на протиприродності процесу клонування людини і тварин. Так, представники Православної Церкви наполягають на суворому розумінні сакральності людського життя: кожна людина створена як унікальна особистість «за подобою Божою». Тому всі форми евгеніки, у тому числі маніпулювання з людським генетичним матеріалом з нетерапевтичною метою, у моральному відношенні огидні і загрожують людському життю і благополуччю.



Про неприйнятність втручання в процеси репродукції, а також в генетичний матеріал людини і тварини заявив Ватикан. Муфтії Єгипту і глава Коптської Церкви зазначили, що такий вид наукової діяльності суперечить моральним принципам і божественним законам.

Впровадження репродуктивного клонування людини може призвести до руйнування традиційних моральних підвалин і насамперед сім'ї. Крім того, ця ситуація небезпечна з погляду виникнення низки соціально-правових колізій. Стосунки між людьми і клонами, правовий і майновий статус клонів, чи можна вважати клонованого і клон родиною — ось лише неповний перелік питань, які стануть актуальними в разі впровадження клонування. Усі ці правові колізії можуть призвести до серйозних змін у конституційній, цивільній та інших галузях права. Привертає увагу факт, що більшість учених-генетиків, які критично ставляться до можливості клонування, основні моральні проблеми вбачають у нерозв'язності методичних питань клонування людини.

Існує також низка психологічних проблем, пов'язаних з репродуктивним клонуванням. Важкопрогнозованим є ефект впливу на людську ідентичність при клонуванні людини, яка буде близнюком свого батька чи матері, але буде народжена в іншому поколінні та в іншому середовищі. Виникають запитання, чи буде клон відчувати, що він або вона є лише копією когось, хто вже існував, що в нього відсутня власна ідентичність?

Глибокі біоетичні проблеми існують не тільки у сфері репродуктивного, а й на шляху «терапевтичного» клонування. Технічна можливість одержання органів і тканин для трансплантації призведе до додаткового розшарування суспільства з виділенням верств людей, яким вони будуть доступні.

Принциповим є питання про те, наскільки етично прийнятною є маніпуляція людини з процесом життя. У наш час цілком очевидний той факт, що етичний аспект проблеми клонування невирішений і навряд чи буде вирішений у найближчому майбутньому. Незважаючи на численні повідомлення в засобах масової інформації про успіхи в репродуктивному клонуванні людини, більшість дослідників схиляються до того, що поки що про це можна говорити лише теоретично. По суті, йдеться навіть не про клонування, а про отримання копії окремого індивіда, оскільки термін «клонування» передбачає отримання якоїсь безлічі особин. Очевидно, що нині ймовірність негативних наслідків цієї процедури значно переважає її користь, тому питання про доцільність продовження робіт у цьому напрямку вимагає ретельного опрацювання. Можливо, через деякий час, коли будуть удосконалені всі етапи цього складного біотехнологічного методу, учені, соціологи та інші зацікавлені особи зможуть повернутися до обговорення доцільності клонування людини. Однак у будь-якому випадку вирішення питання про клонування тієї або іншої людини буде регламентуватися жорсткими рамками і правилами, торкаючись, можливо, тільки деяких медичних проблем (наприклад, коли безплідність не можна вилікувати іншими методами).

Разом з тим роботи з домашніми тваринами дуже важливі з практичної точки зору. Успіхи в галузі клонування тварин мають широкі перспективи для виживання людства. Клонування можна використовувати, наприклад, для створення стада високопродуктивних порід домашніх тварин, корів. Водночас слід враховувати той факт, що клонування прямує в зворотному від селекції напрямку. Селекція збільшує біорізноманітність, а масове клонування його зменшує і може призвести до зменшення генофонду і виродження. Таким чином, клонування високопродуктивних домашніх тварин, безсумнівно, важливе, але в розумних межах. Клонування цінних трансгенних тварин може швидко й досить економно забезпечити людство новими лікарськими засобами, які містяться в молоці спеціально одержаних для цього генно-інженерними методами овець, корів і кіз. Так само клонування можна використовувати для розведення призових спортивних коней, тварин з цінним хутром, збереження рідкісних і вимираючих тварин у природних популяціях. Наприклад, мешканці Таїланду збираються клонувати диких білих слонів, яких залишилося лише 2000 з 50 000, що жили в 60-х роках минулого століття. Однак, якщо сучасні антропогенні порушення не припиняться, така сама доля очікує і на клони. Не можна розв'язати проблеми збереження флори і фауни лише шляхом клонування, ігноруючи їх корінні причини, хоча, безсумнівно, клонування з метою підтримання популяції вимираючих видів є перспективним і важливим напрямком клонування тварин.

Ставлення до клонування у світі відрізняється розмаїтістю, але переважною точкою зору є морально-етична і соціальна неприпустимість цієї процедури стосовно людини. За результатами опитувань більшість громадян США вважає, що клонування як таке неприпустиме в моральному і правовому плані і зрештою призведе до проблем, а не до успіхів, що уряд повинен контролювати технології, пов'язані з клонуванням тварин. З приводу людей американці ще більш одностайні: три чверті з них вважають, що штучне відтворення суперечить Божій волі, а третина з них готові активно протидіяти експериментам з клонування людини. Лише 7 % американців схвалюють гіпотетичну можливість мати двійника і продовжити в такий спосіб своє життя. Однак у науковому середовищі існує думка про порочність практики заборони клонування як такої, що гальмує прогрес науки. Коли Президент США Б. Клінтон заборонив бюджетне фінансування досліджень з клонування людей і звернувся до працюючих за підтримки приватних фондів дослідників із проханням «чинити опір спокусі клонувати самих себе», видатні вчені, лауреати Міжнародної академії гуманізму, лауреати Нобелівської премії звернулися до нього з Декларацією на захист клонування і недоторканності наукових досліджень.

Можливість клонування людини ставить людство перед необхідністю зміни правової регламентації багатьох питань, які стосуються

медико-біологічних досліджень, міжнародного правого та етичного регулювання питань клонування. В Європі базовим документом, що регулює діяльність людини в галузі клонування, є «Конвенція про права людини і біомедицину», прийнята Парламентською Асамблеєю Ради Європи 4 квітня 1997 р. (Додаток 6). Розроблення Конвенції до офіційного повідомлення про успішне завершення експерименту з клонування пояснює відсутність у ній прямих розпоряджень, пов'язаних з регламентацією таких експериментів. Можливість клонування людини тлумачать, виходячи з положень ст. 18 Конвенції. Згідно з ч. 1 цієї статті, якщо закон дозволяє проводити дослідження на ембріонах *in vitro*, він також повинен передбачати відповідний захист ембріона. У ч. 2 статті 18 міститься заборона на створення ембріонів людини з дослідницькою метою. Для конкретизації норм Конвенції стосовно окремих галузей біології і медицини Керівний комітет з біоетики Ради Європи розробляє Додаткові протоколи. Додатковий протокол, неофіційною назвою якого є «Протокол про заборону клонування людини» (Додаток 21), був розроблений у 1998 р. Цей протокол увів заборону на клонування людини, мотивуючи це тим, що інструменталізація людини шляхом створення генетично ідентичних людських істот несумісна з достоїнством людини і таким чином є зловживанням біологією і медициною. Наслідками клонування людини можуть стати серйозні проблеми медичного, психологічного та юридичного характеру для всіх залучених до нього індивідуумів. Стаття 1 Додаткового протоколу свідчить: «Будь-яке втручання з метою створення людини, ідентичної до іншої людини, живої чи мертвої, забороняється». У статті також роз'яснюється значення терміна «людина, генетично ідентична до іншої» як «людина, що має з іншою людиною однаковий набір генів». Ставлячи на меті дотримання етичних норм, Додатковий протокол не враховує істотної різниці понять репродуктивного і терапевтичного клонування, що значною мірою обмежує його значення при створенні національної регламентуючої бази.

Інший міжнародний документ — Загальна декларація про геном людини і права людини, прийнята в 1997 р. на 29-й сесії Генеральної конференції ЮНЕСКО (Додаток 20), — також декларує неприпустимість практики клонування людини. У ст. 11 Декларації наголошено на необхідності міжнародного співробітництва для виявлення практики клонування з метою відтворення людської особистості, і вживання відповідних заходів на національному і міжнародному рівнях для недопущення такої практики.

Національні закони держав-членів Європейського Союзу, як правило, не розрізняють поняття «репродуктивне» і «терапевтичне» клонування і забороняють їх. Серед країн Європи найбільш послідовним противником клонування є Німеччина, що ототожнює практику таких експериментів з неетичними експериментами над людьми, які проводилися при нацистському режимі. Федеральний закон ФРН на захист ембріонів

(1990 р.) називає злочином створення ембріона, генетично ідентичного до іншої живої або мертвої особи. Закон Іспанії 1988 р. про процедури, які сприяють репродукції, також установлює кримінальну відповідальність за клонування людського ембріона. У Данії дослідження в галузі клонування заборонені Актом про систему наукових комітетів з етики і керування біомедичними дослідницькими проектами 1992 р. Подібне законодавство мають Італія, Нідерланди, Швеція, Франція і Бельгія.

Найскладніша ситуація із заборною клонування склалася у Великобританії. Відповідно до Акта про зачаття людини й ембріологію (1990 р.) клонування заборонено. У ньому зазначено, що «здійснювати злиття клітинних ядер людського ембріона з ядрами, виділеними з клітин тканин іншої людини, ембріона або плода в наступні стадії його розвитку забороняється». Цей документ, як і багато інших європейських законодавчих актів, донедавна не диференціював репродуктивне і терапевтичне клонування. Парадокс ситуації полягає в тому, що Великобританія фактично є батьківщиною клонування ссавців і ідея дозволу клонування людини в британських наукових колах дуже популярна. У 2002 р. Палата лордів задовольнила апеляцію уряду, що виводить клонування за рамки дії Акта про людське зачаття й ембріологію 1990 р. У серпні 2004 р. Британська державна організація HFEA (Human Fertilization and Embryology Authority) дозволила клонування людських ембріонів для медичних досліджень. Першими в країні цю процедуру, що викликає численні суперечки, провели фахівці з університету Ньюкасла.

У 2004 р. терапевтичне клонування було дозволено Науковою радою Японії. У США принципи правової регламентації експериментів з клонування людини формувалися в процесі протистояння прихильників заборони і легалізації робіт у цій галузі. Комітет Палати представників Конгресу США з науки 30 липня 1997 р. проголосував за повну заборону експериментів, пов'язаних з клонуванням людей. Він посилив Указ Президента, що забороняє виділення федеральних засобів на будь-які дослідження, пов'язані з клонуванням людини. За рекомендацією Національної консультативної комісії з біоетики США в 1999 р. було введено мораторій на державне фінансування програм, пов'язаних з експериментами на людських ембріонах, у тому числі з їх клонуванням. Комісія рекомендувала негайно звернутися до всіх фірм, які практикують, лікарів, дослідників і професійних товариств, які здійснюють свою діяльність у приватному секторі або установах, фінансованих не з федерального бюджету, із закликом добровільно приєднатися до мораторію, оголошеному федеральною владою.

У Російській Федерації роботи з клонування людини, як у більшості країн світу, законодавчо припинені. У 1996 р. Державною Думою було прийнято федеральний закон «Про державне регулювання в галузі генно-інженерної

діяльності». У 2002 р. було прийнято спеціальний федеральний закон Російської Федерації «Про тимчасову заборону на клонування людини». Стаття 2 цього закону визначає клонування людини як «створення людини, генетично ідентичної до іншої живої або померлої людини, шляхом перенесення в позбавлену ядра жіночу статеву клітину ядра соматичної клітини людини». Як і в США, відповідно до існуючих законодавчих актів, клонування фактично не заборонено, а заморожено за допомогою мораторію на клонування людини на найближчі п'ять років.

Аналіз досвіду законодавчої регламентації клонування свідчить, що у світі заборона клонування встановлюється в одній з трьох форм: у формі прямої або непрямой повної заборони клонування людини; заборони виключно репродуктивного клонування людини; тимчасової заборони клонування людини.

Очевидним фактом є те, що в майбутньому, коли проблема клонування людини буде повністю розв'язана методично і технічно, людство визнає клонування методом допомоги бездітним сім'ям, які прагнуть мати рідну для них дитину. Але для цього буде потрібне розв'язання етичних і юридичних проблем, які існують уже зараз. В усьому світі біоетика, її норми і правила стають важливою і невід'ємною частиною науки. Цілком очевидно, що існуючі звичаї, моральні заповіді, на жаль, не передбачають тих нових можливостей і методологій, що вносить наука в життя суспільства. Тому необхідно, щоб суспільна думка базувалася не на поверхневих уявленнях про репродуктивні технології, а на глибокому знанні предмета і соціальної відповідальності дослідника. Також потрібно створювати нові норми і моралі існування суспільства, що враховують зміни навколишньої реальності.

## БІОЕТИЧНІ ПРИНЦИПИ ТА ПРОБЛЕМИ ГЕННОЇ ІНЖЕНЕРІЇ

Досягнення генної терапії потребують біоетичної оцінки. Генна терапія — галузь медичних знань, що виникла на стику медицини, генетики і молекулярної біології і займає все істотніше становище в сучасній генетиці. Вона є генно-інженерною технологією, спрямованою на отримання терапевтичного ефекту за допомогою введення в геном людини певних генетичних конструкцій. Результатом досягнень молекулярної генетики, генної та клітинної інженерії останніх десятиліть стало народження нової галузі медичних знань, що дозволяє використовувати функціональні гени як лікарські засоби. Сукупність прийомів, методів і технологій дають можливість отримувати рекомбінантні РНК і ДНК, виділяти гени з організму, здійснювати маніпуляції з генами і переносити їх в інші організми з подальшою їх експресією для отримання бажаних якостей змінюваного організму.

Двома основними напрямками сучасної генної терапії є лікування моногенних спадкових захворювань і лікування набутих хвороб. Незважаючи на значний прогрес в обох напрямках генної терапії, кількість нерозв'язаних проблем не дозволяють цим методом лікування переступити за межі експерименту і клінічних випробувань. Терапія моногенних спадкових захворювань перебуває на етапі зародження, оскільки технічно не розв'язана проблема корекції геному. Цей напрямок розвивається шляхом зовнішньої хромосомної експресії введених генетичних конструкцій. Генна терапія злоякісних новоутворень за допомогою генів цитокінів, генів, що контролюють апоптоз, і низки інших генетичних конструкцій також поки що є об'єктом наукових експериментів.

Лікувальний ефект генної терапії може досягатися:

- унаслідок коригування або заміни дефектного гена (таку терапію називають генетичною);
- унаслідок зовнішньої хромосомної експресії введених терапевтичних генних конструкцій (таку терапію називають генною);
- унаслідок пригнічення функції патологічних або надактивних генів.

Об'єктом генної терапії можуть бути соматичні клітини, а також клітини плода. Генетичні конструкції можуть використовуватися системно (уводитися внутрішньовенно або внутрішньом'язово) або місцево (безпосередньо в уражені органи, пухлини). У більшості існуючих нині протоколів генної терапії використовується місцеве локальне введення генетичних конструкцій. Переносниками генетичних конструкцій є вірусні і невірусні векторні системи. Створення ефективних і безпечних векторів у генній терапії є важливим складником її успіху. Невірусні вектори мають переваги, пов'язані з їх безпекою, а також низькою вартістю і легкістю виробництва. Повністю синтетичні системи доставки генів є більш безпечними для реципієнта, ніж рекомбінантні віруси, однак процес створення ефективних мікромолекулярних векторних систем не завершений. Найімовірніше, що в разі широкого впровадження генної терапії в клінічну практику вектори для доставки генетичної інформації будуть включати як віруси, так і елементи синтетичних комплексів. Одним із прикладів клінічних випробувань генної терапії є спроби лікування цим методом дорослих, хворих на муковісцидоз. Як відомо, основу захворювання становить наявність мутацій гена муковісцидозу, розміщеного на 7-й хромосомі. Використовуючи віруси як вектор, учені здійснюють спроби доставки неушкодженого гена безпосередньо в епітеліальні клітини трахеобронхіального дерева хворих на муковісцидоз.

Невирішеність багатьох технічних питань генної терапії, а також сама її природа зумовлюють низку біоетичних загроз і розбіжностей. Серйозні загрози і розбіжності, пов'язані з генною терапією, можна розподілити на три групи. Перша група становить небезпеку втручання в генетичний апарат

наступних поколінь і, як результат, зміну природи людини. Соматична генна терапія приховує в собі другу групу небезпек, пов'язаних із втручанням у генетичний апарат клітин окремих органів і тканин з їх подальшим переродженням. Третя група небезпек зумовлена можливими негативними наслідками впливу на організм людини векторних систем, причому цей вплив під час використання вірусних векторів стосується не лише організму хворого, а й оточуючих людей.

Таким чином, однією з головних біоетичних проблем генної терапії є безконтрольне втручання в геном майбутніх поколінь зі зміною їхньої спадковості. У разі соматичної генної терапії можна припустити можливість неконтрольованого вбудовування вектор-ДНК-последовностей у геном з подальшим злоякісним переродженням клітин. Теоретично можливе також потрапляння генетичних конструкцій у статеві клітини зі зміною гена майбутніх поколінь.

Основними біоетичними питаннями генної терапії є:

- коли, за яких умов і як широко вона може застосовуватися;
- як повинно бути організовано медико-генетичне консультування;
- наскільки реальна небезпека «генетицизму» суспільства, тобто нав'язування йому якихось генетичних норм;
- чи можлива в майбутньому практика «профілактичної» або косметичної генної терапії;
- чи існує загроза створення генетично вищих і нижчих класів — носіїв певних генетичних ознак;
- чи є наукові дослідження в галузі генної терапії перспективними й економічно виправданими.

Цілком очевидний той факт, що в найближчі десятиліття генна терапія вийде за межі медико-біологічних і клінічних експериментів. Отже, до неї необхідно застосовувати відповідний набір правових і етичних регуляцій. Генна терапія є вторгненням у найінтимніші аспекти життєдіяльності, тому експертиза всіх наукових досліджень з боку національних етичних комітетів виправдана.

Основну тенденцію релігійної оцінки генної терапії можна проілюструвати на моделі позиції Православ'я, згідно з якою, Церква вітає зусилля медиків, спрямовані на лікування спадкових хвороб, проте метою генетичного втручання не повинно бути штучного «вдосконалення» людського роду і вторгнення в Божий план щодо людини. Тому генна терапія може здійснюватися тільки за згодою пацієнта або його законних представників і винятково за медичними показаннями. Генна терапія статевих клітин є вкрай небезпечною, тому що це пов'язано зі зміною геному (сукупності спадкових особливостей) у ряді поколінь, що може спричинити непередбачені наслідки у вигляді нових мутацій і дестабілізації рівноваги між людським співтовариством і навколишнім середовищем.

У міжнародному правовому полі генна терапія (як один з об'єктів генно-інженерної діяльності) є частиною загальної системи біобезпеки. Під біобезпекою розуміють систему заходів для забезпечення безпечного створення, використання, передачі живих змінених організмів, які є результатом біотехнології.

«Конвенція про права людини і біомедицину», прийнята Парламентською Асамблеєю Ради Європи в 1997 р. (Додаток 6), констатує наявність серйозної небезпеки, що геном людини може бути навмисно змінений для отримання окремих людей або цілих груп, наділених особливими характеристиками і необхідними якостями. Щоб відвернути подібну загрозу, у кожному випадку будь-яке втручання, що має на меті видозмінити геном людини, має проводитися лише з профілактичною, діагностичною або терапевтичною метою. Втручання, спрямоване на модифікацію генетичних характеристик, не пов'язаних із хворобою, заборонено. Оскільки в наш час генна терапія соматичної клітини ще перебуває в стадії дослідження, то застосовувати її можна лише в тому разі, якщо вона відповідає стандартам захисту. Втручання, що має на меті внести будь-які зміни в геном нащадків, заборонено. Тому, зокрема, не дозволяються генетичні модифікації сперматозоїда або яйцеклітини з метою запліднення. Проводити медичні дослідження з метою внесення генетичних змін у сперматозоїд або яйцеклітину, не пов'язані з відтворенням потомства, дозволяється тільки в штучних умовах у разі схвалення відповідного органа, що займається питаннями етики або управління. У зв'язку з непередбачуваністю наслідків перенесення генетичного матеріалу в статеві клітини, у більшості регламентуючих документів на міжнародному рівні існує заборона на проведення такого роду клінічних випробувань. Забороняючи генну терапію статевих клітин, Конвенція не виключає втручання в соматичні клітини, що, як зазначалося вище, також може мати небажані побічні ефекти по лінії зародкової клітини.

У 1992 р. Ф. Андерсон сформулював три умови, які стали загальноновизнаними для дозволу на проведення клінічних випробувань у галузі генної терапії. Необхідно довести в експериментах на тваринах, що, по-перше, потрібний ген може бути перенесений у відповідні клітини-мішені, де він буде функціонально активний досить тривалий час; по-друге, перенесений у нове для себе середовище, цей ген не втратить своєї експресії, тобто збереже ефективність; по-третє, що таке перенесення не спричинить несприятливих наслідків в організмі.

Незважаючи на вдавану простоту, ці умови не можуть стати універсальним правилом. Для кожного конкретного експерименту необхідно визначати, які терміни зберігання ефективності можуть вважатися достатніми, який має бути рівень експресивності, який потенційний ризик для пацієнта є прийнятним, і як він співвідноситься з передбачуваним лікувальним ефектом. Подібний аналіз можна виконати тільки в етичних



комітетах. Участь у їх роботі незалежних учених дозволить неупереджено оцінити обґрунтованість і реалістичність пропонованих клінічних досліджень. Наприклад, відома сувора система контролю генно-терапевтичних процедур, яка називається «Система дозвільних процедур генної терапії в США». Кожен протокол можливого генно-терапевтичного втручання спочатку розглядається Комітетом з біологічної безпеки того закладу, в якому проводиться лікування. Якщо протокол схвалений, його спрямовують для затвердження в консультативну Раду з рекомбінантних молекул при Національному інституті здоров'я. Після остаточного розгляду і затвердження національною службою, яка контролює безпеку харчових продуктів і лікарських речовин, протокол слід опублікувати в журналі «Human Gene Therapy». У більшості європейських держав також існує відпрацьована і сувора система контролю досліджень у галузі генної терапії.

У Російській Федерації наукові дослідження в галузі генної терапії і генної інженерії регулюються федеральним законом «Про державне регулювання в галузі генно-інженерної діяльності», що пройшов міжнародну експертизу і набрав чинності в 1996 р. Відповідно до цього закону генно-інженерна діяльність повинна ґрунтуватися на таких принципах:

- безпека громадян (фізичних осіб) і навколишнього середовища;
- безпека клінічних досліджень методів генетичної діагностики і генної терапії на рівні соматичних клітин;
- сертифікація продукції, що містить результати генно-інженерної діяльності із зазначенням повної інформації про методи отримання і властивості цього продукту.

Діяльність дослідників, які займаються в Російській Федерації генною терапією, регламентується законом «Про трансплантацію органів і (або) тканин». Створена в цій країні нормативно-правова база вдосконалюється, у 2000 р. було прийнято федеральний закон про внесення доповнень і змін у законодавчий документ у редакції 1996 р. «Про державне регулювання в галузі генно-інженерної діяльності». Однак і новостворена нормативно-правова база не позбавлена недоліків, головним з яких є відсутність ефективного контролю за дотриманням умов безпеки, безпосереднім проведенням генно-інженерних і генно-терапевтичних процедур.

В Україні також відбувається становлення нормативно-правової бази, що регламентує генно-інженерну діяльність. У 2007 р. був прийнятий закон «Про державну систему біобезпеки при створенні, випробуванні, транспортуванні та використанні генетично модифікованих організмів», згідно з яким охорона здоров'я людини і навколишнього природного середовища при здійсненні генетично-інженерної діяльності є пріоритетним завданням. Закон доповнює положення закону «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини» (1999 р.).

## ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ І ТЕМИ ДЛЯ ДИСКУСІЙ

1. Сучасні генетичні технології та біоетичні принципи їх використання.
2. Пренатальна генетична діагностика та біоетичні принципи її проведення.
3. Мета та завдання, біоетичні принципи та конфлікти постнатальної генетичної діагностики.
4. Поняття про медико-генетичне консультування. Біоетичні норми та конфлікти медико-генетичного консультування.
5. Міжнародне біоетичне регулювання питань генетичних досліджень.
6. Біоетичні аспекти проекту «Геном людини».
7. Сучасні технології клонування та їх біоетична оцінка.
8. Міжнародне правове та етичне регулювання питань клонування.
9. Досягнення генної терапії та їх біоетична оцінка.
10. Міжнародне правове та біоетичне регулювання питань генної терапії.

## ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ПОГЛИБЛЕННЯ ЗНАНЬ

1. Доклад по проблеме клонирования человека Национальной консультативной комиссии по биоэтике США // Человек. — 1998. — № 3. — С. 29—33.
2. Запорожан В.М. Путь к ноэтике. — Одесса: Одес. гос. мед. ун-т, 2008. — 284 с.
3. Короткий Т.Р. Социально-правовые аспекты клонирования человека. — Одесса: ЛАТСТАР, 2001. - 253 с.
4. Кэмпбелл А., Джиллетт Г., Джонс Г. Медицинская этика / Под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - 395 с.
5. Руководство по медбиоэтике: Учеб. пособие / Под ред. Ю.М. Лопухина; пер. с англ. Т.В. Бульгина. - М.: ГЭОТАР, 2006. - 128 с.
6. Сгречча Э., Тамбоне В. Биоэтика. — М.: Библейско-богословский ин-т, 2002. - 451 с.
7. Шамов И.А. Биоэтика: Учеб. пособие. — М.: Медицина, 2002, 2009. — 369 с.
8. Эяшко-правовые аспекты проекта «Геном человека» (Международные документы и материалы). — М.: Российский национальный комитет по биоэтике РАН, 1998. - 190 с.
9. World Health Organisation (WHO). Proposed International Guidelines on Ethical Issues in Medical Genetics and Genetic Services. WHO/HGN/GL/ETH/98.1-1997.
10. Клонирование человека. Вопросы этики. — Париж: ЮНЕСКО, 2004. — 20 с.
11. Социальная концепция Русской Православной Церкви. — М.: Даниловский благовестник, 2001. — 188 с.

**РОЗДІЛ 3****БІОЕТИКА ЗАВЕРШАЛЬНОЇ ФАЗИ ЖИТТЯ****БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ВМИРАННЯ І СМЕРТІ**

Прогрес медичних технологій наприкінці ХХ ст. збільшив тривалість життя, що часто супроводжувалося його прийнятною якістю. Виникла думка про можливості сповільнити старіння і відстрочити смерть. Люди частіше стали вмирати не в своїх будинках, а в стаціонарах і хоспісах, де їм надавалась емоційна, духовна й медична підтримка. З іншого боку, виникла етична думка, що контроль болю та дистресу при вмиранні щонайкраще може бути забезпечений самим фактом закінченням персонального життя.

Серйозною етичною проблемою стали випадки значного погіршення якості життя в результаті застосування нових технологій, які не дозволяли людині вмерти у «природний спосіб». Стало необхідним вирішувати питання про етичну прийнятність відмови від терапії по підтримці життя або її припинення. Додатковими імпульсами до етичних дебатів про вмирання і смерть стали інтенсивний розвиток трансплантології та необхідність отримання донорських (трупних) органів.

Філософський і біоетичний аналіз ставлення до смерті, що був проведений наприкінці ХХ ст., призвів до несподіваного висновку про відсутність адекватного визначення смерті або, точніше, про відсутність такого точного теоретичного визначення смерті, що могло б бути успішно використане стосовно різних ситуацій. Багато тисячоріч під час констатації смерті медики користувалися традиційними поняттями: зупинка серця, припинення дихання й неспроможність інших функцій організму. Неточність цього визначення полягала в тому, що смерть кількох органів ототожнювалася зі смертю всього організму. Ця помилка стала особливо помітною, коли в останній третині ХХ ст. медична техніка виявилася здатною як завгодно довго підтримувати автономну діяльність майже кожного окремого органа (у тому числі тих двох особливо важливих, припинення функцій яких вважали переконливою ознакою смерті — дихання і серцебиття).

Нині існують три принципові концепції щодо того, що вважати смертю — серцева смерть, смерть усього мозку, смерть вищих відділів мозку. Відповідно до першої концепції людина вмирає тоді, коли відбувається необоротне припинення функцій кровообігу і дихання. Але цілком можливо є ситуація, коли суб'єкт може бути визнаний живим навіть за наявності нефункціонуючого («мертвого») серця й навіть у разі його видалення. Ілюстрацією такого парадокса є випадки, коли пацієнтам, що очікують пересадження серця, підключають апарат з функцією «штучного серцевого насоса» та видаляють власне серце. Такі пацієнти перебувають у свідомості, іноді

навіть встають з постелі і ходять. Слід підкреслити, що у визначенні смерті, що орієнтовано на серце, присутній критерій *необоротності* припинення вітальних функцій. Етичних дебатів заслуговує погляд деяких клініцистів на людей, що перенесли зупинку серця і потім були вдало реанімовані, як на «колишніх клінічно померлих». Бути померлим означає *необоротну* втрату функцій серця. Якщо людина перенесла зупинку серця і потім була реанімована, значить вона ніколи не вмирала! Людина може вмерти, якщо настає зупинка серцевої діяльності і їй не проводиться серцево-легенева реанімація, але не коректно говорити, що вона вже була померлою.

Відповідно до концепції смерті *всього мозку* індивідуум вважається померлим тоді, коли відбувається необоротне припинення всіх функцій мозку. Дана концепція заснована на переконанні в тому, що сутністю людини є здатність до інтеграції тілесних (фізичних) функцій. Оскільки за таку інтеграцію відповідальний мозок, людина може вважатися померлою тоді й тільки тоді, коли необоротно припиняється функціонування мозку. Концепція смерті *всього мозку* є загальноприйнятою юридичною базою для трактування смерті в більшості країн світу, за винятком деяких азійських країн, де така не узгоджується з традиційними поглядами буддизму.

Нарешті, концепція смерті *вищих відділів мозку* вважає людину померлою за фактом тривалої та прогностично безперспективної втрати функцій кори головного мозку, навіть при збереженні певних стовбурових рефлексів. Відповідно до концепції смерті *всього мозку* людина не може вважатися померлою, поки не будуть втрачені *всі* функції мозку. Водночас відповідно до концепції смерті *вищих відділів мозку* такий пацієнт може бути визнаний померлим, якщо вищі функції мозку втрачені необоротно. Точка зору на те, які саме функції вважати в даній ситуації критичними, суперечлива. Деякі вчені вважають, що такими функціями є функції кори головного мозку. Теоретично, однак, можливе збереження деяких моторних функцій кори при повній втраті сенсорних функцій. Дехто з прихильників концепції смерті *вищих відділів мозку* прирівнює смерть до необоротної втрати свідомості і розумової функції. Клінічну ситуацію, коли вищі відділи мозку необоротно уражені при інтактності стовбурового відділу та збереженні функцій легенів і серця без штучної підтримки, називають *перманентним*, або *стійким, вегетативним станом*. Він характеризується відсутністю свідомості та розумової функції при збереженні самостійного дихання і стовбурових рефлексів. У таких пацієнтів відсутня здатність жувати, ковтати і адекватно реагувати на біль. Такий стан може зберігатися протягом різного часу — від декількох днів до багатьох місяців і навіть років. З огляду на повну залежність таких хворих від стороннього догляду та необхідність постійної дорогої медичної підтримки і спостереження за ними протягом тривалого часу, виникає питання про характер і доцільність тривалої активної терапії і навіть сенсу підтримки їхнього життя.

У 1968 р. у доповіді комітету Гарвардської медичної школи були запропоновані клінічні критерії, що дозволяли визначати «технічно залежних» пацієнтів з повною втратою всіх функцій мозку, у тому числі примітивних стовбурових рефлексів. Комітет запропонував називати їх «пацієнтами, що перебувають у необоротній комі», рекомендував вважати їх померлими та припиняти штучну респіраторну підтримку. Відповідно до *гарвардських критеріїв* пацієнти в необоротній комі визначалися як пацієнти зі смертю мозку. Однак опис випадків перебування пацієнтів у перманентному вегетативному стані дав підставу для дебатів про правомірність трактування смертів пацієнтів, що тривалий час перебувають у непритомному стані. У таких людей можуть бути збережені функції стовбура мозку, що регулюють дихання, артеріальний тиск і низку інших вегетативних функцій. Незважаючи на припинення функцій кори головного мозку, такі пацієнти можуть дихати, у них підтримується серцева діяльність навіть за відсутності «технічної підтримки». Оскільки за *гарвардськими критеріями* смерть — це втрата *всіх* функцій мозку, пацієнти з перманентним вегетативним станом не можуть вважатися померлими, оскільки в них збережена функція стовбура мозку. Проте велика кількість фахівців з біоетики рекомендують вважати таких людей померлими. На їхню думку, відмінністю мертвої людини від живої є повна й постійна втрата свідомості, а не повна й постійна втрата *всіх* функцій мозку. Таке протиріччя по суті відображує розбіжності в поглядах на те, як саме ми уявляємо собі індивідуума, стосовно якого використовується слово смерть. Що саме перестає існувати, коли ми говоримо, що хто-небудь, такий як ми, умирає? Це складне, неминуче філософське питання, породжене можливостями сучасної медицини підтримувати вітальні функції в пацієнтів з повною й постійною втратою свідомості.

Критики існуючих критеріїв смерті вказують, що при деяких отруєннях або глибокому переохолодженні енцефалограма також фіксує припинення функціонування мозку, що потім може відновлюватися. Було усвідомлено, що пошуки більш адекватного критерію смерті повинні тривати в напрямку ще більш інтегральних і загальнозначущих критеріїв: здатність до комунікації, адекватних реакцій, і, нарешті, збереження чутливості до болю або задоволенню. Єдиний критерій смерті (і життя) ще не вироблений, дискусії тривають. Важливо підкреслити, що без залучення етики вирішити це питання не вдається. Головна проблема, яка обговорюється в дискусіях про смерть, — що значить бути людиною, бути особистістю? Такі атрибути життя, як здоров'я, біологічні параметри організму, діяльність окремих органів і навіть функціонування мозку ще не становлять визначення поняття «життя особистості», «життя людини». Коли ми говоримо «життя людини», ми підкреслюємо, що це життя не може бути зведене до серцебиття, функцій органів дихання або травлення (хоча без них воно неможливе). Адже таке біологічне життя ще не має якості життя *особистості*. Не маючи такої якості,

воно вже як би перестає бути життям у людському розумінні цього слова. У цьому випадку право на смерть виступає як турбота про достоїнство особистості, про те, що захист цього достоїнства може бути важливіше за смерть. Це етична ідея: смерть розглядається не як найстрашніше, що може трапитися з людиною. Найстрашнішим є втрата власного достоїнства, втрата людиною самої себе.

У лікарнях багатьох економічно розвинутих країнах світу, особливо США, останніми роками зосереджується значна кількість хворих, фізіологічний стан яких діагностується як проміжний між життям і смертю. Ці пацієнти страждають різними невиліковними захворюваннями, включаючи пізні стадії раку, розсіяного склерозу. Ще кілька десятків років тому такі хворі були приречені на швидку смерть. Завдяки сучасним медичним технологіям їхнє життя може зберегатися довгі роки. Своєрідним рекордом такого штучно підтримуваного довголіття був випадок з К. Квінлан (США), що у віці 21 року (у 1975 р.) стала жертвою автомобільної катастрофи, впала в кому і перебувала в ній протягом десяти років. Після судового розгляду, що кваліфікував її стан як необоротний, було ухвалене рішення відключити підтримувальну апаратуру.

Можна передбачати, що подібні випадки у майбутньому будуть масовими. Навіть якщо не торкатися фінансового боку питання (таке медичне обслуговування коштує дуже дорого), у подібних ситуаціях виникає ціла низка чисто моральних проблем. Чи є дана людина в повному розумінні людиною, чи є він моральним суб'єктом і членом суспільства й чи не доводиться тут вводити особливий термін «рослинне існування» і визначати його зміст? Проблема стає особливо складною, якщо виникає питання про те, як покласти кінець такому існуванню і хто повинен взяти на себе функцію його виконання. Ні лікар, ні медичний персонал, згідно з клятвою Гіппократа та її головному принципу «не нашкодь», а також з принциповою заборобою вбивства, не схильні виконувати ці процедури, як тільки вони стосуються живої людини. Але чи є дана людина живою і що таке «жива людина»? У цьому питанні немає ясності. Виконання ж процедури відключення хворого від апаратури тим більше неможливо з моральних міркувань покласти на родичів хворого. А в ситуації, коли хворий відчуває сильні фізичні страждання і біль, може виявитися, що застосування апаратури лише продовжує його страждання.

Пацієнт, що перебуває в «хронічному вегетативному стані», зазвичай розглядається живим тільки в біологічному аспекті. Однак, якщо розглядати таких людей як дійсно померлих, виникають серйозні запитання. Наприклад, наскільки глибоким повинне бути ушкодження кори мозку для того, щоб констатувати смерть? Коли людина перестає бути особистістю, перманентно втративши свідомість, як ми повинні поводитися з нею? Чи потрібно поводитися з нею так само, як з особистістю, продовжуючи докладати всіх зусиль задля збереження життя? Або доцільно обмежити догляд за нею

і «дозволити» умерти? На думку Ч. Кульвера й Б. Герта, організм, що перестав бути особистістю, не повинен «вимагати» поводження із собою як з особистістю. Це означає, що не слід докладати наполегливих постійних зусиль щодо підтримання життя в таких пацієнтів, тому що такі зусилля не виправдані ні з економічної, ні з гуманітарної точки зору. З іншого боку, не можна жадати від будь-кого активно позбавляти такого пацієнта життя. Незважаючи на те, що організм більше не являє собою особистість, він, як і раніше, виглядає як особистість. Прийнятним виходом з даної ситуації є припинення надання допомоги, що включає як медичне забезпечення, так і рутинний догляд, що «дозволяє» пацієнтові вмерти. Слід зазначити, що такий пацієнт не відчуває страждань від ненадання допомоги, тому що він більше не є особистістю, необоротно втративши свідомість. Будь-який пацієнт, що зберігає мінімальну здатність реагувати на біль або відчувати дискомфорт, розглядається як особистість. Важливий теоретичний і практичний внесок в етичний аналіз цієї проблеми зробила «Заява про персистуючий вегетативний стан», прийнята 41-ю Всесвітньою медичною асамблеєю (Гонконг, 1989 р.; Додаток 22). У даній заяві зазначено, що «внаслідок вдосконалення інтенсивної терапії... та лікування інфекційних захворювань в осіб з важким ураженням мозку, кількість хворих, що перебувають у перманентному вегетативному стані (ПВС), прогресивно збільшується». Імовірність виходу з даного стану тим менше, чим більше часу пройшло з моменту його виникнення. У зв'язку з цим Всесвітня медична академія рекомендує вважати гарантованим критерієм необоротності ПВС 12 міс перебування в непритомному стані, а для осіб віком понад 50 років — 6 міс. На цьому прогностичному критерії може базуватися лікарське рішення про припинення підтримувальної терапії. Якщо родина пацієнта ставить питання про відключення систем життєзабезпечення в більш ранні терміни, останнє слово повинно залишатися за лікарем, якому прийдеться враховувати юридичні та етичні норми.

### БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ЕВТАНАЗІЇ

У Сіднейській декларації Всесвітньої медичної асамблеї (прийнята в 1968 р., доповнена в 1983 р.; Додаток 23) зазначено, що «смерть є послідовний процес загибелі окремих клітин і тканин, неоднаково стійких до кисневого голодування. Завдання лікаря — не турбота про окремі групи клітин, а боротьба за збереження цілісності особистості. Момент настання смерті відповідає необоротному припиненню інтегративних функцій головного мозку, зокрема стовбурових функцій. На сучасному рівні розвитку медицини не існує точних критеріїв визначення цього моменту і ніяка техніка не може замінити лікарського рішення. Медична етика дозволяє припинити всі реанімаційні заходи в момент настання смерті, а також вилучити трупні органи для трансплантації, якщо отримано необхідну згоду й законодавство країни не забороняє робити це».

Важливою особливістю нового критерію смерті (смерті мозку) стало й те, що вперше смерть (як медичний факт) була розглянута не як одноразова подія, а як *процес*, що складається з кількох стадій — припинення дихання і серцебиття, припинення діяльності мозку, руйнування клітин організму. Поділ смерті на акт і процес виявився не тільки практично важливим, а й теоретично плідним: почалися філософські розробки цього поділу. У понятті «смерть» тепер розрізняють два значення — смерть як подія (death), тобто результат процесу припинення життя, смерть як підсумок переходу від буття до небуття, як факт небуття; і смерть як процес, що передує настанню цієї події, як проміжний стан між життям і смертю, як умирання (dying). Коли ми говоримо про страх перед смертю, то маємо на увазі не саме небуття, а саме страх перед умиранням, коли ще зберігається здатність відчувати біль і страждання, а іноді й усвідомлювати власну смерть. У цьому проміжку свідомість людини безпосередньо зіштовхується з фактом особистої смерті, вступає з нею в боротьбу або скоряється, але однаково болісно страждає. Якщо врахувати, що ці страждання часом тривають дуже тривалий час й іноді стають нестерпними, то логічно напрошується висновок про бажаність і можливість їхнього якнайшвидшого припинення. Зосередження уваги біоетики саме на цьому відрізку переходу до смерті цілком зрозуміло: сучасна медицина перебуває на такому етапі розвитку, коли вона все ще не вміє лікувати безліч хвороб, але має у своєму розпорядженні засоби тривалий час підтримувати стан хронічної хвороби. Це призводить до того, що більшість людей (за даними ВООЗ, понад 70 %) вмирають не раптово, а поступово. Страждання в цей період не тільки особливо болісні, але здаються (у зв'язку з ослабленням традиційних вірувань) більшості людей зовсім безглуздими, а тому непотрібними. Так поступово складалася ідея нового розуміння значення і цінності такого стану життя. Якщо раніше життя вважалася вищою цінністю, то тепер запитання ставиться інакше: чи всяке життя в будь-якому стані дійсно краще смерті? Принцип поважання автономії підказує, що етично правильно надати самому пацієнтові вирішувати, як ставитися до власної смерті. У результаті було введено істотне етичне уточнення в поняття «смерть» — право на смерть, тобто визнання самої людини вищим авторитетом у питанні про її життя та смерть. Право на смерть знайшло своє офіційне оформлення у вигляді особливого документа — «життєвої волі» (заповіту), що кожна людина ще за життя в повній свідомості і здоровому розумі може скласти щодо добровільної відмови від особливих засобів продовження життя і підтримувальної терапії в разі невиліковного захворювання. Таким чином, у контексті біоетики виникли спроби «реабілітації» смерті, перегляду однозначного негативного ставлення до неї, коли визначається щось більш страшне, ніж смерть, те, що ще гірше смерті.

Проблема евтаназії, як і суперечки навколо неї, повинні розглядатися в контексті засобу проти страху перед періодом (і процесом) умирання. У



цьому суть евтаназії: не існує ніяких інших засобів врятувати людину від болюсного *процесу* вмирання, коли вона сама і всі навколишні знають, що вмирає, але вже ніхто не може їй майже нічим допомогти. Евтаназія (у перекладі з грецької — швидка й легка смерть) являє собою навмисне прискорення смерті або вмертвіння невиліковного хворого, що перебуває в термінальному стані, з метою припинення його страждань. Авторство терміну, на думку більшості фахівців, належить англійському вченому Ф. Бекону, що писав: «Обов'язок лікаря складається не тільки в тім, щоб відновити здоров'я, але й у тім, щоб полегшити страждання, заподіювані хворобою, і це не тільки тоді, коли таке полегшення болю як небезпечного симптому може призвести до одужання, але навіть у тому випадку, коли вже немає зовсім ніякої надії на порятунок і можна лише зробити саму смерть більш легкою і спокійною, тому що ця евтаназія... уже сама по собі є чималим щастям».

Термін «евтаназія» вживають як у вузькому, так й у широкому сенсі. Розбіжності найбільш помітні при уточненні понять «убити» і «дати вмерти». Якщо провести аналогію між умираючою й потоплючою людиною, то розбіжності між «убити» й «дати вмерти» таке саме, як між «утопити» й «не врятувати потоплючого», «дати йому потонути». Відомо, що юридично тільки перше діяння кваліфікується як убивство, тоді як друге є лише предметом етичної оцінки. У вузькому сенсі «евтаназія» обмежена активними діями, що прискорюють смерть пацієнта. У цьому контексті йдеться про вбивство з гуманних міркувань. Прикладом такого розуміння евтаназії є введення летальної дози препарату хворому в термінальному стані з метою полегшення тяжких страждань. З іншого боку, дії, які «дозволяють хворому вмерти» шляхом відмови від проведення або припинення підтримувальної медичної допомоги, не вважаються евтаназією у вузькому контексті цього поняття. Якщо використовувати поняття про евтаназію в широкому сенсі, то дидактично виправдано відокремити активну евтаназію (тобто вбивство) від пасивної (тобто дозвіл смерті з милосердя).

*Добровільна* евтаназія здійснюється у відповідь на інформовану вимогу дієздатного пацієнта. Про *недобровільну* евтаназію йдеться в тих випадках, коли пацієнт не здатний дати згоду на неї через свою недієздатність. Можливість такої евтаназії розглядається в пацієнтів, не здатних приймати самостійні рішення (наприклад, психічно хворі з хворобою Альцгеймера, немовлята й діти). Як добровільна, так і недобровільна евтаназія відрізняються від *примусової* евтаназії — *дії проти волі* або без згоди дієздатного пацієнта. Якщо розглядати в сукупності випадки добровільної / недобровільної евтаназії з випадками активної / пасивної евтаназії, можна виділити чотири її різновиди: 1) добровільну активну; 2) недобровільну активну; 3) добровільну пасивну; 4) недобровільну пасивну. Сучасні дебати фокусуються на моральній легітимності насамперед добровільної активної евтаназії. Менше протиріч виникає з приводу моральності пасивної евтаназії. Ідея про те, що

морально прийнятним є відмова від проведення або припинення підтримувального лікування, досить обґрунтована, принаймні у США.

Останніми роками проблемами евтаназії поглиблено займаються медики й філософи, психологи і юристи, теологи й політики, етики й біоетики. У сферу евтаназії утягуються проблеми медико-біологічні, етичні, ідеологічні, релігійні, соціальні, філософські, психологічні. Прихильники активної евтаназії говорять про неї як про право людини «на гідну смерть». Одні автори ратують за відкриття спеціальних клінік «легкої смерті», інші — за створення апаратів для самогубства.

Широкий міжнародний резонанс одержала історія американського лікаря Д. Кеворкяна, відомого як «доктор смерть». З 1990 р. він допоміг приблизно 130 хворим, що перебували в термінальному стані, страждали від постійного болю і прийняли свідоме рішення добровільно піти з життя, здійснити свій намір. За свою довгу лікарську практику він твердо переконався, що людина має право сама розпорядитися своїм життям, і якщо вона вирішила вмерти, щоб більше не страждати, то завдання лікаря-гуманіста - допомогти це зробити «грамотно» і безболісно. Д. Кеворкян запропонував термін «patolysis» для позначення самогубства хворого за допомогою кваліфікованого фахівця і створив для цього спеціальний пристрій. Як і очікувалося, після перших же випадків надання такої допомоги розгорнулися дискусії «за» й «проти». У 1999 р. за численні акти активної евтаназії Д. Кеворкян був засуджений на 7 років тюремного ув'язнення. Його історія цікаво висвітлена в американській кінострічці «Ви не знаєте Джека» («You don't know Jack»), де головну роль зіграв Аль Пачіно.

У спробах етичного (і юридичного) обґрунтування прийнятності активної евтаназії було сформульоване поняття, що раніше не використалося: «право на смерть». Прихильники морального визнання активної евтаназії оперують міркуваннями гуманізму. Тоді, коли мова йде про повний і беззастережний захист активної добровільної евтаназії, заклики до гуманізму поєднуються з доводами про верховенство індивідуальної автономії. Двома головними аргументами на захист евтаназії є: 1) жорстоко та негуманно відмовляти в проханні хворого, що перебуває в термінальному стані, про «милосердне» припинення його життя, щоб уникнути подальших страждань; 2) свідомий вибір особистості слід поважати і ураховувати до тих меж, поки він не завдає шкоди оточуючим. Прихильники активної евтаназії вважають, що підставами для її проведення є невиліковність захворювання, нестерпність страждань та інформована добровільна згода пацієнта вмерти. Іноді до цього додаються психологічні, психічні, вікові, моральні й економічні причини.

Чи може в майбутньому бути узаконена активна евтаназія? Оскільки нелегально вона здійснюється в усіх штатах США, у цій країні неодноразово піднімається питання про її легалізацію. Добровільна активна евтаназія є законною практикою в Нідерландах. Одним із цікавих аспектів нідерландської

системи є те, що активна евтаназія може здійснюватися в тому випадку, коли пацієнт переносить нестерпні страждання (при цьому він не обов'язково повинен бути невиліковно хворим). Активна евтаназія в Нідерландах може також бути здійснена стосовно недієздатного пацієнта в тому випадку, якщо він чітко висловив своє бажання вмерти, коли був дієздатним. Досвід, накопичений протягом більш ніж 20-літньої практики активної евтаназії в Нідерландах, є невичерпним джерелом під час етичних дискусій.

У 2002 р. приклад Нідерландів наслідувала Бельгія, через 3 роки в бельгійських аптеках з'явилися спеціальні комплекти для евтаназії — одноразовий шприц з отрутою. Сьогодні його може купити лікар зі спеціальною ліцензією, що дає йому право на вбивство своїх пацієнтів. Видатний письменник цієї країни Хьюго Клаус, що неодноразово висувався на Нобелівську премію, добровільно пішов з життя у віці 78 років у результаті евтаназії, хоча в нього була тільки перша стадія хвороби Альцгеймера. Верховний суд Швейцарії дозволив евтаназію для людей з важкими психічними захворюваннями. У Швейцарії вже діє закон, що дозволяє евтаназію для людей з невиліковними хворобами, що припускають летальний наслідок. Проголосувавши за легалізацію евтаназії для невиліковно хворих, мешканці кантону Цюрих дозволили застосовувати цю процедуру не лише громадянам Швейцарії, а й «туристам». У вересні 2010 р. Університет Цюриха провів соціологічне опитування, згідно з яким більшість швейцарських громадян виступили за легалізацію евтаназії. Нещодавно відповідний закон ратифікував Люксембург. Цілком імовірно, що Франція стане наступною країною, що легалізує добровільний відхід з життя. Декілька років тому громадськість цієї країни була вражена смертю Шанталь Себір. Вісім років ця жінка страждала рідкісною формою раку, хвороба спотворила її, позбавила нюху, смаку й зору. Шанталь пройшла всі можливі курси лікування, включаючи хіміотерапію. Коли через побічні ефекти вже було неможливо приймати морфін, щоб зменшити постійний біль, Шанталь вирішила, що краще смерть, ніж таке життя. У проханні про евтаназію їй було відмовлено. Французький закон вважає це злочином. Міністр юстиції країни заявила, що правосуддя не може сприяти самогубству. Президент Ніколя Саркозі, якому мадам Себір надіслала листа, обіцяв допомогу кращих фахівців Франції, однак нічого нового медичні світила не запропонували. Одержавши відмову від правосуддя на евтаназію, Шанталь, імовірно, покінчила із собою, її незабаром знайшли мертвою у своєму будинку.

Супротивники активної евтаназії наводять такі основні доводи на захист своїх міркувань: 1) убивство безневинної особистості є споконвічним злом; 2) убивство несумісне з професійною відповідальністю лікаря; 3) будь-яке систематичне прийняття активної евтаназії може призвести до небажаних соціальних наслідків (унаслідок зменшення поваги до людського життя). Останній аргумент найбільш часто наводиться в суперечках про легітимність активної евтаназії. Побоювання полягає в тому, що якщо активна

евтаназія буде дозволена, то всі нові й нові причини будуть визнаватися достатніми, і кількість кандидатів — збільшуватися. Відстоюється традиційне уявлення про святість життя, що повністю виключає право на смерть, а тим більше право лікарів (або інших осіб) навмисно вбити пацієнта з милосердя. Позиція релігійних етиків у цілому залишається негативною. Наприклад, авторитети Католицької Церкви ще в середні віка висловлювалися проти евтаназії. Августин Блаженний і Фома Аквінський писали, що тільки Бог розпоряджається життям і смертю людини, а страждання людські бажані Богові. Категорично проти евтаназії висловився Еммануїл Кант із позицій етики поваги до особистості.

При невиліковній хворобі і безнадійному стані пацієнта найперший обов'язок лікаря — полегшити страждання, утішити хворого, підвести його до останньої межі спокійно та гідно. При цьому слід мати на увазі такі важливі обставини, що стосуються етичних дискусій про прийнятність активної евтаназії: 1) величезні успіхи медицини в боротьбі з болем — головною причиною страждань важкохворого; 2) постійний, у міру прогресу медицини, перехід багатьох хвороб з розряду невиліковних у виліковні або у хвороби з тривалою ремісією; 3) швидко мінливий емоційний стан важкохворих — від відчайдушності з бажанням покінчити з життям до бурхливого захвату від будь-якого проблиску надії.

У цілому питання про етичну допустимість евтаназії ще далеке від свого рішення у зв'язку з відсутністю прийнятного біосоціального визначення життя. Головне запитання таке: що таке життя людини, чи має воно вищу цінність або вищою цінністю є відсутність страждань? У відповіді на це запитання потрібно абстрагуватися як від сакральної точки зору, так і від переважно технологічної. Якщо відповідь на запитання, що таке життя, буде суто біологічною («життя є форма існування білкових тіл»), то не розв'язуються соціальні й моральні проблеми, якщо ж суто соціологічною («життя людини є діяльність на благо суспільства»), то не розв'язуються біологічні і моральні проблеми.

У 1987 р. 39-та Всесвітня медична асамблея (Мадрид, Іспанія) прийняла «Декларацію про евтаназію», в якій зазначено, що «евтаназія як акт навмисного позбавлення життя пацієнта, навіть на прохання самого пацієнта або на підставі звернення з подібним проханням його близьких неетична. Це не виключає необхідності шанобливого ставлення лікаря до бажання хворого не перешкоджати перебігу природного процесу вмирання в термінальній фазі захворювання».

У Росії з прийняттям у 1993 р. Основ законодавства РФ «Про охорону здоров'я громадян» положення про евтаназію одержало законодавче розв'язання. У статті 45 «Заборона евтаназії» записано, що задоволення прохання хворого про прискорення його смерті «будь-якими діями або засобами, у тому числі припиненням штучних заходів щодо підтримки життя»,

медичному персоналу забороняється. Особа, що здійснює евтаназію або спонукує хворого до евтаназії, несе карну відповідальність. Вирішувати питання про евтаназію з погляду права непросто, тому що в Основах законодавства поряд з наведеною вище статтею 45 є інша стаття 33 «Відмова від медичного втручання». У ній зазначено, що «громадянин або його законний представник має право відмовитися від медичного втручання або зажадати його припинення», навіть якщо воно розпочате, на будь-якому етапі проведення. При цьому йому в доступній формі повинні бути викладені всі наслідки відмови від лікування, що оформляється записом у медичному документі та підписується пацієнтом (його законним представником) і лікарем.

Проблема евтаназії з етичної точки зору має самий тісний зв'язок з найважливішим етичним принципом, орієнтованим на обов'язок — «не вбивати». Цей принцип може виявитися в конфлікті з етичними принципами, орієнтованими на наслідок — добродіяння, ненанесення шкоди, поважання автономії, правдивості, вірності. Основним етичним конфліктом є розробка тактики ведення хворого, що перебуває в критичному або термінальному стані, однак (відповідно до юридичного визначення смерті) усе ще залишається живим. Така ситуація вимагає проведення етичного поділу між категоріями «убивства» та «дозволу вмерти»; між відмовою від підтримувального лікування та його припиненням; між прямим та непрямим припиненням життя; між звичайними та незвичайними варіантами лікування.

Розбіжності між категоріями «убивства» (активна евтаназія) і «дозволу вмерти» (пасивна евтаназія) широко визнані в усьому світі. Якщо лікар вважає, що для хворого, який перебуває у термінальному стані, краще вмерти і тому (з «милосердя») уводить йому смертельну дозу ліків, така дія є прикладом (парадигмою) евтаназії. З іншого боку, якщо лікар *дозволяє пацієнтові вмерти* (шляхом відключення від апарата штучної вентиляції легень), це не повинне розцінюватися як евтаназія (якщо її не розглядати в широкому сенсі). Моральні розбіжності між цими підходами добре розуміються на інтуїтивному рівні. Істотність розбіжності між наданням пацієнтові «смерті з милосердя» й «дозволом умерти» обґрунтовуються аргументами поважання автономії, аналізом різних наслідків, доводами принципу ненанесення шкоди. Участь лікаря в активному вбивстві змінить його роль і завдасть шкоди моральному статусу.

Останніми роками предметом пильної уваги з боку громадськості стали випадки суїциду за сприяння лікаря. Такий суїцид узаконений у Нідерландах, а також у штаті Орегон (СІЛА). Всесвітня медична асамблея в 1992 р. прийняла «Заяву про пособництво лікарів при самогубствах» (Додаток 24), в якому дана негативна етична оцінка подібної практики. Звичайно як об'єкт для здійснення подібного варіанта суїциду розглядаються смертельно хворі, що страждають від болю, які усвідомлюють свої дії і самостійно прийняли рішення про самогубство. Пацієнти, що мають намір покінчити життя

самогубством, найчастіше перебувають у депресії, що зазвичай супроводжує невиліковне захворювання. Аргументи за й проти суїциду за сприяння лікаря подібні з такими, що представлені прихильниками й супротивниками добровільної активної евтаназії. Суїцид за сприяння лікаря втягує його у виконання одного або обох «завдань»: 1) забезпечення пацієнта інформацією про те, як «ефективно» зробити самогубство; 2) технологічне забезпечення, у тому числі смертельною дозою лікарських засобів. Інші способи участі лікаря в здійсненні самогубства можуть включати моральну підтримку рішення пацієнта, «нагляд» за здійсненням самогубства, допомога пацієнтові в проведенні необхідних фізичних дій (у крайньому разі ослабленим пацієнтам, наприклад, може бути необхідною допомога, щоб прийняти летальну дозу препарату). Відомі факти використання пристосувань, сконструйованих лікарем, та інструктування пацієнта про те, як ними користуватися з метою здійснення самогубства. Як при активній евтаназії, так і в разі суїциду за сприяння лікаря, останній відіграє безпосередню роль у настанні смерті пацієнта. Однак між цими двома актами існує різниця — під час активної евтаназії саме лікар вбивається тим, хто в остаточному підсумку вбиває пацієнта, у той час як у випадку суїциду за сприяння лікаря пацієнт в остаточному підсумку вбиває себе. Переважна етична оцінка як активної евтаназії, так і самогубства за сприяння лікаря, складається у визнанні цих дій аморальними та предметами осудження з боку медичних професіоналів. На засіданні Верховного Суду США в 1997 р. була одностайно підтримана конституційність заборони суїциду за сприяння лікаря. Водночас право пацієнта на відмову від медичної допомоги (яка також може розглядатися як варіант суїциду) є морально прийнятним і впливає з принципу поважання автономії. Увага суспільства до питання етичної оцінки суїциду за сприяння лікаря знайшла відображення і в художніх формах (бельгійська кінострічка «Вбийте мене, будь ласка» демонструвалася на 2-му Одеському міжнародному кінофестивалі у 2011 р. та навіть отримала два призи).

В етиці ведення вмираючого пацієнта слід розрізняти відмову від підтримувальної терапії та її непризначення. Деякі варіанти підтримувального лікування є досить інвазивними, фізично обтяжливими для пацієнта, тому вибір пацієнта — це не просто вибір між життям і смертю. Якщо пацієнт умирає від раку, його рішення стосується того, чи піддавати себе хіміотерапії, що здатна продовжити життя ще на кілька місяців, але, з іншого боку, пов'язана з іншими стражданнями, наприклад, нудотою, загальною слабкістю. Аналогічно, якщо пацієнт умирає, перебуваючи в стаціонарі, він встає перед вибором — або повернутися додому і умерти «природною» смертю, або продовжити лікування, що «протримає» життя на кілька днів або тижнів. В обох випадках пацієнт змушений зіставляти «цінність» продовження життя і можливих страждань, пов'язаних з таким продовженням. Етичний досвід ведення вмираючого пацієнта узагальнений 35-ю і 42-ю Всесвітніми медичними асамблеями

у «Венеціанській декларації про термінальний стан» (Венеція, 1983; Додаток 25) і «Заяві про політику у сфері лікування смертельно хворих пацієнтів, що відчувають хронічний біль» (Каліфорнія, 1990; Додаток 26).

Відмова від надання або припинення підтримувальної медичної допомоги не суперечить принципу «не нашкодь». Лікар лише зобов'язаний надавати пацієнтові *обгрунтоване, раціональне* лікування та уникати тих варіантів лікування, які є «шкідливими», небажаними для пацієнта. Коли лікар припиняє надання медичної допомоги за бажанням пацієнта, він виконує зобов'язання надавати *обгрунтоване* лікування. Зобов'язання надавати лікування не має на увазі зобов'язання «нав'язувати» лікування пацієнтові, що цього не хоче. До того ж лікар не проводить «шкідливого» лікування. Припинення лікування — це не варіант лікування, а лише відмова від його подальшого проведення.

Існує ще одна точка зору на припинення надання медичної допомоги: якщо лікар має серйозне моральне упередження проти такого підходу, він може передати пацієнта під опіку іншого лікаря, що здатний виконати волю пацієнта. Дійсно, лікар не повинен здійснювати таке лікування, що суперечить його моральним цінностям. Проте, якщо лікар продовжує проводити «небажане» лікування проти волі пацієнта, це порушує право автономії пацієнта, навіть якщо забирає нетривалий час до моменту передачі пацієнта іншому лікарю.

Деякі супротивники припинення підтримувального лікування, зокрема забезпечення хворого харчуванням і рідиною, вважають, що таке забезпечення має символічну цінність як прояв турботи й жалю. На їхню думку, відмова пацієнтові в рідині і харчуванні рівнозначна тому, що людину змушують умирати від голоду й спраги. Проте далеко не очевидно, що забезпечення пацієнта нутрієнтами через назогастральний зонд (часто проти його волі) можна порівняти з нормальним способом угамування голоду. Між поняттями *відмови від надання* та *припинення* підтримувального лікування немає принципової етичної різниці. Припинення лікування емоційно є більш важким, ніж відмова від його проведення, тому що лікар здійснює *дію*, що прискорює настання смерті. З іншого боку, коли в лікуванні відмовляють, смерть настає скоріше внаслідок *відсутності будь-якої дії*. Однак нині більшість фахівців у галузі біоетики не надають особливого значення розбіжності між цими двома діями. У кожному випадку лікар повинен бути впевнений у тому, що пацієнт здатний приймати рішення, що стосуються стану його здоров'я, перш ніж виконувати такі рішення пацієнта. Зокрема, лікар повинен розуміти, що на прийняття рішення пацієнтом можуть вплинути нерозуміння їм прогнозу захворювання, можливий стан депресії. Безумовно, необхідно прагнути до максимального забезпечення комфорту для пацієнтів, що вимагають підтримувального лікування, і таке лікування повинне бути їм забезпечене. При такій гарантії менш імовірна ситуація, коли пацієнт ухвалює рішення щодо припинення лікування внаслідок страждання або очікування такого страждання.

Актуальним питанням біоетики критичних станів є проблема ненадання (припинення) реанімаційної допомоги (do-not-resuscitate orders). Приводами, що дають право розглядати таке питання є: вимога пацієнта або родини, старечий вік пацієнта, несприятливий прогноз, тяжке ушкодження головного мозку, крайній ступінь страждання пацієнта (при хронічних захворюваннях або в термінальному стані), невиправдано великі витрати на лікування і роботу медичного персоналу порівняно з низькою імовірністю одужання пацієнта. Можна також виділити три основні групи причин, що дають право відмовити пацієнтові в реанімаційній допомозі: 1) серцево-легенева реанімація не принесе ніякої користі пацієнтові; 2) якість життя після проведення серцево-легеневої реанімації буде неприйнятною для пацієнта; 3) ще до проведення серцево-легеневої реанімації якість життя пацієнта була неприйнятною.

Розглядаючи першу групу причин, слід зазначити, що загально визнаним етичним принципом є те, що лікар не несе зобов'язань щодо забезпечення, а пацієнт і його родина не мають права вимагати такий вид медичного лікування, що не має доказової користі. Пацієнт або його родичі можуть помилково вважати, що таке марне лікування принесе користь, однак ця передбачувана користь не дає права вимагати такого лікування. Ілюстрацією другої групи причин може бути така ситуація. Пацієнт, в якого раніше сталася зупинка серця і він був реанімований, у даний час є інвалідом, однак він і його родина пристосувалися до такої якості життя. Проте, якщо в пацієнта буде повторна зупинка серця і знову буде успішно проведена серцево-легенева реанімація, подальша якість життя погіршиться і стане неприйнятною для пацієнта. Нарешті, третя група причин включає ті ситуації, коли ще до розвитку критичного стану (можливої зупинки серця й реанімації) якість життя пацієнта є неприйнятною для нього й/або членів його родини.

Такі приклади дозволяють виявити певну нечіткість у сучасних трактуваннях, що стосуються цілей проведення реанімаційних заходів. Відповідно до принципу, що розроблений Національною радою із серцево-легеневої реанімації і невідкладної кардіологічної допомоги (США), «метою серцево-легеневої реанімації є запобігання раптовій, несподіваній смерті. Серцево-легенева реанімація не показана в певних ситуаціях, наприклад, при невиліковному захворюванні (у термінальній фазі), коли смерть не є несподіваною». Очевидно, що за наявності такого захворювання можуть мати місце всі три перераховані вище групи причин, які дозволяють відмовитися від проведення реанімації. З іншого боку, є імовірність таких випадків термінального невиліковного захворювання, коли відмова від реанімаційних заходів не може бути виправдана, оскільки пацієнт приймає ту якість життя, що була в нього до й збережеться після проведення даних заходів.

Можна розмежувати деякі варіанти припинення підтримувального лікування, виділивши «звичайне» й «незвичайне», відповідно «етично обов'язкове» й «етично необов'язкове» лікування. Іншими словами,



«звичайне» лікування повинне проводитися, у той час як «незвичайне» лікування може бути припинено. Для розмежування таких варіантів лікування було запропоновано багато критеріїв. Такі критерії мають на увазі звичність (традиційність), природність, складність, вартість, інвазивність, і, що найважливіше, співвідношення між імовірною користю та обтяжливістю для пацієнта. Таким чином, головним у вирішенні питання про проведення або припинення підтримувального лікування є його доцільність. Отже, варіанти лікування не завжди об'єктивно є «звичайними» або «незвичайними». Приміром, штучне харчування і забезпечення рідиною часто розглядається як «звичайний», нормальний варіант терапії, що ні за яких умов не може бути припинений. Проте таке лікування часто виявляється досить обтяжливим для пацієнта, призводить до тривалої іммобілізації і поєднується з певними ризиками (наприклад, операційний ризик при накладанні гастростоми, ризик розвитку аспіраційної пневмонії за наявності назогастрального зонда).

Право пацієнта на «автономію» (самостійного прийняття рішення) має на увазі, що лікар з належною повагою й відповідальністю ставиться до рішення пацієнта про непроведення або припинення надання йому медичної допомоги. Такий принцип поширюється і на ті випадки, коли можливим результатом відмови від надання або припинення медичної допомоги є смерть пацієнта.

Проблеми непризначення або відмови від проведення терапії хворому в критичному стані мають певні особливості в педіатричній практиці. Одним із спірних і до кінця не вирішених питань сучасної медицини є питання про те, в яких випадках «звичайне» медичне лікування може бути виправдано припинене в певній категорії немовлят. До такої категорії, наприклад, відносять дітей з тяжкими вадами розвитку ЦНС (аненцефалія, гідроцефалія, поренцефалія, *spina bifida*, мієломенінгоцеле). Такі захворювання часто вимагають певного хірургічного втручання, принаймні для того, щоб зберегти життя. До впровадження сучасних досягнень хірургії і педіатрії такі діти вмирали від «природних» причин. Сьогодні багато з них (за винятком випадків аненцефалії) живуть тривалий час, хоча у великій кількості випадків являють собою дітей із серйозними дефектами розумового розвитку, що обмежують спілкування з оточуючими та реалізацію всього потенціалу розвитку людини. Тому поширеною практикою є погодження на відмову в хірургічному лікуванні даної категорії дітей. Без лікування такі діти зазвичай умирають.

Якщо заперечувати факт, що такі дефектні немовлята не є особистостями, актуальним залишається запитання, чи існують такі обставини, при яких наслідки лікування будуть настільки небажаними, що відмова від надання медичної допомоги виправдана? На думку багатьох батьків таких дітей, страждання та обмежена якість життя дитини не виправдовують соціальні й економічні витрати на лікування. Найбільш серйозним аргументом на користь ненадання медичної допомоги таким дефектним дітям є те, що потенційне лікування може нашкодити власно інтересам дитини, незалежно

від впливу його наслідків на оточуючих. Коли підтримання життя суб'єкта пов'язане з перенесенням їм значних фізичних і психосоціальних страждань, він вправі заявити, що таке життя «не коштує життя». Важкі природжені вади розвитку в дітей призводять до стану, коли вони стають «тягарем самі для себе». Одним з факторів їхніх страждань може бути сильний постійний біль, багато в чому зумовлений повторними хірургічними втручаннями. Важливим несприятливим фактором є психосоціальна дефектність. Багато хто з цих дітей ніколи не зможуть ходити, навіть за допомогою протезів, ніколи не зможуть нормально спілкуватися з однолітками, навчатися і працювати, і в дуже рідких випадках будуть здатні до самообслуговування. У випадках важкої затримки розвитку вони будуть існувати у «вегетативному стані» у своєму ліжечку. Батьки можуть відмовитися від таких дітей. Більшу частину свого життя ці діти змушені будуть проводити в лікарнях. Чи можна говорити, що таке життя коштує того, щоб жити?

Імовірно, що відсутність можливостей для навчання, роботи й спілкування зумовлена не стільки з природженими дефектами дитини, скільки з неправильною соціальною позицією стосовно неї. Психосоціальні страждання можливі внаслідок того, що здорові нормальні люди відмовляються спілкуватися з дефектними дітьми. За певних умов і зусиль таких дітей можна адаптувати до навколишнього середовища, і говорити про те, що смерть для них краще, ніж життя, неприйнятно. Однак деякі діти уражені настільки серйозно, що їхня відповідь на любов, турботу, виховання, навчання, іншими словами, їхня здатність стати особистістю украй мінімальна.

У доповнення до аргументів щодо якості життя дітей з природженими вадами розвитку, прихильники виправдання їхньої смерті наводять доводи, що стосуються психологічних, соціальних та економічних витрат родини й суспільства на підтримку таких дітей. Існує думка, що відповідальністю лікарів і суспільства є забезпечення догляду та мінімізація страждань хворих; але водночас їхньою відповідальністю є не продовжувати особисті, сімейні й суспільні страждання, пов'язані з пацієнтом; не проводити численні маніпуляції та не здійснювати дорогого і тривалого стаціонарного лікування тих дітей, чий шанси на прийнятні ріст і розвиток незначні.

Продовження життя дітям з важкими природженими дефектами зумовлює низку соціальних проблем. Медичні ресурси, які могли б бути використані на ведення дітей з більше сприятливим прогнозом, спрямовують на дорогу хірургічну, реанімаційну допомогу тим дітям, життя яких може бути продовжене лише на кілька місяців або років.

Рішення про обмеження або припинення лікування слід приймати в процесі дискусії між батьками і лікарями, за участі (якщо необхідно) членів етичних комітетів, організованих при великих клініках, і з урахуванням правових норм, етнокультурних, соціальних і релігійних поглядів. Лікування може бути обмежено або припинено тоді, коли незалежно від нього смерть

дитини є неминучою, або існує великий ризик важкої фізичної чи психічної інвалідації. Даний підхід доцільно реалізовувати й тоді, коли можливе виживання з помірною інвалідацією, але достовірно прогнозуються хронічний біль, страждання, повторні госпіталізації, інвазивні процедури і смерть у дитячому віці. Необхідно, щоб у разі ухвалення рішення про припинення медикаментозного лікування і підтримання життя за допомогою апаратних методів дитина була забезпечена харчуванням і рідиною.

### ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ І ТЕМИ ДЛЯ ДИСКУСІЙ

1. Концепція серцевої смерті як критерій смерті людини.
2. Концепція смерті всього мозку як критерій смерті людини.
3. Концепція смерті вищих відділів мозку як критерій смерті людини.
4. Біоетичні проблеми визначення «хронічного вегетативного стану» і «технічно залежних пацієнтів».
5. Визначення критерію смерті і вмирання у Сіднейській декларації Всесвітньої медичної асамблеї.
6. Визначення евтаназії у вузькому і широкому сенсі.
7. Різновиди евтаназії.
8. Біоетичні та юридичні проблеми евтаназії.
9. Біоетична оцінка суїциду за сприяння лікаря.
10. Біоетична оцінка ненадання (припинення) підтримувального лікування і реанімаційної допомоги.

### ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ПОГЛИБЛЕННЯ ЗНАТЬ

1. *Ардашева Н.А.* Эвтаназия как метод искусственного прерывания жизни: правовые условия // Рос. юрид. журн. — 1996. — № 1. — С. 71—80.
2. *Акопов В.И.* Этические, правовые и медицинские проблемы эвтаназии // Медицинское право и этика. — 2000. — № 1. — С. 47—55.
3. *Ворона В.А.* Право на эвтаназию как складовая права людини на життя // Право України. - 2010. - № 5. - С. 199-205.
4. *Дмитриев Ю.А.* Конституционное право человека в Российской Федерации на осуществление эвтаназии // Право и политика. — 2000. — № 7. - С. 127-130.
5. *Дмитриев Ю.А., Шленева Е.В.* Право человека в Российской Федерации на осуществление эвтаназии // Государство и право. — 2000. — № 11. — С. 52-59.
6. *Зильбер А.П.* Трактат об эвтаназии. — Петрозаводск: Изд-во Петрозавод. гос. ун-та. — 1998. — 464 с.
7. *Капинус О.С.* Эвтаназия как социально-правовое явление: монография. — М.: Буквояз, 2006.

**РОЗДІЛ 4****БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОЇ  
ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХІАТРІЇ****БІОЕТИКА В ПСИХОСОМАТИЧНІЙ МЕДИЦИНІ  
І МЕДИЧНІЙ ПСИХОЛОГІЇ**

В останні десятиріччя біоетика значно поширила сферу свого застосування. Як міждисциплінарна теоретично-прикладна наукова дисципліна вона, як «міст» єднає природні і гуманітарні науки, наукові знання та етичні рефлексії. Такий ціннісний синкретизм надав нові можливості для розв'язання нестандартних проблем, у тому числі в медичній психології і психіатрії. Біоетика стала одним із факторів трансформації теорії і практики сучасної медицини з формуванням біоетичної моделі здоров'я, що підтримує розвиток інтегрованої, орієнтованої на пацієнта медицини, поєднує традиційну, психосоматичну, превентивну, соціальну і валеологічну медицину. Безпосереднім наслідком таких змін стала відмова від біостатичної моделі здоров'я, згідно з якою норма базується на середньостатистичних показниках різних ознак біологічного виду, а здоров'я розглядається як відсутність хвороби. Біоетичне подолання механістичної обмеженості таких поглядів призвело до погляду на здоров'я як спосіб життя. У такому сенсі увага приділяється окремим складовим способу життя, у тому числі зменшенню психологічних і соціальних ризиків і навантажень. Такі тенденції стали передумовою становлення і розвитку психосоматичної (біопсихосоціальної) медицини.

Психосоматична медицина — це концептуальний підхід до здоров'я та хвороби, що розглядає психосоматичні стани як взаємодію психологічних, соціальних і біологічних факторів. Такий погляд принципово відрізняється від традиційної моделі хвороби як суто фізичної аномалії, спричиненої впливом фізико-хімічних і біологічних факторів.

Розвиток психосоматичної концепції і, як наслідок, медичної психології є реакцією на технократизм і деперсоналізацію сучасної медицини, які глибоко змінюють стосунки «лікар—хворий». Впровадження в широку клінічну практику ідей і методів медичної психології та психотерапії орієнтує лікарів різного профілю на особистий підхід до пацієнта та подолання дегуманізації медицини з її вузькою спеціалізацією та технізацією.

Психосоматична (або біопсихосоціальна) медицина вивчає різні форми біопсихосоціальної єдності здорової і хворої людини з метою профілактики, діагностики і терапії соматичних і психосоматичних хвороб. Вона розглядає вплив на виникнення і розвиток різних соматичних хвороб (від ГРІ до онкологічної патології) біологічних, психологічних і соціальних факторів. У

більш вузькому сенсі психосоматичними вважають лише такі захворювання, які можна вважати наслідком психосоціальних впливів.

Найбільш дослідженою групою психосоматичних захворювань є так звана група «семи священних корів» психосоматики, до якої належать виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, неспецифічний виразковий коліт, бронхіальна астма, тиреотоксикоз, есенційна артеріальна гіпертензія, ревматоїдний артрит, нейродерміт. Шкідливі психологічні навантаження є важливою соціально-психологічною ознакою сучасної цивілізації і розглядаються як одна з причин «хвороб цивілізації», значна частина яких належить до психосоматозів.

Серйозну медичну та біоетичну проблему становить так званий метаболічний синдром, який за діагностичними критеріями групи експертів Міжнародної діабетичної федерації визначається більш ніж у 25 % населення Землі. Його також називають хворобою «західного способу життя», або «хворобою занадто розвинутої цивілізації». Особливу роль у формуванні метаболічного синдрому надають підвищеній ворожості, прихованим формам агресії, гіподинамії, надкалорійному харчуванню та надмірним психічним навантаженням.

З віком у людей збільшується частота неінфекційних хвороб — ожиріння, атеросклерозу, артеріальної гіпертензії, метаболічної імуносупресії, психічної депресії, автоімунних порушень. Окрім того, підвищується ризик онкологічних захворювань, розвивається клімакс. Тяжкість цих хвороб та їх комбінацій значною мірою залежить від генетичних особливостей індивідуума і зовнішніх факторів, що їх спричиняють.

У психосоматиці розрізняють поняття «схильність» і фактори, що впливають на розвиток хвороби або сприяють йому. Схильність до захворювання може бути природженою, генетично детермінованою або набутою за певних умов. Важкі соціальні обставини, психологічні впливи, гострі чи хронічні стреси, переїдання, шкідливі звички та інші фактори навколишнього середовища є «поштовхом» до розвитку хвороби.

Етичні проблеми психосоматичної (біопсихосоціальної) медицини, яка розглядає єдність тілесного і душевного здорової та хворої людини у соціальному середовищі, мають безпосереднє відношення до предмету *глобальної біоетики*. Мета психосоматичного підходу в межах біоетичної моделі здоров'я полягає в тому, щоб знайти зв'язок між психологічними показниками, соціальними обставинами та соматичними процесами з метою використання результату в терапевтичних цілях. З позицій біоетики стратегія ведення біопсихосоціальної патології базується на досягненні балансу окремих складових ресурсної бази людини, причому частина «біо» відображає здоров'я тіла, «психо» — психічне благополуччя, «соціо» — адекватна ступінь соціальної активності. Відновленню біологічних, психологічних і соціальних ресурсів сприяють психотерапія, психогігієна, фармакотерапія, дієтотерапія, адекватні фізичні навантаження, активний спосіб життя тощо, позитивні світоглядні переконання.

Медична психологія і психотерапія є важливими складовими біопсихосоціальної медицини. Постійне розширення повноважень медичних психологів і психотерапевтів супроводжується еволюцією професійних і етико-правових поглядів з переглядом критеріїв психологічної норми і патології. Результатом біоетичного втручання стала гуманізація і демедикалізація ведення окремих контингентів пацієнтів з незвичайними психологічними проявами, поновлення в правах сексуальних меншин, відмова від ганебної практики примусової госпіталізації осіб, які не дотримувалися «соціальних стандартів поведінки». Поширення ролі медичних психологів у команді медичних професіоналів призвело до необхідності розробки власних етичних професійних кодексів, таких як «Етичні принципи психологів і кодекси поведінки» і «Етичні принципи проведення досліджень з людьми» Американської психологічної асоціації. Предметом таких професійних кодексів є принципи компетентності, чесності, професійної та наукової відповідальності, поважання прав і гідності людини, турбота про її благополуччя.

Етична оцінка стосується тлумачення окремих деонтологічних професійних норм, дотримання принципів біоетики під час проведення психологічної підтримки і психотерапії, професійної діяльності, навчання, менеджменту, досліджень можливих наслідків реклами та інших публічних висловлювань, судової практики та окремих морально-етичних проблем.

Суттєві етичні проблеми виникають у зв'язку з поширенням професійної практики медичних психологів і психотерапевтів, у тому числі з використанням засобів масової інформації і проведенням масової психотерапії. Нова етична проблема полягає у відповіді на запитання про те, чи може в принципі психологічна допомога досвідченого фахівця завдати шкоди? Якщо так, то чи можуть завдати шкоди ті психологічні рекомендації, які передані через засоби масової інформації або під час масового психотерапевтичного сеансу? У наукових публікаціях відсутні докази шкоди психотерапії, але є численні свідчення її користі. Проте немає оцінки правомірності ототожнення результатів психотерапії через засоби масової інформації і психотерапії в інших професійних умовах з результатами традиційної професійної психотерапії.

Ще одна проблема полягає у відсутності наукових даних про те, чи може бути завдано шкоди третій особі, яка вислуховувала чужі проблеми під час масового психотерапевтичного сеансу або в засобах масової інформації? Важко однозначно відповісти на запитання, чи не виходить психологічна допомога з використанням засобів масової інформації за рамки етики професійно-психологічних відносин? Чи переважають вигоди від психологічного консультування через засоби масової інформації пов'язані з цим ризиком? Відповідь може дати як етичний, так і емпіричний аналіз.

Іншим прикладом етичних проблем в роботі психолога є дотримання принципу конфіденційності і недоторканності приватного життя. Конфіденційна інформація, одержана психологом під час роботи з пацієнтом, не

підлягає розголошуванню, якщо тільки її приховування не становить небезпеки для самого клієнта або інших людей.

Один з варіантів етичних суперечностей у психотерапевтичній практиці пов'язаний з принципом компетентності. З етичних позицій психологи повинні використовувати тільки такі технології і процедури, якими вони володіють, що підтверджується відповідними свідоцтвами і сертифікатами. Разом з тим професійну компетентність неможливо визначити тільки за формальними ознаками. Необхідні конкретні уточнення предмета компетентності: компетентність щодо якого контингенту, яких випадків, яких проблем.

Загальновідомою є прихильність сучасної західної цивілізації до технологій медичної психології, психоаналізу і психотерапії. Цікавою тенденцією останніх років є зміни соціального клімату в економічно розвинутих країнах: збільшення кількості консультацій психологів і сеансів психотерапії, і водночас зростання частоти скарг і звинувачень у професійній некомпетентності. Об'єктивним фактом є зростання потреби в юридичному супроводі психологічної і психотерапевтичної практики.

### БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ В ПСИХІАТРІЇ

Психіатрія як специфічна гуманітарна галузь медицини методологічно і технологічно пов'язана з етичною наукою. Центральними біоетичними проблемами в психіатрії є подолання стигматизації і дискримінації психічно хворих, відмова від надлишкового патерналізму в стосунках між лікарем і пацієнтом, дилема «добровільність — примусовість» надання медичної допомоги, технологія надання інформованої згоди, моральні аспекти соціального життя психічно хворого індивіда, повага до принципів конфіденційності і недоторканності приватного життя.

Серед клінічних медичних дисциплін психіатрія є найбільш соціальною за своїм предметом, методологією досліджень і практичними діями. Предметом її досліджень є людина у взаємозв'язку з його біологічною, психічною, духовною і соціальною діяльністю. За даними ВООЗ, близько 450 000 000 мешканців Землі мають які-небудь психічні розлади.

Одна з найактуальніших етичних проблем у психіатрії пов'язана зі стигматизацією і дискримінацією хворих з психічними розладами.

На відміну від інших нозологічних форм, діагноз психічного розладу має негативне соціально-етичне навантаження. До психічного розладу велика частина суспільства ставиться як до ганебного явища. На жаль, поряд із стигматизацією існує загроза дискримінації і соціальної ізоляції осіб з психічними розладами. Цьому сприяють стереотипи уявлень про психічні хвороби, недостатня обізнаність суспільства в сфері психіатрії. Діагноз психічного розладу сприяє розвитку в людини комплексу неповноцінності, появі заниженої самооцінки. Багато хто з них прагне приховати факт наявності психічного розладу, уникають спілкування з колишніми знайомими, унаслідок чого посилюється соціальна ізоляція хворого та його сім'ї.

У зв'язку з особливою уразливістю в суспільстві осіб з психічними розладами психіатричні проблемні ситуації мають певну специфічність і вимагають окремого етичного аналізу. Соціальне відчуження, невиправдане обмеження прав, презирливе або зневажливе ставлення, будь-які інші форми приниження людської гідності психічно хворих — це неповний перелік проблем у психіатрії, які підлягають біоетичній і правовій оцінці та регуляції за допомогою моральних і юридичних механізмів.

Принципи гуманного і поважного ставлення лікаря до пацієнта, відсутність тих або інших проявів дискримінації, дотримання принципу інформованої згоди, проведення примусового лікування тільки за показаннями, неприпустимість нанесення моральної, фізичної або матеріальної шкоди є безумовною етичною основою сучасної психіатрії.

Незважаючи на багатовікову історію, етична проблема ставлення суспільства до психічно хворих залишається актуальною, що перш за все пов'язано з особливостями надання психіатричної допомоги. Психіатрична допомога спрямована на виконання двоєдиного завдання щодо захисту інтересів як хворого, так і суспільства.

Біоетичні особливості психіатричної практики стосуються насамперед принципів стосунків лікаря і пацієнта, способів госпіталізації психічно хворих. До середини ХХ ст. в усьому світі в психіатричній допомозі переважала патерналістська модель стосунків лікаря і пацієнта, а недобровільна госпіталізація переважної частини психічно хворих вважалася загальноприйнятою соціальною нормою.

Принцип патерналістської моделі стосунків лікаря і пацієнта полягає в тому, що відповідальність за ухвалення клінічних рішень лікар бере на себе. Розглядаючи життя людини і його благо як основоположний пріоритет і найвищу цінність, лікар самостійно визначає, що для хворого є більш потрібним, важливим і необхідним. Діаметрально протилежною є непатерналістська (дружня, колегіальна, партнерська) модель стосунків. У такій моделі основоположним є пріоритет моральної автономії пацієнта, а ключовою категорією стає категорія прав пацієнта.

Об'єктом дослідження клінічної психіатрії є пацієнт зі зміненою психікою. Уражена психіка людини не завжди має прояви в зовнішньому малюнку поведінки хворого. В одних випадках вона супроводжується явними відхиленнями від звичних стандартних норм, в інших — поведінка, міміка, жести виражені, як у нормальної людини. Крім того, пацієнти, з якими має справу лікар-психіатр, за своєю здатністю до волевиявлення так само утворюють широкий спектр. Частина з них через наявність важких порушень психічної діяльності (природжені або набуті інтелектуально-мнестичні розлади, недоумство, виражені продуктивні розлади, дефекти емоційно-вольової сфери, психози) не можуть самостійно виражати і захищати свої інтереси. Для даної категорії хворих найбільш прийнятною та адекватною є патерналістська модель. У даній моделі лікар



виступає як фахівець, «опікун» пацієнта з обмеженими можливостями в ухваленні рішень. При цьому етичними обмежувачами служать сумлінність і відповідальність лікаря-психіатра. Інша категорія хворих з такими психічними розладами як неврози, депресії, розлади адаптації цілком самостійні у своєму волевиявленні і самовизначенні, а за своєю інтелектуальною, правовою, етичною свідомістю не поступаються лікарю-психіатру. У таких випадках стосунки лікаря і пацієнта повинні будуватися на основі партнерства, причому лікар виступає в ролі компетентного професіонала, експерта. Він інформує пацієнта про діагноз, методи лікування, ризики і наслідки. Поінформований пацієнт добровільно приймає рішення (дає згоду на лікування або відмовляється від нього, дає згоду на амбулаторне або стаціонарне лікування). Необхідно підкреслити, що принцип «інформованої згоди» застосовується виключно для компетентних пацієнтів. Особливістю психіатрії є і те, що моделі стосунків пацієнта з лікарем можуть змінюватися на різних етапах перебігу хвороби, наприклад у період загострення симптоматики і під час ремісії. Таким чином, етичним завданням психіатрії стає встановлення оптимальних стосунків між лікарем і пацієнтом у кожній конкретній ситуації.

На відміну від інших медичних спеціальностей, у практичній психіатрії під час надання клінічної допомоги хворим суттєвою проблемою є етичні і правові аспекти використання добровільних і недобровільних (примусових) методів лікування. До середини минулого століття примусова (недобровільна) госпіталізація переважної частини психічно хворих, примусова затримка в психіатричних стаціонарах великої кількості людей, які здатні ухвалювати самостійні рішення в питаннях, що стосуються їх майбутнього, вважалися етично прийнятною професійною практикою і соціальною нормою. Існувала практика госпіталізації психічно хворих у спеціалізовані стаціонари за соціальними показаннями або за вимогою родичів. При цьому хворі з ураженою психікою перебували в положенні зайвої залежності від рідних, незважаючи на те, що деякі з таких пацієнтів цілком могли б прожити удома під наглядом опікуна, або навіть самостійно за наявності житла і мінімальної допомоги. Замкненість системи психоневрологічних інтернатів, важкі умови перебування в них і ізоляція пацієнтів від суспільства, відсутність адекватного виховання і реабілітації, втрата можливості придбання соціальних навичок стали причиною перегляду принципу примусового лікування психічно хворих і створення законодавчої бази щодо захисту прав і достоїнства хворих із психічними розладами.

У 1955 р. комітет експертів ВООЗ ухвалив рішення про те, що лікування хворих з психічними розладами необхідно проводити без ізоляції їх від суспільства. У 1960 р. у Великобританії та США виникли антигоспітальні та антипсихіатричні рухи, кінцевою метою яких була гуманізація законодавства у сфері психіатрії. Поява їх диктувалася етичними і моральними причинами: жалістю і співчуттям до безправ'я хворих, бажанням захистити їх права і інтереси, покласти край приниженню їх людської гідності і повної залежності

від волі лікаря і медичного персоналу. Зараз юридичні закони, які містять норму добровільної згоди пацієнта на надання психіатричної допомоги, прийнято в більшості демократичних країн, у тому числі в Україні. Сучасне законодавство унеможливорює надання психіатричній службі функцій пенітенціарної системи на основі примусової госпіталізації.

За даними ВООЗ, з кінця 80-х років ХХ ст. у більшості європейських країн, а також у США та Канаді понад 90 % випадків госпіталізації в психіатричні стаціонари здійснювалися на добровільній основі. У разі недобровільної госпіталізації пацієнту повинні бути забезпечені всі гарантії захисту його цивільних прав. Очевидно, що недобровільна госпіталізація є виправданою відносно соціально небезпечних осіб з тяжкими психічними розладами.

Виняткову роль в регуляції стосунків лікаря і пацієнта набуло поняття «інформована згода». В основі біоетичного принципу інформованої згоди лежить принцип добровільного лікування. У психіатрії воно набуває додаткового значення, оскільки тісно пов'язано з поняттям «презумпції компетентності і осудності». Етико-юридичні підстави позиції хворого при цьому такі: інформована згода — це право компетентних пацієнтів. Їх згода повинна бути добровільною і усвідомленою, одержаною без загроз насильства і обману. Згода на лікування може бути відкликана, відмова від медичної процедури не повинна впливати на положення хворого і його стосунки з медперсоналом.

Принцип «інформованої згоди» для хворих з психічними розладами не відрізняється від такого для хворих із соматичними захворюваннями. Вони так само мають повне право на отримання інформації про діагноз і його прогноз, про план, тривалість лікування і пов'язаний з ним ризик. Інформація, що надається хворому, повинна бути повною, включаючи відповіді на всі запитання хворого. Проведення клінічних експериментів, вживання небезпечних методів лікування, які можуть призвести до необоротних наслідків, вимагають додаткових гарантій захисту прав психічно хворих.

Примусове поміщення особи до психіатричної установи не повинне тлумачитися як дозвіл на проведення лікування без його згоди. Будь-якому пацієнту при добровільній або примусовій госпіталізації повинна бути надана можливість відмовитися від лікування або якого-небудь медичного втручання. Будь-який відступ від цього фундаментального принципу повинен мати законні підстави і застосовуватися тільки в чітко визначених виняткових обставинах. Проблема відмови від лікування має безліч нюансів із соціальної, лікарсько-етичної та юридично-правової точок зору. У психіатрії право хворих на відмову від лікування призводить до серйозних суперечностей. З одного боку, відмова від лікування — це право будь-якого пацієнта, яке закріплене законом та відповідає загальноновизнаним міжнародним стандартами. З другого боку, особи, які страждають на психічні розлади, у період загострення захворювання несуть соціальну небезпеку як для себе, так і для всіх оточуючих.

Поряд з принципом «інформованої згоди» важливе значення в психіатрії має принцип «незавдання шкоди хворому». Актуалізація цього принципу останнім часом пов'язана зі збільшенням частоти ятрогеній унаслідок нераціонального і надмірного лікування хворих з порушеною психікою. Етична загроза існує і в зв'язку з використанням новітніх біомедичних технологій без належного контролю.

Складною етичною проблемою психіатрії була і залишається проблема, яка пов'язана з визначенням і розмежуванням норми і патології психічного здоров'я, гіпердіагностикою розладів психіки, а також із безліччю варіантів соціальної поведінки людини через призму психічних захворювань. Труднощі диференціації норми і патології в психіатрії призводять до формування у свідомості людини уявлення про те, що навіть сам факт звернення до психіатра може свідчити про наявність у нього психічного розладу.

Особливостями біоетичного аналізу в психіатричній клініці є практика обмеження автономії психічно хворого третьою стороною — суспільством, органами правосуддя, родичами, опікунами. Таке обмеження робиться згідно з вимогами біоетичних принципів «роби добро» і «не нашкодь» у разі загрози для здоров'я і життя самого психічно хворого або його родичів, близьких та інших членів суспільства. Примусова госпіталізація психічно хворого здійснюється в межах законодавчого поля, виходячи з принципів необхідності і достатності при мінімізації соціально-правових обмежень.

Теоретичне біоетичне обґрунтування обмеження автономії пов'язане з поняттям моральної компетентності, яка може бути зменшеною або зовсім відсутньою не тільки у психічно хворих, але й у дітей, підлітків, наркозалежних осіб, пацієнтів у стані коми. Компетентна особа здатна оцінити ситуацію, зрозуміти інформацію, пояснити свій вибір, прийняти рішення і усвідомити можливі наслідки.

Поняття «компетентність» застосовується у філософії, праві, медицині, у тому числі у психіатрії. Існують категоріальне й фактичне визначення компетентності. Діти вважаються некомпетентними згідно з законодавством, проте дорослі (у тому числі психічно хворі) можуть бути визнані некомпетентними тільки за фактичними даними. Ідеальний варіант визначення некомпетентності суб'єкта — юридичний висновок. У реальній практиці функції компетентного суб'єкта часто беруть на себе члени сім'ї, родичі, друзі, опікуни. У такому разі автономія особистості поважається в опосередкованих або сурогатних формах. Стандартами сурогатного рішення, що приймається третьою стороною, є заміщене рішення (the substituted judgment standard), «чиста автономія» (the pure autonomy standard), або рішення в найкращих інтересах пацієнта (the best interests standard).

*Стандарт заміщеного рішення* передбачає рішення близьких і друзів хворого, виходячи зі своїх знань про спосіб життя і систему цінностей людини, ставлення до психічного захворювання, про те, що вона б вирішила

за таких обставин та в такому випадку. Позитивним аспектом стандарту є захист якості життя пацієнта як індивідуальної, а не соціальної цінності. Недоліком стандарту є визнання за некомпетентною особою права приймати медичне рішення, навіть у «заміщеному» варіанті: некомпетентна особа не може прийняти рішення за визначенням даного терміну.

*Стандарт чистої автономії* може бути використаний у таких випадках, коли пацієнт надав усні або письмові розпорядження ще до того, як став некомпетентним. У психіатрії така ситуація може скластися в разі діагностики, наприклад, хвороби Альцгеймера. Відомо, що президент США Р. Рейган після ознайомлення з діагнозом звернувся до нації і зробив усні необхідні заяви й розпорядження на майбутнє.

*Стандарт «у найкращих інтересах»* зручно застосовувати у клінічних ситуаціях з пацієнтом, який ніколи не був компетентною особою. Йдеться про деякі психіатричні захворювання, тяжкі природжені вади розвитку центральної нервової системи. Стандарт розглядає проблему з позицій соціальної, а не індивідуальної цінності. Індивідуальні інтереси пацієнта оцінюються переважно з медичної точки зору.

Історія психіатрії знає безліч прикладів, коли в лікуванні психічних захворювань як терапевтичні застосовували жорстокі, іноді смертоносні засоби. Прикладом може слугувати запропонована в 1935 р. португальським психіатром Е. Монішем психохірургічна операція — лоботомія, що дає дуже важкі ускладнення (епілептичні напади, непередбачувана зміна поведінки хворих). У сучасній психіатрії дотепер використовується такий метод, як шокова терапія. Відмова від «гамівної сорочки» сприяла призначенню деяким хворим дуже великих доз сильнодіючих психотропних і наркотичних лікарських засобів.

Необхідність ретельного контролю ведення хворих з психічними розладами сприяли створенню в деяких країнах етичних стандартів застосування конкретних методів терапії та психотропних лікарських засобів. Правове регулювання психіатричного лікування передбачає обов'язкове отримання згоди хворого або його родичів на вживання окремих шоккових методів терапії і медикаментозних лікарських засобів.

Серед чинників, що негативно впливають на самопочуття і якість життя хворих з психічними розладами, важливе значення мають дефекти роботи психіатричного стаціонару. Система сучасної організації психіатричної допомоги включає найважливіший принцип — надання медичної допомоги в якнайменш обмежувальних умовах.

Незважаючи на значний прогрес в питаннях захисту цивільних прав пацієнтів з психічними розладами, актуальною залишається проблема зловживань у психіатрії. Відповідно до визначення Всесвітньої психіатричної асоціації під зловживаннями в психіатрії розуміють використання можливостей лікаря-психіатра, медичного персоналу психіатричних установ на шкоду пацієнту або його близьким.

До зловживань у психіатрії відносять встановлення помилкового психіатричного діагнозу, невиправдану примусову госпіталізацію, невиправдане позбавлення пацієнта тих або інших прав тощо. До таких дій відносять також зловживання психіатром своїм професійним становищем в особистих цілях (наприклад, використання праці пацієнта, проведення з ним майнових операцій), злочини під час проведення судово-психіатричної експертизи.

Встановлення помилкового психіатричного діагнозу і невиправдана примусова госпіталізація можуть бути усвідомленою навмисною дією. Прикладом цього служать відомі в СРСР випадки оголошення дисидентів та захисників цивільних прав психічно хворими, госпіталізація їх в спеціальні лікарні тюремного типу і вживання до них жорстоких заходів медичного характеру. У даний час зловживання психіатрією часто виникають з економічних та побутових мотивів. При махінаціях, використовуючи безпорадний стан психічно хворих, їх оголошують здоровими, або навпаки, психічно здорову людину визнають недієздатним з подальшою примусовою госпіталізацією в стаціонар закритого типу з метою заволодіння його майном.

Захисту і зміцненню цивільних прав і свобод пацієнтів з психічними розладами сприяють численні міжнародні декларації та професійні етичні стандарти лікарів-психіатрів.

Прийнята резолюцією Генеральної Асамблеї ООН Декларація «Про права розумово відсталих осіб» (1971 р.; Додаток 15) пропонує державам - членам Організації Об'єднаних Націй провести відповідні заходи на національному і міжнародному рівні. Зазначено, що розумово відстала особа має право на належне медичне обслуговування і лікування, а також право на освіту, навчання, відновлення працездатності та ін.

Щоб виключити можливість зловживань і порушень прав осіб з психічною патологією, у 2000 р. в Україні був прийнятий закон «Про психіатричну допомогу» (Додаток 27), в якому основним принципом надання психіатричної допомоги є принцип добровільності. Закон визначає правові та організаційні основи забезпечення громадян психіатричною допомогою, виходячи з пріоритету прав і свобод людини і громадянина, встановлює обов'язки органів виконавчої влади і органів місцевого самоврядування щодо організації надання психіатричної допомоги і правового і соціального захисту осіб із психічними розладами. Закон регламентує права і обов'язки фахівців, інших працівників, що беруть участь у наданні психіатричної допомоги. Зазначено, що психіатрична допомога надається на основі принципів законності, гуманності, дотримання прав людини і громадянина, добровільності, доступності та відповідно до сучасного рівня наукових знань, необхідності й достатності заходів лікування з мінімальними соціально-правовими обмеженнями. Особи, яким надається психіатрична допомога, мають права і свободи громадян, передбачені Конституцією України та законами України. Обмеження їх прав і свобод допускається лише у випадках, передбачених

чинним законодавством. У законі визначено права хворих, умови примусової госпіталізації, порядок судового розгляду питання про госпіталізацію.

Право хворого на відмову від лікування в психіатрії тісно пов'язано з проблемою відповідальності пацієнта перед суспільством. У законі України «Про психіатричну допомогу» зазначено, що лікар зобов'язаний пояснити хворому можливі наслідки його відмови від лікування.

### ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ І ТЕМИ ДЛЯ ДИСКУСІЙ

1. Психосоматична концепція медицини.
2. Біоетичні проблеми медичної психології.
3. Основні проблеми в психіатрії, що підлягають біоетичній і правовій оцінці.
4. Біоетичні моделі стосунків лікаря і хворого з психічними розладами.
5. Біоетичні проблеми госпіталізації психічно хворого.
6. Біоетичні проблеми принципу інформованої згоди і психічно хворого.
7. Біоетичні аспекти принципу незавдання шкоди і проблеми відмови від лікування хворого з психічними розладами.
8. Розкрийте суть стандартів заміщеного рішення, чистої автономії, «найкращих інтересів» пацієнта.
9. Біоетичні аспекти зловживань, стигматизації і дискримінації в психіатрії.
10. Роль міжнародних і національних етичних кодексів і законів у психіатричній практиці.

### ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ПОГЛИБЛЕННЯ ЗНАТЬ

1. *Аргунова Ю.М.* Права граждан с психическими расстройствами (вопросы и ответы). — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Фолиум, 2007. — 147 с.
2. *Любан-Плоцца Б., Запорожан В.Н., Аряев Н.Л.* Терапевтический союз врача и пациента. — К.: АДЕФ.-Украина. — 2001. — 292 с.
3. *Михайлова И.М., Ястребов В. С., Ениколопов С.М.* Клинико-психологические и социальные факторы, влияющие на стигматизацию психически больных разных нозологических групп // Журн. неврологии и психиатрии. — 2002.— № 7.- С. 58-65.
4. *Перехов А.Я.* Этико-правовые проблемы правдивости в отечественной психиатрии // Независимый психиатрический журн. — 2010. — № 4. — С. 16—19.
5. *Психосоматичний хворий на прийомі у лікаря / Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., Ледерах-Гофманн К.:* пер. з нім. — К.: АДЕФ.-У країна, 1997. - 326 с.
6. *Ромек Е.А.* Психотерапия: теоретическое основание и социальное становление. — Ростов н/Д.: Изд-во РГУ, 2002. — 376 с.
7. *Савенко Ю.С.* Защита прав пациентов психиатрических учреждений // Независимый психиатрический журн. — 2005. — № 4. — С. 20—24.
8. *Хаустова О.* Психосоматична медицина. Психосоматичні розлади в практиці сімейного лікаря // Ліки України. — 2005. — № 9. — С 15—18.

**РОЗДІЛ 5****БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ТРАНСПЛАНТОЛОПІ ТА  
ТРАНСФУЗІОЛОПІ КРОВІ****БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ТРАНСПЛАНТОЛОПІ**

Для коректної біоетичної оцінки проблем трансплантології важливе значення мають деякі визначення.

*Трансплантація* — спеціальний метод лікування, що полягає в пересадженні реципієнту органа або іншого анатомічного матеріалу, взятих у людини чи тварини. На відміну від *трансплантації*, про *імплантацію* говорять, коли йдеться про біоімпланти або законсервовані тканини. *Автотрансплантація* — пересадження людині взятого в неї анатомічного матеріалу. При *гомотрансплантації* реципієнт і донор належать до одного біологічного виду. Якщо вони належать до різних видів, говорять про *гетеротрансплантацію*.

Становлення і розвиток трансплантології почалися з 50-х років минулого сторіччя. Піонерами трансплантології стали Д. Маррі (перше пересадження нирки), Т. Старлз (пересадження печінки), Д. Харді (пересадження легенів), К. Барнард (пересадження серця). Зусиллями цих учених та їхніх послідовників були створені центри трансплантології, які дозволили врятувати або продовжити життя тисячам пацієнтів, до цього приречених на смерть. Розробки фармацевтичної індустрії забезпечили використання в клінічній трансплантології специфічних препаратів — імуносупресантів (циклоспорин А), які зменшували або нівелювали прояви реакції відторгнення трансплантата. Трансплантація нирки стала рутинною операцією.

Прогрес трансплантології став причиною виникнення низки питань, що стосуються як правових, так і етичних аспектів відносин між донором і реципієнтом. Етичні питання головним чином стосуються гомологічної трансплантації, бо лише в цьому випадку належить оцінити моральну позицію двох людей — донора та реципієнта. Багато з них вимагають законодавчого врегулювання, що має особливості в різних країнах, оскільки залежить від ментального ставлення суспільства до питання пересадження органів і від факторів, що не мають прямого зв'язку з медициною і біоетикою. Дискусії підлягають соціальні аспекти медичної етики які стосуються обговорення таких основних проблем:

1. Обґрунтування принципової моральної прийнятності проведення трансплантації органів від однієї людини іншій.
2. Розробка етичної й законодавчої бази, що регламентує процедуру одержання донорських органів.
3. Обговорення принципів вибору реципієнта у зв'язку з обмеженою доступністю донорського матеріалу.

Обґрунтування принципової моральної прийнятності пересадження органів від людини до людини та від тварини до людини тісно пов'язане з релігійними поглядами. Визнаючи існування низки психологічних, моральних і релігійних питань, більшість західних релігійних конфесій принципово визнають етично прийнятним пересадження органів, у тому числі трансплантацію серця — органа, що традиційно розглядався як «місцеперебування душі».

Обґрунтування моральної прийнятності трансплантації органів тісно пов'язане з розробкою критеріїв установлення факту смерті потенційного донора. У зв'язку з появою «нових» критеріїв настання смерті (смерть мозку, у тому числі вищих його відділів) відбулися певні зміни в самій концепції смерті — перехід від трактування смерті як події (моментальної) до трактування її як процесу, що займає певний проміжок часу.

Етична та законодавча база процедури одержання донорських органів є не менш суперечливою. Проблема знаходиться у сфері відносин індивідуума і суспільства. Одна з точок зору полягає в тому, що органи померлої людини автоматично повинні стати власністю держави для використання в соціально прийнятних цілях, включаючи не тільки трансплантацію, а й сфери освіти, досліджень, терапії.

У деяких країнах узаконена практика так званої презумпції згоди. Це означає, що якщо за життя людина не заявляє про свою незгоду на можливий посмертний забір у неї органів, то після смерті вона може стати потенційним донором і для цього не буде потрібно одержання згоди від його родичів. Якщо ж людина принципово не згодна бути донором органів після своєї смерті, вона вносить відповідну заяву до спеціального реєстру відмов, що ведеться установою, що координує роботу центрів трансплантації. Таким чином, за відсутності висловленої або тої, що мається на увазі, волі забір органів після смерті може бути зроблений, хоча державні органи можуть накласти заборону на нього. Важливим у презумпції згоди є те, що вплив родичів на факт забору органів практично відсутній. Це може бути виправдане тим, що думка родичів може змінюватися залежно від ступеня їх страждань. Неетично жадати від них прийняття настільки важливого рішення в короткий термін за відповідних обтяжливих обставин.

Практика презумпції згоди існує в деяких латиноамериканських, скандинавських і азійських країнах. Однак у США, Великобританії, Німеччині законодавчо закріплено, що індивідуум по відношенню до держави має всілякі права, які поширюються і на сферу контролю трупа. У такому контексті вилучення органів можливо тільки за наявності зафіксованої згоди потенційного донора або його сурогатних представників у разі некомпетентності. Ця точка зору відображує індивідуалізм західної ліберальної політичної філософії та визначає контроль одержання донорських органів на принципах інформованої згоди, правдивості та вірності взятим зобов'язанням.



Згода на донорство повинна даватися добровільно, будь-яка примусова форма (психічна, фізична, матеріальна) є неприпустимою. Якщо мова йде про давання такої згоди з боку законних представників донора (родичів), то мається на увазі недієздатність останнього, що найчастіше пов'язано з критичним станом.

Еталоном урахування етичних проблем узяття органів для трансплантації від осіб, що перебувають у критичному стані, може вважатися клінічний випадок, що стався з Джейн Сміт (США). Лікар інформував родичів Джейн про те, що вона помре незалежно від тривалості підтримувальної терапії. Враховуючи, що сама пацієнтка заявила про те, що не хоче, щоб її життя підтримувалося штучно, якщо немає шансів на одужання, родичі попросили лікаря припинити штучну вентиляцію легенів та «дозволити» Джейн умерти. Родичі також поцікавилися в лікаря, чи може бути Джейн бути донором органів. Одержавши позитивну відповідь, родичі підписали згоду на узяття органів у Джейн. Незабаром Джейн була відключена від апарата штучної вентиляції легенів, втратила свідомість, у неї припинилися серцебиття, через 2 хв була констатована смерть. Після цього бригада хірургів розпочала забір органів для донорства. Такий підхід до забору органів від трупів був розроблений у 1992 р. в університеті м. Пітсбурга та позначений як «Тактика ведення хворих у термінальному стані, які є потенційними донорами органів після смерті».

До прийняття критеріїв смерті мозку в 70-х роках минулого сторіччя трупний матеріал був основним джерелом для трансплантації нирок. Однак через тривалий інтервал часу, що проходив після констатації смерті та включав видалення органа, заморожування, консервацію, «цінність» таких органів значно знижувалася через необоротні ішемічні зміни, що відбувалися в них. Перевагою пітсбургського протоколу стала можливість забору органів *незабаром* після того, як приймається рішення про припинення підтримувальної терапії пацієнтам у критичному стані. Такий підхід дозволив збільшити пул донорів на 20–25 %.

Існує два важливих принципи, що регламентують можливість забору органів для донорства. По-перше, у пацієнтів повинна бути констатована смерть до того, як відбудеться вилучення органа. По-друге, догляд за ще живим пацієнтом ні в якому разі не повинен порушуватися «на користь» потенційним реципієнтам. Автори пітсбургського протоколу дотримуються універсального визначення акту смерті (1981 р.). Однак, критики даного протоколу звертають увагу на те, що він занадто «легко й швидко» дозволяє констатувати смерть. Так, відповідно до протоколу після того, як відбувається припинення дихання та серцебиття, потрібно очікувати 2 хв для документації одного з трьох варіантів дизритмії серця — фібриляції шлуночків, асистолії або електромеханічної дисоціації, після чого констатується смерть. Чи достатньо 2 хв для того, щоб судити про *необоротність* порушення функцій? Адже існує можливість їх спонтанного відновлення. Теоретично

медики повинні в цей двохвилинний період проводити активні заходи щодо реанімації пацієнта. Чи може пацієнт бути визнаний померлим тільки лише тому, що ми вирішили не проводити підтримувальну терапію?

Прихильники критеріїв смерті вищих відділів мозку трохи інакше уявляють суб'єкт життя і смерті. Вони вважають, що *особистість* може бути мертвою, навіть якщо *організм як ціле* залишається живим. Що дійсно є важливим — це тривале існування особистості, а не організму. Наприклад, в одному з відділень лікарні народилася дитина з аненцефалією. Така дитина має функціонуючий стовбур мозку, але за відсутності півкуль головного мозку вона не має і ніколи не буде мати свідомості. Таким чином, ця дитина перебуває в повному та постійному несвідомому стані. Навіть при агресивній підтримувальній терапії вона навряд чи проживе більше 1–2 тиж. Інша дитина має природжену ваду серця — гіпоплазію лівого шлуночка, що з великою імовірністю призводить до ранньої смерті. Крім хворого серця, дана дитина здається здоровою. Припустимо, що існує хірургічна можливість пересадити здорове серце першої дитини другій, що, імовірно, значно збільшить тривалість її життя. Хірург, однак, не може чекати, поки дитина з аненцефалією буде визнана померлою. На той час, коли ця дитина буде відповідати прийнятним критеріям смерті, її серце буде серйозно ушкоджено. Питання в тому, чи буде помилковим для хірурга зробити пересадження серця від першої дитини другій? Якщо під словом «помилково» розуміти «незаконно», відповідь на запитання ясна. Згідно з чинним законодавством, таке пересадження серця буде означати вбивство. Дана дитина — жива людська істота, і причиною смерті стане хірургічна операція з видаленням серця. Але чи є така операція, що рятує життя другій дитині, серйозною моральною помилкою? Якщо дитина з аненцефалією перебуває в повному й постійному несвідомому стані, чи постраждає вона від вилучення серця? Така операція не викличе в неї біль і страждання, і не позбавить її нормального майбутнього. По суті, дана дитина не відрізняється від трупа, що служить донором органів для трансплантації. Найважливішою проблемою, яку потрібно розв'язати, у даному випадку є: якою є ідентичність суб'єкта з аненцефалією? Рада з етичних і правових питань Американської медичної асоціації повідомляє: «Під час опитування провідних медичних експертів у галузі етики дві третини вважають, що використання органів для пересадження від дітей з аненцефалією по суті морально; більше половини підтримують зміни законодавства з цього питання». Як пацієнти з аненцефалією, так і пацієнти в перманентному вегетативному статусі перебувають у повному й постійному несвідомому стані. Головна відмінність між ними полягає в тому, що для перших цей стан є природженим, для других — набутим. Отже, якщо діти з аненцефалією повинні бути визнані мертвими внаслідок повної і постійної відсутності свідомості, те саме потрібно зробити й відносно пацієнтів у перманентному вегетативному статусі. Чи може це бути задовільним розв'язанням етичної проблеми?

Етичні питання в трансплантології також стосуються дотримання трьох загальних принципів: захист життя, охорона персональної ідентичності (реципієнта та його нащадків) та інформована згода. Гомотрансплантація може бути дозволеною за умови, коли донорові (якщо він живий) не може бути заподіяно істотної та непоправної шкоди, яка загрожувала б його життю та працездатності. Неможливою є трансплантація тих органів, які структурно пов'язані з розумовою діяльністю та біологічною ідентичністю суб'єкта, оскільки операція має на меті відновлення здоров'я індивіда, а не створення нової істоти. Тому з тих органів, які можна брати для трансплантації, виключаються головний мозок та статеві залози, які забезпечують особисту та прокреативну ідентичність особи.

Найбільш складною проблемою біомедичної і соціальної етики є розподіл доступних для трансплантації органів серед величезної кількості реципієнтів. Наприклад, у США близько 80 000 людей внесено в список очікування операцій з пересадження органів. Доступність трансплантатів буває недостатньою, і ситуація може бути змінена тільки в разі практичної доробки технологій використання штучних органів і застосування органів тварин. Розподіляти органи можна, орієнтуючись на три різні критерії: утилітаристський, випадковий, терапевтичний. Розподіл органів за утилітаристським критерієм передбачає врахування соціальної продуктивності. Перевага віддається тому реципієнту, який, вилікувавшись, повернеться до трудового життя. Випадковий критерій ґрунтується на неупередженості — органи розподіляють випадково, згідно з порядком, в якому надійшли пацієнти. Терапевтичний критерій ґрунтується на кількох клінічних параметрах: нагальній потребі, можливості вдалої трансплантації за клінічним станом пацієнта, наявності підстав сподіватися, що орган приживеться.

В умовах перманентного дефіциту ресурсів критичного значення набуває прийняття рішень на основі принципів соціальної етики. В умовах, коли неприйнятними є механізми проведення операції з пересадження органів на суцільно ринковій основі, розподіл обмежених трансплантаційних ресурсів слід проводити на основі принципів соціальної користі та соціальної справедливості. При розподілі донорських органів на основі принципів соціальної користі в якості реципієнтів вибираються хворі, які мають найбільші шанси на успіх операції. Так, під час трансплантації нирок імовірність приживлення органа визначається ступенем HLA-сумісності тканин. Цей принцип вибору реципієнта підтримується більшістю трансплантологів, однак стикається з запереченнями, насамперед з боку непрофесіоналів. Критика проводиться з позицій справедливості. Наприклад, у разі трансплантації нирок найбільша тривалість приживлення органа має місце в представників білої раси, молодих людей та осіб чоловічої статі. Однак відбір реципієнтів тільки з позиції максимального збільшення суспільної користі у вигляді оцінки тривалості приживлення трансплантата є політикою, що порушує принцип рівних

прав людей. З погляду соціальної справедливості всі пацієнти повинні мати однаковий доступ до програм трансплантології незалежно від генотипу, що контролює расу, стать або тип HLA. Більшу рівноправність можна забезпечити шляхом додаткового аналізу таких факторів, як тривалість перебування в списках очікування, ступінь невідкладності стану хворого, наявність антитіл до сторонніх тканин після попереднього контакту з ними, що зменшує імовірність успіху операції. Сучасні принципи відбору реципієнтів припускають рівне урахування принципів соціальної (медичної) користі та соціальної справедливості в кожному конкретному випадку.

### МІЖНАРОДНІ І НАЦІОНАЛЬНІ, ЕТИЧНІ І ПРАВОВІ АКТИ В ГАЛУЗІ ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ І ТРАНСФУЗИОЛОПІЇ

З огляду на існуючі біоетичні складності і протиріччя, що стосуються предмета трансплантології, Радою Європи були розроблені основні принципи трансплантації органів («Конвенція о правах людини і біомедицині», 1997 р., розділ VI; Додаток 6). Суть їх зводиться до наступного. Органи й тканини можуть бути вилучені від трупа або живої людини тільки за умов одержання згоди на це відповідно до чинного законодавства. Лікарі, які констатують смерть у потенційного донора, не повинні брати участь в заборі органів у нього чи в лікуванні потенційного реципієнта. Тобто такі лікарі стають «незацікавленими» у самій трансплантації ні з однієї, ні з іншої сторони. Перевагу при заборі органів слід віддавати трупному матеріалу, хоча можливе вилучення органів і у живих донорів (перевага віддається генетично близьким для реципієнта людям). У разі забору органа в живого донора необхідне одержання його письмової добровільної згоди, причому донор має бути поінформований як про потенційні ризики для свого здоров'я, так і про можливу користь трансплантації для реципієнта. Одержання органів у живих неповнолітніх осіб неприпустимо. Слід виключити будь-яку комерціалізацію, пов'язану з пересадженням органів, тобто виплату винагород за донорство, пошук донорів з визначеною оплатою їхніх послуг або пропозиція донорства за оплату. Якщо в лікарів існують сумніви щодо можливості комерційної складової пересадження органів у конкретній ситуації, вони повинні відмовитися від участі в такій процедурі. Донорські органи повинні бути однаково доступними для всіх потенційних реципієнтів, незалежно від їхніх матеріальних можливостей.

Недопущення комерціалізації в трансплантології також є вкрай важливим і в такій її галузі, як нейротрансплантологія. Даний напрямок медицини є досить перспективним у лікуванні таких важких органічних уражень нервової системи, як хвороба Паркінсона, Альцгеймера, Гетингтона, епілепсії, шизофренії, дитячого церебрального паралічу, апалічного синдрому, наслідків ішемічного інсульту й черепно-мозкових травм. Головним донорським матеріалом у цьому випадку служить ембріональна (фетальна) мозкова тканина. Регулюючим документом для проведення подібних втручань у

Європі є «Основні етичні принципи використання людської ембріональної тканини для експериментальних досліджень і клінічної нейротрансплантації» (1994 р.). Найбільш важливі положення даного документа такі. Ембріональна тканина може бути отримана в результаті спонтанного або медичного аборту, причому в останньому випадку рішення про аборт приймає сама жінка, без будь-якого втручання та тим більше тиску з боку лікарів-трансплантологів. Вагітна повинна бути поінформована про можливості використання тканин ембріона для медичних цілей, обов'язково також одержання від неї добровільної письмової згоди на таку процедуру. Жінка не повинна знати, кому може бути пересаджена тканина ембріона, не повинна одержувати ніякої винагороди за донорство. Таким чином, дотримання даних принципів виключає використання трансплантатів від так званих договірних (комерційних) абортів.

В Україні офіційним документом, що регламентує питання трансплантації органів і тканин, є закон «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині» (1999 р.; Додаток 28). У статті 19 цього закону щодо надання фетальних матеріалів для трансплантації говориться: «Фетальні матеріали для трансплантації надаються за згодою жінки, яка прийняла остаточне рішення про штучне переривання вагітності (аборт), та за умови збереження конфіденційності відомостей про неї». Таким чином, підкреслюється дотримання принципу одержання добровільної інформованої згоди від донора ембріональних клітин. Оскільки в більшості випадків таким донором є жінка, що прийняла рішення про переривання вагітності, у деяких країнах пропонується дотримання принципу презумпції згоди донора абортивного матеріалу. Такий підхід ґрунтується на тому, що, добровільно відмовившись від виношування дитини, жінка не має ніяких прав на абортивний матеріал, що не підлягає похованню, а просто знищується. Презумпція згоди донора абортивного матеріалу повинна поширюватися тільки на дозволений законодавством гестаційний термін штучного переривання вагітності.

Одним з важливих етико-правових моментів, що стосуються трансплантології, є суворе дотримання лікарської таємниці щодо джерела одержання донорських органів. Ні родина донора, ні родина реципієнта не повинні мати відомостей один про одного, щоб уникнути виникнення непередбачених правових і моральних конфліктів.

Одним з напрямків трансплантології, що інтенсивно розвивається протягом останніх десятиліть, є пересадження стовбурових клітин. Клітинна трансплантація передбачає використання переважно алогенних ембріональних стовбурових клітин, отриманих з абортного матеріалу або з ембріонів, не використаних для внутрішньоматкової імплантації після екстракорпорального запліднення. Можливо також використання аутологічних і алогенних стовбурових клітин пупкового канатика, гемопоетичних стовбурових і частково детермінованих клітин постнатального організму. Пересадження стовбурових клітин пов'язано з певними ризиками для донора. До них відносять

проблему гістосумісності, можливість зараження клітин і культурального середовища інфекційними агентами, імовірність розвитку новоутворень після трансплантації стовбурових клітин, невизначеність впливу даних клітин на репродуктивний потенціал реципієнта. Очевидно, що перед широким упровадженням клітинної трансплантології в клінічну практику ці питання повинні бути вирішені в експериментальних дослідженнях. В Україні відсутні нормативні документи про пересадження штучно створених органів або стовбурових клітин. Немає інструкцій, що регламентують критерії якості стовбурових клітин, не обговорена відповідальність за можливі негативні наслідки клітинної терапії.

### БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ТРАНСФУЗІОЛОПІ

Від трансплантації слід відрізнити трансфузію крові або її компонентів від одного індивіда до іншого. Відмінність полягає в тому, що при трансфузії крові організм донора не втрачає нічого істотного завдяки своїй здатності швидко відновлювати об'єм узятій крові. Донорство крові має бути добровільним актом, тобто донор ні в якому разі не може бути примусово залучений до цього. З етичних принципів з донорством не повинна також бути пов'язана комерціалізація. Донор має бути повнолітньою особою, що усвідомлює відповідальність щодо себе самого (стану свого здоров'я) і щодо реципієнта. Донор несе, таким чином, і відповідальність перед суспільством, оскільки його кров надається «в розпорядження» інших осіб. Етичні питання щодо реципієнта крові стосуються необхідності отримання інформованої згоди на процедуру гемотрансфузії, особливо враховуючи те, що дана процедура несе певні ризики. Є приклади, коли деякі суб'єкти (члени релігійних груп, насамперед свідки Єгови) відмовляються від гемотрансфузії через свої конфесійні ставлення до цієї процедури. У таких випадках, якщо поважання волі пацієнта встає в протиріччя з реальною небезпекою для його життя у разі відмови від процедури, лікар повинен наголосити на це та продовжувати лікування. Якщо пацієнт категорично відмовляється від гемотрансфузії, остаточне рішення приймається з урахуванням його віку. Якщо пацієнт є неповнолітньою особою, треба звернутися до представника судової влади з проханням тимчасового скасування влади батьків, а потім зробити трансфузію. Якщо йдеться про повнолітню особу, здатну усвідомлювати наслідки своїх дій, лікар може користуватися нормативними документами, що зобов'язують його надавати медичну допомогу та необхідне лікування, коли виникають умови нагальної необхідності та існує загроза життю пацієнта.

Трансплантація кісткового мозку, яку проводять насамперед при захворюваннях системи крові (лейкози, мієлодиплазії, таласемія), можна також розглядати як трансфузію кровотворних клітин від донора до реципієнта. При даній процедурі також слід дотримуватися принципів захисту життя та інформованої згоди. Причому ці принципи поширюються як на донора, так

і на реципієнта. Суттєва відмінність цього виду трансплантації від інших полягає в тому, що взяття кісткового мозку призводить лише до тимчасового порушення «фізичної цілісності» донора, оскільки ця тканина відновлюється дуже швидко. Найліпшим з терапевтичних міркувань донором кісткового мозку є неповнолітня особа. У даному випадку компоненти кісткового мозку дозволяється брати після згоди законних представників неповнолітнього донора.

### ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ І ТЕМИ ДЛЯ ДИСКУСІЙ

1. Що складає предмет трансплантології як галузі медицини?
2. Чому прогрес трансплантології пов'язаний з етичними питаннями?
3. З чим пов'язано обґрунтування моральної прийнятності трансплантації органів?
4. У чому полягає принцип «презумпції згоди» при вирішенні питання про забір органів у потенційного донора?
5. Які важливі моменти були викладені у пітсбургському протоколі щодо забору органів від термінального хворого?
6. Яких етичних принципів слід дотримуватися під час прийняття рішення про забір органів?
7. Проілюструйте етичні підходи до трансплантації органів на прикладі новонародженого з аненцефалією.
8. Які біоетичні проблеми пов'язані з донорством крові та її компонентів?
9. Які нормативні акти регулюють питання трансплантології?
10. Якими критеріями можна керуватися при розподілі доступних для трансплантації органів серед потенційних реципієнтів?

### ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ПОГЛИБЛЕННЯ ЗНАНЬ

1. *Джиллетт Г., Джонс Г., Кэмпбелл А.* Медицинская этика. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 400 с.
2. *Зарецкий М.М., Черникова Н.М.* Стволовые клетки и клеточная терапия: реалии и сомнения // *Theoria*. — 2011, № 2 (55). — С. 12—14.
3. *Руснак А.Дж., Чадлей А.Е.* Исследования стволовых клеток: клонирование, терапия и научное мошенничество // *Медицинские аспекты здоровья женщины*. — 2007. — № 3. — С. 73—75.
4. *Трансплантология 2010: итоги и перспективы* / Под ред. С.В. Готье. — М.: Триада, 2011. - 461 с.
5. *Трансплантология: Учеб. пособие* / Под ред. В.К. Денисова. — К.: Наук, думка, 1998. - 248 с.
6. *Трансплантология/Под, ред. В.И.Шумакова.* — М.: Медицина, 1995. — 391с.
7. *Яровинский М.Л.* Медицинская этика (биоэтика). — М.: Медицина, 2006. — 448 с.

**РОЗДІЛ 6****БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ТА  
ІНШИХ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ІНФЕКЦІЙ****БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ ТА  
ВИЗНАЧЕННЯ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ІНФЕКЦІЙ**

Масове (епідемічне) поширення інфекційних хвороб серед населення відповідної території суттєво впливало і продовжує впливати на історичний розвиток людства. За впливом на демографічну ситуацію можна виділити такі групи інфекції:

— особливо небезпечні інфекційні хвороби (у тому числі карантинні, такі як чума, холера, жовта гарячка, а також некарантинні, такі як ВІЛ-інфекція, туберкульоз) — це інфекції, що характеризуються швидким поширенням серед населення, тяжкими та (або) стійкими розладами здоров'я у значній кількості хворих та високим рівнем смертності;

— небезпечні інфекційні хвороби — це інфекції, що характеризуються тяжкими та (або) стійкими розладами здоров'я в окремих хворих і становлять небезпеку для їх життя та здоров'я; інфекції, що призводять до високої смертності серед дітей (кір, дифтерія, скарлатина, малярія, тощо); поширені інфекції, що передаються статевим шляхом;

— соціально небезпечними, згідно з законом України «Про захист населення від інфекційних хвороб» (2000 р.), називають такі інфекції, виникнення і розвиток яких тісно пов'язані із соціально-економічними процесами, що відбуваються в суспільстві та загрожують життю і здоров'ю людей. До соціально небезпечних інфекційних хвороб відносять ВІЛ-інфекцію, інфекції, що передаються статевим шляхом, туберкульоз, проказу. Профілактика інфекційних хвороб і захист населення від інфекційних хвороб є одним із пріоритетних напрямків охорони здоров'я. Фінансування профілактичних і протиепідемічних заходів здійснюється за рахунок коштів Державного бюджету України та місцевих бюджетів. Надання медичної допомоги хворим на інфекційні хвороби у державних і комунальних закладах охорони є безоплатним. Профілактичні, протиепідемічні, соціальні та освітні заходи повинні проводитися комплексно, при цьому необхідно здійснювати соціальний захист осіб, які хворіють на інфекції чи є бактеріоносіями.

Інфекційні хвороби зумовлюють багато біоетичних проблем. Основною проблемою є конфлікт інтересів суспільства, безпеки громади та автономія особистості, що найбільш гостро виявляється у питаннях обов'язковості ізоляції, лікування та профілактики деяких інфекцій. Такі заходи певною мірою порушують право особистості на автономію, але вони необхідні для забезпечення безпеки суспільства. Згідно з законом України «Про забезпечення



санітарного та епідемічного благополуччя населення» (1994 р.), «особи, хворі на особливо небезпечні інфекції, у разі відмови від госпіталізації підлягають примусовому стаціонарному лікуванню, обов'язковому медичному нагляду і карантину у встановленому порядку». При цьому ВООЗ і Рада міжнародних медичних асоціацій (CIOMS) звертають особливу увагу на проблему дотримання морально-етичних і правових норм при організації і здійсненні протиепідемічних заходів.

Завдяки профілактичним і протиепідемічним заходам деякі інфекції майже повністю зникли, чітко контролюються. Легенева форма чуми — найнебезпечніша інфекція. За спустошуючі епідемії в давнину її називали «царицею смерті» або «великим мором» людства. Це зумовлено тим, що хворі постійно з кашлем виділяють у довкілля багато збудників чуми і створюють навколо себе «чумну» завісу з крапельок дрібнодисперсного слизу і крові, що містять усередині збудників. Увійшовши до цієї «чумної» завіси, незахищена здорова людина неминуче заразиться і захворіє. Оскільки чума — це зоонозна інфекція, ліквідація чуми та профілактика її виникнення пов'язана зі знищенням її природних осередків. Принципово це завдання вирішене. Нині розроблені високоефективні способи винищування диких гризунів. За допомогою цих заходів можна досягти такого зменшення чисельності тварин, коли епізоотичний процес затухає. Проте для виконання цього завдання необхідно об'єднання міжнародних зусиль, тому що це потребує економічних витрат, які не доступні економічно не розвинутих країнам.

Завдяки вакцинації зникла натуральна віспа. Проте Міжнародні медико-санітарні правила у 2005 р. знову повернули віспу до розряду особливо небезпечних інфекцій, оскільки можливо, що вірус натуральної віспи залишився в арсеналі біологічної зброї деяких країн світу. Крім того, потенційно небезпечним є вірус віспи мавп, який може змінюватися і призвести до захворювання людей.

Завдяки вакцинації рідко виявляють поліомієліт, украй рідко вмирають діти від таких дитячих інфекцій, як кір і дифтерія. Проте саме вакцинація дітей зумовлює найбільш гості біоетичні конфлікти. Спеціалісти впевнені в необхідності щеплення дітей, тому що вакцинопрофілактика зберігає життя та здоров'я мільйонам дітей. При цьому нині ніхто не наважиться стверджувати, що щеплення є абсолютно безпечним (можливі ускладнення). Виділяють такі реакції та ускладнення після імунізації: 1) реакції — підвищення температури тіла, біль, набряк м'яких тканин, гіперемію або інфільтрат у місці введення, лімфоаденопатію, головний біль, дратівливість, порушення сну, висипання неалергійного генезу, нудоту, біль у животі, диспепсію, діарею, міалгію, артралгію, транзиторну тромбоцитопенію); 2) ускладнення — післяін'єкційний абсцес, анафілактичний шок / реакції, алергійні реакції, фебрильні судоми, підшкірний холодний абсцес, поверхневу виразку, регіональний(і) лімфаденіт(и), келоїдний рубець, генералізовану

БЦЖ-інфекцію, остеомієліт, остейт. Слід зазначити, що тяжкі наслідки вакцинації спостерігаються дуже рідко. Неприятливі реакції, які виникають після щеплення, іноді не є їх результатом, ні як не пов'язані з вакцинацією, але сприймаються як негативні наслідки вакцинації. На жаль, іноді щеплення виявляються неефективними, тому що імунітет не формується і, незважаючи на зроблене щеплення, людина захворює. Проте головним є факт, що відсоток хворих після щеплення дітей є незначним, а захворювання, як правило, не є тяжкими. Дуже важливо, щоб використовувалися якісні вакцини та дотримувалися правил проведення вакцинації, своєчасно виявляли стани, що можуть призвести до несприятливих наслідків.

Супротивники щеплень різняться за мірою радикальності. Існують категоричні супротивники вакцинації, що відстоюють необхідність повного скасування її застосування. Є активісти, що виступають проти масової вакцинації. Супротивники конкретних видів і форм вакцинації виступають, наприклад, проти імунопрофілактики сезонного грипу або використання живих вакцин для масового щеплення маленьких дітей.

Супротивники вакцинації посилаються на такі аргументи:

- загроза змови виробників вакцин, медичних працівників і державних службовців, які нібито нав'язують вакцини населенню з міркувань комерційної вигоди;
- заперечення ефективності вакцинації, ролі в зниженні рівня захворюваності та необхідності у зв'язку з існуванням ефективного лікування або малою поширеністю хвороби;
- твердження про навмисно неточну медичну статистику ускладнень.

Найбільш активно виступають проти вакцинацій тоді, коли в країні благополучна епідемічна ситуація — інфекційні хвороби не реєструються або реєструються їх поодинокі випадки. Коли виникає епідемічний спалах, чисельність супротивників вакцинації швидко зменшується.

Конфліктні ситуації в контексті вакцинації також виникають з точки зору можливості відвідування дитячих колективів дітьми, які не щеплені. Обов'язковість щеплення деякі батьки розглядають як порушення їх власної автономії. Проте наявність у дитячому колективі великої кількості невакцинованих дітей загрожує здоров'ю та життю дітей, яким за станом здоров'я щеплення протипоказані, тому порушує принцип соціальної справедливості та цінності кожного життя.

Вакцинація — лише одна з практик медицини, в якій індивід стає об'єктом стандартних маніпуляцій. Супротивники вакцинації як напрям медичного дисидентства є результатом розриву між етичними цінностями, що є частиною людської культури в широкому сенсі, та біомедичними технологіями, які є частиною науково-технічного прогресу. Регулювання біоетичних конфліктів і дилем полягає в дотриманні біоетичних принципів при проведенні будь-яких медичних втручань, а саме: поважання автономії особистості;

інформування пацієнта (батьків) та отримання усвідомленої згоди на медичне втручання; конфіденційність; безпека для пацієнта; поважання гідності та цінності кожного життя; соціальна справедливість. Проблема вакцинації найбільш яскраво висвітлює необхідність зміни патерналістського принципу дій лікаря, який усю відповідальність за медичне втручання і його результат бере на себе, на партнерські рівноправні стосунки між лікарем і пацієнтом (батьками) та співпрацю обох сторін.

Розвиток цивілізації супроводжується виникненням нових інфекцій. За останні півстоліття зареєстровано понад 70 нових інфекцій, і щороку виявляються нові інфекції, небезпечні для людини. При цьому вивчено лише близько 5–10 % вірусів, існуючих у природі. Науково-технічний прогрес також впливає на виникнення і розвиток епідемічних спалахів та епідемій інфекційних хвороб. Унаслідок широкого використання систем вентиляції виникли спалахи легіонельозу. Як результат організацій мережі централізованого виробництва, переробки та зберігання харчових продуктів, системи громадського харчування проблемою розвинутих країн стали сальмонельоз, ієрсиніоз, інфекції, що спричинюються окремими штамми кишкової палички. Унаслідок широкого використання антибіотиків не тільки в медицині, а й у сільському господарстві, деякі штамми мікроорганізмів, що спричинюють епідемічні спалахи, демонструють резистентність до лікарських засобів. Резистентність до ліків також характерна для збудника туберкульозу в певній кількості хворих. Мобільність населення, поширеність авіаперевезень призводять до швидкого поширення таких нових респіраторних інфекцій, як атипова пневмонія (SARS), або тих, що спричинюються вірусами грипу А — H5N1 або H1N1.

ВІЛ-інфекція, яка, імовірно, виникла унаслідок еволюції або мутації вірусу імунодефіциту мавп, історично існувала на Африканському континенті. Завдяки мобільності населення ВІЛ-інфекція, що передається статевим шляхом, поширилася на інші континенти. На самому Африканському континенті в деяких країнах, що розташовані до півдня від Сахари, епідемія ВІЛ-інфекції призвела до демографічної та економічної кризи. У роки економічних негараздів у 90-ті роки ХХ ст. та на початку ХХІ ст. унаслідок масового поширення серед певних верств населення виникла епідемія ВІЛ-інфекції в країнах Східної Європи і Центральної Азії. Зниження імунітету внаслідок ВІЛ-інфекції сприяло поширенню туберкульозу серед хворих із цією патологією. Утягування в епідемію ВІЛ-інфекції населення репродуктивного віку призвело до перинатальної передачі ВІЛ і народження ВІЛ-інфікованих дітей. У зв'язку з уживанням ін'єкційних наркотиків поряд з ВІЛ-інфекцією набули поширення інфекції, що спричинюються вірусами гепатиту В і С. Ці три інфекції мають однакові шляхи передачі (статевий та через кров), а збудники зберігаються в організмі хворого протягом усього життя, спричинюють клінічні прояви через багато років після інфікування. З раніше відомих інфекцій до цієї групи з деякою натяжкою можна віднести

сифіліс, при якому (за відсутності лікування) через декілька років розвиваються тяжкі ураження ЦНС та інших систем.

Численні біоетичні конфлікти та дилеми, що виникають під час діагностики, лікування та профілактики соціально небезпечних інфекцій, хоча й мають певні особливості, є схожими для усіх інфекцій. Тому більш докладно біоетичні проблеми соціально небезпечних хвороб можуть бути розглянуті на прикладі ВІЛ-інфекції.

### ОСНОВНІ БІОЕТИЧНІ КОНФЛІКТИ В КОНТЕКСТІ ВИЯВЛЕННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ, НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ І ПРОФІЛАКТИКИ

ВІЛ-інфекція — це захворювання, що спричинюється вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ). Вірус передається від людини до людини під час сексуальних контактів (гомо- та гетеросексуальних), через кров та забруднені кров'ю шприці, голки, медичні інструменти, а також від матері до дитини під час вагітності, пологів та під час грудного вигодовування. Природний перебіг ВІЛ-інфекції має чотири клінічні стадії. ВІЛ-інфікована особа тривалий період може перебувати в стані безсимптомного носійства ВІЛ (такий стан відносять до I клінічної стадії). Унаслідок ураження імунної системи під впливом ВІЛ у людини розвивається комплекс хвороб, уражень органів і систем організму, тобто виникають клінічні прояви ВІЛ-інфекції (II—III клінічні стадії). За відсутності специфічного лікування в людини, яка живе з ВІЛ, унаслідок ураження імунної системи з часом (через декілька років після інфікування) виникають прояви IV клінічної стадії ВІЛ-інфекції у вигляді різноманітних інфекційних, паразитарних захворювань, злоякісних пухлин, інших хвороб, що називають синдромом набутого імунодефіциту (СНІД).

Вживання антиретровірусних препаратів (одночасно не менше трьох препаратів), яке розпочинають у чітко визначеній стадії захворювання та продовжують протягом усього подальшого життя, перетворює неминуче прогресуючий перебіг ВІЛ-інфекції на хронічний з довічною персистенцією вірусу в організмі.

Уперше захворювання було ідентифіковано на початку 80-х років XX ст. серед чоловіків, які мали сексуальні контакти з чоловіками. У подальшому було доведено, що вірус передається при будь-яких статевих контактах. Однією з перших уражених вірусом груп стали жінки, що надавали сексуальні послуги. Поширення епідемії в Східній Європі та Центральній Азії було пов'язане із споживачами ін'єкційних наркотиків (СІН), що зумовлене передачею вірусу через забруднені кров'ю голки, шприці або наркотичні речовини. Відсоток ВІЛ-інфікованих серед ув'язнених у цих країнах значно перевищує загальні популяційні показники. Тому на ранніх етапах епідемічного процесу в суспільстві сформувалася думка, що це невиліковне смертельне захворювання тісно пов'язане з порушенням моральних норм.

Незважаючи на те, що доведено — під час побутових контактів, занять спортом, а також через укуси комах вірус не передається, ставлення до ВІЛ-інфікованих людей також пов'язане із страхом зараження ВІЛ.

Хоча з кожним роком в епідемічний процес в усьому світі усе більше утягуються люди, чию поведінку не можна назвати ризикованою, і яких не можна віднести до уразливих груп та, незважаючи на те, що 30-річна історія епідемії чітко визначила шляхи передачі вірусу, ставлення до людей, які інфіковані ВІЛ, залишається особливим, іншим, ніж до пацієнтів з різними хронічними інфекціями та хворих на невиліковні хвороби. Тобто, ВІЛ-інфікованих людей виділяють (стигматизують) з числа людей, у тому числі хворих на інші інфекції або тяжкі недуги. Виділення ВІЛ-інфікованих людей базується на страху й осуді.

Стигматизація (від грецьк. *stigma* — знак, клеймо, пляма, відмітка) — це динамічний процес виділення та приниження особи через наявність якої-небудь ознаки чи захворювання. У контексті прав людини стигматизація — це заперечення загальногромадянських прав ВІЛ-інфікованої людини. Стигматизація, що пов'язана з ВІЛ-інфекцією, багатогранна і має тенденцію до розвитку та посилення негативних наслідків епідемії внаслідок асоціації захворювання з маргінальними формами поведінки.

Існуючі в суспільстві етичні норми, що осуджують уживання наркотиків, гомосексуальні зв'язки, секс-бізнес, сприяють виникненню стигми щодо ВІЛ-інфікованих, багато з яких належать до означених «груп ризику», або «уразливих груп». Групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ — це групи населення, в яких з урахуванням особливостей їх поведінки та поведінки їхнього оточення є підвищений ризик контакту з джерелом ВІЛ. Визначення таких груп здійснюється з урахуванням критеріїв та рекомендацій ВООЗ.

Безумовно, у суспільстві існують певні уразливі групи. Проте постановка питання, що інфікуються ВІЛ тільки особи з цих уразливих груп, у корені невірна і призводить до невизнання суспільством наявності в кожній людині особистого ризику зараження, що значно знижує ефективність профілактичних заходів. Застосування у засобах масової інформації визначень ВІЛ-інфекції як «захворювання наркоманів», «чума ХХ сторіччя» посилюють прояви стигматизації. Деякі рекламні компанії, метою яких було знизити ризик інфікування ВІЛ, базувалися на обвинуваченні ВІЛ-інфікованих, посиленні страху смерті, що не призводило до бажаного результату, лише поглиблювало проблеми стигматизації. Стигматизація має глибокі коріння та посилює існуючу в суспільстві соціальну, тендерну, расову нерівність. Отже, у цілому стигматизація — це процес дискредитації ВІЛ-інфікованих, від якої страждають не тільки самі люди, які живуть з ВІЛ, але й їх найближче оточення.

Прояви стигматизації різноманітні. Терміном «культурна стигматизація» позначають суспільні норми і уявлення, згідно з якими люди, які належать до певної групи, менш моральні, належать до маргінальних верств

суспільства. Часто виникненню культурної стигматизації сприяє негативна, страхітлива інформація в засобах масової інформації, соціальної реклами.

Під інституціональною стигматизацією розуміють дискримінаційне ставлення до ВІЛ-інфікованих з боку органів державної влади, охорони здоров'я, освіти, Церкви. Особиста і міжособистісна стигматизація є безпосереднім наслідком культурної та інституціональної стигматизації, власними забобонами людей, що проявляються страхом, презирством, відторгненням. Усі ці форми стигматизації ВІЛ-інфікованих є зовнішніми, тому що відбивають ставлення суспільства до цієї групи хворих.

Іншим аспектом проблеми стигматизації у контексті епідемії ВІЛ-інфекції є «внутрішня стигматизація», або самостигматизація, людей, які живуть із ВІЛ. Внутрішня стигма відбиває міжособистісні стосунки і переживання в самій групі, до якої належить хворий. Вона може проявлятися відчуттям власної ущербності та неповноцінності, нездатністю вступати в нормальні суспільні стосунки, страхом дискримінації з боку суспільства та інших людей, у тому числі необгрунтованим почуттям безпорадності, відсутністю інтересу до життя.

Дії, зумовлені стигматизацією, визначають як дискримінацію. Дискримінація слідує за стигматизацією і включає несправедливе й упереджене ставлення до людини, зумовлене її позитивним ВІЛ-статусом. Стигматизація і дискримінація можливі на різних рівнях, включаючи політичний, економічний, соціальний, психологічний та інституціональний. У «Протоколі для виявлення випадків дискримінації щодо людей, які живуть з ВІЛ» (2000 р.) дискримінація визначається як будь-яка форма свідомого визнання відмінності між людьми, їх ізоляція або обмеження прав людей з підтвердженим або підозрюваним позитивним ВІЛ-статусом незалежно від того, виправдані ці заходи чи ні.

На політичному або національному рівні дискримінація може проявлятися прийняттям стигматизаційних норм, що закріплені законодавчо і застосовуються на практиці. Так, ознаки дискримінації ВІЛ-інфікованих існують у країнах, де за законом проводяться обов'язкове примусове тестування усього населення або певних груп на ВІЛ, ізоляція ВІЛ-інфікованих, обмеження поїздок за кордон та ін. Ознаками дискримінації на політичному рівні є також відсутність або невиконання законів, спрямованих на захист прав ВІЛ-інфікованих. Відмова в наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованим, відсутність доступу до специфічного лікування, порушення конфіденційності є прикладами дискримінації на інституціональному рівні.

Отже, стигматизація та дискримінація взаємопов'язані та посилюють одна одну. Стигматизація є підґрунтям дискримінаційних дій, може призводити до діяльності або бездіяльності, які завдають шкоду ВІЛ-інфікованим або їх оточенню. Вона може обмежити доступ до лікування і послуг, стати бар'єром реалізації прав людини. Дискримінація — це результат практичного

здійснення стигматизації, у свою чергу дискримінація призводить до посилення стигматизації.

У контексті прав людини стигматизація і дискримінаційні дії порушують базове право людини на свободу від дискримінації. Окрім того, дискримінація у зв'язку з позитивним ВІЛ-статусом порушує інші права людини, такі як право на найвищий рівень фізичного і психічного здоров'я, право на автономію особистості, недоторканність особистого життя та інші, регламентовані міжнародними деклараціями, конвенціями, пактами. Поширення ВІЛ-інфекції вимагає розуміння та солідарності з боку суспільства, а також толерантності та конструктивізму.

Етичний конфлікт, зумовлений ВІЛ-інфекцією, також виникає у зв'язку з необхідністю захистити суспільство від поширення епідемії. На цьому шляху в деяких країнах виникали дискримінаційні заходи, що порушили права окремих громадян, — спроба примусового тестування на ВІЛ, насильницька ізоляція хворих у медичних закладах, в'язницях. Проте в міру розвитку епідемії та її осмислення нормою у світовому суспільстві стали недискримінаційні заходи, такі як безоплатне тестування на ВІЛ, обстеження і лікування хворих протягом усього життя, впровадження програм профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, зменшення шкоди для СІН. Такий підхід, з етичної точки зору, реалізує загальне правило: благо суспільства є результатом блага окремих людей.

В умовах розвитку епідемії держави та всі її громадяни повинні взяти на себе тягар допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію. У цьому випадку діє біоетичний принцип «роби добро». Діючи в інтересах уражених ВІЛ, держава і громада діють в інтересах як ВІЛ-інфікованих осіб, так і на благо усього суспільства. Наприклад, антиретровірусні препарати, які хворі вживають протягом усього життя, закупаються за державні кошти і є безоплатними для хворих, що зменшує можливість інфікування ВІЛ інших людей, подовжує працездатність хворих, дає їм можливість народжувати і рости дітей. Тобто, лікування хворих на ВІЛ-інфекцію зменшує ризик поширення епідемії, сприяє добробуту держави, зменшує демографічну кризу.

Проте принцип «роби добро» може вступати в конфлікт із принципом соціальної рівності та справедливості, коли лімітовані державні кошти витрачаються на ВІЛ-інфікованих з обмеженням медичної допомоги хворим на онкологічні захворювання, цукровий діабет, серцево-судинні захворювання, а також інші хронічні інфекції з такими ж, як при ВІЛ-інфекції, шляхами передачі збудника (наприклад, вірусний гепатит С).

Особливе ставлення до ВІЛ-інфекції, виділення її зі списку інших хвороб, створення окремих законодавчих актів для людей, які живуть із ВІЛ, також можна розглядати, як порушення принципу соціальної рівності та справедливості. Можливо, у початковій стадії епідемії таке виділення ВІЛ-інфекції мало свій сенс, але з часом цей сенс втрачається, і в майбутньому це

захворювання, імовірно, займе рівне місце серед інших соціально значущих хвороб.

Біоетичні проблеми ВІЛ-інфекції охоплюють не тільки питання стигматизації та дискримінації, а й проведення медичних досліджень, клінічних досліджень, конфіденційності медичної інформації, надання медичної допомоги в термінальній стадії захворювання та ін.

Важливі біоетичні питання пов'язані з добровільним тестуванням на ВІЛ. Обстежувати людину на ВІЛ можна тільки за наявності усвідомленої згоди з проведенням консультування до тестування та після нього в разі повідомлення будь-якого результату — позитивного, негативного, а також у разі невизначеного результату. Під усвідомленою, або інформованою, згодою в цьому випадку розуміють добровільну згоду особи пройти медичне обстеження на наявність ВІЛ-інфекції після одержання інформації про мету і можливі результати тестування. Добровільна згода — принципово важливий момент у процесі ухвалення рішення пацієнтом. Вона означає, що з боку медичних працівників не повинно бути обману або погроз під час прийняття рішення. Пацієнт завжди має право відмовитися від обстеження на ВІЛ, навіть коли йому пропонують тестування на ВІЛ у зв'язку з тим, що в медичного працівника був небезпечний контакт з його кров'ю. Добровільним є і тестування вагітних на ВІЛ. У разі відмови вагітної пройти обстеження медичні працівники можуть тільки вмовляти її зробити тест (передусім в інтересах дитини) та інформувати її про можливі наслідки. При цьому слід зазначити, що при ефективному консультуванні відмов тестуватися на ВІЛ практично не буває. Такі відмови, як правило, свідчать про неефективне до-тестове консультування.

Питання про професійну таємницю та конфіденційність інформації щодо ВІЛ-статусу пацієнта викликає багато питань. Розголошення відомостей про ВІЛ-інфекцію в пацієнта є, з одного боку, етичним питанням, з іншого боку — юридичним та регламентується законодавчо. Відповідно до закону України «Про попередження захворювання синдромом придбаного імунodefіциту і соціальний захист населення» інформація про результати дослідження на ВІЛ є конфіденційною, її розголошення тягне за собою кримінальну відповідальність. З погляду біоетики, збереження професійної таємниці щодо позитивного ВІЛ-статусу людини є правом особи на автономію і таємницю приватного життя. Крім того, збереження професійної таємниці базується на принципі справедливості, тому що є умовою запобігання шкоді, яку може завдати ВІЛ-інфікованій особі третя сторона.

З точки зору загальних норм, пріоритет збереження професійної таємниці не може переходити певні межі, особливо в таких випадках, коли є потреба захистити біоетичне право, рівнозначне фундаментальному праву на конфіденційність, — життя людини або недоторканність третіх осіб. У таких випадках важливими умовами розголошення таємниці є: вичерпані усі



спроби переконати особу самостійно розкрити таємницю; медичний працівник робить усе, щоб запобігти небезпечним наслідкам для особи, чію таємницю він розкриває, та не розкриває більше інформації, ніж необхідно. Ураховуючи, що кожний випадок є індивідуальним, і розкриття професійної таємниці може бути життєво необхідним, такі питання краще вирішувати після юридичних та біоетичних консультацій, обговорення питання з керівництвом закладу охорони здоров'я.

Надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим особам створює певний ризик нозокоміального інфікування — передачі ВІЛ та інших збудників, що передаються через кров та її препарати, як самому медичному працівнику, так і іншим пацієнтам. Кожний медичний працівник, обираючи професію, повинен усвідомлювати такий ризик. Під час виконання медичних маніпуляцій усі працівники сфери охорони здоров'я повинні суворо дотримуватися універсальних заходів безпеки незалежно від ВІЛ-статусу пацієнта, якому надається допомога. Відмова в наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам є дискримінацією, і тому неприпустима. Така відмова, як правило, є результатом недостатньої інформованості медичних працівників щодо ВІЛ-інфекції та низького рівня суспільної свідомості з цього питання.

ВІЛ-інфекція — хвороба людини. За винятком окремого виду мавп, немає у світі живих істот, на яких можна було б проводити наукові дослідження вірусу і ВІЛ-інфекції. Розроблення і клінічні дослідження нових лікарських препаратів і вакцин для лікування та профілактики ВІЛ-інфекції є важливим і гуманним завданням. Однак успішне розв'язання наукових проблем неможливе без чіткого дотримання етичних норм: поваги до людини як особистості, добродійності, милосердя і справедливості.

Базові принципи, що обґрунтовують проведення клінічних досліджень або випробувань на людях, такі: терапевтичний принцип, що виправдовує зусилля, спрямовані на пошук ефективного лікування тяжкого невиліковного захворювання; принцип поваги до хворого, незалежності його рішень, згоди на певні дії; принцип соціальної відповідальності й солідарності, який виправдовує виділення коштів на дослідження та ризики для суб'єктів, залучених до досліджень.

Принцип добродійності та милосердя означає, що основним мотивом будь-якого клінічного дослідження має бути турбота про благо конкретного хворого. Справедливість передбачає принципову рівність можливостей для хворих з погляду доступності медичної допомоги і медичних послуг. Під час проведення клінічних досліджень важливо отримати інформовану згоду хворого. Відповідальність за інформування хворого, а також за адекватність і правдивість інформації, наданої йому, несе керівник клінічних досліджень, і вона може бути переадресована третім особам. Хворий має право відмовитися від участі в клінічному дослідженні. У разі неієздатності хворого добровільна інформована згода повинна бути отримана від його опікуна

відповідно до закону. Оскільки доведено, що антиретровірусна терапія є єдиним способом лікування, що подовжує життя ВІЛ-інфікованих людей, при проведенні клінічних випробувань нових антиретровірусних препаратів використання плацебо, з етичної точки зору, неприйнятно. Нові препарати порівнюють не з плацебо, а з іншими вже апробованими ліками. При виявленні неефективності нового препарату (або схеми лікування) клінічні випробування негайно припиняють.

Аналізуючи поведінкову або біологічну інформацію, пов'язану з ВІЛ-інфекцією, слід дотримуватися найвищого рівня етичних норм. Недотримання етичних норм може перетворити ВІЛ-інфікованих на ізгоїв і призвести до порушення їхніх основних прав. Необхідно враховувати, що учасникам таких досліджень може бути завдана шкода — психологічна, соціальна, фізична або економічна. Правила і методики збирання даних повинні містити докладні описи заходів захисту для учасників подібних досліджень. Наукові фонди й організації, що фінансують проведення таких досліджень, вимагають якісного контролю за усіма дослідженнями, особливо за тими, які проводять у країнах, що розвиваються. Хоча багато процедур збирання інформації, пов'язаних з програмами профілактики і лікування ВІЛ-інфекції та полегшення стану хворих, не можна вважати дослідженнями, але принципи, які лежать в основі дослідницької діяльності, поширюються і на ці заходи.

Як вже говорилося, завдяки високоактивній антиретровірусній терапії (ВААРТ) — щоденному вживанні щонайменш трьох антиретровірусних препаратів, що пригнічує реплікацію ВІЛ і запобігає швидкому розвитку резистентності вірусу до лікарських засобів, ВІЛ-інфекція перетворилася з хвороби з прогресивним перебігом на хронічну інфекцію. При цьому і досі ВІЛ-інфекція залишається невиліковною хворобою. При розвитку резистентності ВІЛ до лікарських засобів ВААРТ стає неефективною, що призводить до прогресування ВІЛ-інфекції та несприятливого прогнозу. Незважаючи на ВААРТ, у ВІЛ-інфікованих осіб вищий ризик розвитку злоякісних пухлин, що може призвести до термінального стану і смерті. Тяжкі побічні ефекти антиретровірусних препаратів можуть вимагати припинення або відміни лікування, що також призведе до прогресування ВІЛ-інфекції або розвитку іншої тяжкої патології. У термінальній стадії ВІЛ-інфекції виникає необхідність надання спеціалізованої паліативної допомоги хворим. У таких випадках, коли неможливо адекватно усунути біль або симптоми захворювань, які призводять до страждань хворих, постає питання про пасивну евтаназію — допомоги хворим у припиненні життя. Однак ця проблема дуже складна і неоднозначна, оскільки розробка нових схем лікування може вплинути на якість і тривалість життя хворих.

У світі існує псевдонауковий рух (HIV/AIDS denialism), члени якого заперечують загальноприйнятую доведеність того, що ВІЛ є інфекційним збудником СНІДу. Деякі з учасників руху заперечують факт існування

і виділення вірусу, а СНІД визнають результатом різних чинників неінфекційної природи. Учасників руху іноді називають «СНІД-дисидентами», що слід вважати часткою загального дисидентства в медицині. Гострі біоетичні дилеми виникають, коли батьки ВІЛ-інфікованої дитини є «СНІД-дисидентами». Порушення прав дитини на лікування і життя стикається з правом батьків на автономію. Вирішення усіх конфліктів полягає у дотриманні біоетичних норм, інформуванні та ефективному консультуванні.

Існує необхідність біоетичної оцінки заходів запобігання ВІЛ-інфекції. На жаль, у зв'язку з мінливістю вірусу досі не розв'язана проблема розробки вакцини для масової профілактики захворювання. Якщо вакцина все-таки буде створена, це також може викликати певні медичні труднощі (ускладниться процедура діагностики ВІЛ-інфекції) і біоетичні проблеми (можлива стигматизація осіб, що звернуться за вакцинацією).

Первинна профілактика поширення ВІЛ-інфекції включає інформаційно-роз'яснювальну роботу з населенням, пропаганду здорового способу життя, підтримку духовних цінностей і відповідальної поведінки у сфері сексуальних стосунків. Такий підхід є моральним і не викликає критики. Необхідним компонентом первинної профілактики є доступ населення до презервативів — як засобу захисту, що дозволяє запобігти зараженню ВІЛ та іншими збудниками інфекцій, що передаються статевим шляхом.

Проте навколо використання презервативів виникають серйозні етичні конфлікти. Як відомо, презерватив захищає від передачі ВІЛ у 90—98 % випадків контактів з хворим. Застосування презервативів осуджується консервативними етиками не тільки у зв'язку з його «технічною» недосконалістю і тим, що наражає на ризик зараження ВІЛ у 2—10 % випадках його використання під час контактів з хворим, а й тому що, на їх думку, моногамність, сексуальна відповідальність, моральність у інтимній сфері є пріоритетними, а використання презервативів сприяє ідеології полігамності та порушенню моральних засад. У такому контексті також осуджується ідея безкоштовного розповсюдження презервативів, яку активно пропагують представники уразливих груп. Морально прийнятною моделлю первинної профілактики, на погляд таких етиків, є тільки така, що спирається на інтегральне трактування блага особи і спрямована не на те, щоб уникнути інфікування, блокуючи сексуальні шляхи передачі ВІЛ за допомогою презерватива, а на збагачення і захист усіх благ особи. Тобто, в ідеалі сексуальність повинна бути упорядкованою і спрямованою на цінності сім'ї, тільки тоді й не буде поширюватися ВІЛ-інфекція.

Ураховуючи, що СІН є уразливою групою, а ВІЛ-інфіковані СІН — джерелом поширення вірусу, не викликає сумніву необхідність таких профілактичних заходів, як інформаційно-роз'яснювальна робота серед осіб, які вживають наркотичні речовини, та реабілітація наркозалежних. При цьому неоднозначну етичну оцінку викликають програми зменшення шкоди серед

СІН — обмін шприців, замісна терапія метадоном (неін'єкційний синтетичний опіоїд, що за своїми фармакологічними властивостями близький до таких опіоїдів, як морфін і героїн). Виникає етичний конфлікт між обов'язком захистити суспільство й обов'язком захистити людину. З одного боку, програми зменшення шкоди зменшують ризик поширення ВІЛ-інфекції, а з іншого — підтримують вживання наркотиків. Крім того, етичні питання обговорюється в контексті принципу соціальної справедливості: фінансовий тягар за програми зменшення шкоди покладений на бюджет країни, тобто на кожного платника податків.

Важливою складовою профілактики поширення ВІЛ-інфекції є забезпечення вільного доступу до послуг з проведення післяконтактної профілактики — проведення нетривалого курсу антиретровірусного лікування, метою якого є зниження вірогідності інфікування ВІЛ особи, яка зазнала підвищеного ризику такого інфікування. Післяконтактну профілактику призначають неінфікованим особам не пізніше ніж через 72 год після контакту з джерелом ВІЛ. Тривалість курсу лікування — 4 тиж. Контакт з джерелом ВІЛ (людиною або біологічним матеріалом) може виникнути під час виконання професійних обов'язків, у разі сексуального насильства та в інших випадках (наприклад, випадковий укол використаною голкою від шприца в парку, на пляжі тощо). Це стратегія спрямована на суспільне благо і благо окремих осіб. Обмеження доступу до такої профілактики постраждалим неприпустимо. Післяконтактна профілактика, як правило, потребує персоніфікації постраждалого і не проводиться анонімно. Це зумовлено необхідністю обліку лікарських засобів, закупівля яких здійснюється за державні кошти. В окремих випадках (наприклад, при згвалтуванні та бажанні постраждало! особи зберегти анонімність) ця ситуація може обмежувати доступ до профілактики та вступає в конфлікт з правом особи на автономію.

Обов'язкове тестування донорів крові (її компонентів), органів, тканин та інших біологічних матеріалів є важливою складовою протидії епідемії ВІЛ-інфекції. У багатьох країнах препарати крові (плазму) «карантинізують» — зберігають у замороженому вигляді та видають для використання тільки в разі негативного результату тестування на антитіла до ВІЛ донора через 4 міс після забору крові, тобто обстеження донорів вважається обов'язковим. З точки зору біоетики такий підхід є мірою захисту суспільства, та, по суті, не порушує право особи на автономію, оскільки кожна людина має вибір бути або не бути донором.

У багатьох країнах регулярне тестування на ВІЛ медичних працівників, сфера діяльності яких пов'язана з ризиком передачі вірусу, також є обов'язковою умовою. Це також необхідно для захисту суспільства від нозокоміальної передачі ВІЛ. Обов'язковість тестування не порушує право особи на автономію, оскільки кожна людина має вибір працювати або не працювати в сфері медицини на певних посадах. При виявленні ВІЛ-інфекції у

медичних працівників, чия діяльність пов'язана з інвазивними маніпуляціями, їм пропонується інша посада, що не пов'язана з ризиком передачі ВІЛ, що можна вважати необхідним для захисту суспільства, і, по суті, не є дискримінаційним.

У контексті протидії епідемії ВІЛ-інфекції забезпечення профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини — обов'язок держави та суспільства перед дитиною. Це положення базується на Конвенції про права дитини — першому у світовій історії всеосяжному документі, що стосується прав дітей. У статті 2 наголошується, що держави поважають і забезпечують всі права дитини, у тому числі незалежно від стану здоров'я і народження.

Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини включає вживання антиретровірусних препаратів жінкою під час вагітності та пологів і новонародженою дитиною в перші дні або тижні життя; планове розродження жінки кесаревим розтином або безпечне ведення пологів через природні пологові шляхи; штучне вигодовування дитини (якщо доступні якісні замітники молока і безпечна вода, є безперебійне їх постачання, а вигодовування сумішами прийнятне для матері). Грудне вигодовування з призначенням АРВ-препаратів матері та дитині на весь термін грудного вигодовування, як правило, вибирають ВІЛ-інфіковані жінки тільки в країнах з обмеженими економічними ресурсами, де штучне вигодовування не є доступним або прийнятним.

Біоетичні питання перинатальної профілактики передачі ВІЛ розглядаються в площині конфлікту автономії матері, якщо вона відмовляється виконувати або неретельно виконує рекомендації лікарів щодо вживання антиретровірусних препаратів, виду вигодовування дитини, що ставить дитину під загрозу інфікування ВІЛ. У контексті конфлікту інтересів матері та дитини розглядаються проблеми обмеження права дитини на ретельний медичний нагляд, лікування і збереження життя. Процес запобігання перинатальному інфікуванню ВІЛ, медичного ведення дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, також можна оцінювати з точки зору дотримання біоетичного принципу — незавдання шкоди дитині. Відмова батьків від профілактичних заходів (наприклад, від штучного вигодовування за наявності сумішей, від первинної профілактики пневмоцистної пневмонії котримоксазолом за наявності препарату), обстеження або лікування — це порушення прав дитини. Згідно з Конвенцією про права дитини, батьки несуть основну відповідальність за забезпечення умов життя, необхідних для фізичного, розумового, духовного, морального і соціального розвитку. Нехтування батьківськими обов'язками та жорстоке поводження з дітьми — одні з найбільш згубних проявів сімейного насильства. У «Заяві про нехтування батьківськими обов'язками та жорстоке поводження з дітьми» (Всесвітня медична асамблея, Марбела, Іспанія, 1992 р.) поняття жорстокого поводження з дітьми включає фізичну, сексуальну або емоційну жорстокість, а нехтування

батьківськими обов'язками — це нездатність батьків або інших людей, що несуть, згідно з законом, відповідальність за дитину, забезпечити задоволення її потреб і адекватний догляд за нею.

У контексті ВІЛ-інфекції переломлюються глобальні біоетичні проблеми планування сім'ї, штучного переривання вагітності, штучного запліднення та ін. Можливість проведення профілактики трансмісії ВІЛ від матері до дитини вимагає кваліфікованого ефективного консультування ВІЛ-інфікованих жінок з проблем репродуктивного вибору. Неприпустимим і дискримінаційним є примушення ВІЛ-інфікованих жінок переривати вагітність.

### МІЖНАРОДНЕ ТА НАЦІОНАЛЬНЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПРОБЛЕМ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Глобальна епідемія ВІЛ-інфекції є чинником, що порушує соціально-економічний розвиток і стабільність, стосується як нації та держави в цілому, так і кожної людини. За даними ООН, 90 % ВІЛ-інфікованих проживають у країнах, що розвиваються, 75 % з них — у країнах Африки, розташованих на південь від Сахари. Проблема ВІЛ-інфекції в цьому регіоні розглядається світовим співтовариством як надзвичайна ситуація, що загрожує розвитку, політичній стабільності, продовольчій безпеці як самих країн, так і усього світу, тому потребують об'єднання зусиль світової спільноти.

Швидкі темпи розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в країнах Східної Європи та Центральної Азії, виникнення якої пов'язане з уживанням ін'єкційних наркотиків, демонструють потенційну можливість поширення епідемії по всьому світу. У той самий час у деяких країнах Західної Європи, у США досягнуто реальний прогрес зі стримування масштабів епідемії за допомогою мобілізації державних і суспільних ресурсів. Тому в Декларації від 27 червня 2001 р. «Про відданість справі боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом», прийнятої спеціальною сесією Генеральної Асамблеї ООН, що була скликана з ініціативи України, на глобальному рівні запропоновано підтримувати більш активні дії і координацію в усіх відповідних організаціях системи ООН, заохочувати більш активну взаємодію і розвиток нових партнерських зв'язків між державними і громадськими організаціями. Декларація також закликала зміцнювати міжнародне і регіональне співробітництво, пов'язане з передачею відповідних технологій.

У травні 1988 р. ВООЗ ухвалила резолюцію «Уникання несправедливості у ставленні до осіб, інфікованих ВІЛ і хворих на СНІД», в якій наголошується, що поважання прав людини є життєво важливим для успіху програм запобігання ВІЛ-інфекції. Ця резолюція закликає уникати несправедливості під час надання різноманітних послуг.

ООН у 1993 р. у м. Себу (Філіппіни) і в 1994 р. у м. Дакарі (Сенегал) провела міжнаціональні консультації з питань етики та прав людини

в контексті епідемії ВІЛ-інфекції. У ході цих консультацій на підставі консенсусу були прийняті документи, що підтверджують прихильність принципу добровільності тестування на ВІЛ та захисту прав ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД людей. Згідно з «Заявою надії» (м. Себу, 1993 р.) та Даккарською декларацією (1994 р.), захист прав людини є важливою частиною ефективною протидії епідемії ВІЛ-інфекції на особистому, національному та глобальному рівнях. Наслідки ВІЛ-інфекції найбільш тяжкі в тих випадках, коли права людини найменше захищені, та, навпаки, захист основних прав людини допомагає знизити уразливість людей до ВІЛ і підтримує їх у боротьбі з наслідками епідемії. Стратегії роботи органів охорони здоров'я і захист прав людини взаємно підсилюють один одного. Їх об'єднання дає максимальний ефект у зниженні передачі ВІЛ і поліпшенні якості життя людей, які живуть з ВІЛ.

На 58-й сесії Комісії ООН з прав людини у квітні 2002 р. була прийнята «Резолюція з прав людини про доступ до терапії в контексті пандемії ВІЛ-інфекції/СНІДу». У «Політичній декларації щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу», яку було прийнято на 60-й сесії Генеральної Асамблеї ООН у червні 2006 р., ще раз наголошується, що профілактика, всебічний догляд і підтримка, у тому числі лікування і доступ до антиретровірусної терапії для ВІЛ-інфікованих, і осіб, залучених до епідемії ВІЛ-інфекції, є невід'ємними елементами ефективних заходів і повинні бути включені в комплексний підхід щодо боротьби з пандемією. На цій та на подальших сесіях Генеральної Асамблеї ООН зазначалося, що триває процес фемінізації епідемії ВІЛ-інфекції, тобто серед ВІЛ-інфікованих осіб неухильно збільшується кількість жінок репродуктивного віку. Це породжує цілу низку проблем, одна з основних — необхідність зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини. Проблема репродуктивних прав для ВІЛ-інфікованих жінок є дуже гострою. Типові порушення прав ВІЛ-інфікованої жінки — це її примушення перервати вагітність, обмеження в інформації та послугах. Як наголошувалося в Пекінській декларації «Гендерне питання: жінки і здоров'я» 1995 р. і Платформі дій, п. 95., «[Репродуктивні права] ґрунтуються на визнанні основного права всіх подружніх пар і окремих осіб вільно приймати відповідальне рішення щодо кількості своїх дітей, інтервалів між їх народженням і часу їх народження і володіти для цього необхідною інформацією та засобами і права на досягнення максимально високого рівня сексуального і репродуктивного здоров'я. Це також включає їх право приймати рішення щодо відтворення потомства без будь-якою дискримінації, примушення і насильства, про що йдеться в документах з прав людини». ВІЛ-інфіковані жінки мають такі самі права, як і не інфіковані ВІЛ.

Глобальна пандемія ВІЛ-інфекції, одним з вогнищ якої є Україна та інші нові незалежні держави, створила багато медичних і соціально-економічних проблем. Вони спричинюють серйозні наслідки і вимагають уживання

спеціальних заходів, спрямованих на захист прав як кожної людини, так і інтересів суспільства в цілому.

Конституція України проголошує в ст. 3, що людина, її життя і здоров'я, недоторканність і безпека визнаються найвищою соціальною цінністю, і гарантує в ст. 21, 22, 24, 49 та інших реалізацію цих прав. Ст. 49 Конституції покладає на державу відповідальність за забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя країни. Україна перша з країн СНД у 1991 р. прийняла закон «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення».

У редакції 2010 р. змінюється назва закону, що з 1991 р. регламентує в Україні питання ВІЛ-інфекції. Він називається «Закон України про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ». Виключення з назви закону скорочення «СНІД» зумовлене тим, що масовий доступ до ВААРТ (починаючи з 2005 р.) дає можливість людям, інфікованим ВІЛ, не мати клінічних проявів тяжкого імунodefіциту. У клінічній практиці поняття «СНІД» також вже не використовують, тому що, згідно з класифікацією ВООЗ 2006 р., у пацієнтів визначають I, II, III або IV клінічну стадію, а також ступінь ВІЛ-асоційованого-імунodefіциту на підставі визначення рівня СБ4-лімфоцитів в 1 мкл крові. Хоча прояви ВІЛ-інфекції, що відносять до IV клінічної стадії та є наслідком тяжкого імунodefіциту, відповідають поняттю «СНІД», такий діагноз не рекомендують говорити пацієнтам і писати в медичній документації. З психологічної точки зору для людей більш прийнятна «IV клінічна стадія ВІЛ-інфекції», ніж «СНІД» — поняття, яке асоціюється зі смертю та «чумою XX сторіччя». При цьому скорочення «СНІД» зберігається як епідеміологічне поняття для визначення осіб у найбільш вираженій стадії ВІЛ-інфекції, а також як соціальне поняття — явище, що створює загрозу особистій, суспільній та державній безпеці. Скорочення «СНІД» досі входить до назв міжнародних та вітчизняних закладів, організацій та програм.

У преамбулі закону підкреслена його відповідність нормам міжнародного права. Цей закон визначає порядок правового регулювання діяльності у сфері профілактики, лікування, догляду і підтримки, необхідних для забезпечення ефективної протидії поширенню хвороби, зумовленої ВІЛ, та відповідні заходи щодо правового і соціального захисту людей, які живуть з ВІЛ. Закон визначає термінологію і вірне тлумачення понять «ВІЛ-інфекція», «СНІД», «ВІЛ-статус» тощо.

Відповідно до закону в редакції 2010 р. держава бере на себе низку зобов'язань, що стосуються обстеження на ВІЛ-інфекцію. Громадяни України можуть здавати аналіз крові на ВІЛ тільки добровільно (за винятком донорів), за бажанням — анонімно і обов'язково безкоштовно. У першій редакції закону до обов'язкового медичного обстеження на ВІЛ-інфекцію,



крім донорів, повинні були залучатися СІН і жінки із секс-бізнесу. Досвід виконання таких положень засвідчив, що тестування на ВІЛ 1 раз на 6 міс СІН, що використовують забруднені шприці, аж ніяк не став методом профілактики інфікування ВІЛ серед цієї уразливої групи. Поняття «секс-бізнес» і «проституція» не знайшли відображення у правових актах України. У новій редакції закону обов'язково проходять обстеження на ВІЛ тільки донори біологічних препаратів (крові, сперми, клітин, тканин органів людини тощо). Усі інші категорії населення, у тому числі ув'язнені, проходять обстеження добровільно, за наявності усвідомленої інформованої згоди особи, отриманої після надання їй попереднього консультування щодо особливостей тестування, його результатів і можливих наслідків. Тестування на ВІЛ з консультуванням проводять з дотриманням умов конфіденційності персональних даних, у тому числі даних про стан здоров'я особи. Тестування на ВІЛ супроводжується обов'язковим консультуванням як до тестування, так і після нього при отриманні результату аналізу; лікар повинен прокоментувати як позитивний, так негативний (а іноді й невизначений) результат медичного обстеження.

Переливання крові (її компонентів), а також використання інших біологічних рідин, клітин, органів з медичною метою допускається тільки після обов'язкового лабораторного дослідження крові донорів на ВІЛ-інфекцію. Однак реалії медичної практики свідчать, що не завжди в екстрених випадках існує можливість планової перевірки біологічного препарату. У таких випадках законом допускається за згодою хворого-реципієнта або його законного представника переливання крові, перевіреної на ВІЛ-інфекцію за допомогою експрес-тесту. Хворий або його законний представник повинні бути попереджені про можливий ризик ВІЛ-інфікування, причому факт переливання такої крові та згода на це обов'язково фіксуються в медичній документації хворого, а зразок крові терміново направляється для відповідного дослідження за допомогою визначення антитіл до ВІЛ стандартними методами. Право проведення медичного обстеження на ВІЛ-інфекцію надано лабораторіям, акредитованим у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Відповідно до закону облік і реєстрація ВІЛ-інфікованих і хворих на ВІЛ-інфекцію громадян, а також медичне спостереження за ними повинні здійснюватися з дотриманням принципів конфіденційності та поважання прав і свобод людини, визначеними законами і міжнародними угодами України. Медична допомога людям з позитивним ВІЛ-статусом надається на загальних засадах. У разі одержання інформації про зараження ВІЛ громадян попереджають про необхідність дотримання профілактичних заходів з метою запобігання поширенню ВІЛ-інфекції і про кримінальну відповідальність за те, що вони свідомо наражають на небезпеку інфікування ВІЛ або в разі зараження іншої особи (осіб). ВІЛ-інфікована особа зобов'язана

письмово засвідчити факт одержання зазначеної інформації та попередження, а також зобов'язана вживати заходів, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції, самостійно повідомити осіб, які мали з ним статевий контакт до виявлення факту інфікування ВІЛ, про можливість їхнього зараження, а також відмовитися від донорства.

Згідно з редакцією закону 2010 р., відомості про результати тестування на ВІЛ, наявність або відсутність в особі ВІЛ-інфекції є конфіденційними та становлять лікарську таємницю. Передача медичним працівником такої інформації дозволяється лише: особі, щодо якої було проведено тестування або законним представникам такої особи; іншим медичним працівникам та закладам охорони здоров'я у зв'язку з лікуванням цієї особи; іншим третім особам — лише за рішенням суду. Розкриття медичним працівником відомостей про позитивний ВІЛ-статус особи партнеру (партнерам) дозволяється, якщо ВІЛ-інфікована людина звернеться до медичного працівника з відповідним письмово підтвердженим проханням або якщо ВІЛ-інфікована особа померла, перебуває в непритомному стані і не відновить свою здатність надавати усвідомлену інформовану згоду.

Усі люди, які живуть з ВІЛ, — громадяни України — користуються всіма правами і свободами, передбаченими Конституцією і законами України. Крім загальних прав і свобод людини, ВІЛ-інфіковані також мають право на: відшкодування шкоди, пов'язаної з обмеженням їхніх прав унаслідок порушення таємниці про їх позитивний ВІЛ-статус; безоплатне забезпечення антиретровірусними препаратами та лікарськими засобами для лікування опортуністичних інфекцій. ВІЛ-інфіковані беруть участь у пов'язаних з ВІЛ-інфекцією наукових дослідженнях, клінічних випробуваннях відповідних медичних засобів і методів, навчальному процесі, фотографуванні, відео- та кінозйомці тільки за їх письмовою згодою.

Законом забороняється дискримінація ВІЛ-інфікованих на підставі їх позитивного ВІЛ-статусу у вигляді звільнення з роботи, відмови в прийнятті на роботу, до освітніх, медичних закладів, закладів соціальної опіки та соціальних служб, а також відмови в наданні медичної допомоги та соціальних послуг.

Батьки ВІЛ-інфікованих дітей і особи, що їх замінюють, мають право на спільне перебування у стаціонарному відділенні лікарні з дітьми віком до 14 років зі звільненням на цей час від роботи та виплатою допомоги за тимчасовою непрацездатністю у зв'язку з доглядом за хворою дитиною та на одержання додаткової щорічної відпустки тривалістю 10 днів у літній чи інший зручний для них час до досягнення дітьми 18-річного віку. ВІЛ-інфікованим дітям призначається щомісячна державна допомога у розмірі, установленому Кабінетом Міністрів України.

Закон передбачає захист медичних працівників, виконання професійних обов'язків яких пов'язане з ризиком інфікування ВІЛ. Органи управління

організацій, персонал яких надає допомогу та послуги ВІЛ-інфікованим або контактує з кров'ю чи біологічними матеріалами людини, зобов'язані забезпечити працівників необхідними засобами індивідуального захисту. Органи управління організацій також зобов'язані створити умови для проведення екстреної післяконтактної профілактики працівникам, які під час виконання зазначених робіт отримали ушкодження шкірного покриву чи слизової оболонки внаслідок контакту із забрудненими кров'ю (біологічною рідиною) інструментами або зазнали безпосереднього відкритого контакту з кров'ю чи біологічними матеріалами людини, та створити умови для проходження такими працівниками за їх бажанням тестування на ВІЛ.

Згідно з законом, працівникам, які надають медичну допомогу ВІЛ-інфікованим, здійснюють лабораторну діагностику ВІЛ-інфекції, проводять наукові дослідження з використанням інфікованого ВІЛ матеріалу, встановлюється доплата до заробітної плати, надається право на пенсію за віком на пільгових умовах та щорічну додаткову відпустку в порядку, встановленому законодавством.

ВІЛ-інфекція, якою заразилася особа під час виконання професійних обов'язків, належить до професійних захворювань. Медичні працівники, які були інфіковані під час виконання професійних обов'язків, мають право на першочергове поліпшення житлових умов у порядку, установленому законодавством України.

Невиконання положень закону ВІЛ-інфікованими і медичними працівниками підлягає карній та адміністративній відповідальності. Ст. 130 Кримінального кодексу України передбачає кримінальне покарання людини за те, що вона свідомо наражає іншу особу на небезпеку зараження ВІЛ, за зараження іншої особи цим вірусом особою, яка знала про те, що вона є носієм цього вірусу. Водночас законом переслідується неналежне виконання медичним, фармацевтичним або іншим працівником своїх професійних обов'язків, що спричинило інфікування одного або кількох осіб ВІЛ (ст. 131 Кримінального кодексу України). Покарання передбачено за розголошення службовою особою лікувального закладу або медичним працівником відомостей про результати дослідження на ВІЛ (ст. 132 Кримінального кодексу України). Крім того, під дію ст. 139 Кримінального кодексу України «Ненадання допомоги хворому медичним працівником» підпадає також ненадання медичним працівником допомоги ВІЛ-інфікованому.

У багатьох країнах — Німеччині, Швейцарії, Чехії, Словаччині, Австрії, Бельгії, Франції, Нідерландах — суди виносили вироки щодо ВІЛ-інфікованих осіб, які інфікували ВІЛ або погрожували заразити вірусом інших людей. Законодавство жодної з цих країн не містить специфічних положень, на підставі яких передбачено покарання за поширення ВІЛ-інфекції. Наприклад, законодавство Австрії, Швейцарії, Чехії, Словаччини містить тільки загальне

положення, на підставі якого передбачено покарання за створення загрози для здоров'я людини шляхом інфікування його заразною хворобою.

Як свідчать більшість справ, довести вину щодо зараження ВІЛ статевим шляхом дуже складно. У більшості випадків неможливо довести, що зараження потерпілого відбулося саме під час статевих зносин саме з тією особою, оскільки джерело зараження могло бути й іншим. Латентний період між інфікуванням ВІЛ і появою в крові антитіл триває 3 міс, а іноді 6 міс; період між зараженням і виникненням клінічних проявів ВІЛ-інфекції може тривати роками. Все це призводить до того, що дуже важко встановити, від якого саме статевого контакту відбулося зараження. От чому суди дуже часто виносять рішення не стільки за фактом дії, скільки за фактом спроби її здійснення.

У суспільстві та юриспруденції значно поширена думка, що нині будь-яка людина свідомо наражається на ризик інфікування ВІЛ, вступаючи в статеві контакти без дотримання захисних контрацептивних заходів. Не можна намагатися захищати всіх і кожного від його власного легкодумства, а то й вільного вибору.

Перша Національна програма боротьби з ВІЛ-інфекцією була затверджена в 1992 р., коли було створено Національний комітет з боротьби із захворюваністю на ВІЛ-інфекцію при Президенті України. Початковим етапом гуманізації законодавства стали прийняті в цьому самому році вправлення до Кримінального кодексу, що скасували кримінальну відповідальність за гомосексуалізм.

Програми профілактики ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків почали здійснюватися в Україні з 1996 р. У 1998 р., після прийняття нової редакції закону «Про попередження захворювання на СНІД і соціальний захист населення» законодавчі норми щодо ВІЛ-інфекції були модифіковані відповідно до норм міжнародного права. У законодавчих актах було наголошено на безумовному дотриманні прав людини. 1 листопада 2000 р. Президент України підписав Указ «Про невідкладні заходи для запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу», відповідно до якого була створена Урядова комісія для оперативного вирішення питань, пов'язаних з проведенням заходів щодо захисту населення від ВІЛ-інфекції. Кабінету Міністрів України було доручено підготувати і затвердити програму профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні на 2001—2003 р. Згідно з наказом МОЗ України за № 120 від 25.05.2000 р., в усіх областях України почали проводити заходи з профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини. Указом Президента України 2002 рік було проголошено в Україні роком боротьби зі СНІДом. Концепції загальнодержавних програм забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД оновлюються кожні 4—5 років. При її розробці враховуються тенденції епідемічного процесу, світові досягнення у профілактиці та лікуванні ВІЛ-інфекції.

## ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ І ТЕМИ ДЛЯ ДИСКУСІЙ

1. Поняття про соціально небезпечні інфекції.
2. Біоетичні дилеми, пов'язані з вакцинацією.
3. Виникнення біоетичних конфліктів у зв'язку з ВІЛ-інфекцією.
4. Поняття про стигматизацію і дискримінацію у контексті ВІЛ-інфекції.
5. Біоетичні конфлікти, що виникають під час тестування на ВІЛ, та надання медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію.
6. Біоетичні проблеми клінічних випробувань та наукових досліджень в контексті ВІЛ-інфекції.
7. Біоетична оцінка заходів профілактики ВІЛ-інфекції.
8. Питання соціальної етики в контексті ВІЛ-інфекції.
9. Міжнародне біоетичне регулювання питань ВІЛ-інфекції. Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».
10. Програми боротьби з ВІЛ-інфекцією в Україні в контексті охорони прав людини.

## ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ПОГЛИБЛЕННЯ ЗНАТЬ

1. *Биомедицинская этика* / Под ред. В.И. Покровского, Ю.М. Лопухина. — М., 2002.
2. *Запорожан В.Н.* Нооэтика в этическом кодексе медицины XXI столетия. — Одесса: Одесск. нац. мед. ун-т, 2011. — 168 с.
3. *Запорожан В.Н., Аряев Н.Л.* ВИЧ-инфекция и СПИД. — К.: Здоров'я, 2003. - 802 с.
4. *Кэмпбел А., Джиллет Г., Джонс Г.* Медицинская этика / Под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - 395 с.
5. *Руководство по медбиоэтике: Учеб. пособие* / Под ред. Ю.М. Лопухина; пер. с англ. Т.В. Бульгина. - М: ГЭОТАР, 2006. - 128 с.
6. *Сгречча Э., Тамбоне В.* Биоэтика. — М.: Библейско-богословский ин-т, 2002.-451с.
7. *Шамов И.А.* Биоэтика. - М.: Медицина, 2002, 2009. - 369 с.
8. *Этические аспекты испытаний биомедицинских средств профилактики ВИЧ.* Руководящий документ ВОЗ / ЮНЭЙДС. - UNAIDS/08.05R / JC1534R(2008).
9. *Яровинский М.Я.* Лекции по курсу «Медицинская этика» (биоэтика) / М.Я. Яровинский. — М.: Медицина, 2004. — 527 с.

**РОЗДІЛ 7****БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ПАЛІАТИВНОЇ  
ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ****БІОЕТИЧНА ОЦІНКА ПАЛІАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ**

Сучасні міжнародні біоетичні документи доповнюють перелік невід'ємних прав і свобод людини «правом на гідну смерть» (death with dignity). У 1999 р. Парламентська асамблея Ради Європи прийняла резолюцію «Про права хворих і вмираючих людей». У резолюції йдеться про обмеженість сучасних технологій продовження життя, необхідність забезпечення для людини, що вмирає, гідних умов в останні дні життя.

За умов неможливості і неефективності активної терапії провідна роль належить *паліативній терапії* (знеболювання, фізична, соціальна і психологічна підтримка). У термінальному періоді життя мають бути збереженими усі права людини: фізичні, особисті, гуманітарні, економічні і політичні. Під паліативною допомогою (від англ. *palliative* — те, що дає тимчасове полегшення, знеболювання) розуміють активну всебічну медико-соціальну допомогу пацієнтам, що страждають на невиліковні захворювання. Паліативна терапія — це лікування, спрямоване на полегшення симптомів захворювання у хворих, в яких не має надії на вилікування. Таке лікування дозволяє зменшити біль, страждання і дискомфорт, підвищити якість життя хворих, а в ряді випадків — домогтися деякого збільшення його тривалості. Необхідність у такій терапії може виникнути при онкологічних захворюваннях, коли хворий визнаний невиліковним, при інших тяжких захворюваннях, у тому числі тяжких прогресуючих захворюваннях ЦНС, легенів, нирок та інших органів, а також при ВІЛ-інфекції.

Одним з важливих компонентів паліативної терапії термінальних хворих є контроль болю. Суттєвою є також корекція різноманітних порушень, які можуть виникнути у хворого: нудоти, блювання, кровотеч, інфекційних ускладнень. Необхідно вирішувати проблеми, пов'язані з організацією догляду за хворим, харчування, пересування. На етапі паліативного лікування багатьом хворим і членам їх родин потрібна психоемоційна підтримка.

Паліативна допомога може надаватися як на дому, так і в спеціалізованих медичних закладах для паліативного догляду — хоспісах. У хоспісі здійснюють заходи не тільки для зменшення болю та інших важких симптомів, а також й для надання необхідного догляду, забезпечення психологічної підтримки, задоволення різних потреб хворого. У наданні паліативної допомоги беруть участь не тільки медики, а й психологи, соціальні працівники, релігійні особи. Традиційно вважалось, що паліативна допомога починається виключно з того моменту, коли стає очевидним, що смерть хворого

неминуча. Зараз прийнято вважати, що паліативна допомога повинна розпочинатися в більш ранні стадії прогресуючого захворювання водночас із спеціальними методами лікування. Паліативну допомогу слід надавати в міру виникнення медико-соціальних і психологічних потреб ще до того, як симптоми стануть неконтрольованими.

Одним з найважливіших напрямків паліативної терапії є боротьба з болем. У розпорядженні медиків зараз є безліч різних засобів, що дозволяють або повністю ліквідувати болісні відчуття в смертельно хворій людині, або значно зменшити їх, зробити стерпними. Однак найчастіше використання таких засобів обмежується побоюванням, що хворий може звикнути до анальгетиків. У зв'язку з цим 42-га Всесвітня медична асамблея прийняла «Декларацію про політику лікування смертельно хворих пацієнтів, що відчують постійний біль» (1990 р., США). У преамбулі цього документа зазначено: «Лікування смертельно хворих пацієнтів, що відчують хронічний біль, повинне проводитися так, щоб вони могли гідно піти з життя. Правильне застосування анальгетиків може полегшити страждання більшості смертельно хворих. Лікар і всі, хто бере участь у лікуванні страждаючого від болю вмираючого пацієнта, зобов'язані адекватно усвідомлювати генез болісних відчуттів хворого, знати клінічну фармакологію анальгетиків, розуміти потреби пацієнта, членів його родини й друзів». Захист від болю — найважливіша умова реалізації права пацієнта на гідне вмирання. Обмеження добової дози наркотичних анальгетиків для застосування в онкологічних хворих в термінальній фазі, що, на жаль, законодавчо існує в Україні, вступає в протиріччя з ідеєю гуманізму. Лікар повинен пам'ятати, що для хворого більш важливим з біоетичної точки зору є якість життя, а не його тривалість. Так, значно погіршує якість життя не тільки обмежене застосування опіоїдних анальгетиків, а й використання їх ін'єкційних форм, у той час як у країнах Заходу вже тривалий час застосовуються пластирі та таблетки для знеболювання. Пацієнт, що страждає від постійного болю, змушений терпіти його не тільки тому, що держава обмежує кратність використання анальгетиків, а й тому, що в звичних умовах функціонування поліклінічних закладів медсестра в змозі відвідати його тільки два рази на день. У «Лісабонській декларації про права пацієнта» (Всесвітня медична асоціація, 1995 р.) зазначено, що пацієнт має право на гуманну паліативну допомогу, щоб він міг гідно померти (Додаток 9).

Паліативна допомога нині здійснюється відповідно до концепції якості життя. Поняття «якість життя» включає два аспекти: медико-соціальний та морально-психологічний. Якщо йдеться про пацієнта, що вмирає, покращення якості життя стосується не тільки проблем клінічного стану та сестринського догляду, але й створення максимально комфортних умов існування особистості в цілому. Навіть у ситуації, коли хворому залишається прожити зовсім небагато часу, за умов позбавлення від болю та можливості

контакту з родиною він може відчувати себе щасливою людиною, наскільки це можливо в його положенні.

У паліативній медицині підтримуючим життя лікуванням вважається таке, що продовжує життя хворого та без якого смерть є неминучою, однак тривале застосування такого лікування тільки посилює його страждання. До такого лікування відносять штучну вентиляцію легенів, екстракорпоральний діаліз за допомогою апарата «штучна нирка», антибіотикотерапію, штучне харчування, гідратацію. Паліативна медична допомога передбачає застосування залежно від ситуації екстраординарних та ординарних засобів медичної допомоги. Експерти ВООЗ визнали недоцільним застосування екстраординарних засобів у випадках, коли пацієнт перебуває в термінальному стані. Це нове поняття гуманного ставлення до вмираючого пацієнта — не застосовувати всі наявні в арсеналі медицини засоби для продовження процесу вмирання людини, який, як правило, супроводжується фізичними та духовними стражданнями. Надання паліативної допомоги не повинно відтягувати смерть людини, що вмирає. Вважається, що вибір між ординарними і екстраординарними заходами медичної допомоги повинен здійснюватися відповідно до принципу пропорційності, відповідно до якого користь від медичного втручання повинна перевищувати ступінь шкоди, що при цьому може бути завдана.

Паліативну допомогу не слід розглядати як щось суттєво відмінне від інших форм надання медичної допомоги населенню. Такі відмінності зробили би її інтеграцію в загальну схему організації медичної допомоги не тільки важкою, але й, не виключно, неможливою. Багато базових аспектів паліативної допомоги беруть початок з лікувальної медицини. Лікарі, що надають паліативну допомогу, завжди повинні поважати права пацієнтів, виконувати свої професійні обов'язки, діяти виключно в інтересах хворого. У свою чергу розвиток паліативної допомоги може справляти позитивний вплив на інші сфери охорони здоров'я, концентруючи увагу, наприклад, на духовних проблемах хворих.

Лікар повинен робити усе, щоб продовжити життя хворого, але хворий має право відмовитися від медичної допомоги. Відмова хворого від медичної допомоги при розумінні всіх наслідків цього і є формою добровільної пасивної евтаназії. У вітчизняній медичній етиці продовжує діяти традиційний принцип надання медичної допомоги: обов'язок лікаря (та інших медичних працівників) полягає у тому, щоб полегшити страждання хворого всіма доступними та дозволеними засобами, без будь-яких умов та прогнозів щодо тривалості життя хворого.

Всесвітня медична асоціація присвятила один із своїх документів питанням надання медичної допомоги хворим, що перебувають у термінальному стані. Це Венеціанська декларація про термінальний стан (1982 р.; Додаток 25). У ній зазначено: «Лікар не продовжує страждання хворого, припиняючи,



за його проханням, а якщо хворий непритомний — за проханням родичів, лікування, яке здатне лише відстрочити неминучий кінець... Лікар повинен утримуватися від застосування екстраординарних засобів терапії, які, на його думку, не принесуть реальної користі хворому». У 1989 р. Комітет експертів ВООЗ із знеболювання при раку й активної підтримувальної терапії дав системне визначення поняття «паліативне лікування». «Паліативне лікування підтримує у хворого прагнення до життя, розглядає смерть як природний процес; забезпечує зменшення болю та інших симптомів, що турбують хворого; включає психологічну і духовну підтримку хворого; пропонує систему, що підтримує у хворого здатність якомога довше вести активне життя аж до самої смерті; пропонує систему надання допомоги родині хворого під час його хвороби, а також після його смерті». У своєму докладі експерти ВООЗ зазначили також, що «... агресивну підтримку життя за неприйнятну для хворого ціну не слід розглядати як правильну».

Реалізація паліативної допомоги у розвинутих країнах здійснюється переважно через систему хоспісів. Хоспіси вперше були організовані у Великій Британії. Діяльність хоспісів має деякі принципи відмінності від діяльності звичних медичних закладів. Насамперед вони функціонують за принципом вільних «товариств». Американські хоспіси надають допомогу вмираючим хворим переважно на дому. Були навіть розроблені національні стандарти для даного виду медичної допомоги. Комплексна модель паліативної допомоги передбачає консультування хворих та членів їх родин з питань психічного здоров'я, юридичну підтримку, деякі освітні аспекти. В основу паліативної допомоги покладено декілька важливих принципів: 1) ефективне симптоматичне лікування, боротьба з болем; 2) максимальне підвищення якості життя; 3) всебічна реабілітація в умовах хронічного захворювання.

Хоспіс — це медико-соціальна установа, в якій хворим у термінальній стадії захворювання надається не тільки паліативна допомога, але й створюються комфортні соціальні і психологічні умови життя. У хоспісі забезпечується гідне завершення життєвого шляху людини, яке передбачає максимальне задоволення його фізичних, соціальних, психологічних і духовних потреб.

Хоспіси мають надавати допомогу психологічного характеру не тільки хворому, а й членам його родини, які переносять важкий моральний стрес. Цей стрес умовно можна розділити на такі складові: 1) руйнування звичного життя та родинних стосунків; 2) страх смерті; 3) труднощі, що спричинені болем. Для досягнення прийнятної якості життя вмираючого пацієнта важливо покращити його моральне самопочуття. Це може бути досягнуто розширенням можливостей самообслуговування пацієнта, що підвищує його самооцінку й самоповагу. На підтримку заслуговують усі форми та прояви нормальної повсякденної активності — читання, перегляд телевізійних передач, прослуховування радіо, робота з комп'ютером, прийом відвідувачів.

Важливим принципом «філософії» хоспісів є визнання та дотримання права вмираючого пацієнта на останнє бажання.

Під час надання медико-соціальної та психологічної допомоги хворим виходять з того, що в них наявні такі проблеми: фізичні страждання, зумовлені захворюванням; соціальні — пов'язані з втратою роботи, зміною соціальних ролей, виникненням залежності від оточуючих; психологічні — депресія, страх, відчай, невизначеність, почуття провини (перед родичами, оточуючими); екзистенційні — переоцінка життєвих цінностей, сенсу життя. Організація хоспісів і надання якісної паліативної допомоги є альтернативою евтаназії. Проте біоетичне обґрунтування сучасної паліативної медицини є суперечливим і недосконалим.

Робота в хоспісах спричинює в персоналу стресові реакції, що пов'язані з переживаннями неминучої втрати тих, кому віддано чимало фізичних та душевних сил; відчуттям неефективності лікування, можливим залученням до конфліктів, що виникають у ситуації вмирання та смерті. Ці реакції можуть призводити до формування у персоналу синдрому «вигорання». Але моральну підтримку персонал зможе знайти лише у тих колективах, де існує високий ступінь взаємної поваги. Таким чином, хоспісний «рух» реалізує основні біоетичні принципи, що базуються на повазі до автономії пацієнта як особистості, праві кожної людини на гідне життя, у тому числі на гідне її завершення (право на гідну смерть). Належна організація допомоги вмираючому пацієнту може розглядатися як перевірка суспільства на гуманність та духовність, дотримання прав і свобод людини.

Перший хоспіс в Україні був створений у 1996 р. Паліативної допомоги в Україні нині потребують близько 500 000 хворих щороку, а реально її отримують тільки 10 % від цієї кількості. Близько 1,5 млн громадян (хворі та їх родичі) щороку мають вирішувати проблеми, пов'язані з невиліковними захворюваннями або старістю. Окрім змін у нормативному забезпеченні хоспісних установ, лікарям потрібно змінювати й свій менталітет щодо обслуговування пацієнтів з невиліковними захворюваннями. Якщо традиційна медична освіта була орієнтована на діагностику, тобто спрямована на хворобу як таку, то концепція паліативної допомоги орієнтує лікаря на пацієнта. Таким чином, формується нова, орієнтована на пацієнта парадигма охорони здоров'я. Становленню такого мислення сприяють тренінги, що проводяться з персоналом установ паліативної медицини фахівцями, які мають величезний досвід такої роботи. У 2008 р. співробітники Інституту паліативної медицини м. Сан-Дієго (США) провели перший такий тренінг в Україні, по закінченню якого були видані сертифікати державного зразку («Якісна паліативна допомога: базові знання і вміння»). За підтримки Інституту відкритого суспільства було також створено Координаційну раду з питань розвитку паліативної та хоспісної допомоги, Інститут паліативної та хоспісної медицини при МОЗ України, розроблено проект Державної цільової

програми розвитку паліативної і хоспісної допомоги на 2010—2014 рр., був узгоджений Меморандум з Комітетом з контролю за обігом наркотичних речовин щодо можливості більш широкого використання наркотичних анальгетиків у пацієнтів, що страждають від постійного болю. За умов належного функціонування хоспіс має бути не «домом смерті, а домом життя», він повинен бути реальною альтернативою евтаназії як підходу до невиліковно хворих та проявом сучасного гуманістичного світогляду.

Таким чином, етичною нормою проголошено надання медичної допомоги вмираючому хворому відповідно до його інтересів, що означає надання її в розумних межах, не перешкоджаючи природним процесам життя і смерті. Продовження життя хворого за допомогою сучасних реанімаційних заходів визнано не благом для хворого, а шкодою. Якщо медицина не може позбавити людину від смерті і процес вмирання вже розпочався, то не гуманно його затягувати за допомогою сучасних медичних технологій.

### БІОЕТИЧНА ОЦІНКА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Рада Європи в 1984 р. запропонувала документ «Виважена політика у сфері реабілітації інвалідів. Типова програма політики реабілітації інвалідів, рекомендована для органів державної влади», який став основою для прийняття спеціальних законів у різних європейських країнах. Генеральна Асамблея ООН прийняла «Конвенцію про права інвалідів» (Додаток 14). Таким чином, реабілітація визнана дуже важливою сферою медичної та соціальної діяльності, цілком позитивною з етичного погляду.

Терапевтична реабілітація полягає в активізації потенційних резервів інваліда через дослідження і застосування різних підходів: хірургічних, ортопедичних, кінезотерапевтичних, психологічних і фізіотерапевтичних; методів професійної перекваліфікації. Це необхідно для того, щоб суб'єкт, незалежно від ступеня і тривалості захворювання, яке зробило його інвалідом, міг максимально використати свої фізичні, психічні та соціальні можливості. Фахівець з реабілітації повинен не лише встановити точний діагноз з урахуванням ступеня функціональних розладів, але й з'ясувати обсяг заподіяної організму шкоди, її причини та наслідки. У цьому сенсі доцільно розділити шкоду на первинну (ушкодження органів і структур і пов'язані з цим дисфункції), вторинну (затримка розвитку дитини, функціональні та глобальні порушення гомеостазу дорослої людини) та третинну (вади розвитку, синдроми болю та дистрофії після тривалої гіпоактивності). Реабілітація включає в себе діагностичні й профілактичні заходи (насамперед профілактика вторинної та третинної шкоди). Особливо етично значущим є те, що реабілітація займається всією особистістю суб'єкта. Анатомічні ушкодження завжди супроводжуються функціональними розладами, які, безумовно, позначаються на особистому житті людини. Це впливає на прийняття рішення суспільством — прийняти чи «відкинути» цю категорію людей-інвалідів.

Таке рішення може бути сформоване на рівні сім'ї, громадськості та (в деяких країнах) церковної спільноти.

Правильна організація реабілітації вимагає мобілізацію духовних сил обох її учасників — пацієнта та лікаря. Реабілітація висуває деякі вимоги, що стосуються етичних цінностей — вимога співпраці пацієнта, вимога інформованої згоди, а також принцип розумного розподілу ресурсів системи охорони здоров'я з огляду на дедалі більшу кількість інвалідів і економічне навантаження.

У процесі реабілітації у фахівців можуть виникнути багато етичних проблем. Наприклад, як застосовувати принцип автономії до інваліда з порушенням психіки? Утилітаристи вважають, що суб'єктів слід оцінювати не залежно від їх сутності або природи, а за спроможністю відчувати біль і задоволення. Наприклад, заснована на таких принципах антропологія П. Зінгера не може визнати як особу інваліда, ураженого тяжким психічним розладом, або людину з хворобою Альцгеймера. Більш того, утилітаристська школа етиків схильна не визнавати право на реабілітацію за тими хворими, в яких співвідношення «витрати — вигоди» не є позитивним. Аргументи «якості життя», що набувають пріоритетного значення в утилітаристів, часто можуть тлумачитися вкрай селективно. Інший напрямок етичних взаємодій з особами-інвалідами представляють послідовники Г.Т. Енгельгардта. Його теорія контрактуалізму визнає за осіб лише тих, хто здатен укласти «етичний контракт» і сформулювати умови взаємної згоди. Недостатня аргументація цих теорій переконує в необхідності враховувати насамперед те, що властиве кожній людині і визначає її гідність, сутність, природу. Кожен людський індивід повинен оцінюватися за тим, чим він є, а не залежно від того, що він робить або що йому вдається зробити.

Крім поняття концепції реабілітації, біоетичний аналіз вимагає з'ясування ролі самого фахівця з фізичної реабілітації та стосунки «фахівець — пацієнт». Як і для кожного працівника системи охорони здоров'я, тут мають цінність такі етичні вимоги, як професійна компетентність, професійна і моральна відповідальність, прагнення до співпраці. Варто зазначити, що фахівці в галузі реабілітації окрім спеціальної підготовки повинні здобути також психопедagogічні знання (неможливо реабілітувати орган, відновити функцію, не залучивши до цього процесу самого пацієнта). Одним з їх етичних завдань є необхідність повідомити інвалідові про ту шкоду, усунути яку ніколи не вдасться. Таке повідомлення вимагає взаємної довіри та діалогу. Повідомляти правду треба лише підготовленому суб'єкту, після того, як він подолає тимчасову розгубленість. Дуже важливим для пацієнта є залишення «простору для надії».

Однією з важливих вимог у діалозі з інвалідом є вміння вселити довіру, любов до життя, а також позбутися впливу тих суспільних «стандартів», які вшановують лише молодість та здоров'я. Філософія (етика) реабілітації в цьому контексті є антагоністичною до пасивного прийняття інвалідності.

Якщо навіть не вдається повністю реабілітувати тіло, то наділений свідомістю суб'єкт завжди зможе реалізувати свою особистість та відкрити перед нею певні творчі обрії поза межами тіла. Наполегливість хворого, його віра в майбутнє мають вирішальне значення для реабілітаційного відновлення. Тому фахівець з реабілітації насамперед повинен домогтися довірливої співпраці з інвалідом. Чим важчою є інвалідність, яку треба подолати, тим більшої співучасті вимагає реабілітація від пацієнта. Фахівець має розбудити в суб'єкті волю до життя, до реалізації та автономії цінностей, дуже важливих для успіху програми реабілітації та для того, щоб компенсувати фізичну неспроможність духовним завзяттям. Цінність життя є вищою за будь-яку неспроможність чи інвалідність.

Для конкретизації відносин між фахівцем з реабілітації та пацієнтом було запропоновано чотири моделі, що спираються на етичні теорії та враховують категорії суб'єктів. Контрактуалістська модель орієнтована на домовленість між пацієнтом і персоналом. Вона передбачає, що інвалід не має порушень психічного розвитку та зацікавлений у реалізації реабілітаційної програми. Патерналістська модель орієнтується на принцип «роби добро» та на кваліфікацію фахівця з реабілітації. Її використання виправдано в ситуації нагальної необхідності та обмеженого знання пацієнта. Іноді, правда, ця модель може втратити з поля зору мету реабілітації, яка полягає в тому, щоб зробити суб'єкта незалежним. Модель виховання ґрунтується на залученні власних здібностей пацієнта, на які можна опиратися в інтересах співпраці. Ця модель використовується найчастіше. При дотриманні моделі автономії йдеться про те, щоб домогтися максимального залучення суб'єкта до реабілітації, формування внутрішньої рішучості. Усі ці моделі мають одну кінцеву мету — повернути пацієнтові максимум самоуправління та відповідальності.

Дуже нагальною проблемою етичної природи, яка постає перед фахівцем з реабілітації, є проблема визначення критеріїв залучення інваліда до реабілітації. Такі критерії повинні базуватися на поважанні до принципу рівності, а отже, однакової гідності пацієнтів, кожен з яких має однаково цінність як особа. Жодна система охорони здоров'я не може бути визнана справедливою, якщо вона допускає до реабілітації лише за принципом платоспроможності. У «Конвенції про права інвалідів» (ООН, 2006 р.; Додаток 14) зазначено, що інвалід має право на власну гідність, хоч би якими були походження, природа, важкість його розладів і вад; він має ті самі права, що і його співгромадяни-однолітки, а це означає для нього принципову можливість утішатися гідним життям, яке він може розвивати до максимуму своїх можливостей. Першим критерієм, який треба враховувати, залучаючи інваліда до програми реабілітації, є критерій, що ґрунтується на необхідності, ефективності та продуктивності втручання. Після критерію нагальної необхідності за однакової потреби та передбачуваної ефективності слід враховувати критерій позиції у списку (час попереднього запису).

У низці етичних проблем, що постають перед спеціалістом з реабілітації, однією з найважливіших є проблема отримання інформованої згоди та здатність пацієнта ухвалювати незалежні рішення. У реабілітації згода та співпраця пацієнта є вирішальним елементом успіху терапевтичних заходів. Згода в реабілітації може розглядатися не як подія, як у загальній медичній практиці, а як процес, тобто безперервне спілкування та співпраця. Такої згоди може потребувати кожен крок реабілітації. Необхідно, щоб мета фахівця стала метою пацієнта. Фундаментальним етапом отримання згоди є інформація про діагноз і прогноз. Лише надавши таку інформацію, можна переходити до виконання поставлених завдань та вибору методик. Іноді пацієнт може не поділяти цілі лікаря та відмовлятися від співпраці. У такому випадку ліпше поставити перед собою та пацієнтом якусь часткову мету, але таку, щоб її поділяв пацієнт. Реабілітаційний процес може вважатися завершеним, коли досягнуто поставленої мети та рівня максимально можливого функціонального та психічного відновлення.

Реабілітація є суспільним обов'язком і потребує громадських зусиль. Перша спільнота, яка приймає інваліда — це його родина. Інвалідність, навіть тимчасова, стає для родини випробуванням на міцність. Важливо, що перебування поруч з інвалідом може сприяти духовному розвитку як членів родини, так і добровільних помічників. Етичність соціальної інтеграції інваліда визнається авторитетними міжнародними документами. Першим етапом цієї інтеграції, актуальним для інвалідів-дітей, може розглядатися інтеграція у загальну середню освіту. Засобами, якими досягають даної інтеграції, є медико-психопедагогічні навчальні заклади із спеціальною освітньою програмою та спеціальним персоналом. Але навчання в таких закладах, з іншої точки зору, може призводити до ізоляції молодих людей із психофізичними вадами та обмежувати їх життєвий досвід. Більш того, може бути деформований погляд «нормальних» однолітків на інвалідів, що призведе до неспроможності прийняти у своє середовище іншого. Ці протиріччя можливо подолати відкриттям доступу дітям-інвалідам до загальних учбових закладів.

Щодо дорослих пацієнтів-інвалідів, одним з ефективних методів їх залучення до повноцінного громадського життя є трудова терапія. Мета фахівця з реабілітації у даному контексті — перетворити залишкову рухливість з метою розвитку функціональних механізмів, що компенсують інвалідність, забезпечити незалежність людини у повсякденному житті, а також полегшити користування засобами, які допомагають пристосовуватися до зовнішнього середовища. Трудова терапія може розглядатися як філософія антагоністичного втручання в інвалідність та в її пасивне сприйняття. У кінцевому підсумку пацієнт повинен перетворитися з пасивного «реципієнта» лікування на активний суб'єкт власного вибору, що бере на себе відповідальність за участь у плануванні та реалізації програми реабілітації.

## ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ І ТЕМИ ДЛЯ ДИСКУСІЙ

1. Дайте визначення понять «паліативна допомога» та «паліативна терапія».
2. Які принципи покладено в основу паліативної допомоги?
3. Етичні аспекти використання анальгетиків для зменшення болю у хворих у термінальному стані.
4. Яка роль належить хоспісам у концепції паліативної допомоги?
5. Які етичні принципи покладено в основу роботи хоспісів та їх персоналу?
6. Які проблеми клінічної біоетики пов'язані з реабілітаційною діяльністю?
7. Роль фахівця з реабілітації щодо суспільної інтеграції інваліда.
8. Чого має досягти фахівець з реабілітації у стосунках з пацієнтом-інвалідом?
9. Які етичні принципи застосовують щодо інваліда в процесі надання реабілітаційної допомоги?
10. Моделі стосунків між фахівцем з реабілітації та інвалідом.

## ЛІТЕРАТУРА ДЛЯ ПОГЛИБЛЕННЯ ЗНАТЬ

1. Бичева К.Г., Глоzman Ж.М., Федоров Н.В. Исследования качества жизни родственников, ухаживающих за больным болезнью Паркинсона: проблема и методики оценки эффективности // Вестн. практик, неврологии. - 1997. - № 3. - С. 137-141.
2. Бялик М.А. Хоспис: этический выбор // Медицинское право и этика. — 2002. - № 3 - С. 3-5.
3. Демин Е.В., Чулкова В.А. Возможности улучшения качества жизни онкологических больных // Вопр. онкологии. — 1992. — № 1. — С. 84—89.
4. Литтуга М.Е. Проблемы хосписного движения в России. — СПб, 2002. — [www.hospice.ru/win/conf4-4.html](http://www.hospice.ru/win/conf4-4.html).
5. Лях К.Ф. Хоспис: помощь умирающим в современном обществе // Медицинская сестра. — 2006. — № 6. — С. 15—20.
6. Овчарова Р.В., Великолуг А.Н. Психологический статус онкологических больных и проблемы их реабилитации // Паллиативная медицина и реабилитация. - 1997. - № 1. - С. 26-30.
7. Паллиативное лечение рака: официальный доклад ВОЗ. — Лидс: ВОЗ, 1987. - 28 с.
8. Плавунев Н.Ф., Миллионщикова В.В. Хосписы и паллиативная помощь // Паллиативная медицина и реабилитация. — 1997. — № 3. — С. 5—10.

**КЛЯТВА ГІППОКРАТА**

«Я засвідчую під присягою перед лікарями Аполлоном, Асклепієм, Гігією та Панацією, беручи у свідки всіх богів та богинь, і відповідно до моїх здібностей та мого розуміння даю таку клятву:

- Цінувати нарівні зі своїми батьками того, хто навчив мене лікарської умілості;
- Жити спільно з учителем, а при потребі — ділитися з ним своїми статками;
- Його нащадків вважати своїми братами, а вмільсть, якою вони захочуть оволодіти, передавати їм безкорисливо і без письмової домовленості;
- Знаннями, усними повчаннями, правилами, інструментами та всім іншим, що передбачено навчанням, ділитися зі своїми синами, синами мого вчителя та учнями, пов'язаними зобов'язаннями і клятвою, даною за законами лікарської професії, але тільки з ними й ні з ким більше;
- Режим своїм хворим приписувати задля їх блага, відповідно до моїх знань і мого розуміння, утримуючись від завдання їм будь-якої шкоди;
- Ніколи не приписувати нікому на його прохання смертельного засобу і не підказувати йому способу здійснення подібного задуму;
- Точно так само не давати жодній жінці песарія для викликання абортів;
- Зберігати непорочність способу свого життя і власної лікарської майстерності;
- Ніколи не робити розтину у хворого навіть із явними ознаками кам'яної хвороби, а залишати виконання цієї операції практикуючому спеціалістові цієї справи;
- До якого дому я б не прийшов — я зайду в нього лише задля блага хворого, будучи далеким від розпусних намірів і спокус, особливо — від любовних утіх із жінками й чоловіками, будь вони вільними чи рабами;
- Про що б я не дізнався під час виконання свої професійних дій або окрім них, що б не побачив і не почув про дії людського життя, які не слід будь-коли розголошувати, я змовчу, вважаючи це таємницею;
- Якщо я непохитно виконуватиму все, що засвідчив під присягою, нехай мені буде дано щастя в житті і в лікарській майстерності і слава у всіх людей на всі часи, але коли я зверну із праведної дороги або оскверню дану клятву, нехай моя доля стане для мене протилежною».



**ЖЕНЕВСЬКА ДЕКЛАРАЦІЯ  
ВСЕСВІТНЬОЇ МЕДИЧНОЇ АСОЦІАЦІЇ  
(Міжнародна клятва лікарів)**

*Прийнята 2-ю Генеральною Асамблеєю Всесвітньої Медичної Асоціації, Женева, Швейцарія, у вересні 1948 року, доповнена 22-ю Всесвітньою Медичною Асамблеєю, Сідней, Австралія, у серпні 1968 року і 35-ю Всесвітньою Медичною Асамблеєю, Венеція, Італія, у жовтні 1983 року*

Вступаючи в медичне співтовариство, я добровільно вирішую присвятити своє життя служінню ідеалам гуманності і клянуся:

- На все життя зберегти подяку і повагу до своїх учителів.
- Виконувати свій професійний обов'язок по совісті і з гідністю.
- Здоров'я мого пацієнта буде моєю щонайпершою винагородою.
- Поважати довірені мені секрети, навіть після смерті мого пацієнта.
- Робити все, що в моїх силах, для підтримки честі і шляхетних традицій медичного співтовариства.
- Колеги будуть моїми братами і сестрами.
- Не дозволити міркуванням релігійного, національного, расового, партійно-політичного і соціального характеру встати між мною і моїм пацієнтом.
- Я буду виявляти абсолютну повагу до людського життя з моменту її зачаття і ніколи, навіть під загрозою, не використовую своїх медичних знань на шкоду нормам гуманності.
- Я приймаю ці зобов'язання свідомо, вільно і чесно.

**МІЖНАРОДНИЙ КОДЕКС МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ**

*Прийнято 3-ю Генеральною Асамблеєю Всесвітньої Медичної Асоціації, Лондон, Великобританія, жовтень 1949, доповнений 22-ю Всесвітньою Медичною Асамблеєю, Сідней, Австралія, серпень 1968 і 35-ю Всесвітньою Медичною Асамблеєю, Венеція, Італія, жовтень 1983.*

***Загальні обов'язки лікарів***

- *Лікар повинен* завжди підтримувати найвищі професійні стандарти.
- *Лікар повинен* не дозволяти міркуванням власної вигоди впливати на свободу і незалежність професійного рішення, яке слід приймати виключно в інтересах пацієнта.
- *Лікар повинен* ставити в основу своєї діяльності співчуття і повагу до людської гідності пацієнта і повністю відповідати за всі аспекти медичної допомоги, незалежно від власної професійної спеціалізації.
- *Лікар повинен* бути чесним у стосунках із пацієнтами та колегами і боротися з тими зі своїх колег, які виявляють некомпетентність чи помічені в обмані.

***З нормами медичної етики не сумісні***

- а) Самореклама, якщо вона спеціально не дозволена законами країни і етичним кодексом національної медичної асоціації.
- б) Виплата лікарем комісійних за направлення до нього пацієнта або отримання плати чи іншої винагороди з будь-якого джерела за направлення пацієнта у відповідний лікувальний заклад, до певного спеціаліста або призначення певного виду лікування без достатніх медичних підстав.

- *Лікар повинен* поважати права пацієнтів, колег, інших медичних працівників, а також зберігати лікарську таємницю.
- *Лікар повинен* лише в інтересах пацієнта в процесі надання медичної допомоги здійснювати втручання, здатні погіршити його фізичний або психічний стан.
- *Лікар повинен* бути вкрай обережним, надаючи інформацію про відкриття, нові технології і методи лікування через непрофесійні канали.
- *Лікар повинен* стверджувати лише те, що перевірено ним особисто.

***Обов'язки лікаря по відношенню до хворого***

- *Лікар повинен* постійно пам'ятати про свій обов'язок збереження людського життя.

- Лікар повинен звернутися до більш компетентних колег, якщо необхідне пацієнту обстеження чи лікування виходить за рівень його власних професійних можливостей.
- Лікар повинен зберігати лікарську таємницю навіть після смерті свого пацієнта.
- Лікар повинен завжди надавати невідкладну допомогу будь-кому, хто її потребує, за виключенням тих випадків, коли він переконався в бажанні та можливостях інших осіб зробити все необхідне.

**Обов'язки лікарів по відношенню один до одного**

- Лікар повинен поводитися по відношенню до своїх колег так само, як хотів би, щоб вони ставилися до нього.
- Лікар повинен не переманювати пацієнтів у своїх колег.
- Лікар повинен дотримуватися принципів «Женевської Декларації», схваленої Всесвітньою Медичною Асоціацією.

**ПОЛОЖЕННЯ ПРО МЕДИЧНУ ЕТИКУ В УМОВАХ ЛИХА**

*Прийнято 46-ю Генеральною асамблеєю ВМА,  
Стокгольм, Швеція, вересень 1994 р.*

1. **ВИЗНАЧЕННЯ ЛИХА** для цілей даного документа зосереджується, головним чином, на медичних аспектах.

Лихом є несподіване виникнення згубних подій, звичайно неочікуваного та інтенсивного характеру, що призводять до суттєвого матеріального збитку, значного переміщення людей та/або великого числа постраждалих і/або значної дезінтеграції у суспільстві або до комбінації наведеного вище. Це визначення в такому формулюванні не включає ситуації, що виникають у разі міжнародних або внутрішніх конфліктів і воєн, які породжують інші проблеми, у доповнення до проблем, розглянутих у цьому Положенні. З медичної точки зору тяжкі ситуації характеризуються гострою і непередбаченою невідповідністю між можливостями та ресурсами медицини і вимогами потерпілих або людей, чиє здоров'я знаходиться під загрозою, протягом даного періоду часу.

2. **ЛИХА** — будь-то стихійні (наприклад, землетрус), технологічні (наприклад, аварії атомного або хімічного характеру) або випадкові (наприклад, аварія потягу), характеризуються кількома рисами, які спричинюють специфічні проблеми:

а) їхнє раптове виникнення, що вимагає швидких дій;

б) неадекватність медичних ресурсів, пристосованих до нормальних умов: велика кількість постраждалих означає, що доступні ресурси повинні використовуватися найбільш ефективно з тим, щоб врятувати якомога більше життів;

в) матеріальні або природні руйнування, які роблять доступ до потерпілих важким і/або небезпечним;

г) несприятливий вплив на ситуацію зі здоров'ям через забруднення і небезпеку епідемій.

Таким чином, лиха вимагають багатосторонніх дій у відповідь, що включають багато різних видів допомоги, від транспортування та постачання харчування до медичної допомоги, здійснюваних за умов ретельного забезпечення безпеки (поліція, служба пожежної безпеки, армія тощо). Ці дії вимагають ефективного та централізованого керування для координації суспільних соціальних і особистих зусиль. Рятувальники й лікарі стикаються з незвичною ситуацією, в якій їхня особиста етика повинна певним чином поєднуватися з етичними вимогами, що висуваються суспільством у такій емоційно напруженій обстановці.

Правила медичної етики, визначені та засвоєні раніше, повинні доповнювати особисту етику лікарів.

Неадекватні та/або зруйновані медичні ресурси, з одного боку, і велика кількість людей, поранених за короткий час, з іншого боку, представляють особливу етичну проблему.

Забезпечення медичної допомоги в таких умовах пов'язані з технічними і організаційними проблемами додатково до етичних проблем. Тому ВМА рекомендує такі етичні настанови для лікаря в ситуаціях лих.

### 3. СОРТУВАННЯ

3.1. Сортування є першою етичною проблемою, що впливає з обмеження негайно доступних лікувальних ресурсів і великого числа постраждалих з різним станом здоров'я. Сортування — це медична діяльність переважно з лікування і надання допомоги, що заснована на діагностуванні та прогнозуванні. Виживання пацієнта залежить від сортування. Воно має проводитися швидко з урахуванням медичних потреб, можливостей для медичного втручання та наявних ресурсів. Життєво важливі дії з реанімації слід проводити одночасно з сортуванням.

3.2. Сортування повинно бути довірено уповноваженому досвідченому лікарю, якому допомагає кваліфікований персонал.

3.3. Лікар повинен сортувати поранених у такому порядку:

а) постраждалі, які можуть бути врятовані, але чиї життя знаходяться в безпосередній небезпеці, що вимагають надання допомоги відразу або в переважному порядку протягом найближчих кількох годин;

б) постраждалі, чиї життя не знаходяться в безпосередній небезпеці, і які потребують термінової, але не невідкладної медичної допомоги;

в) поранені, що потребують лише незначної допомоги, яку можна надати пізніше або яку може надати допоміжний персонал;

г) психологічно травмовані, що потребують заспокоєння, яким не може бути надано допомогу індивідуально, але яким може знадобитися заспокійливе або спокій у гострій стадії;

д) потерпілі, чий стан не може бути полегшений доступними терапевтичними ресурсами, постраждали, що отримали вкрай важкі поранення, наприклад опромінення або опіки, такою мірою і в такому ступені, що їхнє життя не може бути врятоване за даних обставин часу і місця, або складні хірургічні випадки, що вимагають особливо тонкої операції, яка займає дуже багато часу, і змушують, таким чином, лікаря вибирати між ними та іншими пацієнтами. З цих причин всі такі потерпілі можуть бути класифіковані як випадки «поза невідкладної допомоги». Рішення «не брати пораненого» до уваги при розподілі пріоритетів, продиктоване ситуацією лиха, не може розглядатися як «ненадання допомоги людині, що перебуває в смертельній небезпеці». Це виправдано, якщо це спрямовано на порятунок максимальної кількості постраждалих;

е) оскільки випадки можуть еволюціонувати і переходити таким чином в іншу категорію, важливо, щоб ситуація регулярно переглядалася уповноваженими в порядку сортування.

3.4. а) З етичної точки зору проблема сортування і ставлення до постраждалих «поза невідкладної допомоги» полягає в застосуванні негайно доступних засобів у виняткових обставинах, не підвладних контролю людини. Неетичним для лікаря є наполягати на підтриманні життя безнадійно хворого пацієнта будь-якою ціною, витрачаючи таким чином без користі дефіцитні ресурси, необхідні десь в іншому місці. Проте лікар повинен проявляти співчуття і повагу до гідності особистого життя своїх пацієнтів, наприклад відокремивши їх від інших і призначивши відповідні болезаспокійливі і заспокійливі засоби.

б) Лікар повинен діяти відповідно до свого сумління з урахуванням доступних засобів. Він повинен спробувати встановити такий порядок пріоритетів лікування, який врятував би максимальне число важких хворих, що мають шанс на одужання, і звів би до мінімуму захворюваність, враховуючи в той самий час обмеження, що накладаються обставинами.

Особливу увагу лікар повинен звернути на те, що у дітей можуть бути специфічні вимоги.

#### *4. СТОСУНКИ З ПОСТРАЖДАЛИМИ*

4.1. Постраждалим надають допомогу типу першої та невідкладної медичної допомоги. У разі лиха лікар повинен надавати медичну допомогу кожному постраждалому без будь-якого відбору, не чекаючи прохання про допомогу.

4.2. Під час відбору пацієнтів, які можуть бути врятовані, лікар повинен керуватися тільки станом пацієнта і має виключити будь-які інші міркування, засновані на немедичних критеріях.

4.3. Стосунки з постраждалими визначаються наданням першої медичної допомоги і необхідністю захисту вищих інтересів пацієнтів, за можливості, шляхом отримання їхньої згоди в критичних умовах. Проте лікар повинен брати до уваги культурні особливості населення і діяти відповідно до вимог ситуації. Він

повинен керуватися концепцією оптимальної допомоги, яка включає як технічну допомогу, так і емоційну підтримку, спрямовані на порятунок максимального числа життів і зведення до абсолютного мінімуму захворюваності.

4.4. Стосунки з постраждалими також включають аспекти, пов'язані із співпереживанням втрати життя, які поряд з технічними медичними діями служать визнанням і підтримкою в психологічних переживаннях постраждалих. Ці аспекти включають повагу гідності і моралі постраждалих і їхніх сімей, а також надання допомоги вцілілим.

4.5. Лікар повинен поважати звичаї, обряди та вірування постраждалих і діяти з усією неупередженістю.

4.6. За можливості, постраждалі повинні реєструватися для подальших медичних заходів.

#### *5. СТОСУНКИ З ТРЕТІМИ ОСОБАМИ*

Лікар має зобов'язання перед кожним пацієнтом проявляти розсудливість і забезпечувати конфіденційність під час контактів із засобами масової інформації та іншими третіми особами, виявляти обережність і об'єктивність, діяти з гідністю в тому, що стосується емоційної та політичної атмосфери, оточуючої ситуації лиха.

#### *6. ОБОВ'ЯЗКИ ДОПОМІЖНОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ*

Етичні принципи, застосовані до лікарів, стосуються також персоналу, що перебуває під керівництвом лікаря.

#### *7. НАВЧАННЯ*

Всесвітня медична асоціація рекомендує, щоб навчання медицині лих було включено до навчальних програм університетів та курси медичної післядипломної освіти.

#### *8. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ*

Всесвітня медична асоціація закликає держави-учасниці і страхові компанії запровадити процедури зменшеної відповідальності чи відповідальності без неправильного виконання обов'язків, яка компенсувала б як громадські витрати, так і будь-яку особисту шкоду, яка може бути заподіяна лікарям, що працюють у надзвичайних ситуаціях або ситуаціях лиха.

#### *Всесвітня медична асоціація пропонує урядам:*

а) сприяти і підтримувати іноземних лікарів і приймати їх діяльність, їх приїзд і матеріальну допомогу (наприклад, Червоний Хрест, Червоний Напівмісяць) без дискримінації за расовими, релігійними та іншими ознаками;

б) віддавати перевагу наданню медичної допомоги, а не візітам високопосадових осіб.

**ЗАГАЛЬНА ДЕКЛАРАЦІЯ ПРАВ ЛЮДИНИ**

*Генеральна Асамблея ООН 10 грудня 1948 року прийняла і проголосила Загальну декларацію прав людини (Док. ООН/PES/217 А)*

**ПРЕАМБУЛА**

Беручи до уваги, що визнання гідності, що властиве всім членам людської сім'ї, і рівних та невід'ємних їх прав є основою свободи, справедливості та загального миру; і

- беручи до уваги, що зневажання і нехтування правами людини призвели до варварських актів, які обурюють совість людства, і що створення такого світу, в якому люди будуть мати свободу слова і переконань і будуть вільні від страху і нужди, проголошено як високе прагнення людей; і
- беручи до уваги, що необхідно, щоб права людини охоронялися силою закону з метою забезпечення того, щоб людина не була змушена вдаватися як до останнього засобу до повстання проти тиранії і гноблення; і
- беручи до уваги, що необхідно сприяти розвиткові дружніх стосунків між народами; і
- беручи до уваги, що наради Організації Об'єднаних Націй підтвердили в Статуті свою віру в основні права людини, в гідність і цінність людської особи і в рівноправність чоловіків і жінок і вирішили сприяти соціальному прогресові і поліпшенню умов життя при більшій свободі; і
- беручи до уваги, що держави-члени зобов'язались сприяти у співробітництві з Організацією Об'єднаних Націй загальній повазі і додержанню прав людини і основних свобод; і
- беручи до уваги, що загальне розуміння характеру цих прав і свобод має величезне значення для повного виконання цього зобов'язання,

***Генеральна Асамблея проголошує цю***

*Загальну декларацію прав людини як завдання, до виконання якого повинні прагнути всі народи і всі держави з тим, щоб кожна людина і кожний орган суспільства, завжди маючи на увазі цю Декларацію, прагнули шляхом освіти сприяти поважанню цих прав і свобод і забезпеченню шляхом національних і міжнародних прогресивних заходів загального і ефективного визнання і здійснення їх як серед народів держав — членів Організації, так і серед народів територій, що перебувають під їх юрисдикцією.*

**СТАТТЯ 1**

Усі люди народжуються вільними і рівними у своїй гідності та правах. Вони наділені розумом і совістю і повинні діяти по відношенню один до одного в дусі братерства.

#### СТАТТЯ 2

Кожна людина повинна мати всі права і всі свободи, проголошені цією Декларацією, незалежно від раси, кольору шкіри, статі, мови, релігії, політичних або інших переконань, національного чи соціального походження, майнового, станового або іншого становища.

Крім того, не слід проводити ніякого розрізнення на основі політичного, правового або міжнародного статусу країни або території, до якої людина належить, незалежно від того, чи є ця територія незалежною, підопічною, несамоврядованою або як-небудь інакше обмеженою у своєму суверенітеті.

#### СТАТТЯ 3

Кожна людина має право на життя, на свободу і на особисту недоторканність.

#### СТАТТЯ 4

Ніхто не повинен бути в рабстві або у підневільному стані; рабство і работоргівля забороняються в усіх їх видах.

#### СТАТТЯ 5

Ніхто не повинен зазнавати тортур або жорстокого, нелюдського, або такого, що принижує його гідність, поводження і покарання.

#### СТАТТЯ 6

Кожна людина, де б вона не перебувала, має право на визнання її правосуб'єктності.

#### СТАТТЯ 7

Усі люди рівні перед законом і мають право без будь-якої різниці на рівний їх захист законом. Усі люди мають право на рівний захист від якої б то не було дискримінації, що порушує цю Декларацію, і від якого б то не було підбурювання до такої дискримінації.

#### СТАТТЯ 8

Кожна людина має право на ефективне поновлення у правах компетентними національними судами в разі порушення її основних прав, наданих їй Конституцією або законом.

#### СТАТТЯ 9

Ніхто не може зазнавати безпідставного арешту, затримання або вигнання.

#### СТАТТЯ 10

Кожна людина, для визначення її прав і обов'язків, для встановлення обґрунтованості пред'явленого їй кримінального обвинувачення



має право на основі повної рівності на те, щоб її справа була розглянута прилюдно і з додержанням усіх вимог справедливості незалежним і безстороннім судом.

#### СТАТТЯ 11

1. Кожна людина, обвинувачена у вчиненні злочину, має право вважатися невинною доти, поки її винуватість не буде встановлена в законному порядку шляхом прилюдного судового розгляду, при якому їй забезпечують усі можливості для захисту.

2. Ніхто не може бути засуджений за злочин на підставі вчинення будь-якого діяння або за бездіяльність, які під час їх вчинення не становили злочину за національними законами або за міжнародним правом. Не можна також накладати покарання тяжче від того, яке могло бути застосоване на час вчинення злочину.

#### СТАТТЯ 12

Ніхто не може зазнавати безпідставного втручання в його особисте і сімейне життя, безпідставного посягання на недоторканність його житла, тайну його кореспонденції або на його честь і репутацію. Кожна людина має право на захист закону від такого втручання або таких посягань.

#### СТАТТЯ 13

1. Кожна людина має право вільно пересуватися і обирати собі місце проживання у межах кожної держави.

2. Кожна людина має право покинути будь-яку країну, включаючи й свою власну, і повертатися у свою країну.

#### СТАТТЯ 14

Кожна людина має право шукати притулку від переслідувань в інших країнах і користуватися цим притулком.

Це право не може бути використане в разі переслідування, яке в дійсності ґрунтується на вчиненні неполітичного злочину, або діяння, що суперечить цілям і принципам Організації Об'єднаних Націй.

#### СТАТТЯ 15

1. Кожна людина має право на громадянство.

2. Ніхто не може бути безпідставно позбавлений громадянства або права змінити своє громадянство.

#### СТАТТЯ 16

1. Чоловіки і жінки, які досягли повноліття, мають право без будь-яких обмежень за ознакою раси, національності або релігії одружуватися і

створювати сім'ю. Вони користуються однаковими правами щодо одруження під час шлюбу та під час його розірвання.

2. Шлюб може укладатися тільки при вільній і повній згоді сторін, що одружуються.

3. Сім'я є природним і основним осередком суспільства і має право на захист з боку суспільства та держави.

#### СТАТТЯ 17

1. Кожна людина має право володіти майном як одноособово, так і разом з іншими.

2. Ніхто не може бути безпідставно позбавлений свого майна.

#### СТАТТЯ 18

Кожна людина має право на свободу думки, совісті і релігії; це право включає свободу змінювати свою релігію або переконання і свободу сповідувати свою релігію або переконання як одноособово, так і разом з іншими, прилюдним або приватним порядком в ученні, богослужінні і виконанні релігійних та ритуальних обрядів.

#### СТАТТЯ 19

Кожна людина має право на свободу переконань і на вільне їх виявлення; це право включає свободу безперешкодно дотримуватися своїх переконань та свободу шукати, одержувати і поширювати інформацію та ідеї будь-якими засобами і незалежно від державних кордонів.

#### СТАТТЯ 20

1. Кожна людина має право на свободу мирних зборів і асоціацій.

2. Ніхто не може бути примушений вступати до будь-якої асоціації.

#### СТАТТЯ 21

1. Кожна людина має право брати участь в управлінні своєю країною безпосередньо або через вільно обраних представників.

2. Кожна людина має право рівного доступу до державної служби в своїй країні.

3. Воля народу повинна бути основою влади уряду; ця воля повинна виявлятися у періодичних і нефальсифікованих виборах, які повинні провадитися при загальному і рівному виборчому праві шляхом таємного голосування або ж через інші рівнозначні форми, що забезпечують свободу голосування.

#### СТАТТЯ 22

Кожна людина як член суспільства має право на соціальне забезпечення і на здійснення необхідних для підтримання її гідності і для вільного

розвитку її особи прав у економічній, соціальній і культурній галузях за допомогою національних зусиль і міжнародного співробітництва та відповідно до структури і ресурсів кожної держави.

#### СТАТТЯ 23

1. Кожна людина має право на працю, на вільний вибір роботи, на справедливі і сприятливі умови праці та на захист від безробіття.

2. Кожна людина без будь-якої дискримінації має право на рівну оплату за рівну працю.

3. Кожний працюючий має право на справедливу і задовільну винагороду, яка забезпечує гідне людині існування, її самої та її сім'ї, і яка в разі необхідності доповнюється іншими засобами соціального забезпечення.

4. Кожна людина має право створювати професійні спілки і входити до професійних спілок для захисту своїх інтересів.

#### СТАТТЯ 24

Кожна людина має право на відпочинок і дозвілля, включаючи право на розумне обмеження робочого дня та на оплачувану періодичну відпустку.

#### СТАТТЯ 25

1. Кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, який є необхідним для підтримання здоров'я і добробуту її самої та її сім'ї, і право на забезпечення в разі безробіття, хвороби, інвалідності, вдовства, старості чи іншого випадку втрати засобів до існування через незалежні від неї обставини.

2. Материнство і дитинство дають право на особливе піклування і допомогу. Усі діти, народжені у шлюбі або поза шлюбом, повинні користуватися однаковим соціальним захистом.

#### СТАТТЯ 26

1. Кожна людина має право на освіту. Освіта повинна бути безплатною, хоча б початкова і загальна. Початкова освіта повинна бути обов'язковою. Технічна і професійна освіта повинна бути загальнодоступною, а вища освіта повинна бути однаково доступною для всіх на основі здібностей кожного.

2. Освіта повинна бути спрямована на повний розвиток людської особи і збільшення поваги до прав людини і основних свобод. Освіта повинна сприяти взаєморозумінню, терпимості і дружбі між усіма народами, расовими або релігійними групами і повинна сприяти діяльності Організації Об'єднаних Націй з підтримання миру.

3. Батьки мають право пріоритету у виборі виду освіти для своїх малолітніх дітей.

#### СТАТТЯ 27

1. Кожна людина має право вільно брати участь у культурному житті суспільства, втішатися мистецтвом, брати участь у науковому прогресі і користуватися його благами.

2. Кожна людина має право на захист її моральних і матеріальних інтересів, що є результатом наукових, літературних або художніх праць, автором яких вона є.

#### СТАТТЯ 28

Кожна людина має право на соціальний і міжнародний порядок, при якому права і свободи, викладені в цій Декларації, можуть бути повністю здійснені.

#### СТАТТЯ 29

1. Кожна людина має обов'язки перед суспільством, у якому тільки й можливий вільний і повний розвиток її особи.

2. При здійсненні своїх прав і свобод кожна людина повинна зазнавати тільки таких обмежень, які встановлені законом виключно з метою забезпечення належного визнання і поваги прав і свобод інших та забезпечення справедливих вимог моралі, громадського порядку і загального добробуту в демократичному суспільстві.

3. Здійснення цих прав і свобод ні в якому разі не повинно суперечити цілям і принципам Організації Об'єднаних Націй.

#### СТАТТЯ 30

Ніщо у цій Декларації не може бути витлумачено як надання будь-якій державі, групі осіб або окремим особам права займатися будь-якою діяльністю або вчиняти дії, спрямовані на знищення прав і свобод, викладених у цій Декларації.

## ТОКІЙСЬКА ДЕКЛАРАЦІЯ

*Прийнята 29-ю Всесвітньою Медичною Асамблеєю, Токіо, Японія, жовтень 1975.*

Рекомендації щодо позиції лікарів стосовно катувань, покарань та інших страждань, а також негуманного або принизливого лікування у зв'язку з арештом або перебуванням у місцях ув'язнення.

### Преамбула

Лікар зобов'язаний служити людству, зберігаючи і відновлюючи фізичне і психічне здоров'я людей, полегшувати страждання пацієнтів, незалежно від їхніх особистих якостей і проявів. Лікар повинен виявляти абсолютну повагу до життя людини, починаючи з моменту її зачаття, і ніколи, навіть під загрозою, не може використовувати свої професійні знання всупереч законам гуманності.

У дійсній «Декларації» катування визначається як дія, вчинена однією людиною або групою осіб за власною ініціативою або за наказом, що полягає в навмисному, систематичному або епізодичному заподіянні фізичного або психічного страждання іншій людині заради одержання інформації, визнання або з іншою метою.

### Декларація

1. Як у мирний, так і у воєнний час лікар не повинен ні санкціонувати, ні залишати без уваги катування і будь-яких інших форм прояву жорстокості, нелюдського ставлення або приниження людського достоїнства, ні, тим більше, брати участь у них, незалежно від характеру злочину підозрюваного, обвинувачуваного або винного, а також спонукань і поведінки потенційної або фактичної жертви.

2. Лікар не може надавати приміщення, інструменти, препарати або свої знання з метою використання їх для катувань та інших форм жорстокого, нелюдського або принизливого ставлення, так само, як і для ослаблення опору жертви.

3. Лікар не повинен бути присутнім ні при якій дії, під час якої застосовуються катування або інші види жорстокого, негуманного і принизливого поводження з людиною або звучать погрози до їх застосування.

4. Лікар повинен бути повністю незалежним у виборі способу лікування особи, що знаходиться в сфері його професійної відповідальності. Найважливіше завдання лікаря полягає в полегшенні страждань собі подібних,

і жодні спонукання особистого, суспільного або політичного характеру не повинні превалювати над цією високою метою.

5. Коли ув'язнений відмовляється від споживання їжі і при цьому здатний, на думку лікаря, підтвердженій, як мінімум, ще одним незалежним лікарем, тверезо і раціонально судити про наслідки свого рішення, лікар не може піддати його насильницькому штучному харчуванню. Лікар зобов'язаний пояснити ув'язненому можливі наслідки відмови від споживання їжі.

6. ВМА буде всіляко заохочувати міжнародне співтовариство, національні медичні асоціації й окремих колег, що підтримують лікарів і їхню сім'ю перед лицем погроз і репресій, пов'язаних з відмовленням схвалити застосування катувань або інших форм жорстокого, негуманного і принизливого ставлення до людини.

*Додаток 6*

**КОНВЕНЦІЯ**  
**про захист прав та гідності людини у зв'язку**  
**з використанням досягнень біології та медицини**  
**(Конвенція про права людини та біомедицину)**  
**(ETS-164)**

*Додатково див.*  
*Додаткові протоколи*  
*від 12 січня 1998 року,*  
*від 24 січня 2002 року,*  
*Статус*  
*станом на 15 вересня 2010 року,*  
*Додатковий Протокол*  
*від 25 січня 2005 року*

**Преамбула**

Держави — члени Ради Європи, інші держави та Європейське співтовариство, які підписали цю Конвенцію,

- беручи до уваги Загальну декларацію прав людини, проголошену Генеральною Асамблеєю Організації Об'єднаних Націй 10 грудня 1948 року,
- беручи до уваги Конвенцію про захист прав і основних свобод людини від 4 листопада 1950 року,
- беручи до уваги Європейську соціальну хартію від 18 жовтня 1961 року,

- беручи до уваги Міжнародний пакт про громадянські та політичні права та Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права від 16 грудня 1966 року,
- беручи до уваги Конвенцію про захист осіб стосовно автоматизованої обробки даних особистого характеру,
- беручи також до уваги Конвенцію про права дитини від 20 листопада 1989 року,
- враховуючи, що метою Ради Європи є досягнення більшого єднання між її членами і що одним із методів, за допомогою якого ця мета має бути досягнута, є дотримання і подальше здійснення прав і основних свобод людини,
- усвідомлюючи прискорений розвиток біології та медицини,
- будучи переконані в необхідності поважати людину одночасно і як окрему особу, і як члена людської спільноти та визнаючи важливість забезпечення його гідності,
- будучи свідомі того, що використання біології та медицини в неординарних цілях може призвести до дій, які поставили б під загрозу людську гідність,
- стверджуючи, що успіхи в області біології та медицини повинні використовуватись на благо теперішнього та майбутніх поколінь,
- підкреслюючи необхідність міжнародного співробітництва з тим, щоб все людство використовувало здобутки біології та медицини,
- визнаючи важливість сприяння публічному обговоренню питань, що виникають у зв'язку з використанням біології та медицини, та відповідей, яких вони вимагають,
- прагнучи нагадати кожному члену суспільства про його права та обов'язки,
- враховуючи роботу Парламентської асамблеї в цій галузі, в тому числі Рекомендацію 1160 (1991) щодо вироблення Конвенції про біоетику,
- сповнені рішучості вжити в області використання біології та медицини заходів, що необхідні для забезпечення людської гідності та основних прав і свобод особи, погодились про таке:

## РОЗДІЛ I ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

### Стаття 1

#### *Предмет і мета*

Сторони цієї Конвенції захищають гідність та самобутність людини і гарантують кожній особі — без дискримінації — дотримання її цілісності та інших прав і основних свобод у зв'язку з використанням біології та медицини.

Кожна сторона вживає в рамках свого внутрішнього законодавства необхідних для запровадження положень цієї Конвенції заходів.

Стаття 2

***Пріоритет людини***

Інтереси та благополуччя окремої людини превалюють над інтересами суспільства або науки.

Стаття 3

***Однакові можливості використання медичної допомоги***

Сторони, враховуючи наявні потреби та ресурси, вживають належних заходів для забезпечення в рамках їхньої юрисдикції рівного для всіх членів суспільства доступу до медичної допомоги належної якості.

Стаття 4

***Професійні стандарти***

Будь-яке медичне втручання, включаючи втручання з метою досліджень, повинно здійснюватись з дотриманням професійних норм і обов'язків та відповідних правил професійної поведінки.

РОЗДІЛ II

ЗГОДА

Стаття 5

***Загальне правило***

Медичне втручання може здійснюватися лише після того, як заінтересована особа, будучи поінформованою, дасть на це свою добровільну згоду.

Така особа отримує заздалегідь належну інформацію про мету і характер втручання, а також про його наслідки та ризик.

Заінтересована особа вільна в будь-який момент відмовитися від своєї згоди.

Стаття 6

***Захист осіб, які неспроможні надати свою згоду***

1. Відповідно до статей 17 та 20 цієї Конвенції медичне втручання по відношенню до особи, яка неспроможна надати свою згоду, може здійснюватися лише безпосередньо в інтересах такої особи.

2. Якщо згідно з законом неповнолітня особа є неспроможною дати свою згоду на медичне втручання, то таке втручання не може здійснюватися без дозволу її представника, органу влади чи особи або закладу, які визначені законом. Думка неповнолітньої особи враховується як



визначальний чинник, значущість якого збільшується залежно від віку та зрілості цієї особи.

3. Проведення медичного втручання по відношенню до повнолітньої особи, яку згідно з законом було визнано недієздатною або неспроможною дати свою згоду за станом здоров'я, не може здійснюватись без дозволу її представника, органу влади чи особи або закладу, які визначені законом.

Заінтересована особа залучається у міру можливості до процедури отримання дозволу.

4. Представник, орган влади, особа чи заклад, про які йшлося у наведених вище пунктах 2 та 3, отримують інформацію, що передбачена у статті 5, на таких самих умовах.

5. Дозвіл, який був передбачений в наведених вище пунктах 2 та 3, може бути в будь-який момент відкликаний в інтересах заінтересованої особи.

#### Стаття 7

##### ***Захист осіб, що страждають на психічні розлади***

Особа, яка страждає серйозними психічними розладами, може бути піддана без її згоди медичному втручання, яке спрямоване на лікування такого розладу, лише в тому випадку, якщо відсутність такого лікування може нанести серйозну шкоду її здоров'ю, і за умови дотримання передбачених законом умов захисту, включаючи процедури нагляду, контролю, та подання апеляцій.

#### Стаття 8

##### ***Надзвичайна ситуація***

Якщо через надзвичайну ситуацію відповідна згода не може бути отримана, негайно може здійснюватись будь-яке втручання, яке є необхідним з медичної точки зору для покращання стану здоров'я заінтересованої особи.

#### Стаття 9

##### ***Висловлені попередні побажання***

У разі, якщо на момент медичного втручання пацієнт не в змозі висловити свою волю, враховуються висловлені ним раніше побажання щодо медичного втручання.

### РОЗДІЛ ІІ

### ПРИВАТНЕ ЖИТТЯ ТА ПРАВО НА ІНФОРМАЦІЮ

#### Стаття 10

##### ***Приватне життя та право на інформацію***

1. Кожна особа має право на повагу до її особистого життя, коли йдеться про інформацію щодо здоров'я цієї особи.

2. Кожна особа має право ознайомитись із будь-якою зібраною інформацією про її здоров'я. Одночасно слід поважати також волю особи не отримувати таку інформацію.

3. В інтересах пацієнта закон у виняткових випадках може встановлювати обмеження у здійсненні викладених у пункті 2 прав.

## РОЗДІЛ IV ГЕНОМ ЛЮДИНИ

### Стаття 11

#### ***Заборона дискримінації***

Будь-яка форма дискримінації по відношенню особи за ознакою її генетичної спадковості забороняється.

### Стаття 12

#### ***Прогностичне генетичне тестування***

Прогностичні тести на наявність генетичного захворювання або на наявність генетичної схильності до того чи іншого захворювання можуть проводитись лише в медичних цілях або для наукових медичних досліджень і за умови відповідної консультації спеціаліста-генетика.

### Стаття 13

#### ***Втручання в геном людини***

Втручання з метою модифікацій геному людини може здійснюватись лише в профілактичних, діагностичних або терапевтичних цілях і лише за умови, що воно не спрямоване на зміну геному нащадків.

### Стаття 14

#### ***Заборона вибору статі***

Неприпустимим є використання допоміжних медичних технологій для вибору статі дитини, яка має народитись, за винятком випадків, коли це робиться задля уникнення серйозних спадкових захворювань, що пов'язані зі статтю.

## РОЗДІЛ V НАУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ

### Стаття 15

#### ***Загальне правило***

Наукові дослідження в області біології та медицини вільно здійснюються за умови дотримання положень цієї Конвенції та інших правових положень, які гарантують захист людини.

## Стаття 16

***Захист осіб, над якими проводять дослідни***

Досліди на особах проводять лише за умови дотримання таких умов:

I) не існує альтернативних настільки ж ефективних методів дослідження людей;

II) ризик, якому піддається особа, відповідає розміру потенційної вигоди від дослідження;

III) проект дослідження був затверджений компетентним органом після проведення незалежної експертизи щодо наукової обґрунтованості проведення цього дослідження, при цьому враховується також оцінка значущості цілі дослідження та багатосторонній розгляд його прийнятності з етичної точки зору;

IV) особа, над якою проводять дослідни, є поінформованою про свої права та гарантії, які законодавчо передбачені для її захисту;

V) згоду, про яку йшлося у статті 5, було подано з ініціативи самої особи, у чіткому вигляді і оформлено в письмовому вигляді. Така згода може бути вільно відкликана в будь-який час.

## Стаття 17

***Захист осіб, які неспроможні дати свою згоду на участь у дослідженнях***

1. Досліди на особах, які неспроможні дати на це свою згоду відповідно до статті 5, можуть здійснюватись лише при дотриманні всіх наведених нижче умов:

I) виконані умови, що викладені в підпунктах I — IV статті 16;

II) очікувані результати досліджень передбачають реальний безпосередній позитивний вплив на здоров'я цієї особи;

III) відповідної ефективності неможливо досягти при проведенні дослідження над особами, які можуть дати свою згоду;

IV) було отримано у письмовому вигляді окремий дозвіл, який передбачений статтею 6;

V) заінтересована особа не заперечує проти цього.

2. У виняткових випадках та у відповідності до вимог, що передбачені у законі, дозволяється проведення досліджень, очікувані результати яких не спрямовані на безпосереднє покращання здоров'я особи, якщо виконані умови, що викладені в підпунктах I, III, IV та V наведеного вище пункту 1, і при цьому дотримані такі додаткові умови:

I) дослідження має за мету — шляхом значного поглиблення наукових знань про стан здоров'я особи, її захворювання або розлад — отримати результати, що дозволять покращити стан здоров'я заінтересованої особи або інших осіб цієї самої вікової категорії чи таких, що мають аналогічну хворобу або розлад або ж які відзначаються подібними характеристиками;

II) дослідження представляє для заінтересованої особи мінімальний ризик та мінімальні незручності.

Стаття 18

*Дослідження на ембріонах in vitro*

1. Якщо закон дозволяє проводити дослідження на ембріонах *in vitro*, він також передбачає відповідний захист ембріона.
2. Створення ембріонів людини для дослідницьких цілей забороняється.

РОЗДІЛ VI  
ВИЛУЧЕННЯ ОРГАНІВ І ТКАНИН У ЖИВИХ ДОНОРІВ  
З МЕТОЮ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ

Стаття 19

*Загальне правило*

1. Вилучення у живого донора органів і тканин для їх подальшої трансплантації може здійснюватись лише з метою лікування реципієнта та за умови відсутності відповідного органа чи тканини померлої особи, а також за відсутності альтернативних методів лікування, що дають подібний результат.
2. Згода, про яку йшлося у статті 5, подається з ініціативи самої особи у чіткому вигляді. Така згода подається або у письмовому вигляді, або до відповідної офіційної інстанції.

Стаття 20

*Захист осіб, які неспроможні дати згоду на вилучення органа*

1. Не можна вилучати органи або тканини у особи, яка неспроможна дати на це передбачену у статті 5 згоду.
2. У виняткових випадках та відповідно до умов захисту, які передбачені законом, вилучення регенеративних тканин у особи, яка неспроможна дати на це згоду, може бути дозволене при виконанні таких умов:
  - I) відсутній сумісний донор, який може дати відповідну згоду;
  - II) реципієнт є братом або сестрою донора;
  - III) трансплантація здійснюється для збереження життя реципієнта;
  - IV) відповідно до закону та за погодженням із уповноваженим органом був наданий окремий дозвіл у письмовому вигляді;
  - V) потенційний донор не заперечує проти цього.

РОЗДІЛ VII  
ЗАБОРОНА НА ОТРИМАННЯ ФІНАНСОВОЇ ВИГОДИ ТА  
ВИКОРИСТАННЯ ОКРЕМИХ ЧАСТИН ЛЮДСЬКОГО ТІЛА

Стаття 21

*Заборона на отримання фінансової вигоди*

Людське тіло та його частини не повинні самі по собі бути джерелом отримання фінансової вигоди.

## Стаття 22

***Використання окремих частин людського тіла***

Якщо якусь частину людського тіла було вилучено в ході медичного втручання, то її можна зберігати і використовувати з іншою метою, ніж та, задля якої її було вилучено, лише за умови дотримання процедур належного інформування та отримання згоди.

**РОЗДІЛ VIII  
ПОРУШЕННЯ ПОЛОЖЕНЬ КОНВЕНЦІЇ**

## Стаття 23

***Порушення прав або принципів***

Сторони забезпечують належний судовий захист з метою запобігти або якнайшвидше припинити незаконне порушення прав та принципів, що визнаються у цій Конвенції.

## Стаття 24

***Відшкодування за безпідставно завдану шкоду***

Особа, якій в результаті медичного втручання було безпідставно завдано шкоди, має право на справедливе відшкодування відповідно до передбачених у законі умов та процедур.

## Стаття 25

***Санкції***

Сторони передбачають застосування відповідних санкцій в разі порушення вміщених в цій Конвенції положень.

**РОЗДІЛ IX  
ЗВ'ЯЗОК ЦІЄЇ КОНВЕНЦІЇ  
З ІНШИМИ ПОЛОЖЕННЯМИ**

## Стаття 26

***Обмеження у здійсненні прав***

1. Жодні обмеження не можуть бути запроваджені щодо здійснення вміщених в цій Конвенції прав та положень про захист, окрім тих, які встановлені законом і є необхідними в демократичному суспільстві в інтересах громадського порядку, з метою запобігання злочинам, для захисту здоров'я населення або захисту прав і свобод інших осіб.

2. Перераховані в попередньому підпункті обмеження не можуть застосовуватись по відношенню до статей 11,13,14, 16,17,19, 20 та 21.

Стаття 27

***Більш широкий захист***

Жодне з положень цієї Конвенції не може бути витлумачено як таке, що обмежує або в інший спосіб не дозволяє Стороні надавати більш широкий захист у зв'язку з використанням біології та медицини, аніж захист, який передбачений цією Конвенцією.

РОЗДІЛ X  
ПУБЛІЧНЕ ОБГОВОРЕННЯ

Стаття 28

***Публічне обговорення***

Сторони цієї Конвенції наглядають за тим, щоб основні питання, які пов'язані з досягненнями в області біології та медицини, були предметом широкого публічного обговорення з урахуванням, зокрема, відповідних медичних, соціальних, економічних, етичних та правових наслідків, і щоб їхнє можливе застосування було предметом відповідних консультацій.

РОЗДІЛ XI  
ТЛУМАЧЕННЯ ТА ВИКОНАННЯ КОНВЕНЦІЇ

Стаття 29

***Тлумачення Конвенції***

Європейський суд з прав людини може, не посилаючись безпосередньо на якусь конкретну справу, що знаходиться в процесі розгляду, виносити консультативні висновки з правових питань, що торкаються тлумачень цієї Конвенції, на прохання:

— Уряду однієї із Сторін після надання інформації про це іншим Сторонам;

— Комітету, заснованому згідно зі статтею 32, у складі Представників Сторін цієї Конвенції, на підставі рішення, яке було прийняте більшістю у дві третини від поданих голосів.

Стаття 30

***Доповіді про застосування Конвенції***

Кожна Сторона надає на прохання Генерального секретаря Ради Європи пояснення щодо того, як її внутрішнє законодавство забезпечує ефективне виконання всіх положень цієї Конвенції.

## РОЗДІЛ XII ПРОТОКОЛИ

### Стаття 31

#### *Протоколи*

Відповідно до положень статті 32 можуть бути підготовлені протоколи, для того щоб розвивати в окремих областях принципи, які вміщені в цій Конвенції. Протоколи є відкритими для підписання учасниками Конвенції. Вони підлягають ратифікації, прийняттю чи затвердженню. Учасник Конвенції не може ратифікувати, прийняти або затвердити протоколи, не ратифікувавши, не прийнявши або не затвердивши попередньо або одночасно Конвенцію.

## РОЗДІЛ XIII ПОПРАВКИ ДО КОНВЕНЦІЇ

### Стаття 32

#### *Поправки до Конвенції*

1. Завдання, що покладені на «Комітет» у цій статті та в статті 29, виконуються Комітетом управління з біоетики (CDBI), або будь-яким іншим комітетом, який Комітет Міністрів визначить для цієї мети.

2. Не порушуючи конкретні положення статті 29, кожна держава — член Ради Європи, а також кожна Сторона цієї Конвенції, яка не є членом Ради Європи, може бути представлена в комітеті, коли комітет виконує завдання, які поставила перед ним ця Конвенція, а також мати один голос в цьому комітеті.

3. Кожна з держав, про яку йде мова в статті 33 або якій запропоновано приєднатись до Конвенції згідно з положеннями статті 34, і яка не є Стороною цієї Конвенції, може призначити спостерігача до комітету. Якщо Європейське співтовариство не є Стороною, воно може призначити спостерігача до комітету.

4. Щоб слідкувати за розвитком науки ця Конвенція стане предметом вивчення в комітеті не пізніше ніж через п'ять років після набуття нею чинності, а в подальшому через проміжки часу, які визначить комітет.

5. Будь-яка пропозиція стосовно поправок до цієї Конвенції, так само як і будь-яка пропозиція стосовно протоколу або поправок до протоколу, що вноситься однією зі Сторін, комітетом чи Комітетом Міністрів повідомляється Генеральному секретарю Ради Європи, який повідомляє про це держави — члени Ради Європи, Європейське співтовариство, кожного учасника, кожную Сторону, кожную державу, якій було запропоновано підписати цю Конвенцію відповідно до положень статті 33, а також кожную державу, якій було запропоновано приєднатись до неї відповідно до положень статті 34.

6. Комітет розглядає пропозицію не раніше ніж через два місяці після її передачі Генеральним секретарем відповідно до пункту 5. Комітет передає текст, який було прийнято більшістю у дві третини від загальної кількості поданих голосів, для ухвали Комітетом Міністрів. Після ухвали цей текст повідомляється Сторонам для його ратифікації, прийняття чи затвердження.

7. Будь-яка поправка набирає чинності по відношенню до Сторін, які її прийняли, в перший день місяця, який настає після закінчення одного місяця від дати, коли п'ять Сторін, в тому числі, як мінімум, чотири держави — члени Ради Європи, повідомлять Генерального секретаря про її прийняття. Стосовно будь-якої Сторони, яка прийме її після цього, поправка набирає чинності в перший день місяця, що настає після закінчення одномісячного періоду від дати, коли ця Сторона повідомить Генерального секретаря про її прийняття.

## РОЗДІЛ XIV ЗАКЛЮЧНІ ПОЛОЖЕННЯ

### Стаття 33

#### *Підписання, ратифікація та набрання чинності*

1. Ця Конвенція відкрита для підписання державами — членами Ради Європи, державами, що не є членами, які брали участь у її виробленні та Європейським співтовариством.

2. Ця Конвенція підлягає ратифікації, прийняттю або схваленню. Ратифікаційні грамоти або документи про прийняття чи схвалення передаються на зберігання Генеральному секретарю Ради Європи.

3. Ця Конвенція набуває чинності в перший день місяця, який настає через три місяці від дня, коли п'ять держав, в тому числі, меншою мірою, чотири держави — члени Ради Європи, висловлять свою згоду про обов'язковість для них цієї Конвенції згідно з положеннями пункту 2 цієї статті.

4. Для будь-якої держави, що підпише Конвенцію і висловить свою згоду про обов'язковість для неї цієї Конвенції, вона набуває чинності в перший день місяця, який настає через три місяці від дня здачі на зберігання її ратифікаційної грамоти або документа про прийняття або схвалення.

### Стаття 34

#### *Держави, які не є членами Ради Європи*

1. Після набуття чинності цією Конвенцією Комітет Міністрів Ради Європи може — після консультацій із сторонами — запросити приєднатися до цієї Конвенції будь-яку державу, яка не є членом Ради Європи, на основі рішення, ухваленого більшістю голосів, що передбачено в статті 20 пункту d Статуту Ради Європи та при одностайній ухвалі представників Договірних держав, які наділені правом брати участь в засіданнях Комітету Міністрів.



## Стаття 35

**Територіальне застосування**

1. Будь-яка держава, що підписала цю Конвенцію, під час підписання або здачі на зберігання своєї ратифікаційної грамоти або документа про прийняття чи затвердження може визначити територію чи території, до яких застосовуватиметься ця Конвенція. Будь-яка інша держава може зробити таку саму заяву при здачі на зберігання свого документа про приєднання.

2. Будь-яка держава може в подальшому в будь-який час заявою на ім'я Генерального секретаря Ради Європи поширити дію цієї Конвенції на будь-яку іншу територію, яка визначена в цій заяві, за міжнародні стосунки якої вона несе відповідальність або від імені якої вона уповноважена приймати зобов'язання. Щодо такої території Конвенція набирає чинності в перший день місяця, що настає після закінчення тримісячного періоду від дати отримання такої заяви Генеральним секретарем.

3. Будь-яка зроблена відповідно до двох попередніх пунктів заява може бути відкликана по відношенню до будь-якої території, визначеної в цій заяві, шляхом перепроведення повідомлення на ім'я Генерального секретаря. Відкликання набирає чинності в перший день місяця, що настає після закінчення тримісячного періоду від дати отримання такого повідомлення Генеральним секретарем.

## Стаття 36

**Застереження**

1. Будь-яка держава та Європейське співтовариство під час підписання або здачі на зберігання своєї ратифікаційної грамоти або свого документа про прийняття, затвердження чи приєднання можуть зробити застереження відносно якогось із положень Конвенції з огляду на те, що той чи інший закон чинний у цей час на її території, не відповідає цьому положенню. Застереження загального характеру згідно з цією статтею не дозволяються.

2. Будь-яке застереження, заявлене згідно з цією статтею, повинно містити короткий виклад відповідного закону.

3. Будь-яка сторона, що поширює дію цієї Конвенції на територію, яка визначається у зробленій згідно зі статтею 35, пунктом 2 заяві, може по відношенню до визначених територій заявити одне або декілька застережень відповідно до положень попередніх пунктів.

4. Будь-яка сторона, що заявила застереження згідно з цією статтею, може відкликати його шляхом перепроведення відповідного повідомлення на ім'я Генерального секретаря Ради Європи. Відкликання набирає чинності в перший день місяця, що настає після закінчення одномісячного періоду від дати отримання такого повідомлення Генеральним секретарем.

Стаття 37

*Денонсація*

1. Будь-яка сторона може в будь-який час денонсувати цю Конвенцію шляхом перепроведення повідомлення на ім'я Генерального секретаря Ради Європи.

2. Така денонсація набирає чинності в перший день місяця, що настає після закінчення тримісячного періоду від дати отримання такого повідомлення Генеральним секретарем.

Стаття 38

*Повідомлення, які робить Генеральний секретар*

Генеральний секретар Ради Європи повідомляє держави — члени Ради, Європейське співтовариство, будь-яку іншу державу, що підписала цю Конвенцію, будь-яку сторону або будь-яку іншу державу, яку було запрошено приєднатися до цієї Конвенції, про:

- a) будь-яке підписання,
- b) здачу на зберігання будь-якої ратифікаційної грамоти або будь-якого документа про прийняття, затвердження чи приєднання,
- c) будь-яку дату набрання чинності цією Конвенцією, відповідно до статей 33 та 34,
- d) будь-які поправки або протокол, які будуть прийняті відповідно до положень статті 32 цієї Конвенції та про дату вступу таких поправок чи протоколу в силу,
- e) будь-яку заяву, яку буде зроблено відповідно до положень статті 35,
- f) будь-яке застереження або будь-яке відкликання застереження,
- g) іншу дію, будь-яке повідомлення або сповіщення, які стосуються цієї Конвенції.

На посвідчення чого нижчепідписані належним чином на те уповноважені представники підписали цю Конвенцію.

Вчинено в Ов'єдо (Австрія) четвертого дня квітня місяця 1997 року англійською та французькою мовами, причому обидва тексти є однаково автентичними, в одному примірнику, який зберігатиметься в архіві Ради Європи. Генеральний секретар Ради Європи надсилає засвідчені копії цієї Конвенції кожній державі — члену Ради Європи, Європейському співтовариству, всім державам, що не є членами Ради Європи, які брали участь у виробленні цієї Конвенції, і всім державам, яким було запропоновано приєднатись до цієї Конвенції.

**ПРИСЯГА ЛІКАРЯ УКРАЇНИ**

*Текст присяги лікаря затверджується Кабінетом Міністрів України, м. Київ, 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ — Стаття 76. Присяга лікаря України Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».*

Дістаючи високе звання лікаря і приступаючи до лікарської діяльності, я урочисто присягаю:

- Усі знання і сили віддати охороні й поліпшенню здоров'я людини, лікуванню і попередженню захворювань, сумлінно працювати там, де цього вимагають інтереси суспільства;
- Бути завжди готовим надати медичну допомогу, уважно і дбайливо ставитися до хворого, зберігати лікарську таємницю;
- Постійно вдосконалювати свої медичні знання і лікарську майстерність, сприяти своєю працею розвитку медичної науки і практики;
- Звертатися, коли цього вимагають інтереси хворого, за порадою до товаришів по професії і самому ніколи не відмовляти їм у пораді та допомозі;
- Берегти і розвивати благородні традиції вітчизняної медицини, в усіх своїх діях керуватися принципами людської моралі, завжди пам'ятати про високе покликання лікаря, про відповідальність перед Народом і Державою.

Способом свого життя підтверджувати поради, які буду давати іншим.  
Вірність цій присязі клянусь пронести через усе своє життя.

**ЕТИЧНИЙ КОДЕКС ЛІКАРЯ УКРАЇНИ**

*Прийнято та підписано на Всеукраїнському з'їзді лікарських організацій та ХЗ'їзді Всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ) в м. Євпаторії 27 вересня 2009 року.*

Виходячи з принципів гуманізму та милосердя, Декларацій Всесвітньої медичної асоціації та законодавства України про права громадян на якісну та доступну охорону здоров'я, декларуючи провідну роль лікарів в системі охорони здоров'я, керуючись Клятвою лікаря України, враховуючи особливий характер взаємовідносин лікаря та пацієнта і необхідність доповнення механізмів правового регулювання цих взаємовідносин нормами медичної етики і деонтології, а також моральну відповідальність лікаря перед медичною спільнотою та суспільством за свою професійну діяльність, Всеукраїнський з'їзд лікарських організацій приймає цей Етичний кодекс лікаря України.

**ВСТУП**

Життя та здоров'я людини — головні, фундаментальні цінності. Діяльність лікаря спрямована на їх збереження від моменту зачаття та вимагає від нього гуманного ставлення до людини, поваги до її особистості, співчуття та співучасті, доброзичливості, благодійності та милосердя, терплячості, взаємодовіри, порядності та справедливості. Лікар повинен пам'ятати, що головний суддя на його професійному шляху — це, насамперед, совість.

Ці моральні засади систематизовані в Етичному кодексі лікаря України (далі — Кодекс) з урахуванням положень Міжнародного кодексу лікарської етики, Гельсінської декларації, Загальної декларації про геном і права людини й Конвенції про захист прав та гідності людини з огляду на застосування досягнень біології та медицини.

Цей Кодекс призначений для застосування у професійній діяльності лікарів і науковців, сфера професійної діяльності яких охоплює пренатальне та постнатальне життя та здоров'я людини, її народження та смерть.

**РОЗДІЛ I  
ДІЯ КОДЕКСУ**

1.1. Положення Кодексу необхідно виконувати лікарям, адміністративному персоналу і науковцям, які мають безпосереднє відношення до лікувально-профілактичної та наукової діяльності у галузі охорони здоров'я.

1.2. Підтримувати і контролювати виконання Кодексу повинні етичні комісії та комітети при закладах охорони здоров'я і наукових установах; медичних та наукових федераціях, асоціаціях, товариствах та інших громадських організаціях у галузі охорони здоров'я, що визнають цей Кодекс.

1.3. Визнання Кодексу колективом лікарів закладу охорони здоров'я, наукової установи, вищого медичного навчального закладу або закладу післядипломної освіти, медичною чи науковою федерацією, асоціацією, товариством або іншою громадською організацією, що діє у галузі охорони здоров'я, підтверджується офіційною заявою до Комісії з питань біоетики при Міністерстві охорони здоров'я України (далі — Комісія з питань біоетики).

У разі порушення Кодексу лікарями медичних, наукових, освітніх закладів, членами федерацій, асоціацій, товариств або інших громадських організацій, що діють у галузі охорони здоров'я та визнають цей Кодекс, до них можуть бути застосовані санкції з боку етичних комісій або комітетів цих закладів і організацій.

Крайньою формою громадського осуду порушення фахових і загальнолюдських морально-етичних принципів є виключення лікаря або науковця з професійної асоціації, членом якої він є.

1.4. У кожному випадку невизнання або порушення Кодексу громадськими організаціями, окремими юридичними та фізичними особами, які діють у сфері охорони здоров'я, відповідна Комісія з питань біоетики зобов'язана досліджувати можливі негативні наслідки для окремих людей і суспільства та вживати заходи з їх профілактики і усунення шляхом клопотання перед відповідними організаціями та органами державної влади про дисциплінарні, адміністративні та юридичні санкції.

1.5. У разі виникнення непередбачених Кодексом ситуацій, невизначених питань і суперечок щодо тлумачення, виконання або порушення положень Кодексу остаточне рішення залишається за Комісією з питань біоетики.

1.6. Комісія з питань біоетики, етичні комісії або комітети закладів охорони здоров'я, наукових установ, вищих навчальних закладів, лікарські об'єднання і асоціації мають право у разі потреби відстоювати і захищати у засобах масової інформації, суспільному житті та в суді честь і гідність лікаря за його згодою, якщо його професійні дії відповідають Етичному кодексу лікаря України.

## РОЗДІЛ 2 ЛІКАР І СУСПІЛЬСТВО

2.1. Головна мета професійної діяльності лікаря (практика і вченого) — збереження та захист життя й здоров'я людини в пренатальний і постнатальний період, профілактика захворювань і відновлення здоров'я, а також зменшення страждань при невиліковних хворобах, при народженні і настанні смерті.

Етичне ставлення до особистості пацієнта не припиняється і після його смерті.

2.2. Лікар виконує свої обов'язки з повагою до життя, гідності і особистості кожного пацієнта на основі морально-етичних принципів суспільства, виходячи з Клятви лікаря України та цього Кодексу.

2.3. Лікар несе повну відповідальність за свої рішення і дії щодо життя та здоров'я пацієнтів. Він зобов'язаний систематично вдосконалювати свій професійний рівень, використовуючи у своїй діяльності найбільш ефективні відомі раніше і новітні досягнення медичної науки в порядку, встановленому законодавством.

2.4. Гуманні цілі, яким служить лікар, дають йому підставу вимагати законного захисту власних морально-етичних позицій і принципів, особистої гідності, матеріального забезпечення, створення належних умов для здійснення фахової діяльності.

2.5. Лікар ні в якому разі не повинен втрачати професійної незалежності. При прийнятті лікарем фахових рішень мотиви матеріальної та особистої вигоди, кар'єри, задоволення власних амбіцій не повинні переважати.

2.6. У державних та комунальних лікувально-профілактичних установах лікар надає пацієнтам медичну допомогу безкоштовно в межах фінансування, виділеного цій установі. Вимагання лікарем від пацієнта або його родичів будь-яких винагород, не передбачених законодавчими і нормативними актами, є злочинним та аморальним.

Право лікаря на приватну практику регулюється законом.

2.7. Лікар має право на матеріальну винагороду своєї праці у встановленому законом порядку, він повинен захищати право на справедливую оцінку й оплату своєї праці з боку держави, уникати принижень і фінансової дискримінації, працюючи в приватних установах і під час приватної практики.

Разом з тим лікар не повинен:

- займатися недобросовісною рекламою і дозволяти використовувати своє ім'я та висловлювання з метою реклами недостовірної медичної інформації;
- розповсюджувати з метою прибутку лікарські засоби та вироби медичного призначення, за винятком окремих, визначених законодавством обставин;
- брати участь у змові з лікарями, фармацевтами, представниками медичної та фармацевтичної промисловості, іншими фізичними чи юридичними особами з метою отримання незаконного прибутку;
- приймати винагороди від виробників і розповсюджувачів за призначення запропонованих ними лікарських засобів, лікувальних, діагностичних і гігієнічних медичних виробів, продуктів дієтичного харчування, за винятком окремих, визначених законодавством обставин;
- займатися іншою діяльністю, несумісною з його професійною честю і авторитетом;

- використовувати свою виборну, адміністративну чи іншу службову посаду для необгрунтованого збільшення кількості пацієнтів власної лікарської практики або закладу охорони здоров'я, який ним очолюється;
- ухилятися від сплати податків.

2.8. Лікар може займатися будь-якою іншою діяльністю, якщо вона сумісна з фаховою незалежністю, не принижує його гідності та не завдає шкоди пацієнтам і його лікарській практиці.

2.9. Лікар повинен надавати медичну допомогу за спеціальністю хворим незалежно від віку, статі, раси, національності, віросповідання, соціального стану, політичних поглядів, місця проживання, громадянства та інших немедичних ознак, включаючи матеріальне положення.

2.10. Лікар своїм професіоналізмом, морально-етичними переконаннями, поведінкою у будь-яких життєвих ситуаціях, ставленням до людини і до виконання фахових обов'язків повинен бути гідним прикладом для своїх колег та інших членів суспільства.

2.11. Лікар зобов'язаний своєю поведінкою та іншими доступними йому засобами (лекції, бесіди, ЗМІ, Інтернет тощо) пропагувати здоровий спосіб життя і бути прикладом у дотриманні його норм і правил.

2.12. Лікар має право брати активну участь в роботі професійних об'єднань і асоціацій, одночасно отримуючи їх захист і підтримку. Лікарські об'єднання та асоціації зобов'язані сприяти і надавати кожному із своїх членів допомогу у дотриманні та відстоюванні принципів високого професіоналізму, фахової незалежності, моральності, етики і деонтології.

2.13. Лікар повинен бути чесним з пацієнтами та колегами, принциповим у своїй позиції щодо професійних недоліків інших лікарів, визнавати власні помилки, а також не допускати обману і шахрайства.

2.14. Лікар не повинен займатись політичною, релігійною агітацією і пропагандою в робочий час, спонукати колег до дій та вчинків, несумісних із званням лікаря.

2.15. Лікар має право брати участь в передбачених законодавством України формах протесту, але не звільняється від обов'язку забезпечувати необхідну медичну допомогу пацієнтам, які знаходяться під його спостереженням.

### РОЗДІЛ 3 ЛІКАР І ПАЦІЄНТ

3.1. Від моменту прийняття лікарем рішення про особисте надання будь-якій людині необхідної лікарської допомоги або про залучення її до наукових досліджень як волонтера він повинен планувати свої дії стосовно цієї людини і стосунки з нею на засадах загальнолюдської етики і моралі, проголошеної Клятвою лікаря України, лікарської деонтології, а також Етичного кодексу лікаря України та Міжнародного кодексу лікарської етики.

3.2. Лікар несе відповідальність за якість і гуманність медичної допомоги, яка надається пацієнтам, та будь-яких інших професійних дій щодо втручання в життя та здоров'я людини. У своїй роботі він зобов'язаний дотримуватись Конституції і законів України, діючих нормативних документів стосовно лікарської практики, з урахуванням особливостей захворювання, використовувати методи профілактики, діагностики і лікування, які вважає найбільш ефективними в кожному конкретному випадку, виходячи з інтересів хворого. У разі необхідності лікар зобов'язаний звернутися за допомогою своїх колег.

У ситуаціях надання допомоги хворому, за обставин які не передбачені законодавством, нормативними актами і посадовими інструкціями, лікар зобов'язаний враховувати, насамперед, інтереси хворого, принципи лікарської етики і моралі.

3.3. Дії лікаря повинні бути спрямовані на досягнення максимальної користі для життя і здоров'я пацієнта, його соціального захисту.

Протягом усього лікування під час надання інформації хворому про його стан і рекомендоване лікування лікар повинен брати до уваги персональні особливості пацієнта, стежачи за оцінкою хворим ситуації.

Лікар не повинен:

- без достатніх фахових причин втручатися в приватні справи пацієнта і членів його родини;

- наражати пацієнта на невиправданий ризик, а тим більше використовувати свої знання в негуманних цілях. При виборі будь-якого методу лікування лікар, насамперед, повинен керуватися не тільки принципом «Не нашкодь», але й «Принеси найбільшу користь».

Лікар зобов'язаний приділяти пацієнту достатньо часу і уваги, необхідних для встановлення правильного діагнозу, виконання повного обсягу допомоги, обґрунтування приписів і рекомендацій щодо подальшого лікування, надання їх хворому у детальному і зрозумілому для нього вигляді.

Лікар не має права свідомо перебільшувати чи занижувати оцінку тяжкості захворювання з метою отримання пацієнтом соціального захисту і матеріальної підтримки, що не відповідають реальному стану його здоров'я.

3.4. За винятком випадків невідкладної допомоги, лікар має право відмовитися від лікування хворого, якщо впевнений, що між ним і пацієнтом відсутня необхідна взаємна довіра, коли відчуває себе недостатньо компетентним або не має у своєму розпорядженні необхідних для проведення лікування можливостей та в інших випадках, якщо це не суперечить Клятві лікаря України. У цій ситуації лікар повинен вжити всіх заходів щодо інформування про це хворого та надати йому відповідні рекомендації.

Лікар також не повинен перешкоджати реалізації права пацієнта на отримання консультації іншого лікаря.

3.5. Лікар повинен шанувати право пацієнта на вибір лікаря та його участь у прийнятті рішень про проведення лікувально-профілактичних заходів, крім



випадків примусового лікування у встановленому законом порядку. Добровільну згоду пацієнта на обстеження, лікування чи дослідження з його участю лікар повинен одержати при особистій розмові з ним. Ця згода має бути усвідомленою, хворого необхідно обов'язково поінформувати про методи лікування, наслідки їхнього застосування, зокрема про можливі ускладнення, а також інші альтернативні методи лікування. Якщо пацієнт неспроможний усвідомлено висловити свою згоду, то її дає законний представник або постійний опікун пацієнта.

Проведення лікувально-діагностичних заходів без згоди пацієнта дозволено тільки у випадках загрози його життю та здоров'ю у разі нездатності його адекватно оцінювати ситуацію. Рішення в подібних випадках необхідно приймати колегіально і за участі його близьких.

Під час лікування дитини або хворого, який перебуває під опікою, лікар зобов'язаний надавати повну інформацію його батькам або опікунам, одержати їхню згоду на застосування того чи іншого методу лікування або лікарського засобу.

Лікар повинен захищати інтереси дитини чи хворого, який не може самостійно прийняти рішення, якщо очевидно, що інтереси його життя і здоров'я байдужі оточуючим чи недостатньо ними усвідомлюються.

3.6. Лікар повинен поважати честь і гідність пацієнта, його право на невтручання в особисте життя, ставитися до нього доброзичливо, з розумінням сприймати занепокоєння рідних і близьких станом хворого.

Кожен пацієнт має право на зберігання особистої таємниці. Лікар, як й інші особи, які беруть участь у наданні медичної допомоги, зобов'язаний зберігати лікарську таємницю навіть після смерті пацієнта, як і факт звернення за медичною допомогою, за відсутності іншого розпорядження хворого, або якщо це захворювання не загрожує його близьким і суспільству.

Таємниця поширюється на всю інформацію, отриману в процесі лікування хворого (у т.ч. діагноз, методи лікування, прогноз тощо).

Медична інформація про пацієнта може бути розголошена:

- у разі письмової згоди самого пацієнта;
- у випадку мотивованої вимоги органів дізнання, слідства, прокуратури і суду, санепідслужби;
- якщо зберігання таємниці істотно загрожує здоров'ю і життю пацієнта і/або/інших осіб (небезпечні інфекційні захворювання);
- у випадку залучення до лікування інших спеціалістів, для яких ця інформація є професійно необхідною.

Особи, які крім лікаря, користуються правом доступу до медичної інформації, зобов'язані зберігати в таємниці всі отримані про пацієнта відомості, і мають бути поінформовані лікарем про відповідальність, пов'язану з її розголошенням.

У процесі наукових досліджень, навчання студентів і підвищення кваліфікації лікарів повинна дотримуватися лікарська таємниця. Демонстрація хворого можлива тільки за згоди його, його батьків або опікунів.

3.7. Пацієнт має право на вичерпну інформацію про стан свого здоров'я, але він може від неї відмовитися або визначити особу, якій можна повідомляти про стан його здоров'я.

Інформація може бути прихована від пацієнта в тих випадках, якщо є вагомі підстави вважати, що вона може завдати йому серйозної шкоди. Проте у разі наполегливої вимоги пацієнта, лікар зобов'язаний надати йому вичерпну інформацію. У випадку несприятливого для хворого прогнозу необхідно поінформувати його делікатно й обережно, залишивши надію на продовження життя, можливий успішний результат.

3.8. У разі допущення лікарем помилки або виникнення в результаті його дій непередбачених ускладнень він зобов'язаний поінформувати про це хворого, старшого колегу або керівника підрозділу, а за їх відсутності адміністрацію установи, в якій він працює, і негайно спрямувати свої дії на виправлення негативних наслідків, не чекаючи вказівок. За необхідності слід залучити інших спеціалістів, чесно поінформувати їх про суть помилки або ускладнення, що виникли.

Лікар повинен ретельно аналізувати допущені помилки та обговорювати їх з колегами і керівництвом з метою попередження подібних випадків в клінічній практиці інших лікарів.

3.9. Практичну діяльність лікар повинен здійснювати тільки під власним прізвищем, не вказуючи неофіційно наданих титулів, ступенів, звань.

3.10. Лікар має сприяти здійсненню права пацієнта на отримання духовної підтримки з боку представника відповідної релігійної конфесії.

3.11. Лікар зобов'язаний перебувати поряд з вмираючим хворим до останньої миті його життя, забезпечувати відповідні його стану лікувальні заходи і нагляд, підтримувати можливий рівень життя, максимально полегшувати фізичні і психічні страждання хворого і його близьких усіма доступними засобами.

Питання про припинення реанімаційних заходів слід вирішувати за можливості колегіально і у випадку, коли стан людини визначається як безповоротна смерть відповідно до критеріїв, визначених Міністерством охорони здоров'я України.

Лікар не має права свідомо прискорювати настання смерті, вдаватися до евтаназії або залучати до її проведення інших осіб.

3.12. Лікар не має права залишати хворих у випадках загальної небезпеки.

3.13. Лікар не може залишати без уваги будь-які прояви жорстокості або приниження людської гідності.

3.14. Лікар не може пропонувати пацієнту методи лікування, лікарські засоби і медичні вироби, не допущені до загального застосування Міністерством охорони здоров'я України у визначеному законодавством порядку. Лікар може поінформувати пацієнта про те, що за кордоном використовуються й інші засоби і методи лікування його захворювання.

3.15. Лікар повинен мати належний зовнішній вигляд, який має позитивно впливати на пацієнта.

## РОЗДІЛ 4 КОЛЕГІАЛЬНІСТЬ ЛІКАРІВ

4.1. Протягом усього життя лікар зобов'язаний зберігати повагу і почуття подяки до тих, хто навчав його мистецтву лікування.

4.2. Лікар зобов'язаний охороняти честь і шляхетні традиції медичного співтовариства, з повагою і доброзичливістю ставитися до колег.

4.3. Лікар не має права публічно ставити під сумнів чи дискредитувати професійну кваліфікацію іншого лікаря. Фахові зауваження на адресу колеги повинні бути аргументованими, необразливими за формою, висловленими в особистій розмові до того як це питання буде обговорюватися медичним співтовариством або етичним комітетом чи комісією.

4.4. У тяжких клінічних випадках лікарі повинні надавати поради і допомогу своїм колегам у коректній формі. За процес лікування всю відповідальність несе тільки лікуючий лікар, який може врахувати або відмовитися від рекомендацій, керуючись при цьому винятково інтересами хворого. Лікар не повинен створювати умови щодо переходу до нього пацієнтів від інших колег.

4.5. Лікарі-керівники закладів охорони здоров'я та наукових і освітніх установ зобов'язані піклуватися про захист морально-етичних позицій і принципів, особистої гідності, а також достатнє матеріальне забезпечення і соціальний захист, створення належних умов для здійснення фахової діяльності, підвищення фахової кваліфікації підлеглих.

4.6. Лікарі зобов'язані з повагою ставитися до іншого медичного і допоміжного персоналу, постійно забезпечувати підвищення його кваліфікації.

## РОЗДІЛ 5 НАУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗА УЧАСТЮ ПАЦІЄНТА

5.1. Лікар може поєднувати дослідження з наданням медичної допомоги лише у випадках, коли дослідження обґрунтоване профілактичною, діагностичною або терапевтичною метою.

5.2. Перед початком біомедичних досліджень, апробації нових лікарських препаратів, лікувально-діагностичних методів та обладнання лікар повинен дістати письмову згоду на їх проведення від відповідної етичної комісії або комітету із затвердженням плану (протоколу) вказаного дослідження, в якому повинні бути чітко визначені його цілі, етичні аспекти, хід та можливі ускладнення.

5.3. Після ознайомлення пацієнта (учасника дослідження) з цілями, методами, потенційною користю і можливим ризиком лікар повинен отримати у встановленому порядку його письмову згоду на участь у дослідженні, яке на будь-якому етапі, за бажанням пацієнта, може бути безперешкодно ним перерване або припинене.

5.4. Що стосується неієздатних пацієнтів, то їх згода на участь у дослідженні повинна бути отримана в письмовій формі від батьків або іншого законного

представника (юридично відповідальної особи). Подібні дослідження можуть проводитися тільки в інтересах врятування життя, відновлення чи підтримки здоров'я досліджуваного без нанесення йому шкоди або погіршення стану.

5.5. Наукові дослідження з участю пацієнтів лікарі можуть проводити лише при одночасному дотриманні всіх перерахованих нижче умов:

- якщо вони спрямовані на поліпшення здоров'я пацієнтів, які беруть участь в експерименті;
- якщо вони зроблять істотний внесок у медичну науку і практику;
- якщо результати попередніх досліджень та існуючі дані не свідчать про ризик розвитку ускладнень;
- за умови забезпечення усіх необхідних заходів для безпеки пацієнта.

5.6. Медичні дослідження, пов'язані із залученням пацієнтів, повинні проводитись в умовах, що забезпечують права і безпеку досліджуваних, захищають їх гідність; виконуватись висококваліфікованими лікарями і науковцями під наглядом етичних комісій або комітетів. Дослідження припиняється у випадках виникнення незрозумілих і непередбачених ситуацій, а також у разі появи ознак небезпеки для життя і здоров'я учасника дослідження.

5.7. Лікар-дослідник несе особисту відповідальність у випадку, коли внаслідок його дії (недбалості, неправильно проведеного експерименту тощо) стан здоров'я пацієнта погіршився. Лікар має всебічно сприяти відновленню нормального стану здоров'я пацієнта.

5.8. Усі учасники досліджень повинні бути застрахованими на випадок заподіяння ненавмисної шкоди їх здоров'ю.

5.9. В експериментах на тваринах лікар-дослідник повинен дотримуватись принципів гуманності, намагатися максимально зменшити кількість експериментальних тварин, сприяти розробці методів, які дозволяють їх не використовувати під час дослідів.

## РОЗДІЛ 6 НОВІТНІ МЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ

6.1. Дії лікаря при застосуванні новітніх медичних технологій (трансплантація людських органів і тканин, втручання в геном людини, у репродуктивну функцію тощо) визначаються етико-правовими і законодавчо-нормативними актами України, рекомендаціями та вимогами Всесвітньої організації охорони здоров'я, Біоетичного комітету ЮНЕСКО та Комісії з питань біоетики.

6.2. При відборі хворих, які потребують проведення складних профілактичних, діагностичних і особливо лікувальних заходів (наприклад, трансплантація органів), лікарі, які вимушено встановлюють черговість у наданні допомоги, повинні виходити лише із медичних показань, приймаючи рішення самостійно чи колегіально за участю членів етичного комітету (комісії).

## РОЗДІЛ 7 ІНФОРМАЦІЯ

7.1. Лікар зобов'язаний постійно підвищувати свою кваліфікацію, бути поінформованим стосовно найновіших досягнень у сфері професійної діяльності. Він повинен активно протистояти будь-якій недостовірній інформації у наукових виданнях та засобах масової інформації.

7.2. Видання медичного характеру, виступи лікарів на наукових форумах, просвітницька діяльність через засоби масової інформації повинні бути бездоганними в етичному плані, обмежуватися об'єктивною науково-практичною інформацією і не містити елементів несумлінної конкуренції, реклами і самореклами.

7.3. Лікар зобов'язаний невідкладно повідомляти в передбаченому чинним законодавством порядку про всі невідомі, небажані та побічні дії лікарських засобів і виробів медичного призначення, що спостерігались ним під час наукових досліджень і в практичній роботі.

7.4. В інтересах забезпечення життя та здоров'я пацієнтів лікар повинен активно протистояти пропаганді й застосуванню методів діагностики і лікування та засобів, не передбачених чинним законодавством.

7.5. Лікарські довідки необхідно видавати тільки відповідно до чинних законодавчих, нормативно-методичних і інструктивних документів.

7.6. Про результати своїх досліджень після оформлення авторського права на відкриття, винахід тощо лікар повинен повідомити колег, перш за все, в спеціальних виданнях.

7.7. У наукових публікаціях лікарі повинні дотримуватися вимог щодо авторського права. Включення себе чи інших осіб без достатніх на те причин до авторського колективу або умовчання прізвищ осіб, які брали активну участь в дослідженнях, як і плагіат, є грубим порушенням принципів фахової етики. Безпринципне ставлення і байдужість до спотворення наукової істини, приховування членом наукового колективу принципових погрешностей наукового дослідження є неприпустимим.

## РОЗДІЛ 8 ПОВАГА ДО ПРОФЕСІЇ ЛІКАРЯ

8.1. Принцип поваги до своєї професії повинен бути витриманим у всіх сферах діяльності лікаря: професійній, громадській, публіцистичній тощо. Кожний лікар повинен утримуватися від будь-яких дій чи висловлювань, які підривають повагу до медичної спеціальності. Своєю діяльністю він повинен сприяти збереженню та підвищенню престижності професії, до якої належить, а також дієвості цього Кодексу.

**ЛІСАБОНСЬКА ДЕКЛАРАЦІЯ ПРО ПРАВА ПАЦІЄНТА**

*Прийнята 34-ю Всесвітньою Медичною Асамблеєю.  
Лісабон, Португалія, вересень-жовтень 1981 року  
(з урахуванням змін і доповнень, внесених 47-ю  
Генеральною Асамблеєю.  
Балі, Індонезія, вересень 1995 р.)*

**ПРЕАМБУЛА**

Останніми роками стосунки між лікарями, пацієнтами і широкою громадськістю зазнали значних змін. Хоча лікар повинен діяти на користь пацієнта згідно зі своєю совістю, необхідні також відповідні гарантії автономії і справедливого ставлення до пацієнта. Декларація затверджує основні права, якими, з точки зору медичного співтовариства, повинен володіти кожен пацієнт. Лікарі й інші особи або заклади, що беруть участь в наданні медичної допомоги, несуть солідарну відповідальність за визнання і підтримку зазначених прав. Якщо в якій-небудь країні положення законодавства або дії уряду перешкоджають реалізації нижче наведених прав, лікарі повинні прагнути всіма доступними засобами відновити їх і забезпечити їх дотримання.

У контексті біомедичних досліджень на людях — у тому числі біомедичних досліджень терапевтичного характеру — досліджуваний має ті самі права, що і будь-який пацієнт в ході звичайного терапевтичного процесу.

**ПРИНЦИПИ**

1. Право на високоякісне медичне обслуговування.
  - а) Будь-яка особа має право на відповідне медичне обслуговування без будь-яких обмежень.
  - б) Будь-який пацієнт має право отримувати допомогу лікаря, який, на його думку, має право приймати професійні медичні і етичні рішення незалежно від стороннього впливу.
  - в) Лікування будь-якого пацієнта проводиться виключно на користь його здоров'я. Лікування проводиться відповідно до загальноприйнятих медичних принципів.
  - г) Забезпечення якості завжди має бути невід'ємною частиною охорони здоров'я. Зокрема, лікарям слід покласти на себе обов'язки із забезпечення якості медичних послуг, що надаються.
  - д) У випадках, коли необхідно робити вибір між потенційними пацієнтами для проведення якого-небудь конкретного лікування за наявності

обмежених ресурсів, всі пацієнти мають право на участь в справедливому відборі для даного лікування. Такий відбір слід здійснювати з урахуванням медичних критеріїв і без будь-якої дискримінації.

є) Пацієнт має право на постійне медичне обслуговування. Лікар зобов'язаний координувати обґрунтований медичний процес в співпраці з іншими представниками охорони здоров'я, що беруть участь у лікуванні пацієнта. Лікар не має права припиняти лікування пацієнта, якщо подальше лікування є обґрунтованим з медичних міркувань, без розумного сприяння пацієнтові і надання достатньої можливості з пошуку альтернативних способів отримання медичної допомоги.

2. Право на свободу вибору.

а) Пацієнт має право вільно обирати і змінювати лікаря, лікарню або заклад охорони здоров'я, незалежно від того, чи знаходяться вони в приватному або державному секторі.

б) Пацієнт має право на будь-якому етапі звернутися за консультацією до іншого лікаря.

3. Право на самовизначення.

а) Пацієнт має право на самовизначення і на ухвалення незалежних рішень відносно свого здоров'я. Лікар зобов'язаний повідомити пацієнта про наслідки його рішення.

б) Розумово повноцінний повнолітній пацієнт має право погоджуватися на будь-яку діагностичну процедуру або терапію, а також відмовлятися від них. Пацієнт має право на отримання інформації, необхідної для прийняття ним рішень. Пацієнт повинен мати чітке уявлення про цілі і можливі результати будь-якого тесту або лікування, а також про наслідки своєї відмови.

в) Пацієнт має право відмовитися від участі в будь-якому дослідженні або медичній практиці.

4. Пацієнт у несвідомому стані.

а) Якщо пацієнт знаходиться в несвідомому стані або з інших причин не в змозі виявити свою волю, в міру можливості, необхідне отримання згоди, заснованої на повній інформації, законним чином призначеного представника, коли така можливість передбачена законодавством.

б) Якщо законним чином призначений представник відсутній і при цьому потрібне негайне медичне втручання, згода пацієнта може матися на увазі, за винятком випадків, коли колишні тверді заяви або переконання пацієнта поза сумнівом свідчать про те, що пацієнт відмовився б від такого втручання у даній ситуації.

в) При цьому лікарю завжди слід спробувати врятувати життя пацієнта, що знаходиться в несвідомому стані в результаті спроби самогубства.

5. Неправоздатний пацієнт.

а) Якщо пацієнт є неповнолітнім або неправоздатний з якихось інших причин, потрібна згода законним чином призначеного представника, коли

така можливість передбачена законодавством. Проте, пацієнт повинен брати безпосередню участь в ухваленні рішення в максимально припустимому обсязі.

б) Якщо неpravоздатний пацієнт може приймати раціональні рішення, його рішення повинні враховуватися і він має право заборонити розголошення інформації його законним чином призначеному представникові.

в) Якщо законним чином призначений представник або особа, уповноважена пацієнтом, не дає згоди на лікування, яке, на думку лікаря, відповідає інтересам здоров'я пацієнта, лікарю слід оскаржити дане рішення у відповідній правовій або іншій установі. У надзвичайній ситуації лікарю слід діяти на користь здоров'я пацієнта.

6. Процедури, що проводяться проти волі пацієнта.

Діагностичні процедури або лікування можуть проводитися проти волі пацієнта у виняткових випадках, конкретно передбачених законом, відповідно до принципів медичної етики.

7. Право на здобуття інформації.

а) Пацієнт має право на здобуття інформації про себе, що міститься в будь-якому з його медичних записів, а також бути повністю інформованим відносно стану свого здоров'я, включаючи медичні факти. Проте конфіденційна інформація відносно третіх осіб, що міститься в записах пацієнта, не повинна надаватися пацієнтові без дозволу такої третьої особи.

б) У виняткових випадках інформація може бути прихована від пацієнта за наявності достатніх підстав для припущення, що така інформація створить серйозну загрозу його життю або здоров'ю.

в) Інформація повинна повідомлятися відповідно до особливостей місцевої культури і так, щоб вона була зрозуміла пацієнтові.

г) На пряме прохання пацієнта інформація може йому не надаватися, лише якщо це не потрібно для врятування життя іншої особи.

д) Пацієнт має право обирати особу, якій слід повідомляти відомості про нього (якщо такі є).

8. Право на конфіденційність.

а) Вся інформація, що ідентифікується, відносно стану здоров'я пацієнта, діагнозу, прогнозу і лікування, а також будь-яка інша інформація особистого характеру вважається конфіденційною навіть після смерті пацієнта. У виняткових випадках нащадки можуть отримати право доступу до інформації, що стосується ризику спадкових захворювань.

б) Конфіденційна інформація може бути розголошена лише в тому випадку, якщо пацієнт дасть пряму згоду або таке розголошення прямо передбачено законом. Інформація може повідомлятися іншим закладам охорони здоров'я виключно в міру необхідності, якщо пацієнт не дав прямої згоди.

в) Усі ідентифіковані відомості про пацієнта повинні охоронятися. Захист відомостей здійснюється відповідно до порядку їх зберігання. Особи,



від яких можуть виходити відомості, що ідентифікуються, мають бути захищені в аналогічному порядку.

9. Право на санітарну освіту.

а) Кожна особа має право на санітарну освіту, яка допоможе йому робити обґрунтований вибір відносно свого здоров'я і медичних послуг, що надаються. Завданням освіти є повідомлення інформації про здоровий спосіб життя і методи запобігання і виявлення захворювань на ранніх стадіях. Слід робити особливий наголос на персональну відповідальність кожного за своє здоров'я. Лікарі зобов'язані брати активну участь у процесі освіти.

10. Право на людську гідність.

а) Слід завжди поважати людську гідність і право пацієнтів на недоторканність приватного життя, а також їх культурні і моральні цінності при наданні медичної допомоги і в ході практичного медичного навчання.

б) Пацієнт має право на полегшення своїх страждань з використанням існуючих знань в області медицини.

в) Пацієнт має право на гуманний кінець у разі невиліковної хвороби і надання можливостей для гідного і найменш хворобливого відходу з життя.

11. Право на релігійну підтримку.

а) Пацієнт має право скористатися духовною або моральною підтримкою, включаючи допомогу служителя будь-якої релігійної конфесії, або відхилювати її.

**ДЕКЛАРАЦІЯ ПРО ПОЛІТИКУ В ГАЛУЗІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ  
ПРАВ ПАЦІЄНТА В ЄВРОПІ  
(АМСТЕРДАМСЬКА ДЕКЛАРАЦІЯ)**

*Прийнята ВООЗ.  
Амстердам, Нідерланди, 1994 р.*

Розділ 1

- 1.1. Кожна людина має право на повагу власної особистості.
- 1.2. Кожна людина має право на самовизначення.
- 1.3. Кожна людина має право на фізичну і духовну цілісність і на особисту безпеку.
- 1.4. Кожна людина має право на повагу до її приватного життя.
- 1.5. Кожна людина має право на поважне відношення до її матеріальних і культурних цінностей, а також до її релігійного і філософського переконання.
- 1.6. Кожна людина має право на охорону здоров'я, забезпечувану застосуванням адекватних лікувально-профілактичних заходів, а також право для можливості максимального підвищення рівня свого здоров'я.

Розділ 2  
ІНФОРМАЦІЯ

- 2.1. Для загальної користі інформація про медичні послуги і про те, як краще ними скористатися, повинна бути доступна широкій громадськості.
- 2.2. Пацієнти мають право на одержання вичерпної інформації про своє здоров'я, включаючи конкретні медичні дані, що характеризують їхній стан; про передбачувані медичні втручання, включаючи відомості про потенційний ризик і можливу ефективність кожного втручання; про наявні альтернативи стосовно передбачуваних втручань, включаючи відмову від активних лікувальних заходів (в останньому випадку пацієнт має бути проінформований про наслідки такої відмови); про діагноз, прогноз і процес лікування.
- 2.3. Доступ пацієнта до інформації може бути обмежений лише у виняткових випадках, коли є вагомі підстави припускати, що ця інформація заподіє йому серйозної шкоди, у той час як на її явний позитивний ефект навряд чи можна розраховувати.
- 2.4. Інформація повинна надаватися пацієнтові з урахуванням рівня його розуміння і з мінімальним вживанням незнайомої для нього спеціальної термінології. Якщо пацієнт не володіє мовою, вживаною у даній місцевості, для нього необхідно знайти можливість перекладу необхідної інформації.

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

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

2.7. Пацієнти повинні мати можливість одержання іншої думки. «Друга, або інша, думка» - поняття, що набуло поширення в сучасній медицині СІЛА і Західної Європи. Джерело «другої думки» у разі встановлення діагнозу, визначення прогнозу і вибору оптимального методу лікування — медичні фахівці, до яких пацієнт звертається за порадою незалежно від свого лікаря у випадках, коли він не зовсім упевнений у правильності діагнозу або лікування або коли майбутній вибір лікувальної тактики може мати досить серйозні наслідки (наприклад, операція, яка призводить до каліцтва).

2.8. Під час надходження в лікувально-профілактичну установу пацієнтам мають бути повідомлені імена і професійний статус співробітників, які надають їм допомогу, а також усі необхідні відомості про правила і розпорядок, важливих для перебування й одержання медичної допомоги в даній установі.

2.9. Під час виписки з лікувально-профілактичної установи пацієнти повинні мати можливість запросити й одержати письмовий висновок про свій діагноз і проведене лікування.

### Розділ 3 ІНФОРМОВАНА ЗГОДА

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

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

3.3. У ситуації, коли стан пацієнта не дозволяє йому виявити свою волю і є екстрені показання до проведення медичного втручання, у порядку допущення можна вважати, що така згода є, за винятком тих випадків, коли попередні волевиявлення пацієнта явно свідчать про те, що згоди в цій ситуації отримано б не було.

3.4. У ситуаціях, коли необхідна згода законного представника пацієнта, але є екстрені показання до проведення медичного втручання, здійснення даного втручання без згоди законного представника припустимо в тих випадках, коли така згода не може бути отримана в необхідний термін.

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

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

3.7. У всіх інших ситуаціях, коли інформована згода не може бути отримана від самого пацієнта і немає ні законних представників, ні довірених осіб, призначених пацієнтом для цієї мети, варто здійснити необхідні заходи для організації процесу ухвалення рішення за пацієнта з огляду на всю наявну інформацію і - у максимально можливому ступені - його передбачуване бажання в даній ситуації.

3.8. Потрібна згода пацієнта на збереження і використання будь-яких біологічних субстанцій — похідних його організму. У разі використання таких субстанцій у поточному процесі діагностики, лікування і догляду припустимо думати, що згода пацієнта свідомо є.

3.9. Необхідне одержання інформованої згоди пацієнта на його участь у процесі клінічного навчання.

#### Розділ 4 КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ І НЕДОТОРКАНІСТЬ ПРИВАТНОГО ЖИТТЯ

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

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

4.3. Варто забезпечити захист усіх даних, які дозволяють ідентифікувати особистість пацієнта; при цьому характер такого захисту повинен бути адекватним способу зберігання інформації. Біологічні субстанції, що можуть містити дані, що ідентифікують особистість пацієнта, також повинні бути захищені.

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

4.5. Пацієнти мають право вимагати внесення в їхні медичні документи виправлень, доповнень і роз'яснень, і (або) оновлених особистих або медичних даних у тому випадку, якщо попередні дані невірні, неповні, носять двозначний характер або застаріли. Пацієнти мають право вимагати віддалення з їхніх медичних документів даних, які не стосуються мети діагностики, лікування або догляду.

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

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

## Розділ 5 ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНА ДОПОМОГА

5.1. Кожна людина має право на одержання медичної допомоги відповідно до необхідності для здоров'я, включаючи профілактичні заходи і зусилля, спрямовані на зміцнення здоров'я. Супутні служби повинні бути постійно доступні рівноцінно для всіх, без будь-якої дискримінації і відповідно до тих фінансових, людських і матеріальних ресурсів, що дане суспільство може виділити для цієї мети.

5.2. Пацієнти мають колективне право створювати певні форми представництва на кожному рівні системи охорони здоров'я питанням, що відносяться до планування й оцінки діяльності супутніх служб, включаючи обсяг, якість та інші параметри наданої допомоги.

5.3. Пацієнти мають право на одержання лікувально-профілактичної допомоги високої якості як у плані технічного рівня, так і в плані гуманних стосунків між пацієнтом і працівниками охорони здоров'я.

5.4. Пацієнти мають право на наступність лікувально-профілактичної допомоги, забезпечувану, зокрема, співробітництвом між усіма працівниками охорони здоров'я і (або) лікувально-профілактичними закладами, що беруть участь у діагностиці, лікуванні і догляді за даним пацієнтом.

5.5. В умовах, коли працівники охорони здоров'я повинні зробити вибір з кількох потенційних пацієнтів для проведення дефіцитного медичного втручання тільки одному з них, усі пацієнти мають право на справедливу процедуру відбору, що повинно бути засновано на медичних критеріях і здійснено без будь-якої дискримінації.

5.6. Пацієнти мають право на вибір і заміну свого лікуючого лікаря або іншого працівника охорони здоров'я, а також на вибір лікувально-профілактичного закладу за наявності для цього умов у системі охорони здоров'я.

5.7. Пацієнти, медичний стан яких не вимагає подальшого перебування в даному стаціонарному лікувально-профілактичному закладі, мають право на одержання повних роз'яснень із приводу подальшого переведення до іншого лікувально-профілактичного закладу або виписки за місцем проживання. Переведення може бути здійснено тільки після одержання згоди іншого

лікувально-профілактичного закладу прийняти даного пацієнта. Під час виписки пацієнта додому йому має бути забезпечене надання відповідної соціальної і побутової допомоги за місцем проживання, якщо цього вимагає його стан.

5.8. Пацієнти мають право на гідне ставлення в процесі діагностики, лікування і догляду з дотриманням поваги до їх культури і цінностей.

5.9. Пацієнти мають право користуватися підтримкою членів родини, родичів і друзів у процесі лікування і догляду, а також одержувати в будь-який час духовні підтримку і наставлення (наприклад, від священнослужителя).

5.10. Пацієнти мають право на полегшення фізичних страждань відповідно до сучасних можливостей медицини.

5.11. Пацієнти мають право на гуманні допомогу і догляд у термінально-му стані, а також право на гідну смерть.

## Розділ 6 ПРАВА ПАЦІЄНТІВ

6.1. Реалізація викладених у даному документі прав передбачає створення для цієї мети відповідних механізмів.

6.2. Реалізація даних прав повинна бути гарантована всім людям без будь-якої дискримінації.

6.3. Обмеження у використанні пацієнтами даних прав припустимі тільки в тих випадках, коли вони не суперечать положенням основних документів про права людини і накладаються відповідно до встановлених законних процедур.

6.4. Якщо пацієнт не може самостійно скористатися правами, викладеними в даному документі, їх повинні реалізувати законний представник пацієнта або особа, спеціально уповноважена пацієнтом для цієї мети; у випадку відсутності законного представника і довіреної особи слід здійснювати інші заходи для забезпечення представництва інтересів пацієнта.

6.5. Пацієнти повинні мати доступ до інформації і компетентних рекомендацій, що допомагають їм щонайкраще користуватися правами, викладеними в даному документі. У тих випадках, коли пацієнт вважає, що його права були порушені, він повинен мати можливість подати відповідну скаргу. На додаток до можливості судового розгляду, на рівні закладів охорони здоров'я та інших рівнях повинні існувати незалежні механізми для полегшення порядку пред'явлення і розгляду скарг пацієнтів і прийняття по них відповідного рішення. Ці механізми повинні, зокрема, забезпечувати пацієнтам доступ до інформації про порядок пред'явлення і розгляду скарг, а також можливість одержання ними від незалежного консультанта поради щодо тих дій, які найбільш доцільно почати в даній ситуації. Ці механізми повинні також гарантувати в разі потреби допомогу пацієнтові і захист його інтересів. Пацієнти мають право на ретельний, справедливий, ефективний і швидкий розгляд скарг, що вони подають, і на одержання відповіді про прийняте рішення.

**ГЕЛЬСІНСЬКА ДЕКЛАРАЦІЯ****Всесвітньої медичної асоціації****«Етичні принципи медичних досліджень за участю людини в якості об'єкта дослідження»**

*Прийнята 18-ю Генеральною асамблеєю ВМА, Гельсінкі, Фінляндія, червень 1964, та переглянута:*  
*29-ю Генеральною асамблеєю ВМА, Токіо, Японія, жовтень 1975*  
*35-ю Генеральною асамблеєю ВМА, Венеція, Італія, жовтень 1983*  
*41-ю Генеральною асамблеєю ВМА, Гонконг, вересень 1989*  
*48-ю Генеральною асамблеєю ВМА, Сомерсет Вест, ПАР, жовтень 1996*  
*52-ю Генеральною асамблеєю ВМА, Единбург, Шотландія, жовтень 2000*  
*53-ю Генеральною асамблеєю ВМА, Вашингтон, 2002 (додано пояснювальну записку до параграфа 29)*  
*55-ю Генеральною асамблеєю ВМА, Токіо, 2004 (додано пояснювальну записку до параграфа 30)*  
*59-ю Генеральною асамблеєю ВМА, Сеул, жовтень 2008*

**А. ВСТУП**

1. Всесвітня медична асоціація (ВМА) розробила Гельсінську Декларацію як констатування етичних принципів медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження, включаючи дослідження на людських матеріалах та даних, які можна ідентифікувати. Декларація призначена до прочитання як єдине ціле, і жодний із параграфів, що входять до її складу, не може бути використаний без урахування всіх інших відповідних параграфів.

2. Не дивлячись на те, що Декларація адресована в першу чергу до лікарів, ВМА заохочує інших учасників медичних досліджень за участю людини в якості об'єкта дослідження слідувати цим принципам.

3. Обов'язок лікаря — підтримувати та охороняти здоров'я пацієнтів, у тому числі й тих, котрі залучені до медичних досліджень. Знання та совість лікаря присвячені виконанню цього обов'язку.

4. Женевська декларація ВМА (990\_001) зв'язує лікаря зобов'язанням: «Здоров'я мого пацієнта буде основним моїм клопотом», а Міжнародний кодекс медичної етики (990\_002) проголошує, що «Надаючи медичну допомогу, лікареві належить діяти виключно в інтересах пацієнта».

5. Прогрес у медицині базується на роботах, котрі врешті-решт мусять включати дослідження за участю людини в якості об'єкта дослідження. Популяції, що недостатньо представлені у медичних дослідженнях, мають бути забезпечені належним доступом до участі в дослідженнях.

6. У медичних дослідженнях за участю людини в якості об'єкта дослідження благополуччя кожного об'єкта дослідження має бути пріоритетним серед інших інтересів.

7. Основна мета медичного дослідження за участю людини в якості об'єкта дослідження — зрозуміти причини, розвиток і наслідки захворювань та вдосконалити превентивні, діагностичні й терапевтичні заходи (методики, процедури та лікування). Навіть найкращі сучасні заходи мають безупинно оцінюватися за результатами дослідження їх безпечності, ефективності, результативності, загальнодоступності та якості.

8. У медичній практиці та медичних дослідженнях більшість заходів пов'язані з ризиками та труднощами.

9. Медичне дослідження підпорядковане етичним стандартам, котрі заохочують повагу до всіх людських суб'єктів та захист їх здоров'я і прав. Деякі учасники досліджень особливо вразливі та потребують особливого захисту. До їх числа входять ті, хто не може дати згоду чи відмовитися самостійно, а також ті, хто може піддаватися примусові чи неправомірному впливові.

10. Лікарі мусять враховувати етичні, юридичні та регулюючі норми і стандарти проведення досліджень на людях, котрі діють у їхніх країнах, а також відповідні міжнародні норми і стандарти. Жодні національні чи міжнародні етичні, правові або нормативні вимоги не можуть обмежувати чи ігнорувати положення про захист об'єктів дослідження, описані в пункті 4 дійсної Декларації.

### В. ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ МЕДИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

11. Обов'язок лікарів, які проводять медичні дослідження, — охороняти життя, здоров'я, гідність, недоторканність, право на самовизначення, недоторканність приватного життя й конфіденційність особистої інформації об'єктів дослідження.

12. Медичні дослідження за участю людини в якості об'єкта дослідження мають відповідати загальноприйнятим науковим принципам, ґрунтуватися на доскональному знанні наукової літератури, інших значущих джерел інформації і відповідних лабораторних дослідженнях та у міру необхідності експериментах на тваринах. Необхідно зберігати благополуччя тварин, які використовуються у дослідженні.

13. Необхідно виконувати певні запобіжні заходи під час проведення медичних досліджень, котрі можуть нанести шкоду навколишньому середовищу.

14. Дизайн та виконання кожного наукового дослідження за участю людини в якості об'єкта дослідження мають бути чітко описані у



протоколі дослідження. У протоколі також необхідно чітко визначити задіяні етичні аспекти та зазначити, як враховані принципи даної Декларації. Протокол мусить містити відомості, що стосуються фінансування, спонсорів, інституційної належності, інших потенційних конфліктів інтересів, засобів заохочування суб'єктів та забезпечення лікування та/або компенсації суб'єктам, що постраждали в результаті участі у науковому дослідженні.

Протокол також мусить включати інформацію про те, яким чином після закінчення дослідження об'єкти дослідження можуть отримати доступ до заходів, які визначені в ході дослідження як сприятливі, або до іншого належного піклування, пільг.

15. Комітет з етики досліджень мусить розглянути і прокоментувати протокол дослідження дати необхідні рекомендації та схвалити його до початку проведення дослідження. Цей комітет має бути незалежним від дослідників, спонсора та будь-яких неправомірних дій. Необхідно прийняти до відома закони і нормативні акти країни чи країн, у яких буде проводитися дослідження, а також відповідні міжнародні норми і стандарти, але при цьому не можуть бути обмежені чи проігноровані положення про захист об'єктів дослідження, описані в пункті 4 даної Декларації. Комітет мусить мати право здійснювати моніторинг поточних досліджень. Дослідники повинні надати комітету інформацію для моніторингу, особливо інформацію про будь-які серйозні побічні ефекти. Жодні зміни не можуть бути внесені до протоколу без розгляду та схвалення комітетом.

16. Медичні дослідження за участю людини в якості об'єкта дослідження мають проводитися тільки особами з відповідною науковою підготовкою та кваліфікацією. Дослідження на пацієнтах чи здорових добровольцях потребують контролю з боку компетентного лікаря чи іншого медичного працівника, який має відповідну кваліфікацію. Відповідальність за захист об'єктів дослідження повинен нести лікар чи інший медичний працівник і ніколи — об'єкт дослідження, навіть за умови, що він дав згоду.

17. Медичні дослідження за участю знедолених та вразливих груп населення чи спільнот можуть бути виправдані лише в тому випадку, якщо дослідження відповідає медико-санітарним потребам та пріоритетам цих груп населення чи спільнот. І якщо існує достатня імовірність того, що ця група населення чи спільнота отримує користь з результатів дослідження.

18. Кожному медичному дослідженню за участю людини в якості об'єкта дослідження мусить передувати ретельне порівняння прогнозованих ризиків та складнощів для окремих осіб і спільнот, задіяних у дослідженні, з очікуваною користю для них і для інших осіб чи спільнот, що знаходяться під впливом досліджуваних умов.

19. Кожне клінічне дослідження має бути зареєстроване у загальнодоступній базі даних до набору перших об'єктів.

20. Лікарі можуть не брати участі в науковому дослідженні за участю людини в якості об'єкта дослідження, якщо вони не впевнені, що супутні ризики були адекватно оцінені і можуть контролюватися достатньою мірою. Лікарі мусять негайно припинити дослідження у випадку, якщо ризики переважають потенційну користь або є переконливий доказ позитивних чи сприятливих результатів.

21. Медичне дослідження за участю людини в якості об'єкта дослідження може проводитися лише в тому випадку, якщо значущість мети переважає неминучі ризики та складнощі для об'єктів дослідження.

22. Участь компетентних осіб в якості об'єкта дослідження в медичному дослідженні має бути добровільним. Не дивлячись на те, що консультація членів родини чи голів спільнот може бути доцільною, жодна компетентна особа не може бути зареєстрована для участі і дослідженні без його чи її вільної згоди.

23. Мають бути вжиті всі запобіжні заходи, щоб захистити недоторканність приватного життя об'єктів дослідження та конфіденційність їх особистої інформації і звести до мінімуму вплив дослідження на їх фізичну, психічну та соціальну цілісність.

24. У медичних дослідженнях за участю компетентних осіб у якості об'єктів дослідження кожний потенційний об'єкт мусить отримати належну інформацію про мету, методи, джерела фінансування, про будь-які можливі конфлікти інтересів, інституціональну належність дослідників, очікувані вигоди та потенційні ризики дослідження і незручності, які воно може спричинити, і про будь-які інші відповідні аспекти дослідження. Потенційний об'єкт дослідження мусить бути проінформований про право відмовитися від участі у дослідженні або відкликати згоду на участь у будь-який момент без пред'явлення до нього претензій. Особливу увагу варто приділити специфічним потребам у інформації окремих потенційних об'єктів дослідження, а також методам подання інформації. Переконавшись у тому, що потенційний об'єкт дослідження усвідомив інформацію, лікарю чи іншій особі з відповідною кваліфікацією варто отримати добровільну інформовану згоду потенційного об'єкта дослідження, бажано у письмовій формі. Якщо згода не може бути оформлена у письмовій формі, необхідно належним чином зафіксувати неписьмову згоду.

25. Для медичних досліджень із використанням людських матеріалів і даних, які можна ідентифікувати, лікар повинен належним чином оформити згоду на їх збирання, аналіз, зберігання та/або повторне використання. Можуть виникати ситуації, в яких неможливо або практично неможливо отримати згоду на таке дослідження, або згода являтиме собою загрозу достовірності результатів дослідження. У подібній ситуації дослідження може проводитись тільки після розгляду та схвалення комітетом з етики досліджень.

26. Під час отримання інформованої згоди учасників дослідження лікар мусить бути особливо обережним у випадку, якщо потенційний об'єкт

дослідження знаходиться у залежних стосунках з лікарем або міг дати згоду під примусом. У такому разі інформована згода має бути отримана особою, що має відповідну кваліфікацію і не залежить від цих стосунків.

27. Для потенційного некомпетентного об'єкта дослідження лікар зобов'язаний отримати інформовану згоду від його законного представника. Некомпетентні особи не повинні бути включені в дослідження, якщо воно не принесе для них імовірної користі, за виключенням випадків, коли дослідження спрямоване на зміцнення здоров'я популяції, яку представляє потенційний об'єкт дослідження, або дослідження не може бути проведене на компетентних особах, або воно тягне за собою тільки мінімальні ризик та складності.

28. Якщо потенційний об'єкт дослідження, який вважається некомпетентним, здатний дати згоду на участь у дослідженні, лікар повинен отримати цю згоду на додачу до згоди законного представника. Слід поважати відмову потенційного об'єкта дослідження.

29. Дослідження за участю об'єктів, які фізично чи психічно не спроможні дати згоду, наприклад, непритомні пацієнти, може проводитися лише в тому випадку, якщо фізичний або психічний стан, котрий перешкоджає оформленню інформованої згоди, є необхідною характеристикою учасників дослідження. У таких обставинах лікар мусить отримати інформовану згоду від законного представника. Якщо такого представника немає і якщо дослідження не можна відкласти, дослідження може здійснюватися без інформованої згоди за умови, що у протоколі дослідження були зазначені конкретні причини для включення у дослідження об'єктів у стані, котрий унеможливає отримання їхньої інформованої згоди, і це дослідження було схвалене комітетом з етики досліджень. Згоду на продовження участі в дослідженні слід отримати від об'єкта або його законного представника якомога швидше.

30. Автори, редактори та видавці несуть етичні зобов'язання відносно публікації результатів дослідження. Автори зобов'язані надати гласності результатам своїх досліджень на людських суб'єктах і несуть відповідальність за повноту і точність своїх повідомлень. Вони повинні підкорятися прийнятим настановам з етичного звітування. Негативні та непоказові, так само як і позитивні результати, повинні бути опубліковані або розголошені в інший спосіб. У публікації необхідно вказувати джерела фінансування, інституційну належність та конфлікти інтересів. Повідомлення за результатами дослідження, оформлені не у відповідності до принципів цієї Декларації, не повинні прийматися до публікації.

#### С. ДОДАТКОВІ ПРИНЦИПИ ДЛЯ МЕДИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ, ПОЄДНАНИХ З МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ

31. Лікар може поєднувати медичні дослідження з наданням медичної допомоги лише до тих пір, поки дослідження виправдане своїм потенційним

профілактичним, діагностичним або терапевтичним значенням, та за умови, що лікар має підстави вважати, що участь у дослідженні не спричинить несприятливого ефекту на здоров'я пацієнтів, що виступають як об'єкти дослідження.

32. Користь, ризики, складнощі та ефективність нових заходів повинні оцінюватись у порівнянні з кращими випробуваними на даний момент заходами, за виключенням наступних обставин:

— використання плацебо або відсутність лікування може застосовуватись для порівняння у випадках, коли на даний момент не існує випробуваних заходів; або

— якщо з переконливих та науково обґрунтованих причин необхідно використовувати плацебо для того, щоб встановити ефективність чи безпечність втручання, і пацієнт, що отримує плацебо або не отримує лікування, не піддається якому-небудь ризику серйозної чи незворотної шкоди. Особливу увагу слід приділяти запобіганню зловживання цим варіантом.

33. По завершенню дослідження пацієнти, що брали в ньому участь, мають право отримати інформацію про результати дослідження та скористатися перевагами, отриманими в ході дослідження, наприклад, доступом до заходів, котрі в ході дослідження були визначені як благотворні, або до інших належних форм догляду чи пільг.

34. Лікар повинен повною мірою інформувати пацієнта про те, які аспекти допомоги пов'язані з дослідженням. Відмова пацієнта від участі в дослідженні або рішення пацієнта вийти з дослідження не повинне відображатися на стосунках пацієнта і лікаря.

35. При лікуванні пацієнта, за відсутності випробуваних або ефективних заходів, лікар після консультації експертів, з інформованої згоди пацієнта або його законного представника, може застосувати невипробувані заходи, якщо, на думку лікаря, вони дають надію на порятунок життя, відновлення здоров'я чи полегшення страждань. За можливості цей захід повинен стати предметом дослідження, розробленого для оцінки його безпечності та ефективності. У всіх випадках нова інформація повинна бути зафіксована і, якщо це доцільно, розголошена.

**ЄВРОПЕЙСЬКА КОНВЕНЦІЯ**  
**про захист хребетних тварин,**  
**що використовуються для дослідних та інших наукових цілей**

*Страсбург, 18 березня 1986 року*  
*European Treaty Series/123*

**Преамбула**

Держави — члени Ради Європи, які підписали цю Конвенцію, нагадуючи, що метою Ради Європи є досягнення більшого єднання між її членами та що вона бажає співпрацювати з іншими державами у справі захисту живих тварин, що використовуються для дослідних та інших наукових цілей,

- визнаючи, що людина має моральне зобов'язання поважати всіх тварин і належним чином враховувати їхню здатність страждати та пам'ятати,
- визнаючи, однак, що людині у її пошуках знань, здоров'я та безпеки необхідно використовувати тварин у тих випадках, коли існують розумні підстави вважати, що це слугуватиме поглибленню знань або відповідатиме загальним інтересам людини чи тварини, так само, як вона використовує їх для забезпечення харчування, одягу та як в'ючних тварин,
- сповнені рішучості обмежити використання тварин для дослідних та інших наукових цілей з метою замінити таке використання, коли це практично можливо, зокрема альтернативними заходами і заохоченням до використання цих альтернативних заходів,
- бажаючи прийняти спільні положення для захисту тварин, що використовуються у тих процедурах, які можуть спричинити біль, страждання, занепокоєння чи завдати тривалої шкоди, а також бажаючи забезпечити якнайменше застосування таких процедур у випадках, коли вони є неминучими,
- погодились про таке:

**Частина I**  
**ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ**

Стаття 1

1. Ця Конвенція застосовується до будь-якої тварини, що використовується або призначена для використання у будь-якій дослідній або іншій науковій процедурі, якщо така процедура може спричинити біль, страждання, занепокоєння чи завдати тривалої шкоди. Вона не застосовується до жодної недослідної сільськогосподарської або клінічної ветеринарної практики.

2. У цій Конвенції:

а) «тварина», якщо інше не зазначене, означає будь-яку живу хребетну тварину, що не належить до людського роду, включаючи непаразитуючі та/або відтворюючі личинкові форми, за винятком інших зародкових чи ембріональних форм;

б) «призначена для використання» означає тварину, що розводиться або утримується з метою продажу, володіння або використання у будь-якій дослідній або іншій науковій процедурі;

в) «процедура» означає будь-яке дослідне або інше наукове використання тварини, яке може спричинити біль, страждання, занепокоєння чи завдати тривалої шкоди, включаючи будь-яке втручання, що має на меті або може призвести до народження тварини у будь-яких таких умовах, але за винятком найменш болючих методів, що прийняті у сучасній практиці (тобто «гуманних» методів) умертвіння або клеймування тварини. Процедура розпочинається, коли тварину вперше готують для використання, і закінчується у разі відсутності подальших міркувань щодо цієї процедури; запобігання болю, стражданню, занепокоєнню чи тривалій шкоді за допомогою ефективного використання анестезії або знеболювання чи інших методів не є підставою для виключення використання тварини із сфери цього визначення;

г) «компетентна особа» означає будь-яку особу, яка вважається Стороною такою, що має компетенцію здійснювати на її території відповідні функції, визначені у цій Конвенції;

е) «уповноважений орган» означає на території тієї чи іншої Сторони будь-яку установу, організацію чи особу, призначену для виконання відповідного завдання;

ф) «установа» означає будь-яку постійну чи пересувну установу, будь-яку будівлю, групу будівель або інші приміщення, включаючи територію, яка не повністю облаштована огорожею чи покрівлею;

г) «установа-розплідник» означає будь-яку установу, в якій тварини розводяться з метою їхнього використання у процедурах;

д) «установа-постачальник» означає будь-яку установу, за винятком установи-розплідника, з якої тварини постачаються для їхнього використання у процедурах;

е) «установа-користувач» означає будь-яку установу, в якій тварини використовуються у процедурах;

ж) «гуманний метод умертвіння» означає умертвіння тварини з якнайменшими фізичними та психічними стражданнями, властивими видам тварин.

Стаття 2

Процедура може здійснюватися лише з однією чи більше з нижченаведених цілей та з урахуванням обмежень, передбачених цією Конвенцією:

а) I) запобігання захворюванню, хворобливому стану чи іншим відхиленням або їхнім наслідкам у людини, хребетних або безхребетних тварин чи рослин, включаючи виробництво та перевірку якості, ефективності та безпечності ліків, речовин або продукції;

II) діагностика чи лікування хвороби, хворобливого стану або інших відхилень чи їхніх наслідків у людини, хребетних або безхребетних тварин чи рослин;

б) визначення, оцінка, регулювання чи зміна фізіологічного стану людини, хребетних і безхребетних тварин чи рослин;

с) охорона навколишнього середовища;

д) наукові дослідження;

е) освіта та професійна підготовка;

ф) судова експертиза.

### Стаття 3

Кожна Сторона зобов'язується вжити всіх необхідних заходів для запровадження положень цієї Конвенції та забезпечення ефективної системи контролю та нагляду якнайшвидше та у будь-якому випадку упродовж п'яти років від дати набрання чинності цією Конвенцією стосовно відповідної Сторони.

### Стаття 4

Жодне з положень цієї Конвенції не зашкоджує свободі Сторін вживати більш суворих заходів для захисту тварин, що використовуються у процедурах, або для контролю за використанням тварин у процедурах і обмеження такого використання.

## Частина II ЗАГАЛЬНИЙ ДОГЛЯД І ПРИМІЩЕННЯ

### Стаття 5

1. Будь-яка тварина, що використовується або призначена для використання у тій чи іншій процедурі, забезпечується приміщенням, відповідним середовищем існування, якнайменш мінімальною свободою пересування, їжею, водою та доглядом, що відповідають вимогам її стану здоров'я та умовам утримання. Будь-яке обмеження можливостей тварини задовольняти свої фізіологічні та етологічні потреби має бути якнайменшим, коли це практично можливо. Під час виконання цього пункту слід враховувати керівні принципи розміщення тварин та догляду за ними, що викладені у додатку А до цієї Конвенції.

2. Середовище, у якому тварини розводяться, утримуються або використовуються, перевіряється щоденно.

3. Умови утримання та стан здоров'я тварин обстежуються достатньо ретельно і регулярно для того, щоб запобігати болю або стражданню, занепокоєнню чи тривалій шкоді, що можуть бути відвернуті.

4. Кожна Сторона визначає заходи, які забезпечують якнайшвидше усунення будь-яких виявлених недоліків або страждань.

## **Частина II ЗДІЙСНЕННЯ ПРОЦЕДУРИ**

### Стаття 6

1. Процедура не здійснюється ні з однією з цілей, визначених у статті 2, якщо помірено та практично існує інший задовільний з наукової точки зору метод, який не вимагає використання тварини.

2. Кожна Сторона має заохочувати наукові дослідження у галузі розробки методів, які можуть забезпечити таку саму інформацію, що отримується під час процедур.

### Стаття 7

У разі необхідності здійснення тієї чи іншої процедури вибір видів тварин ретельно розглядається і, коли це необхідно, пояснюється уповноваженому органу; серед процедур вибираються ті, які використовують мінімальну кількість тварин, спричиняють якнайменше болю, страждань, занепокоєння чи тривалої шкоди, та які найвірогідніше призведуть до задовільних результатів.

### Стаття 8

Процедура здійснюється під загальною чи місцевою анестезією або знеболюванням чи за допомогою інших методів, які спрямовані на усунення, коли це практично можливо, болю, страждань, занепокоєння чи тривалої шкоди і застосовуються під час всієї процедури, якщо:

а) біль, що спричиняється процедурою, є не меншим, ніж порушення нормального стану тварини внаслідок застосування анестезії чи знеболювання, або

б) застосування анестезії чи знеболювання не є несумісним з метою процедури. У таких випадках для заборони здійснення такої процедури без необхідності вживаються відповідні законодавчі та/або адміністративні заходи.

### Стаття 9

1. Якщо тварину планується використати у процедурі, яка завдасть їй або може завдати гострого болю, що вірогідно продовжуватиметься, про таку процедуру має бути спеціально заявлено уповноваженому органу, вона повинна бути обґрунтована або на неї має бути отриманий спеціальний дозвіл такого органу.



2. Для забезпечення заборони здійснення такої процедури без необхідності, вживаються відповідні законодавчі та/або адміністративні заходи.

Такі заходи включають:

- або надання уповноваженим органом спеціального дозволу;
- або подання спеціальної заяви про таку процедуру уповноваженому органу, а також оскарження цим органом у судовому чи адміністративному порядку, якщо він переконаний, що процедура не має достатньо важливого значення для задоволення головних потреб людини чи тварини, включаючи вирішення наукових проблем.

#### Стаття 10

Під час процедури до тварини, що використовується, застосовуються положення статті 5, за винятком випадків, коли ці положення є несумісними з метою процедури.

#### Стаття 11

1. Після закінчення процедури приймається рішення щодо того, чи тварина залишається живою, чи вона умертвляється гуманним методом. Тварина не повинна залишатися живою, якщо, навіть у випадку відновлення її стану здоров'я до нормального в усіх інших відношеннях, вона вірогідно страждатиме від тривалого болю чи занепокоєння.

2. Рішення, згадані у пункті 1 цієї статті, приймаються компетентною особою, зокрема ветеринаром, або особою, яка згідно зі статтею 13 відповідає за процедуру або здійснила процедуру.

3. Якщо після закінчення процедури:

а) тварина має бути залишена живою, їй надається відповідний до її стану здоров'я догляд, забезпечується нагляд ветеринара або іншої компетентної особи і вона утримується в умовах, що відповідають вимогам статті 5. Однак дотримання умов, визначених у цьому підпункті, може бути не обов'язковим, якщо, на думку ветеринара, тварина не страждатиме внаслідок недотримання цих умов;

б) тварина не повинна залишатися живою або до неї не можуть бути застосовані положення статті 5 для відновлення її нормального стану, вона умертвляється гуманним методом якнайшвидше.

4. Тварина, яка була використана у процедурі, що спричиняє гострий або тривалий біль чи страждання, незалежно від застосування анестезії чи знеболювання, використовується у новій процедурі тільки після відновлення її стану здоров'я до нормального та за умови, якщо:

- а) під час нової процедури до тварини застосовується загальна анестезія, яка підтримується, поки тварина не буде умертвлена; або
- б) нова процедура передбачає лише незначні втручання.

Стаття 12

Незважаючи на інші положення цієї Конвенції, за необхідності для законних цілей процедури уповноважений орган може дозволити випустити відповідну тварину на свободу, якщо він переконаний у тому, що для забезпечення нормального стану тварини був здійснений максимальний практичний догляд. Здійснення процедур лише в освітніх цілях або цілях професійної підготовки не дозволяється, якщо процедури передбачають випуск тварини на свободу.

**Частина IV**  
**ДОЗВІЛ**

Стаття 13

Для цілей, визначених у статті 2, процедура може здійснюватися лише уповноваженими особами або під безпосереднім контролем уповноваженої особи, або якщо відповідний дослідний чи інший науковий проект санкціоновано згідно з положеннями національного законодавства. Дозвіл видається тільки тим особам, які, на думку уповноваженого органу, є компетентними.

**Частина V**  
**УСТАНОВИ-РОЗПЛІДНИКИ АБО**  
**УСТАНОВИ-ПОСТАЧАЛЬНИКИ**

Стаття 14

Установи-розплідники та установи-постачальники реєструються в уповноваженому органі, за винятком випадків звільнення від реєстрації згідно зі статтею 21 або статтею 22. Такі зареєстровані установи дотримуються вимог статті 5.

Стаття 15

Під час реєстрації, передбаченої у статті 14, зазначається відповідальна за установу особа, яка має бути компетентною для того, щоб здійснювати або організувати належний догляд за тваринами тих видів, що розводяться або утримуються в установі.

Стаття 16

1. Зареєстровані установи-розплідники вживають заходів для ведення реєстру тварин, що розводяться, в якому зазначаються кількість та види тварин, що вибувають з розплідника, дата їхнього вибуття та назва і адреса отримувача.

2. Зареєстровані установи-постачальники вживають заходів для ведення реєстру, в якому зазначаються кількість та види тварин, що надходять та

вибувають, дата їхнього надходження та вибуття, постачальник відповідних тварин, а також назва і адреса отримувача.

3. Уповноважений орган визначає коло даних, які мають реєструватися і надаватися йому особами, що відповідають за установи, згадані у пунктах 1 і 2 цієї статті; такі дані зберігаються якнайменш упродовж трьох років від дати останнього запису.

#### Стаття 17

1. У будь-якій установі кожний собака та кіт мають індивідуальне та постійне клеймо, яке проставляється у якнайменш болючий спосіб до відлучення від матері.

2. Якщо неклеймований собака чи кіт надходить в установу вперше після відлучення від матері, він клеймується якнайшвидше.

3. Якщо собака чи кіт передається з однієї установи до іншої до моменту відлучення від матері і якщо клеймувати його попередньо видається неможливим, реєстраційний документ на нього, що містить повну інформацію із зазначенням, зокрема, його матері, зберігається до моменту його клеймування.

4. Подобиці спорідненості та походження кожного собаки чи kota заносяться в реєстр установи.

### Частина VI УСТАНОВИ-КОРИСТУВАЧІ

#### Стаття 18

Установи-користувачі реєструються уповноваженим органом або іншим чином затверджуються ним, і вони дотримуються умов, визначених у статті 5.

#### Стаття 19

Установи-користувачі вживають заходів для забезпечення устаткування та обладнання з урахуванням видів тварин, що використовуються, та процедур, що здійснюються в цих установах. Для отримання надійних результатів з використанням мінімальної кількості тварин і мінімального ступеня болю, страждань, занепокоєння чи тривалої шкоди, дизайн, технічне виконання та функціонування такого устаткування і обладнання мають забезпечувати якнайефективніше здійснення процедур.

#### Стаття 20

В установах-користувачах:

- a) призначається особа (особи), яка несе адміністративну відповідальність за догляд за тваринами та роботу обладнання;
- b) забезпечується у достатній кількості підготовлений персонал;

- с) вживаються відповідні заходи для забезпечення консультацій ветеринара та лікування;
- d) на ветеринара або іншу компетентну особу покладаються консультативні обов'язки у тому, що стосується нормального стану тварин.

#### Стаття 21

1. Тварини видів, наведених нижче, які використовуються у процедурах, отримуються безпосередньо із зареєстрованих установ-розплідників або походять з них, за винятком випадків загального або спеціального звільнення від реєстрації у порядку, який визначається відповідною Стороною:

Миша	Mus musculus
Пацюк	Rattus norvegicus
Морська свинка	Cavia porcellus
Золотистий хом'як	Mesocricetus auratus
Кріль	Oryctolagus cuniculus
Собака	Canis familiaris
Кіт	Felis catus
Звичайний перепел	Coturnix coturnix

2. Кожна Сторона зобов'язується поширити дію положень пункту 1 цієї статті на інші види, зокрема на ряд приматів, у разі наявності розумних перспектив постачання достатньої кількості тварин відповідних видів, що розводяться для відповідних цілей.

3. Бездомні тварини свійських видів у процедурах не використовуються. Загальне звільнення від реєстрації, передбачене пунктом 1 цієї статті, не може поширюватися на бездомних собак або котів.

#### Стаття 22

Установи-користувачі використовують тільки тварин, що постачаються із зареєстрованих установ-розплідників або установ-постачальників, за винятком випадків загального або спеціального звільнення від реєстрації у порядку, який визначається відповідною Стороною.

#### Стаття 23

Із дозволу уповноваженого органу процедури можуть здійснюватися за межами установ-користувачів.

#### Стаття 24

Установи-користувачі вживають заходів для ведення реєстру даних і їхнього надання на вимогу уповноваженого органу. Зокрема, ці дані мають бути достатніми для задоволення вимог статті 27 і, крім того, вони мають

містити кількість та види всіх отриманих тварин, інформацію про те, від кого вони були отримані, а також дату їхнього надходження.

## **Частина VII ОСВІТА ТА ПРОФЕСІЙНА ПІДГОТОВКА**

### Стаття 25

1. Процедури, що здійснюються для цілей освіти, професійної підготовки чи перепідготовки з різних спеціальностей або для виконання іншої діяльності, включаючи догляд за тваринами, які використовуються або призначені для використання у процедурах, обов'язково мають повідомлятися уповноваженому органу та мають здійснюватися компетентною особою особисто або під наглядом компетентної особи, яка відповідатиме за забезпечення відповідності процедур національному законодавству з урахуванням положень цієї Конвенції.

2. Здійснення процедур, що мають на меті освіту, професійну підготовку або перепідготовку в цілях, які не передбачені у пункті 1 вище, забороняється.

3. Процедури, згадані у пункті 1 цієї статті, обмежуються процедурами, які виключно необхідні для цілей відповідної освіти чи професійної підготовки, і здійснювати їх дозволяється тільки у випадках, коли їхня мета не може бути досягнута аудіовізуальними методами порівняної ефективності або будь-якими іншими відповідними засобами.

### Стаття 26

Особи, які здійснюють процедури або беруть участь у процедурах, або доглядають за тваринами, що використовуються у процедурах, включаючи нагляд, повинні мати відповідні освіти та професійну підготовку.

## **Частина VIII СТАТИСТИЧНА ІНФОРМАЦІЯ**

### Стаття 27

1. Кожна Сторона збирає статистичну інформацію про використання тварин у процедурах, і ця інформація, коли це є законним, надається громадськості.

2. Інформація збирається стосовно:

- а) кількості та видів тварин, що використовуються у процедурах;
- б) кількості тварин визначених категорій, що використовуються у процедурах, які безпосередньо стосуються медицини та освіти і професійної підготовки;
- в) кількості тварин визначених категорій, що використовуються у процедурах, які мають на меті захист людини та охорону навколишнього середовища;

d) кількості тварин визначених категорій, що використовуються у процедурах, передбачених законом.

#### Стаття 28

1. Кожна Сторона щорічно із дотриманням вимог національного законодавства, що стосується таємності та конфіденційності, надає Генеральному секретарю Ради Європи інформацію стосовно категорій даних, зазначених у пункті 2 статті 27, яка подається у форматі, визначеному у додатку В до цієї Конвенції.

2. Генеральний секретар Ради Європи опубліковує статистичну інформацію, отриману від Сторін стосовно категорій даних, зазначених у пункті 2 статті 27.

3. Кожній Стороні пропонується повідомити Генеральному секретарю Ради Європи адресу свого національного органу, який на прохання може надавати інформацію про більш докладні статистичні національні дані. Такі адреси включатимуться у публікації статистичних даних, що видаватимуться Генеральним секретарем Ради Європи.

### **Частина ІХ** **ВИЗНАННЯ ПРОЦЕДУР, ЩО ЗДІЙСНЮЮТЬСЯ** **НА ТЕРИТОРІЇ ІНШОЇ СТОРОНИ**

#### Стаття 29

1. З метою запобігання зайвому дублюванню процедур, що передбачені законодавством про охорону здоров'я та безпеку, кожна Сторона, коли це практично можливо, визнає результати процедур, що здійснюються на території іншої Сторони.

2. Для цього Сторони зобов'язуються, коли це практично можливо і законно, надавати одна одній взаємну допомогу, зокрема шляхом надання інформації про їхні законодавство та адміністративну практику, які стосуються умов здійснення процедур з метою обґрунтування прохань про реєстрацію продукції, а також надійної інформації про процедури, що здійснюються на їхній території та про дозволи або будь-які інші адміністративні подробиці, що стосуються цих процедур.

### **Частина Х** **БАГАТОСТОРОННІ КОНСУЛЬТАЦІЇ**

#### Стаття 30

Протягом п'яти років після набрання цією Конвенцією чинності та один раз на п'ять років після цього або частіше, якщо цього вимагає більшість Сторін, Сторони проводять багатосторонні консультації під егідою Ради Європи

для розгляду питання про застосування цієї Конвенції, а також про доцільність її перегляду чи поширення дії будь-якого з її положень. Ці консультації відбуваються на засіданнях, що скликаються Генеральним секретарем Ради Європи. Не пізніше двох місяців до засідання Сторони повідомляють Генеральному секретарю Ради Європи прізвище свого представника.

## **Частина XI ЗАКЛЮЧНІ ПОЛОЖЕННЯ**

### Стаття 31

Цю Конвенцію відкрито для підписання державами — членами Ради Європи та Європейськими співтовариствами. Вона підлягає ратифікації, прийняттю або затвердженню. Ратифікаційні грамоти або документи про прийняття чи затвердження здаються на зберігання Генеральному секретарю Ради Європи.

### Стаття 32

1. Ця Конвенція набирає чинності в перший день місяця, що настає після закінчення шестимісячного періоду від дати, на яку чотири держави — члени Ради Європи висловили свою згоду на обов'язковість для них Конвенції відповідно до положень статті 31.

2. Стосовно будь-якого Учасника цієї Конвенції, який висловлюватиме свою згоду на обов'язковість для нього Конвенції після набрання нею чинності, ця Конвенція набирає чинності в перший день місяця, що настає після закінчення шестимісячного періоду від дати здачі на зберігання ратифікаційної грамоти або документа про прийняття чи затвердження.

### Стаття 33

1. Після набрання цією Конвенцією чинності Комітет міністрів Ради Європи може запропонувати будь-якій державі, яка не є членом Ради, приєднатися до цієї Конвенції у рішенні, що приймається більшістю голосів, передбаченою у статті 20 d Статуту Ради Європи (994\_001), і одностайним голосуванням представників Договірних Держав, які мають право засідати в Комітеті.

2. Стосовно будь-якої держави, що приєдналася до цієї Конвенції, Конвенція набирає чинності в перший день місяця, що настає після закінчення шестимісячного періоду від дати здачі на зберігання документа про приєднання Генеральному секретарю Ради Європи.

### Стаття 34

1. Будь-який Учасник цієї Конвенції під час підписання або здачі на зберігання своєї ратифікаційної грамоти або свого документа про прийняття,

затвердження чи приєднання може зробити одне або більше застережень. Однак жодні застереження стосовно статей 1—14 або статей 18—20 не дозволяються.

2. Будь-яка Сторона, яка заявила застереження згідно з попереднім пунктом, може повністю або частково відкликати його шляхом подання відповідного повідомлення на ім'я Генерального секретаря Ради Європи. Відкликання набирає чинності від дати отримання Генеральним секретарем такого повідомлення.

3. Сторона, яка заявила застереження щодо положення цієї Конвенції, не може вимагати застосування цього положення будь-якою іншою Стороною; однак, якщо її застереження є частковим або умовним, вона може вимагати застосування цього положення у тому обсязі, в якому вона сама його прийняла.

#### Стаття 35

1. Будь-який Учасник цієї Конвенції під час підписання або здачі на зберігання своєї ратифікаційної грамоти або свого документа про прийняття, затвердження чи приєднання може визначити територію (території), до якої застосовуватиметься ця Конвенція

2. Будь-яка Сторона може в будь-який інший час після цього заявою на ім'я Генерального секретаря Ради Європи поширити дію цієї Конвенції на будь-яку іншу територію, визначену в цій заяві. Щодо такої території Конвенція набирає чинності в перший день місяця, що настає після закінчення шестимісячного періоду від дати отримання такої заяви Генеральним секретарем.

3. Будь-яка заява, зроблена відповідно до двох попередніх пунктів, може стосовно будь-якої території, визначеної в цій заяві, бути відкликана шляхом подання відповідного повідомлення на ім'я Генерального секретаря. Відкликання набирає чинності в перший день місяця, що настає після закінчення шестимісячного періоду від дати отримання такого повідомлення Генеральним секретарем.

#### Стаття 36

1. Будь-яка Сторона може в будь-який час денонсувати цю Конвенцію шляхом подання відповідного повідомлення на ім'я Генерального секретаря Ради Європи.

2. Така денонсація набирає чинності в перший день місяця, що настає після закінчення шестимісячного періоду від дати отримання такого повідомлення Генеральним секретарем.

#### Стаття 37

Генеральний секретар Ради Європи повідомляє держави — члени Ради Європи, Європейські співтовариства та будь-яку державу, що приєдналася до цієї Конвенції, про:



- a) будь-яке підписання;
- b) здачу на зберігання будь-якої ратифікаційної грамоти або будь-якого документа про прийняття, затвердження чи приєднання;
- c) будь-яку дату набрання чинності цією Конвенцією відповідно до статей 32, 33 і 35;
- d) будь-яку іншу дію, будь-яке повідомлення або сповіщення, які стосуються цієї Конвенції.

На посвідчення чого нижчепідписані, належним чином на те уповноважені представники підписали цю Конвенцію.

Вчинено у Страсбурзі вісімнадцятого дня березня місяця 1986 року англійською та французькою мовами, причому обидва тексти є однаково автентичними, в одному примірнику, який зберігатиметься в архіві Ради Європи. Генеральний секретар Ради Європи надсилає засвідчені копії цієї Конвенції кожній державі — члену Ради Європи, Європейським співтовариствам і будь-якій державі, якій було запропоновано приєднатися до цієї Конвенції.

**ПОЛОЖЕННЯ  
ПРО ВИКОРИСТАННЯ ТВАРИН  
В БІОМЕДИЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ**

*Прийнято 41-ю Всесвітньою медичною асамблеєю,  
Гонконг, вересень 1989*

**Преамбула**

Біомедичні дослідження важливі для здоров'я і благополуччя кожної людини в нашому суспільстві. Успіхи біомедичних досліджень суттєво підвищили якість життя і збільшили тривалість життя по всьому світу. Однак можливість наукового співтовариства продовжувати роботу з поліпшення особистого та суспільного здоров'я знаходиться під загрозою через рух за заборону використання тварин у біомедичних дослідженнях. Цей рух очолюється групою радикально налаштованих борців за права тварин. Погляди цих людей дуже багато в чому розходяться з громадською думкою, а тактика включає в себе використання всіх засобів, від витонченого лобювання, вишукування фінансів, пропаганди та дезінформації до насильницьких дій по відношенню до дослідних установ і окремих учених.

Результати насильницьких дій захисників тварин приголомшливі. Тільки у Сполучених Штатах Америки з 1980 року групи захисту тварин здійснили 29 нальотів на дослідницькі установи США, викрали понад 2000 тварин, заподіявши матеріальних збитків на суму 7 мільйонів доларів і звівши нанівець роки наукових досліджень. Подібну діяльність здійснювали групи захисту тварин у Великобританії, Західній Європі, Канаді та Австралії. Різні групи в цих країнах взяли на себе відповідальність за вибухи машин, установ, магазинів і приватних будинків дослідників.

Насильство груп захисту тварин привело в смуток наукове співтовариство всього світу. Учені, дослідницькі організації та університети були змушені змінити або навіть перервати дослідні роботи, де використовувалися тварини. Лабораторії були змушені витратити тисячі доларів з дослідницьких фондів на придбання складного захисного обладнання. Молоді люди, які могли б присвятити свою діяльність біомедичним дослідженням, йдуть на інші професійні терени.

Незважаючи на зусилля багатьох груп, які намагаються зберегти біомедичні дослідження від захисників тварин, відповідні дії на рух захисту прав тварин були уривчастими, недостатньо фінансувалися і носили, головним чином, захисний характер. Багато груп біомедичної спільноти не зважуються публічно висловлювати своє ставлення до дій захисників тварин через

острах нападок у відповідь. У результаті дослідницьке співтовариство було поставлено в оборонну позицію. Мотиви спільноти і необхідність використання тварин в дослідженнях постійно піддаються сумнівам.

У той час як дослідження на тваринах необхідні для поліпшення медичної допомоги для всіх людей, ми усвідомлюємо також, що повинно бути забезпечено гуманне поводження з піддослідними тваринами. Має проводитися відповідне навчання всього дослідницького персоналу, а також повинен забезпечуватися адекватний ветеринарний догляд. Дослідження повинні відповідати всім правилам і нормам, обумовлюватися умови житла, догляду, лікування та транспортування тварин.

Міжнародні медичні і наукові організації повинні розробити більш сильну і ефективну кампанію у відповідь на зростаючу загрозу здоров'ю суспільству з боку дій захисників тварин. Повинні бути забезпечені керівництво та координація.

Всесвітня медична асоціація (ВМА) стверджує такі принципи.

1. Використання тварин у біомедичних дослідженнях є важливим для подальшого медичного прогресу.

2. Гельсінська декларація ВМА (990\_005) вимагає, щоб біомедичні дослідження на людині мали в основі експерименти на тваринах, але вона також вимагає, щоб приймалося до уваги благополуччя тварин, яких використовують для дослідження.

3. Важливим є гуманне поводження з тваринами, які використовують в біомедичних експериментах.

4. Від усіх дослідних установ слід вимагати дотримання всіх керівних принципів щодо гуманного поводження з тваринами.

5. Медичні суспільства повинні перешкоджати будь-яким спробам не допустити прийняттого використання тварин в біомедичних дослідженнях, оскільки таке втручання піддасть ризику допомогу пацієнтові.

6. Хоча свобода слова не повинна порушуватися, анархістські елементи серед активістів руху із захисту тварин мають бути засуджені.

7. У всьому світі повинна бути засуджена практика використання погроз, залякування, насильства та особистого тиску по відношенню до учених та їх сімей.

8. Від міжнародних правоохоронних організацій потрібно вимагати якомога більших координованих зусиль для захисту дослідників і дослідницьких установ від терористів.

## КОНВЕНЦІЯ ПРО ПРАВА ІНВАЛІДІВ

*(Додатково див. Факультативний Протокол  
до Конвенції (995\_g72 ) від 13.12.2006)*

*(Конвенцію ратифіковано Законом  
N1767- VI ( 1767-17) від 16.12.2009 )*

*Статус Конвенції див. (995J55)*

*Дата підписання: 13.12.2006*

*Дата ратифікації Україною: 16.12.2009*

*Дата набрання чинності для України: 06.03.2010*

Держави — учасниці цієї Конвенції домовилися про таке:

### Стаття 1 МЕТА

Мета цієї Конвенції полягає в заохоченні, захисті й забезпеченні повного й рівного здійснення всіма інвалідами всіх прав людини й основоположних свобод, а також у заохоченні поважання притаманного їм достоїнства.

До інвалідів належать особи зі стійкими фізичними, психічними, інтелектуальними або сенсорними порушеннями, які під час взаємодії з різними бар'єрами можуть заважати їхній повній та ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими.

### Стаття 2 ВИЗНАЧЕННЯ

*Для цілей цієї Конвенції:*

«спілкування» включає використання мов, текстів, абетки Брайля, тактильного спілкування, великого шрифту, доступних мультимедійних засобів, так само, як і друкованих матеріалів, аудіозасобів, звичайної мови, читців, а також підсилювальних і альтернативних методів, способів та форматів спілкування, зокрема доступної інформаційно-комунікаційної технології;

«мова» включає мовленнєві й жестові мови та інші форми немовленнєвих мов;

«дискримінація за ознакою інвалідності» означає будь-яке розрізнення, виключення чи обмеження з причини інвалідності, метою або результатом якого є применшення або заперечення визнання, реалізації або здійснення нарівні з іншими всіх прав людини й основоположних свобод у політичній, економічній, соціальній, культурній, цивільній чи будь-якій іншій сфері. Вона включає всі форми дискримінації, у тому числі відмову в розумному пристосуванні;

«розумне пристосування» означає внесення, коли це потрібно в конкретному випадку, необхідних і додатних модифікацій і корективів, що не стають надмірним чи невиправданим тягарем, для забезпечення реалізації або здійснення інвалідами нарівні з іншими всіх прав і основоположних свобод людини;

«універсальний дизайн» означає дизайн предметів, обстановки, програм та послуг, покликаний зробити їх максимально придатними для використання для всіх людей без необхідності адаптації чи спеціального дизайну. «Універсальний дизайн» не виключає допоміжних пристроїв для конкретних груп інвалідів, де це необхідно.

### Стаття 3 ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ

Принципами цієї Конвенції є:

- a) повага до притаманного людині достоїнства, її особистої самостійності, зокрема свободи робити власний вибір, і незалежності;
- b) недискримінація;
- c) повне й ефективне залучення та включення до суспільства;
- d) повага до особливостей інвалідів і прийняття їх як компонента людської різноманітності й частини людства;
- e) рівність можливостей;
- f) доступність;
- g) рівність чоловіків і жінок;
- h) повага до таких здібностей дітей-інвалідів, які розвиваються, і повага до права дітей-інвалідів зберігати свою індивідуальність.

### Стаття 4 ЗАГАЛЬНІ ЗОБОВ'ЯЗАННЯ

1. Держави-учасниці зобов'язуються забезпечувати й заохочувати повну реалізацію всіх прав людини й основоположних свобод всіма інвалідами без будь-якої дискримінації за ознакою інвалідності. Із цією метою держави-учасниці зобов'язуються:

- a) вживати всіх належних законодавчих, адміністративних та інших заходів для здійснення прав, що визнаються в цій Конвенції;

б) вживати всіх належних заходів, зокрема законодавчих, для зміни чи скасування існуючих законів, постанов, звичаїв та підвалин, які є дискримінаційними стосовно інвалідів;

с) ураховувати в усіх стратегіях і програмах захист і заохочення прав людини інвалідів;

д) утримуватися від будь-яких дій або методів, які не узгоджуються із цією Конвенцією, і забезпечувати, щоб державні органи та установи діяли відповідно до цієї Конвенції;

е) уживати всіх належних заходів для усунення дискримінації за ознакою інвалідності з боку будь-якої особи, організації або приватного підприємства;

ф) проводити або заохочувати дослідне та конструкторське розроблення товарів, послуг, устаткування та об'єктів універсального дизайну (який визначено в статті 2 цієї Конвенції), пристосування яких до конкретних потреб інваліда вимагало б якомога меншої адаптації і мінімальних витрат, сприяти наявності й використанню їх, а також просувати ідею універсального дизайну під час вироблення стандартів і керівних орієнтирів;

г) проводити або заохочувати дослідне та конструкторське розроблення, а також сприяти наявності й використанню нових технологій, зокрема інформаційно-комунікаційних технологій, засобів, що полегшують мобільність, обладнання та допоміжних технологій, придатних для інвалідів, приділяючи першочергову увагу недорогим технологіям;

h) надавати інвалідам доступну інформацію про засоби, що полегшують мобільність, обладнання та допоміжні технології, зокрема нові технології, а також інші форми допомоги, допоміжні послуги та об'єкти;

і) заохочувати викладання спеціалістам і персоналу, що працюють з інвалідами, прав, які визнаються в цій Конвенції, щоб удосконалювати надання гарантованих цими правами допомоги та послуг.

2. Що стосується економічних, соціальних та культурних прав, то кожна держава-учасниця зобов'язується вживати, максимально залучаючи наявні в неї ресурси, а у випадку необхідності — удаючись до міжнародного співробітництва, заходів для поступового досягнення повної реалізації цих прав без шкоди для тих сформульованих у цій Конвенції зобов'язань, які є безпосередньо застосовними відповідно до міжнародного права.

3. Під час розроблення і застосування законодавства та стратегій, спрямованих на виконання цієї Конвенції, і в рамках інших процесів ухвалення рішень з питань, що стосуються інвалідів, держави-учасниці тісно спілкуються з інвалідами, зокрема з дітьми-інвалідами, й активно залучають їх через організації, що їх представляють.

4. Ніщо в цій Конвенції не зачіпає будь-яких положень, які більшою мірою сприяють реалізації прав інвалідів і можуть міститися в законах держави-учасниці або нормах міжнародного права, що є чинними в цій державі. Не допускається жодне обмеження чи применшення будь-яких прав

людини й основоположних свобод, що визнаються або існують у будь-якій державі — учасниці цієї Конвенції на підставі закону, конвенцій, правил або звичаїв, під приводом, що в цій Конвенції не визнаються такі права чи свободи, або що в ній вони визнаються в меншому обсязі.

5. Положення цієї Конвенції поширюються на всі частини федеративних держав без жодних обмежень чи вилучень.

## Стаття 5 РІВНІСТЬ І НЕДИСКРИМІНАЦІЯ

1. Держави-учасниці визнають, що всі особи є рівними перед законом і мають право на рівний захист закону й рівне користування ним без будь-якої дискримінації.

2. Держави-учасниці забороняють будь-яку дискримінацію за ознакою інвалідності й гарантують інвалідам рівний та ефективний правовий захист від дискримінації на будь-якому ґрунті.

3. Для заохочення рівності й усунення дискримінації держави-учасниці вживають усіх належних заходів для забезпечення розумного пристосування.

4. Конкретні заходи, необхідні для прискорення чи досягнення фактичної рівності інвалідів, не вважаються дискримінацією за змістом цієї Конвенції.

## Стаття 6 ЖІНКИ-ІНВАЛІДИ

1. Держави-учасниці визнають, що жінки-інваліди та дівчата-інваліди піддаються множинній дискримінації, й у зв'язку із цим уживають заходів для забезпечення повного й рівного здійснення ними всіх прав людини й основоположних свобод.

2. Держави-учасниці вживають усіх належних заходів для забезпечення всебічного розвитку, поліпшення становища та розширення прав і можливостей жінок, щоб гарантувати їм здійснення й реалізацію прав людини й основоположних свобод, закріплених у цій Конвенції.

## Стаття 7 ДІТИ-ІНВАЛІДИ

1. Держави-учасниці вживають усіх необхідних заходів для забезпечення повного здійснення дітьми-інвалідами всіх прав людини й основоположних свобод нарівні з іншими дітьми.

2. У всіх діях стосовно дітей-інвалідів першочергова увага приділяється вищим інтересам дитини.

3. Держави-учасниці забезпечують, щоб діти-інваліди мали право вільно висловлювати з усіх питань, що їх зачіпають, свої погляди, які отримують належну вагомість, відповідну їхньому вікові та зрілості, нарівні з іншими дітьми й отримувати допомогу, яка відповідає інвалідності та вікові, у реалізації цього права.

## Стаття 8 ПРОСВІТНЬО-ВИХОВНА РОБОТА

1. Держави-учасниці зобов'язуються вживати невідкладних, ефективних та належних заходів, щоб:

а) підвищувати освіченість усього суспільства, зокрема на рівні сім'ї, у питаннях інвалідності й зміцнювати повагу до прав і достоїнства інвалідів;

б) вести боротьбу зі стереотипами, забобонами та шкідливими звичаями стосовно інвалідів, зокрема на ґрунті статевої належності й віку, в усіх сферах життя;

с) пропагувати потенціал і внесок інвалідів.

2. Уживані із цією метою заходи включають:

а) розгортання та ведення ефективних суспільно-просвітніх кампаній, покликаних:

I) виховувати сприйнятливість до прав інвалідів;

II) заохочувати позитивні уявлення про інвалідів і глибше розуміння їх суспільством;

III) сприяти визнанню навичок, достоїнств і здібностей інвалідів, а також їхнього внеску на робочому місці та на ринку праці;

б) виховання на всіх рівнях системи освіти, зокрема в усіх дітей, починаючи з раннього віку, шанобливого ставлення до прав інвалідів;

с) спонукання всіх органів масової інформації до такого зображення інвалідів, яке узгоджується з метою цієї Конвенції;

д) просування виховно-ознайомчих програм, присвячених інвалідам та їхнім правам.

## Стаття 9 ДОСТУПНІСТЬ

1. Щоб надати інвалідам можливість вести незалежний спосіб життя й усебічно брати участь у всіх аспектах життя, держави-учасниці вживають належних заходів для забезпечення інвалідам доступу нарівні з іншими до фізичного оточення, до транспорту, до інформації та зв'язку, зокрема інформаційно-комунікаційних технологій і систем, а також до інших об'єктів і послуг, відкритих або таких, що надаються населенню, як у міських, так і в сільських районах. Ці заходи, які включають виявлення й



усунення перепон і бар'єрів, що перешкоджають доступності, повинні поширюватися, зокрема:

а) на будинки, дороги, транспорт й інші внутрішні та зовнішні об'єкти, зокрема школи, житлові будинки, медичні заклади та робочі місця;

б) на інформаційні, комунікаційні та інші служби, зокрема електронні служби та екстрені служби.

2. Держави-учасниці вживають також належних заходів для того, щоб:

а) розробляти мінімальні стандарти й керівні орієнтири, що передбачають доступність об'єктів і послуг, відкритих або таких, що надаються населенню, вводити їх у дію та стежити за дотриманням їх;

б) забезпечувати, щоб приватні підприємства, які пропонують об'єкти й послуги, відкриті або такі, що надаються населенню, урахували всі аспекти доступності для інвалідів;

в) організовувати для всіх залучених сторін інструктаж з проблем доступності, на які натрапляють інваліди;

г) оснащувати будинки та інші об'єкти, відкриті для населення, знаками, виконаними абеткою Брайля у формі, що легко читається і є зрозумілою;

д) надавати різні види послуг помічників і посередників, зокрема провідників, читців і професійних сурдоперекладачів, для полегшення доступності будинків та інших об'єктів, відкритих для населення;

е) розвивати інші належні форми надання інвалідам допомоги та підтримки, що забезпечують їм доступ до інформації;

ж) заохочувати доступ інвалідів до нових інформаційно-комунікаційних технологій і систем, зокрема Інтернету;

з) заохочувати проектування, розроблення, виробництво й поширення первісно доступних інформаційно-комунікаційних технологій і систем, так щоб доступність цих технологій і систем досягалася за мінімальних витрат.

## Стаття 10 ПРАВО НА ЖИТТЯ

Держави-учасниці знову підтверджують невід'ємне право кожної людини на життя і вживають усіх необхідних заходів для забезпечення його ефективного здійснення інвалідами нарівні з іншими.

## Стаття 11 СИТУАЦІЯ РИЗИКУ ТА НАДЗВИЧАЙНІ ГУМАНІТАРНІ СИТУАЦІЇ

Держави-учасниці вживають відповідно до своїх зобов'язань за міжнародним правом, зокрема міжнародним гуманітарним правом та міжнародним правом з прав людини, усіх необхідних заходів для забезпечення захисту

й безпеки інвалідів у ситуаціях ризику, зокрема в збройних конфліктах, надзвичайних гуманітарних ситуаціях та під час стихійних лих.

## Стаття 12 РІВНІСТЬ ПЕРЕД ЗАКОНОМ

1. Держави-учасниці підтверджують, що кожний інвалід, де б він не знаходився, має право на рівний правовий захист.

2. Держави-учасниці визнають, що інваліди мають правоздатність нарівні з іншими в усіх аспектах життя.

3. Держави-учасниці вживають належних заходів для надання інвалідам доступу до підтримки, якої вони можуть потребувати під час реалізації своєї правоздатності.

4. Держави-учасниці забезпечують, щоб усі заходи, пов'язані з реалізацією правоздатності, передбачали належні та ефективні гарантії недопущення зловживань відповідно до міжнародного права з прав людини. Такі гарантії повинні забезпечувати, щоб заходи, пов'язані з реалізацією правоздатності, орієнтувалися на повагу до прав, волі та переваг особи, були вільні від конфлікту інтересів і недоречного впливу, були домірні обставинам цієї особи й пристосовані до них, застосовувалися протягом якомога меншого строку й регулярно перевірялися компетентним, незалежним та безстороннім органом чи судовою інстанцією. Ці гарантії повинні бути домірні тій мірі, якою такі заходи зачіпають права та інтереси цієї особи.

5. З урахуванням положень цієї статті держави-учасниці вживають усіх належних і ефективних заходів для забезпечення рівних прав інвалідів на володіння майном і його успадкування, на управління власними фінансовими справами, а також на рівний доступ до банківських позик, іпотечних кредитів та інших форм фінансового кредитування і забезпечують, щоб інваліди не позбавлялися довільно свого майна.

## Стаття 13 ДОСТУП ДО ПРАВОСУДДЯ

1. Держави-учасниці забезпечують інвалідам нарівні з іншими ефективний доступ до правосуддя, зокрема передбачаючи процесуальні та відповідні вікові корективи, які полегшують виконання ними своєї ефективної ролі прямих і опосередкованих учасників, у тому числі свідків, на всіх стадіях юридичного процесу, зокрема на стадії розслідування та інших стадіях попереднього провадження.

2. Щоб сприяти забезпеченню інвалідам ефективного доступу до правосуддя, держави-учасниці сприяють належному навчанню осіб, які працюють у сфері здійснення правосуддя, зокрема в поліції та пенітенціарній системі.

Стаття 14  
СВОБОДА ТА ОСОБИСТА НЕДОТОРКАННІСТЬ

1. Держави-учасниці забезпечують, щоб інваліди нарівні з іншими:

- а) користувалися правом на свободу та особисту недоторканність;
- б) не позбавлялися волі незаконно чи довільно й щоб будь-яке позбавлення волі відповідало законіві, а наявність інвалідності в жодному випадку не ставала підставою для позбавлення волі.

2. Держави-учасниці забезпечують, щоб у випадку, коли на підставі якої-небудь процедури інваліди позбавляються волі, у них нарівні з іншими були гарантії, що узгоджуються з міжнародним правом з прав людини, і щоб поведження з ними відповідало цілям і принципам цієї Конвенції, зокрема забезпечення розумного пристосування.

Стаття 15  
СВОБОДА ВІД КАТУВАНЬ І ЖОРСТОКИХ, НЕЛЮДСЬКИХ  
АБО ТАКИХ, ЩО ПРИНИЖУЮТЬ ГІДНІСТЬ,  
ВИДІВ ПОВОДЖЕННЯ ТА ПОКАРАННЯ

1. Ніхто не повинен піддаватися катуванням або жорстоким, нелюдським чи таким, що принижують його гідність, видам поведження або покарання. Зокрема, жодна особа не повинна без власної вільної згоди піддаватися медичним чи науковим дослідженням.

2. Держави-учасниці вживають усіх ефективних законодавчих, адміністративних, судових чи інших заходів для того, щоб інваліди нарівні з іншими не піддавалися катуванням або жорстоким, нелюдським чи таким, що принижують гідність, видам поведження та покарання.

Стаття 16  
СВОБОДА ВІД ЕКСПЛУАТАЦІЇ, НАСИЛЛЯ ТА НАРУГИ

1. Держави-учасниці вживають усіх належних законодавчих, адміністративних, соціальних, просвітніх та інших заходів для захисту інвалідів як удома, так і поза ним, від усіх форм експлуатації, насилля та наруги, зокрема від тих їхніх аспектів, які мають тендерне підґрунтя.

2. Держави-учасниці вживають також усіх належних заходів для недопущення всіх форм експлуатації, насилля та наруги, забезпечуючи, зокрема, придатні форми надання допомоги і підтримки, що враховує вікову-статеву специфіку інвалідів, їхнім сім'ям та особам, які здійснюють догляд за інвалідами, зокрема шляхом ознайомлення й освіти з питання про те, як уникати проявів експлуатації, насилля та наруги, визначати їх та повідомляти про них. Держави-учасниці забезпечують, щоб послуги з надання

захисту надавалися з урахуванням віково-статевої специфіки й фактора інвалідності.

3. Прагнучи запобігати проявам усіх форм експлуатації, насилля та наруги, держави-учасниці забезпечують, щоб усі установи та програми, призначені для обслуговування інвалідів, перебували під ефективним наглядом з боку незалежних органів.

4. Держави-учасниці вживають усіх належних заходів для сприяння фізичному, когнітивному та психологічному відновленню, реабілітації та соціальній реінтеграції інвалідів, які стали жертвами будь-якої форми експлуатації, насилля чи наруги, зокрема шляхом послуг з надання захисту. Такі відновлення та реінтеграція відбуваються в обстановці, що сприяє зміцненню здоров'я, благополуччя, самоповаги, достоїнства та самостійності відповідної особи, і здійснюються з урахуванням потреб, зумовлених віково-статевою специфікою.

5. Держави-учасниці приймають ефективні законодавство та стратегії, зокрема орієнтовані на жінок і дітей, для забезпечення того, щоб випадки експлуатації, насилля та наруги стосовно інвалідів виявлялися, розслідувалися та в належних випадках переслідувалися.

## Стаття 17 ЗАХИСТ ОСОБИСТОЇ ЦІЛІСНОСТІ

Кожний інвалід має право на повагу до його фізичної та психічної цілісності нарівні з іншими.

## Стаття 18 СВОБОДА ПЕРЕСУВАННЯ ТА ГРОМАДЯНСТВО

1. Держави-учасниці визнають права інвалідів на свободу пересування, на свободу вибору місця проживання та на громадянство нарівні з іншими, зокрема шляхом забезпечення того, щоб інваліди:

- a) мали право набувати й змінювати громадянство та не позбавлялися свого громадянства довільно чи з причини інвалідності;
- b) не позбавлялися з причини інвалідності можливості отримувати документи, що підтверджують їхнє громадянство, чи будь-які інші документи, що засвідчують їхню особу, володіти такими документами й користуватися ними чи використовувати відповідні процедури, наприклад імміграційні, які можуть бути необхідні для полегшення здійснення права на свободу пересування;
- c) мали право вільно залишати будь-яку країну, зокрема власну;
- d) не позбавлялися довільно або з причини інвалідності права на в'їзд до власної країни.

2. Діти-інваліди реєструються відразу після народження та з моменту народження мають право на ім'я та на набуття громадянства, а також на право знати своїх батьків і право на їхню турботу.

### Стаття 19 САМОСТІЙНИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ І ЗАЛУЧЕННЯ ДО МІСЦЕВОЇ СПІЛЬНОТИ

Держави—учасниці цієї Конвенції визнають рівне право всіх інвалідів жити у звичайних місцях проживання, коли варіанти вибору є рівними з іншими людьми, і вживають ефективних і належних заходів для того, щоб сприяти повній реалізації інвалідами цього права та повному включенню і залученню їх до місцевої спільноти, зокрема забезпечуючи, щоб:

- a) інваліди мали можливість вибирати нарівні з іншими людьми своє місце проживання й те, де й з ким проживати, і не були зобов'язані проживати в якихось визначених житлових умовах;
- b) інваліди мали доступ до різного роду послуг, що надаються вдома, за місцем проживання, та інших допоміжних послуг на базі місцевої спільноти, зокрема персональної допомоги, необхідної для підтримки життя в місцевій спільноті та включення до неї, а також для недопущення ізоляції або сегрегації від місцевої спільноти;
- c) послуги та об'єкти колективного користування, призначені для населення в цілому, були рівною мірою доступні для інвалідів і відповідали їхнім потребам.

### Стаття 20 ІНДИВІДУАЛЬНА МОБІЛЬНІСТЬ

Держави-учасниці вживають ефективних заходів для забезпечення індивідуальної мобільності інвалідів з максимально можливим ступенем їхньої самостійності, зокрема шляхом:

- a) сприяння індивідуальній мобільності інвалідів вибраним ними способом, у вибраний ними час та за доступною ціною;
- b) полегшення доступу інвалідів до якісних засобів, що полегшують мобільність, пристроїв, допоміжних технологій та послуг помічників і посередників, зокрема за рахунок надання їх за доступною ціною;
- c) навчання інвалідів та спеціалістів, що з ними працюють, навичкам мобільності;
- сі) спонукання підприємств, що займаються виробництвом засобів, які полегшують мобільність, пристроїв та допоміжних технологій, до врахування всіх аспектів мобільності інвалідів.

Стаття 21

**СВОБОДА ВИСЛОВЛЕННЯ ДУМКИ ТА ПЕРЕКОНАНЬ  
І ДОСТУП ДО ІНФОРМАЦІЇ**

Держави-учасниці вживають усіх належних заходів для забезпечення того, щоб інваліди могли користуватися правом на свободу висловлення думки та переконань, зокрема свободу шукати, отримувати й поширювати інформацію та ідеї нарівні з іншими, користуючись за власним вибором усіма формами спілкування, визначеними в статті 2 цієї Конвенції, зокрема шляхом:

- а) забезпечення інвалідів інформацією, призначеною для широкої публіки, у доступних форматах і з використанням технологій, що враховують різні форми інвалідності, своєчасно й без додаткової плати;
- б) прийняття та сприяння використанню в офіційних відносинах: жестових мов, абетки Брайля, підсилювальних і альтернативних способів спілкування й усіх інших доступних способів, методів та форматів спілкування за вибором інвалідів;
- с) активного спонукання приватних підприємств, що надають послуги широкій публіці, зокрема через Інтернет, до надання інформації та послуг у доступних і придатних для інвалідів форматах;
- д) спонукання засобів масової інформації, зокрема тих, що надають інформацію через Інтернет, до перетворення своїх послуг на доступні для інвалідів;
- е) визнання і заохочення використання жестових мов.

Стаття 22

**НЕДОТОРКАННІСТЬ ПРИВАТНОГО ЖИТТЯ**

1. Незалежно від місця проживання чи житлових умов жодний інвалід не повинен наражатися на довільне чи незаконне посягання на недоторканність його приватного життя, сім'ї, житла чи листування та інших видів спілкування або на незаконні нападки на його честь і репутацію. Інваліди мають право на захист закону від таких посягань або нападок.

2. Держави-учасниці охороняють конфіденційність відомостей про особу, стан здоров'я та реабілітацію інвалідів нарівні з іншими.

Стаття 23

**ПОВАГА ДО ДОМУ ТА СІМ'Ї**

1. Держави-учасниці вживають ефективних і належних заходів для усунення дискримінації стосовно інвалідів у всіх питаннях, що стосуються шлюбу, сім'ї, батьківства, материнства та особистих стосунків, нарівні з іншими, прагнучи при цьому забезпечити, щоб:

а) визнавалося право всіх інвалідів, які досягли шлюбного віку, укладати шлюб і створювати сім'ю на підставі вільної та повної згоди тих, хто одружується;

б) визнавалися права інвалідів на вільне й відповідальне прийняття рішень про кількість дітей та інтервали між їхнім народженням і на доступ до інформації, що відповідає їхньому вікові, та до освіти в питаннях репродуктивної поведінки та планування сім'ї, а також надавалися засоби, які дають їм змогу здійснювати ці права;

с) інваліди, зокрема діти, нарівні з іншими зберігали свою фертильність.

2. Держави-учасниці забезпечують права та обов'язки інвалідів стосовно опікунства, піклування, опіки, усиновлення дітей чи аналогічних інститутів, коли ці поняття є в національному законодавстві; в усіх випадках першочергове значення мають вищі інтереси дитини. Держави-учасниці надають інвалідам належну допомогу у виконанні ними своїх обов'язків виховувати дітей.

3. Держави-учасниці забезпечують, щоб діти-інваліди мали рівні права стосовно сімейного життя. Для реалізації цих прав і недопущення приховування дітей-інвалідів, залишення їх, ухилення від догляду за ними та сегрегації їх держави-учасниці зобов'язуються від самого початку забезпечувати дітей-інвалідів та їхні сім'ї всебічною інформацією, послугами та підтримкою.

4. Держави-учасниці забезпечують, щоб дитина не розлучалася зі своїми батьками проти їхньої волі, за винятком випадків, коли піднаглядні судові компетентні органи відповідно до застосовних законів та процедур визначають, що таке розлучення є необхідним з огляду на вищі інтереси дитини. За жодних обставин дитина не може бути розлучена з батьками з причини інвалідності або самої дитини, або одного чи обох батьків.

5. Держави-учасниці зобов'язуються у випадку, коли найближчі родичі не в змозі забезпечити догляд за дитиною-інвалідом, докладати всіх зусиль для того, щоб організувати альтернативний догляд за рахунок залучення більш дальніх родичів, а у випадку відсутності такої можливості — за рахунок створення сімейних умов для проживання дитини в місцевій спільноті.

## Стаття 24

### ОСВІТА

1. Держави-учасниці визнають право інвалідів на освіту. Для реалізації цього права без дискримінації й на підставі рівності можливостей держави-учасниці забезпечують інклюзивну освіту на всіх рівнях і навчання протягом усього життя, прагнучи при цьому:

а) до повного розвитку людського потенціалу, а також почуття достоїнства та самоповаги та до посилення поваги до прав людини, основоположних свобод і людської багатоманітності;

b) до розвитку особистості, талантів і творчості інвалідів, а також їхніх розумових і фізичних здібностей у найповнішому обсязі;

c) до надання інвалідам можливості брати ефективну участь у житті вільного суспільства.

2. Під час реалізації цього права держави-учасниці забезпечують, щоб:

a) інваліди не виключалися через інвалідність із системи загальної освіти, а діти-інваліди — із системи безплатної та обов'язкової початкової або середньої освіти;

b) інваліди мали нарівні з іншими доступ до інклюзивної, якісної та безплатної початкової та середньої освіти в місцях свого проживання;

c) забезпечувалося розумне пристосування, що враховує індивідуальні потреби;

d) інваліди отримували всередині системи загальної освіти необхідну підтримку для полегшення їхнього ефективного навчання;

e) в умовах, які максимально сприяють засвоєнню знань і соціальному розвитку, відповідно до мети повного охоплення вживались ефективні заходи з організації індивідуалізованої підтримки.

3. Держави-учасниці надають інвалідам можливість засвоювати життєві та соціалізаційні навички, щоб полегшити їхню повну й рівну участь у процесі освіти і як членів місцевої спільноти. Держави-учасниці вживають у цьому напрямі належних заходів, зокрема:

a) сприяють засвоєнню абетки Брайля, альтернативних шрифтів, підсилювальних та альтернативних методів, способів і форматів спілкування, а також навичок орієнтації та мобільності й сприяють підтримці з боку однолітків і наставництву;

b) сприяють засвоєнню жестової мови та заохоченню мовної самобутності глухих;

c) забезпечують, щоб навчання осіб, зокрема дітей, які є сліпими, глухими чи сліпоглухими, здійснювалося з допомогою найбільш придатних для інваліда мов, методів і способів спілкування і в обстановці, яка максимально сприяє засвоєнню знань і соціальному розвитку.

4. Щоб сприяти забезпеченню реалізації цього права, держави-учасниці вживають належних заходів для залучення до роботи вчителів, зокрема вчителів-інвалідів, які володіють жестовою мовою та (чи) абеткою Брайля, та для навчання спеціалістів і персоналу, що працюють на всіх рівнях системи освіти. Таке навчання охоплює освіту в питаннях інвалідності й використання придатних підсилювальних і альтернативних методів, способів та форматів спілкування, навчальних методик і матеріалів для надання підтримки інвалідам.

5. Держави-учасниці забезпечують, щоб інваліди могли мати доступ до загальної вищої освіти, професійного навчання, освіти для дорослих і навчання протягом усього життя без дискримінації та нарівні з іншими. Із цією



метою держави-учасниці забезпечують, щоб для інвалідів забезпечувалося розумне пристосування.

## Стаття 25 ЗДОРОВ'Я

Держави-учасниці визнають, що інваліди мають право на найбільш досяжний рівень здоров'я без дискримінації за ознакою інвалідності. Держави-учасниці вживають усіх належних заходів для забезпечення доступу інвалідів до послуг у сфері охорони здоров'я, які враховують тендерну специфіку, у тому числі до реабілітації за станом здоров'я. Зокрема, держави-учасниці:

а) забезпечують інвалідам той самий набір, якість і рівень безплатних або недорогих послуг і програм з охорони здоров'я, що й іншим особам, зокрема у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я та за державними програмами охорони здоров'я, що пропонуються населенню;

б) надають ті послуги у сфері охорони здоров'я, які необхідні інвалідам безпосередньо з причини їхньої інвалідності, зокрема послуги з ранньої діагностики, а в придатних випадках — корекції та послуги, покликані звести до мінімуму та запобігти подальшому виникненню інвалідності, зокрема серед дітей і людей похилого віку;

в) організують ці послуги у сфері охорони здоров'я якомога ближче до місць безпосереднього проживання цих людей, зокрема в сільських районах;

г) вимагають, щоб спеціалісти з охорони здоров'я надавали інвалідам послуги такої самої якості, що й іншим особам, зокрема на підставі вільної та інформованої згоди через, серед іншого, підвищення обізнаності стосовно прав людини, достоїнства, самостійності й потреб інвалідів за рахунок навчання і прийняття етичних стандартів для державної та приватної охорони здоров'я;

д) забороняють дискримінацію стосовно інвалідів під час надання медичного страхування та страхування життя, якщо останнє дозволене національним правом, і передбачають, що воно надається на справедливих і розумних засадах;

е) не допускають дискримінаційної відмови в охороні здоров'я чи послугах у цій галузі чи отриманні їжі або рідин з причини інвалідності.

## Стаття 26 АБІЛІТАЦІЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ

1. Держави-учасниці вживають, зокрема за підтримки з боку інших інвалідів, ефективних і належних заходів для того, щоб надати інвалідам можливість для досягнення і збереження максимальної незалежності, повних фізичних, розумових, соціальних та професійних здібностей

і повного включення і залучення до всіх аспектів життя. Із цією метою держави-учасниці організовують, зміцнюють та розширюють комплексні абілітаційні та реабілітаційні послуги та програми, особливо у сфері охорони здоров'я, зайнятості, освіти й соціального обслуговування, таким чином, щоб ці послуги та програми:

а) починали реалізуватися якомога раніше й ґрунтувалися на багатопрофільній оцінці потреб і сильних сторін індивіда;

б) сприяли залученню та включенню до місцевої спільноти й до всіх аспектів життя суспільства, мали добровільний характер і були доступні для інвалідів якомога ближче до місць їхнього безпосереднього проживання, зокрема в сільських районах.

2. Держави-учасниці заохочують розвиток початкового й подальшого навчання спеціалістів і персоналу, які працюють у сфері абілітаційних і реабілітаційних послуг.

3. Держави-учасниці заохочують наявність, знання та використання допоміжних пристроїв і технологій, що стосуються абілітації й реабілітації та призначені для інвалідів.

## Стаття 27 ПРАЦЯ ТА ЗАЙНЯТІСТЬ

1. Держави-учасниці визнають право інвалідів на працю нарівні з іншими; воно включає право на отримання можливості заробляти собі на життя працею, яку інвалід вільно вибрав чи на яку він вільно погодився, в умовах, коли ринок праці та виробниче середовище є відкритими, інклюзивними та доступними для інвалідів. Держави-учасниці забезпечують і заохочують реалізацію права на працю, зокрема тим особам, які отримують інвалідність під час трудової діяльності, шляхом ужиття, у тому числі в законодавчому порядку, належних заходів, спрямованих, зокрема, на таке:

а) заборону дискримінації за ознакою інвалідності стосовно всіх питань, які стосуються всіх форм зайнятості, зокрема умов прийому на роботу, наймання та зайнятості, збереження роботи, просування по службі та безпечних і здорових умов праці;

б) захист прав інвалідів нарівні з іншими на справедливий й сприятливий умови праці, зокрема рівні можливості й рівну винагороду за працю рівної цінності, безпечні та здорові умови праці, зокрема захист від домагань, та задоволення скарг;

в) забезпечення того, щоб інваліди могли здійснювати свої трудові й профспілкові права нарівні з іншими;

г) надання інвалідам можливості для ефективного доступу до загальних програм технічної та професійної орієнтації, служб працевлаштування та професійного й безперервного навчання;

е) розширення на ринку праці можливостей для працевлаштування інвалідів та просування їх по службі, а також надання допомоги в пошуку, отриманні, збереженні та відновленні роботи;

ф) розширення можливостей для індивідуальної трудової діяльності, підприємництва, розвитку кооперативів і організації власної справи;

г) наймання інвалідів у державному секторі;

Б.) стимулювання наймання інвалідів у приватному секторі за допомогою належних стратегій і заходів, які можуть включати програми позитивних дій, стимули та інші заходи;

і) забезпечення інвалідам розумного пристосування робочого місця;

ж) заохочення набуття інвалідами досвіду роботи в умовах відкритого ринку праці;

к) заохочення програм професійної та кваліфікаційної реабілітації, збереження робочих місць і повернення на роботу для інвалідів.

2. Держави-учасниці забезпечують, щоб інваліди не утримувалися в рабстві чи в підневільному становищі й були захищені нарівні з іншими від примусової чи обов'язкової праці.

## Стаття 28

### ДОСТАТНІЙ ЖИТТЄВИЙ РІВЕНЬ ТА СОЦІАЛЬНИЙ ЗАХИСТ

1. Держави-учасниці визнають право інвалідів на достатній життєвий рівень для них самих та їхніх сімей, що включає достатнє харчування, одяг та житло, і на безперервне поліпшення умов життя і вживають належних заходів для забезпечення та заохочення реалізації цього права без дискримінації за ознакою інвалідності.

2. Держави-учасниці визнають право інвалідів на соціальний захист і на користування цим правом без дискримінації за ознакою інвалідності й уживають належних заходів для забезпечення та заохочення реалізації цього права, зокрема заходів:

а) із забезпечення інвалідам рівного доступу до отримання чистої води та із забезпечення доступу до належних і недорогих послуг, пристроїв та іншої допомоги для задоволення потреб, пов'язаних з інвалідністю;

б) із забезпечення інвалідам, зокрема жінкам, дівчатам і людям похилого віку з інвалідністю, доступу до програм соціального захисту й програм скорочення масштабів бідності;

в) із забезпечення інвалідам та їхнім сім'ям, що живуть в умовах бідності, доступу до допомоги з боку держави з метою покриття витрат, пов'язаних з інвалідністю, зокрема належного навчання, консультування, фінансової допомоги та тимчасового патронажного догляду;

г) із забезпечення інвалідам доступу до програм державного житла;

е) із забезпечення інвалідам доступу до пенсійних допомоги та програм.

Стаття 29

УЧАСТЬ У ПОЛІТИЧНОМУ ТА СУСПІЛЬНОМУ ЖИТТІ

Держави-учасниці гарантують інвалідам політичні права й можливість користуватися ними нарівні з іншими та зобов'язуються:

а) забезпечувати, щоб інваліди могли брати ефективну й усебічну участь, прямо або через вільно обраних представників, у політичному й суспільному житті нарівні з іншими, зокрема мали право та можливість голосувати й бути обраними, зокрема шляхом:

I) забезпечення того, щоб процедури, приміщення та матеріали для голосування були придатними, доступними та легкими для розуміння й використання;

II) захисту права інвалідів на участь у таємному голосуванні на виборах і публічних референдумах без залякування та на висунення своїх кандидатів для виборів, на фактичне зайняття посад і виконання всіх публічних функцій на всіх рівнях державної влади — за сприяння використанню допоміжних і нових технологій, де це є доречним;

III) гарантування вільного волевиявлення інвалідів як виборців та із цією метою — задоволення, коли це необхідно, їхніх прохань про надання їм якою-небудь особою за їхнім вибором допомоги в голосуванні;

б) активно сприяти створенню обстановки, в якій інваліди могли б ефективно й усебічно брати участь в управлінні державними справами без дискримінації та нарівні з іншими, і заохочувати їхню участь у державних справах, зокрема:

I) участь у неурядових організаціях та об'єднаннях, робота яких пов'язана з державним і політичним життям країни, зокрема в діяльності політичних партій і керівництві ними;

II) створення організацій інвалідів і вступ до них для того, щоб представляти інвалідів на міжнародному, національному, регіональному та місцевому рівнях.

Стаття 30

УЧАСТЬ У КУЛЬТУРНОМУ ЖИТТІ,  
ПРОВЕДЕННІ ДОЗВІЛЛЯ І ВІДПОЧИНКУ  
ТА ЗАНЯТТЯХ СПОРТОМ

1. Держави-учасниці визнають право інвалідів брати участь нарівні з іншими в культурному житті й уживають усіх належних заходів для забезпечення того, щоб інваліди:

а) мали доступ до творів культури в доступних форматах;

б) мали доступ до телевізійних програм, фільмів, театру та інших культурних заходів у доступних форматах;

с) мали доступ до таких місць культурних заходів чи послуг, як театри, музеї, кінотеатри, бібліотеки й туристичні послуги, а також мали найможливішою мірою доступ до пам'ятників і об'єктів, що мають національну культурну значущість.

2. Держави-учасниці вживають належних заходів для того, щоб надати інвалідам можливість розвивати й використовувати свій творчий, художній та інтелектуальний потенціал — не тільки для власного блага, а й для збагачення всього суспільства.

3. Держави-учасниці роблять відповідно до міжнародного права всі належні кроки для забезпечення того, щоб закони про захист прав інтелектуальної власності не ставали не виправданим чи дискримінаційним бар'єром для доступу інвалідів до творів культури.

4. Інваліди мають право нарівні з іншими на визнання і підтримку їхньої особливої культурної та мовної самобутності, зокрема жестових мов і культури глухих.

5. Щоб надати інвалідам можливість брати участь нарівні з іншими у проведенні дозвілля та відпочинку й у спортивних заходах, держави-учасниці вживають належних заходів:

а) для заохочення і пропаганди найповнішої участі інвалідів у загальнопрофільних спортивних заходах на всіх рівнях;

б) для забезпечення того, щоб інваліди мали можливість організовувати спортивні та дозвільні заходи спеціально для інвалідів, розвивати їх і брати в них участь, і для сприяння у цьому зв'язку тому, щоб їм нарівні з іншими надавались належні навчання, підготовка та ресурси;

с) для забезпечення того, щоб інваліди мали доступ до спортивних, рекреаційних і туристичних об'єктів;

д) для забезпечення того, щоб діти-інваліди мали рівний з іншими дітьми доступ до участі в іграх, у проведенні дозвілля та відпочинку й у спортивних заходах, зокрема заходах у рамках шкільної системи;

е) для забезпечення того, щоб інваліди мали доступ до послуг тих, хто займається організацією дозвілля, туризму, відпочинку та спортивних заходів.

## Стаття 31

### СТАТИСТИКА ТА ЗБИРАННЯ ДАНИХ

1. Держави-учасниці зобов'язуються здійснювати збирання належної інформації, зокрема статистичних і дослідних даних, що дають їм змогу розробляти й здійснювати стратегії для виконання цієї Конвенції. У ході збирання та зберігання цієї інформації належить:

а) дотримуватись юридично встановлених гарантій, зокрема законодавства про захист даних, щоб забезпечити конфіденційність і недоторканність приватного життя інвалідів;

б) дотримуватися міжнародно-визнаних норм, які стосуються захисту прав людини й основоположних свобод, а також етичних принципів під час збирання і використання статистичних даних.

2. Зібрана відповідно до цієї статті інформація дезагрегується відповідним чином і використовується для сприяння оцінці того, як держави-учасниці виконують свої зобов'язання за цією Конвенцією, а також для виявлення і усунення бар'єрів, на які інваліди натрапляють під час здійснення своїх прав.

3. Держави-учасниці беруть на себе відповідальність за поширення цих статистичних даних і забезпечують доступність їх для інвалідів та інших осіб.

### Стаття 32

#### МІЖНАРОДНЕ СПІВРОБІТНИЦТВО

1. Держави-учасниці визнають важливість міжнародного співробітництва та його заохочення задля підтримки національних зусиль з реалізації цілей і завдань цієї Конвенції та вживають у цьому зв'язку належних і ефективних заходів по міжнародній лінії, а де це є доречним — у партнерстві з відповідними міжнародними та регіональними організаціями й громадянським суспільством, зокрема організаціями інвалідів. Такі заходи могли б, зокрема, включати:

а) забезпечення того, щоб міжнародне співробітництво, зокрема міжнародні програми розвитку, охоплювало інвалідів і було для них доступним;

б) полегшення й підтримку зміцнення наявних можливостей, зокрема шляхом взаємного обміну інформацією, досвідом, програмами та передовими напрацюваннями;

с) сприяння співробітництву в галузі досліджень і доступу до науково-технічних знань;

д) надання, де це є доречним, техніко-економічної допомоги, зокрема шляхом полегшення доступу до доступних і допоміжних технологій і шляхом взаємного обміну ними, а також через передачу технологій.

2. Положення цієї статті не зачіпають обов'язку кожної держави-учасниці з виконання своїх зобов'язань відповідно до цієї Конвенції.

### Стаття 33

#### НАЦІОНАЛЬНЕ ВИКОНАННЯ ТА МОНІТОРИНГ

1. Держави-учасниці відповідно до свого організаційного устрою призначають в уряді одну чи кілька інстанцій, які курують питання, пов'язані з виконанням цієї Конвенції, і належним чином вивчають можливість заснування або призначення в уряді координаційного механізму для сприяння відповідній роботі в різних секторах і на різних рівнях.

2. Держави-учасниці відповідно до свого правового й адміністративного устрою підтримують, зміцнюють, призначають або засновують у себе структуру, яка включає, де це є доречним, один чи кілька незалежних механізмів, для заохочення, захисту й моніторингу виконання цієї Конвенції. Під час призначення або заснування такого механізму держави-учасниці беруть до уваги принципи, що стосуються статусу й функціонування національних установ, які займаються захистом і заохоченням прав людини.

3. Громадянське суспільство, зокрема інваліди й організації, що їх представляють, у повному обсязі залучаються до процесу нагляду й беруть участь у ньому.

#### Стаття 34

### КОМІТЕТ З ПРАВ ІНВАЛІДІВ

1. Засновується Комітет з прав інвалідів (далі — Комітет), який виконує функції, передбачені нижче.

2. У момент набрання чинності цією Конвенцією Комітет складається з дванадцяти експертів. Після ще шістдесяти ратифікацій Конвенції чи приєднань до неї членський склад Комітету збільшується на шість осіб, досягаючи максимуму — вісімнадцяти членів.

3. Члени Комітету виступають від власної особи та мають високі моральні якості та визнану компетентність і досвід у галузі, що охоплюється цією Конвенцією. Під час висунення своїх кандидатів державам-учасницям пропонується належним чином урахувувати положення, сформульоване в пункті 3 статті 4 цієї Конвенції.

4. Члени Комітету обираються державами-учасницями, причому приділяється увага справедливому географічному розподілу, представництву різних форм цивілізації та основних правових систем, збалансованій представленості статей та участі експертів-інвалідів.

5. Члени Комітету обираються таємним голосуванням зі списку кандидатів, висунутих державами-учасницями із числа своїх громадян, на засіданнях Конференції держав-учасниць. На цих засіданнях, на яких дві третини держав-учасниць складають кворум, обраними до складу Комітету є ті кандидати, які отримали найбільшу кількість голосів і абсолютну більшість голосів представників держав-учасниць, які були присутні та брали участь у голосуванні.

6. Перші вибори проводяться не пізніше, ніж через шість місяців від дня набрання чинності цією Конвенцією. Щонайменше за чотири місяці до дати кожних виборів Генеральний секретар Організації Об'єднаних Націй звертається до держав-учасниць з листом, пропонуючи їм подати кандидатури протягом двох місяців. Потім Генеральний секретар складає за алфавітом список усіх висунутих таким чином кандидатів із зазначенням

держав-учасниць, що їх висунули, і надсилає його державам-учасницям цієї Конвенції.

7. Члени Комітету обираються на чотирирічний строк. Вони мають право бути переобраними тільки один раз. Проте строк повноважень шести із членів, обраних на перших виборах, закінчується в кінці дворічного періоду; негайно після перших виборів імена цих шести членів визначаються жеребкуванням головоючим на засіданні, про яке йдеться в пункті 5 цієї статті.

8. Обрання шести додаткових членів Комітету приурочується до звичайних виборів, що регулюються відповідними положеннями цієї статті.

9. Якщо який-небудь член Комітету вмирає або йде у відставку чи оголошує, що не в змозі більше виконувати свої обов'язки з якоїсь іншої причини, держава-учасниця, що висунула кандидатуру цього члена, на строк повноважень, що залишився, призначає іншого експерта, який має кваліфікацію та відповідає вимогам, передбаченим у відповідних положеннях цієї статті.

10. Комітет установлює власні правила процедури.

11. Генеральний секретар Організації Об'єднаних Націй представляє необхідний персонал і матеріальні засоби для ефективного здійснення Комітетом своїх функцій відповідно до цієї Конвенції та скликає його перше засідання.

12. Члени Комітету, заснованого відповідно до цієї Конвенції отримують винагороду, що затверджується Генеральною Асамблеєю Організації Об'єднаних Націй, з коштів Організації Об'єднаних Націй у порядку й на умовах, що встановлюються Асамблеєю з урахуванням важливості обов'язків Комітету.

13. Члени Комітету мають право на пільги, привілеї та імунітети експертів у відрядженнях у справах Організації Об'єднаних Націй, закріплені у відповідних розділах Конвенції про привілеї та імунітети Об'єднаних Націй (995\_150).

### Стаття 35 ДОПОВІДІ ДЕРЖАВ-УЧАСНИЦЬ

1. Кожна держава-учасниця подає Комітетові через Генерального секретаря Організації Об'єднаних Націй усеосяжну доповідь про заходи, ужиті для виконання нею своїх зобов'язань за цією Конвенцією, і про прогрес, досягнутий стосовно цього, протягом двох років після набрання чинності цією Конвенцією для відповідної держави-учасниці.

2. У подальшому держави-учасниці надають наступні доповіді не рідше ніж раз на чотири роки, а також тоді, коли про це попросить Комітет.

3. Комітет установлює керівні принципи, що визначають зміст доповідей.

4. Державі-учасниці, яка надала Комітетові всеосяжну першу доповідь, немає необхідності повторювати у своїх наступних доповідях раніше надану інформацію. Державам-учасницям пропонується подумати про те, щоб



робити підготовку доповідей Комітетові відкритим і транспарентним процесом, і належним чином ураховувати положення, сформульоване в пункті 3 статті 4 цієї Конвенції.

5. У доповідях можуть зазначатися фактори й труднощі, що впливають на ступінь виконання зобов'язань за цією Конвенцією.

### Стаття 36 РОЗГЛЯД ДОПОВІДЕЙ

1. Кожна доповідь розглядається Комітетом, який вносить стосовно неї пропозиції та загальні рекомендації, які він вважає доречними, і надсилає їх відповідній державі-учасниці. Держава-учасниця може у відповідь надіслати Комітетові будь-яку інформацію за власним вибором. Комітет може запитувати в держав-учасниць додаткову інформацію, що стосується виконання цієї Конвенції.

2. Коли держава-учасниця суттєво запізнюється з поданням доповіді, Комітет може повідомити відповідній державі-учасниці про те, що якщо протягом трьох місяців після цього повідомлення відповідна доповідь не буде подана, то питання про виконання цієї Конвенції в цій державі-учасниці необхідно буде розглянути на підставі достовірної інформації, що її має у своєму розпорядженні Комітет. Комітет пропонує відповідній державі-учасниці взяти участь у такому розгляді. Якщо держава-учасниця у відповідь подасть відповідну доповідь, то застосовуються положення пункту 1 цієї статті.

3. Генеральний секретар Організації Об'єднаних Націй надає доповіді в розпорядження всіх держав-учасниць.

4. Держави-учасниці забезпечують широкий доступ до своїх доповідей для громадськості у себе в країні й полегшують ознайомлення з пропозиціями та загальними рекомендаціями, що стосуються цих доповідей.

5. Коли Комітет вважає це доречним, він надсилає доповіді держав-учасниць до спеціалізованих установ, фондів та програм Організації Об'єднаних Націй, а також до інших компетентних органів, щоб ті звернули увагу на висловлене там прохання стосовно надання технічної консультації або допомоги чи вказівку, що міститься там, стосовно потреби в останніх, разом із зауваженнями та рекомендаціями Комітету (якщо такі є) з приводу цих прохань або вказівок.

### Стаття 37 СПІВРОБІТНИЦТВО МІЖ ДЕРЖАВАМИ-УЧАСНИЦЯМИ Й КОМІТЕТОМ

1. Кожна держава-учасниця співробітничает з Комітетом і сприяє його членам у виконанні ними свого мандату.

2. У своїх відносинах із державами-учасницями Комітет належним чином ураховує шляхи й засоби нарощування національних можливостей стосовно виконання цієї Конвенції, зокрема з допомогою міжнародного співробітництва.

### Стаття 38 ВІДНОСИНИ КОМІТЕТУ З ІНШИМИ ОРГАНАМИ

Для сприяння ефективному виконанню цієї Конвенції й заохочення міжнародного співробітництва у сфері, що нею охоплюється:

а) спеціалізовані установи та інші органи Організації Об'єднаних Націй мають право бути представленими під час розгляду питання про виконання таких положень цієї Конвенції, які підпадають під їхній мандат. Коли Комітет вважає це доречним, він може пропонувати спеціалізованим установам та іншим компетентним органам зробити експертний висновок стосовно виконання Конвенції в галузях, що підпадають під їхні відповідні мандати. Комітет може пропонувати спеціалізованим установам та іншим органам Організації Об'єднаних Націй подати доповіді про виконання Конвенції в галузях, що належать до сфери їхньої діяльності;

б) під час виконання свого мандату Комітет консультується, коли це є доречним, з іншими відповідними органами, заснованими на підставі міжнародних договорів з прав людини, щоб забезпечувати узгодженість їхніх відповідних керівних принципів подання доповідей, а також пропозицій і загальних рекомендацій, що ними вносяться, та уникати дублювання та паралелізму під час здійснення ними своїх функцій.

### Стаття 39 ДОПОВІДЬ КОМІТЕТУ

Комітет раз на два роки подає Генеральній Асамблеї та Економічній і Соціальній Раді доповідь про свою діяльність і може виносити пропозиції і загальні рекомендації, що ґрунтуються на розгляді отриманих від держав-учасниць доповідей та інформації. Такі пропозиції та загальні рекомендації включаються до доповіді Комітету разом з коментарями (якщо такі є) держав-учасниць.

### Стаття 40 КОНФЕРЕНЦІЯ ДЕРЖАВ-УЧАСНИЦЬ

1. Держави-учасниці регулярно збираються на Конференцію держав-учасниць для розгляду будь-якого питання, що стосується виконання цієї Конвенції.

2. Не пізніше ніж через шість місяців після набрання чинності цією Конвенцією Генеральний секретар Організації Об'єднаних Націй скликає Конференцію держав-учасниць. Наступні наради скликаються Генеральним секретарем раз на два роки або за рішенням Конференції держав-учасниць.

#### Стаття 41 ДЕПОЗИТАРІЙ

Депозитарієм цієї Конвенції є Генеральний секретар Організації Об'єднаних Націй.

#### Стаття 42 ПІДПИСАННЯ

Ця Конвенція відкрита для підписання всіма державами-учасницями та організаціями регіональної інтеграції в Центральних установах Організації Об'єднаних Націй у Нью-Йорку з 30 березня 2007 року.

#### Стаття 43 ЗГОДА НА ОBOB'ЯЗКОВІСТЬ

Ця Конвенція підлягає ратифікації державами, що її підписали, та офіційному підтвердженню організаціями регіональної інтеграції, що її підписали. Вона відкрита для приєднання до неї будь-якої держави чи організації регіональної інтеграції, які не підписали цієї Конвенції.

#### Стаття 44 ОРГАНІЗАЦІЇ РЕГІОНАЛЬНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ

1. «Організація регіональної інтеграції» означає створену суверенними державами певного регіону організацію, якій її держави-члени передали повноваження стосовно питань, які регулюються Конвенцією. Такі організації зазначають у своїх документах про офіційне підтвердження чи приєднання обсяг своєї компетенції стосовно питань, які регулюються цією Конвенцією. У подальшому вони інформують депозитарій про будь-які суттєві зміни в обсязі їхньої компетенції.

2. Посилання в цій Конвенції на «держав-учасниць» стосуються таких організацій у межах їхньої компетенції.

3. Для цілей пункту 1 статті 45 та пунктів 2 й 3 статті 47 цієї Конвенції жодний документ, зданий на зберігання організацією регіональної інтеграції, не враховується.

4. У питаннях, що належать до їхньої компетенції, організації регіональної інтеграції можуть здійснювати своє право голосу на Конференції

держав-учасниць з кількістю голосів, що дорівнює кількості їхніх держав-членів, які є учасницями цієї Конвенції. Така організація не здійснює свого права голосу, якщо своє право здійснює будь-яка з її держав-членів, і навпаки.

#### Стаття 45 НАБРАННЯ ЧИННОСТІ

1. Ця Конвенція набирає чинності на тридцятий день після здачі на зберігання двадцятої ратифікаційної грамоти або документа про приєднання.

2. Для кожної держави чи організації регіональної інтеграції, що ратифікують цю Конвенцію, офіційно підтверджують її чи приєднуються до неї після здачі на зберігання двадцятого такого документа, Конвенція набирає чинності на тридцятий день після здачі ними на зберігання свого такого документа.

#### Стаття 46 ЗАСТЕРЕЖЕННЯ

1. Застереження, не сумісні з об'єктом і метою цієї Конвенції, є неприпустимими.

2. Застереження можуть бути зняті будь-коли.

#### Стаття 47 ПОПРАВКИ

1. Будь-яка держава-учасниця може запропонувати поправку до цієї Конвенції та подати її Генеральному секретарю Організації Об'єднаних Націй. Генеральний секретар повідомляє будь-які запропоновані поправки державам-учасникам, звертаючись із проханням повідомити йому, чи виступають вони за проведення конференції держав-учасниць для розгляду цих пропозицій та ухвалення рішення стосовно них. У випадку, якщо протягом чотирьох місяців від дати такого повідомлення не менше третини держав-учасниць виступить за проведення такої конференції, Генеральний секретар скликає конференцію під егідою Організації Об'єднаних Націй. Будь-яка поправка, схвалена більшістю у дві третини держав-учасниць, які присутні й беруть участь у голосуванні, надсилається Генеральним секретарем до Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй для затвердження, а потім усім державам-учасникам для прийняття.

2. Поправка, схвалена й затверджена відповідно до пункту 1 цієї статті, набирає чинності на тридцятий день після того, як кількість зданих на зберігання документів про прийняття досягне двох третин кількості

держав-учасниць на дату схвалення цієї поправки. У подальшому поправка набирає чинності для будь-якої держави-учасниці на тридцятий день після здачі нею на зберігання свого документа про прийняття. Поправка є обов'язковою лише для тих держав-учасниць, які її прийняли.

3. Якщо Конференція держав-учасниць прийме консенсусом відповідне рішення, схвалена й затверджена відповідно до пункту 1 цієї статті поправка, яка стосується виключно статей 34, 38, 39 та 40, набирає чинності для всіх держав-учасниць на тридцятий день після того, як кількість зданих на зберігання документів про прийняття досягне двох третин кількості держав-учасниць на дату схвалення цієї поправки.

#### Стаття 48 ДЕНОНСАЦІЯ

Держава-учасниця може денонсувати цю Конвенцію за допомогою письмового повідомлення Генеральному секретарю Організації Об'єднаних Націй. Денонсація набирає чинності через рік після дати отримання Генеральним секретарем такого повідомлення.

#### Стаття 49 ДОСТУПНИЙ ФОРМАТ

Повинно бути забезпечено наявність тексту цієї Конвенції в доступних форматах.

#### Стаття 50 АВТЕНТИЧНІ ТЕКСТИ

Тексти цієї Конвенції англійською, арабською, іспанською, китайською, російською та французькою мовами є рівноавтентичними.

На посвідчення чого ті, що підписалися нижче, повноважні представники, належним чином на те вповноважені своїми відповідними урядами, підписали цю Конвенцію.

## ДЕКЛАРАЦІЯ ПРО ПРАВА РОЗУМОВО ВІДСТАЛИХ ОСІБ

*Резолюція 2856 (XXVI), прийнята  
Генеральною Асамблеєю 20 грудня 1971 року*

*Генеральна Асамблея,*

- усвідомлюючи зобов'язання, взяте на себе державами-членами Організації Об'єднаних Націй відповідно до *Статуту*, діяти як спільно, так і індивідуально в співпраці з Організацією з метою сприяння підвищенню рівня життя, повній зайнятості і забезпеченню умов для прогресу і розвитку в економічній і соціальній областях,
- знову підтверджуючи віру в права людини і основні свободи, а також в принципи миру, гідності і цінності людської особи і соціальної справедливості, проголошені в Статуті,
- посиляючись на принципи *Загальної декларації прав людини, Міжнародних пактів про права людини, Декларації прав дитини* і на норми соціального прогресу, вже проголошені в конституційних актах, конвенціях, рекомендаціях і резолюціях Міжнародної організації праці, Організації Об'єднаних Націй з питань освіти, науки і культури, Всесвітньої організації охорони здоров'я, Дитячого фонду Організації Об'єднаних Націй і інших зацікавлених організацій,
- підкреслюючи, що в *Декларації соціального прогресу і розвитку* проголошується необхідність захисту прав, забезпечення добробуту і відновлення працездатності людей з фізичними і розумовими вадами,
- враховуючи необхідність надання розумово відсталим особам допомоги в розвитку їх здібностей в різних областях діяльності і сприяння в міру можливості включенню їх в звичайне життя суспільства,
- усвідомлюючи, що деякі країни на даному етапі свого розвитку можуть докласти лише обмежені зусилля в цих цілях,
- проголошує дану Декларацію про права розумово відсталих осіб і просить вжити заходи в національному і міжнародному плані, з тим щоб Декларація служила загальною основою і керівництвом для захисту цих прав:
  1. Розумово відстала особа має в максимально можливому ступені здійснювати ті самі права, що і інші люди.
  2. Розумово відстала особа має право на належне медичне обслуговування і лікування, а також право на освіту, навчання, відновлення працездатності й опіку, які дозволять йому розвивати свої здібності і максимальні можливості.

3. Розумово відстала особа має право на матеріальне забезпечення і на задовільний життєвий рівень. Вона має право продуктивно працювати або займатися якою-небудь іншою корисною справою в повну міру своїх можливостей.

4. У тих випадках, коли це можливо, розумово відстала особа повинна жити в колі своєї сім'ї або з названими батьками і брати участь у різних формах життя суспільства. Сім'ї таких осіб повинні отримувати допомогу. У разі потреби перебування такої людини в спеціальному закладі необхідно зробити таким, щоб нове середовище і умови життя якомога менше відрізнялися від умов звичайного життя.

5. Розумово відстала особа має право користуватися кваліфікованими послугами опікуна в тих випадках, коли це необхідно для захисту його особистого добробуту і інтересів.

6. Розумово відстала особа має право на захист від експлуатації, зловживань і принизливого поводження. У разі судового переслідування у зв'язку з яким-небудь діянням вона повинна мати право на належне здійснення судочинства, що повністю враховує ступінь розумового розвитку.

7. Якщо внаслідок серйозного характеру інвалідності розумово відстала особа не може належним чином здійснювати всі свої права або виникає необхідність в обмеженні або анулюванні деяких або всіх таких прав, то процедура, використана в цілях такого обмеження або анулювання, повинна передбачати належні правові гарантії від будь-яких зловживань. Ця процедура повинна ґрунтуватися на оцінці кваліфікованими фахівцями суспільно корисних можливостей розумово відсталої особи, а також передбачати періодичний перегляд і право на апеляцію у вищій інстанції.

*Додаток 16*

ЗАЯВА  
ПРО ПРАВО ЖІНКИ НА ВИКОРИСТАННЯ КОНТРАЦЕПЦІЇ

*Прийнята 46-ю Всесвітньою Медичною Асамблеєю,  
Стокгольм, Швеція, вересень 1994 р.*

Всесвітня медична асоціація (ВМА) визнає той факт, що небажана вагітність може вплинути як на здоров'я самих жінок, так і на здоров'я їх дітей. Здатність регулювати і контролювати фертильність повинна розглядатися як принциповий компонент проблеми збереження фізичного і психічного здоров'я жінок, їхнього соціального благополуччя.

Дуже сильна, але найчастіше не вдоволена потреба в контролі за фертильністю існує в багатьох країнах, що розвиваються. Багато жінок у цих країнах бажають уникнути вагітності, але не використовують засобів контрацепції.

Контрацепція здатна запобігти передчасній смерті жінок, пов'язаній з ризиком небажаної вагітності. Оптимальне планування виношування плода здатне також зробити свій внесок у вирішення проблеми дитячої смертності. Навіть у тих випадках, коли політичні, релігійні або інші групи тієї або іншої країни виступають проти використання контрацепції, окремі жінки, що живуть у цих країнах, повинні мати право вибору, коли йдеться про використання контрацепції.

ВМА наполягає на тому, щоб усім жінкам було дозволено контролювати фертильність шляхом свідомого вибору, а не випадково, вона наполягає також на тому, що індивідуальний вибір у питанні використання контрацепції є правом жінок, незалежно від їх національності, соціального статусу або віросповідання. Жінки повинні мати доступ до всіх засобів медичної і соціальної консультації, необхідних для одержання максимальної користі від планування сім'ї.

*Додаток 17*

### **ДЕКЛАРАЦІЯ «ПРО ПЛАНУВАННЯ РОДИНИ»**

*Прийнята в 1967р. на Всесвітній Медичній Асамблеї в Мадриді,  
підтверджена в 1969р. і доповнена в 1983р.*

1. Всесвітня медична асоціація (ВМА) схвалює концепцію планування сім'ї і рекомендує всім національним медичним асоціаціям сприяти плануванню сім'ї і популяризувати відповідні заходи.

2. Метою планування сім'ї є не нав'язування обмежень, а поліпшення і збагачення людського життя. Планування сім'ї відкриває перед кожною людиною великі можливості самореалізації. Щоб скористатися повною мірою одним з основних прав людини, батьки повинні мати знання і володіти способами планування сім'ї, усвідомлено і самостійно приймати рішення про кількість дітей і вікову різницю між ними.

3. ВМА пропонує всім зацікавленим організаціям співробітництво в галузі медичних і гігієнічних аспектів планування сім'ї, допомогу в підборі експертів із сімейного планування, в організації навчання і проведення необхідних експериментів і досліджень.

4. ВМА зобов'язується заохочувати ініціативи будь-яких організацій з проведення конференцій, симпозіумів і досліджень за всіма аспектами планування сім'ї.

5. ВМА рекомендує включити питання планування сім'ї, що є частиною розділу про здоров'я матері і дитини, у програму підготовки лікарів.



## ЗАЯВА ПРО ШТУЧНЕ ЗАПЛІДНЕННЯ І ТРАНСПЛАНТАЦІЮ ЕМБРІОНІВ

*Прийнята 39-ю Всесвітньою Медичною Асамблеєю,  
Мадрид, Іспанія, жовтень 1987*

Фертилізація *in vitro* (IVF) і трансплантація ембріонів застосовуються в багатьох країнах для лікування безпліддя. Ця операція має сприятливі наслідки як для пацієнта, так і для суспільства в цілому, не лише як спосіб боротьби з безпліддям, але й як шлях уникнення генетичних аномалій, а також для проведення фундаментальних досліджень з репродукції і контрацепції.

Всесвітня медична асоціація (ВМА) закликає всіх лікарів до дотримання норм медичної етики і до дбайливого ставлення до здоров'я майбутньої матері і ембріона з найперших днів його життя. З метою надання допомоги лікарям у розумінні і виконанні своїх етичних обов'язків, ВМА робить дану Заяву.

З етичної і наукової точок зору медична допомога виправдана при безплідді, що не піддається медикаментозному і хірургічному лікуванню, особливо у випадках:

- а) імунологічної несумісності;
- б) непереборних перешкод для злиття чоловічої і жіночої статевих гамет;
- з) безпліддя з невідомих причин.

У всіх наведених випадках лікар може діяти лише за умови добровільної, інформованої і усвідомленої згоди донора і реципієнта. Лікар повинен завжди діяти так само і на користь дитини, яка народиться після проведення операції.

В обов'язки лікаря входить надання пацієнтам повної інформації на доступному їм розумінню рівні про мету, спосіб, ризик, незручності і можливу невдачу операції і здобуття їх згоди. Лише той лікар, що має відповідну спеціальну підготовку, може взяти на себе відповідальність за виконання операції. Лікар повинен завжди діяти відповідно до всіх законів і підзаконних актів, етичних і професійних норм, встановлених національною медичною асоціацією і іншими медичними організаціями країни, що відносяться до даного випадку. Пацієнти мають таке саме право на зберігання таємниці і невтручання в особисте життя, як і при будь-якому іншому методі лікування.

Якщо при проведенні IVF утворюється надлишок яйцеклітин, які не будуть негайно використані для лікування безпліддя, їх подальша доля має бути визначена спільно з донорами. Зайві яйцеклітини можуть бути:

- а) знищені;
- б) піддані кріоконсервуванню з метою збереження в замороженому вигляді;
- с) запліднені і піддані кріоконсервуванню.

Рівень медичних знань, що стосуються питань дозрівання, запліднення, початкових стадій ділення і розвитку людської яйцеклітини, далекий від досконалості. Необхідно продовжити експериментальне вивчення цього питання в суворій відповідності з Гельсінською декларацією і з письмової згоди донорів.

## ДОСЛІДЖЕННЯ

Техніка IVF і трансплантації ембріона може бути корисною при дослідженні механізмів виникнення і передачі генетичних аномалій, а також при вивченні питань їх профілактики і лікування. У той самий час, вона здатна породити серйозні моральні й етичні проблеми для лікаря і пацієнтів. Лікар не може нехтувати своїми етичними принципами, але при цьому повинен з чуйністю і пошаною ставитися до моральних і етичних принципів пацієнтів. Лікар повинен нести відповідальність як перед пацієнтами (учасниками дослідження, добровільна й інформована згода яких необхідна), так і перед законом; крім того, його дії повинні відповідати професійним етичним нормам. Дотримання принципів Гельсінської декларації ВМА повинне поширюватися як на всі дослідження з IVF і трансплантації людських ембріонів, так і на всі проблеми, що виникають у ході цих досліджень.

ВМА пропонує не втручатися в процес запліднення з метою вибору статі плода, окрім тих випадків, коли таке втручання дозволить уникнути зчеплених зі статтю природжених патологій.

## ДОНОРСТВО

Техніка IVF і трансплантації ембріонів передбачає можливість донорства яйцеклітин, сперми і ембріонів; при цьому біологічні донори не обов'язково можуть стати батьками дитини, що народжується в ході цієї операції. Використання донорських гамет або ембріонів може поставити перед лікарями і пацієнтами, що беруть участь в операції, проблеми юридичного, морального й етичного характеру. Лікарі зобов'язані дотримуватися всіх законів і етичних норм національних медичних асоціацій і інших медичних організацій, уважно ставитися до своїх пацієнтів, поважати їх моральні і етичні принципи, і утримуватися від будь-яких маніпуляцій з донорськими гаметами і ембріонами, які не узгоджуються з наведеними вище положеннями. Лікар може відмовитися від тих видів втручань, які вважає неприйнятними.

Техніка кріоконсервування гамет розширює можливості донорства. У дозволених законом випадках, заручившись згодою донорів гамет або ембріонів, які не збираються стати батьками майбутньої дитини, лікар

повинен переконатися в тому, що реципієнти візьмуть на себе повну відповідальність за долю людини, яка ще не народилася, а донори відмовляться від своїх прав і претензій на дитину після його народження.

Якщо це не заборонено законами країни, національною медичною асоціацією або іншими медичними організаціями, при наданні допомоги дорослій жінці, що не має матки, може бути використана процедура так званого сурогатного материнства. Усі учасники подібної процедури повинні дати інформовану добровільну згоду на її проведення. При ухваленні рішення про використання цього методу, лікар зобов'язаний урахувати всі законодавчі, етичні і моральні аспекти проблеми «сурогатного материнства».

Викладане не означає, що ВМА безумовно підтримує ідею «сурогатного материнства», при якому жінка за винагороду погоджується на штучне запліднення спермою чоловіка з метою народження дитини, яка буде всиновлена цим чоловіком і його дружиною.

ВМА, безумовно, відкидає будь-який комерційний підхід, за якого яйцеклітини, сперма і ембріон стають предметом купівлі-продажу.

*Додаток 19*

## ДЕКЛАРАЦІЯ ПРО ГЕНЕТИЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ І ГЕННУ ІНЖЕНЕРІЮ

*Прийнята 39-ю Всесвітньою Медичною Асамблеєю  
(Мадрид, 1987) і доповнена в 1992 р.*

### ГЕНЕТИЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ

У генетичній діагностиці існує два підходи:

1) скринінг до зачаття або оцінювання майбутніх батьків на предмет можливості передачі генетичних захворювань з метою прогнозу ймовірності зачаття генетично неблагополучної дитини;

2) внутрішньоматкові дослідження після зачаття - ультразвукове дослідження, амніоцентез і фетоскопія - з метою визначення стану плода. Лікар, який проводить генетичне консультування, зобов'язаний надати майбутнім батькам у доступній формі інформацію, достатню для прийняття ними усвідомленого рішення про можливість дітонародження. Надаючи інформацію сімейним парам, що прийняли рішення про

продовження роду, лікарі повинні дотримувати етичних і професійних норм, прийнятих у їхніх країнах, рекомендації ВМА та інших медичних організацій.

У випадку виявлення генетичних аномалій у плода майбутні батьки можуть вирішити перервати вагітність. Лікар, що має право на особисте відношення (підтримку або відкидання) до проблем контрацепції, стерилізації або штучного переривання вагітності, не може нав'язувати свої моральні цінності потенційним батькам, але й не зобов'язаний змінювати своїм переконанням в угоду їхньому рішення.

Лікарі, які вважають, що контрацепція, стерилізація і штучне переривання вагітності суперечать їхнім принципам і переконанням, можуть відмовитися від генетичного консультування. Однак у всіх випадках лікар зобов'язаний попередити майбутніх батьків про можливості виникнення генетичних проблем і порадити пройти генетичне консультування в компетентного фахівця.

## ГЕННА ІНЖЕНЕРІЯ

Розвиток досліджень у галузі генної інженерії порушує питання про регулювання пов'язаних з ними проблем з боку наукових і медичних організацій, промислових структур, урядових органів і громадськості.

ВМА наполягає, щоб були враховані такі чинники:

1. Якщо процедура виконується з дослідницькою метою, необхідна її повна відповідність вимогам Гельсінської декларації ВМА.
2. Якщо процедура виконується з лікувальною метою, необхідно дотримувати звичайних норм медичної практики, положень професійної етики і принципів Гельсінської декларації.
3. Необхідно всебічне обговорення пропонованої процедури з пацієнтом і одержання його (її) добровільної й усвідомленої згоди або згоди його (її) законних представників у письмовій формі.
4. На вірусній ДНК, що містить замісний або коригувальний ген, не повинно бути хвороботворного або іншого небажаного вірусу.
5. Упроваджена ДНК повинна нормально функціонувати в клітині реципієнта, не спричиняючи метаболічних порушень, здатних зашкодити іншим органам.
6. Ефективність генної терапії повинна бути ретельно вивчена, включаючи спостереження за майбутніми поколіннями.
7. Усі процедури можна здійснювати тільки після ретельної оцінки доступності й ефективності інших способів лікування. Якщо можливі більш прості і безпечні способи, ними і варто користуватися.
8. Висловлені принципи, можливо, у майбутньому будуть доповнені відповідно до розвитку медичної науки і практики.

## ЗАГАЛЬНА ДЕКЛАРАЦІЯ ПРО ГЕНОМ ЛЮДИНИ ТА ПРАВА ЛЮДИНИ

*Прийнята 11 листопада 1997 року  
на 29-й сесії Генеральної конференції ЮНЕСКО*

*Генеральна конференція, ... проголошує ... наступні принципи і приймає дану Декларацію.*

### А. ЛЮДСЬКЕ ДОСТОЇНСТВО ТА ГЕНОМ ЛЮДИНИ

#### Стаття 1

Геном людини лежить в основі споконвічної спільності *всіх* представників людського роду, а також визнання їхнього невід'ємного достоїнства і розмаїтості. Геном людини знаменує собою надбання людства.

#### Стаття 2

а) Кожна людина має право на повагу його достоїнства і його прав, незалежно від її генетичних характеристик.

б) Таке достоїнство непорушно означає, що особистість людини не може зводитися до його генетичних характеристик, і вимагає поваги до його унікальності й неповторності.

#### Стаття 3

*Геном людини в силу його еволюційного характеру* підданий мутаціям. Він містить у собі можливості, що виявляються різним чином залежно від природного і соціального середовища кожної людини, зокрема стану здоров'я, умов життя, харчування й освіти.

#### Стаття 4

Геном людини в його природному стані не повинен служити джерелом здобування доходів.

### В. ПРАВА ВІДПОВІДНИХ ОСІБ

#### Стаття 5

а) Дослідження, лікування або діагностика, пов'язані з геномом будь-якої людини, можуть проводитися лише після ретельного попереднього оцінювання пов'язаних з ними потенційних небезпек і переваг і з урахуванням усіх інших розпоряджень, встановлених національним

законодавством. У всіх випадках слід заручатися попередньою, вільною і ясно вираженою згодою зацікавленої особи. Якщо вона не може її виявити, то згода або дозвіл повинні бути отримані відповідно до закону, виходячи з вищих інтересів цієї особи.

b) Має дотримуватися право кожної людини вирішувати бути або не бути інформованим про результати генетичного аналізу та його наслідки.

c) У випадку досліджень їх документальні результати слід подавати на попередню оцінку згідно з відповідними національними і міжнародними нормами або керівними принципами.

e) Якщо будь-яка особа не може виявити відповідно до закону своєї згоди, дослідження, що стосуються його геному, можуть бути проведені лише за умови, що вони безпосередньо позначаються на поліпшенні його здоров'я і що будуть отримані дозволи і дотримані заходи захисту, що передбачаються законом. Дослідження, що не дозволяють очікувати якогось безпосереднього поліпшення здоров'я, можуть проводитися лише як виняток, з максимальною обережністю таким чином, щоб зацікавлена особа наражалася лише на мінімальний ризик і відчувала мінімальне навантаження, за умови, що ці дослідження проводяться в інтересах здоров'я інших осіб, які належать до тієї самої вікової групи або мають такі самі генетичні ознаки, з дотриманням вимог, передбачених законом, а також із забезпеченням сумісності цих досліджень із захистом прав даної особи.

#### Стаття 6

За ознакою генетичних характеристик ніхто не може піддаватися дискримінації, мета або результати якої є зазіханням на права людини, основні свободи і людське достоїнство.

#### Стаття 7

Конфіденційність генетичних даних, що стосуються людини, чия особистість може бути встановлена, і які зберігаються або піддаються обробленню з науковою, або будь-якою іншою метою, повинна охоронятися відповідно до закону.

#### Стаття 8

Кожна людина відповідно до міжнародного права і національного законодавства має право на справедливу компенсацію того або іншого збитку, заподіяного внаслідок безпосереднього і детермінувального впливу на його геном.

#### Стаття 9

З метою захисту прав людини й основних свобод обмеження, що стосуються принципів згоди і конфіденційності, можуть вводитися лише

відповідно до закону через край серйозні причини і в рамках міжнародного публічного права і міжнародного права в галузі прав людини.

### С. ДОСЛІДЖЕННЯ, ЩО СТОСУЮТЬСЯ ГЕНОМУ ЛЮДИНИ

#### Стаття 10

Жодні дослідження, що стосуються геному людини, так само як і жодні прикладні дослідження в цій галузі, особливо в сферах біології, генетики і медицини, не повинні превалювати над повагою прав людини, основних свобод і людського достоїнства окремих людей або у відповідних випадках груп людей.

#### Стаття 11

Не допускається практика, яка суперечить людському достоїнству, така, як практика клонування з метою відтворення людської особи. Державам і компетентним міжнародним організаціям пропонується співробітничати з метою виявлення такої практики і вжиття на національному і міжнародному рівнях необхідних заходів відповідно до принципів, викладених у даній Декларації.

#### Стаття 12

а) Слід забезпечувати загальний доступ до досягнень науки в галузі біології, генетики і медицини, що стосується геному людини, за належної поваги достоїнства і прав кожної людини.

б) Свобода проведення наукових досліджень, необхідна для розвитку знань, є складовою свободи думки. Мета прикладного використання результатів наукових досліджень, що стосуються геному людини, особливо в галузі біології, генетики і медицини, полягає в зменшенні страждань людей і в поліпшенні стану здоров'я кожної людини і всього людства.

### Д. УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ НАУКОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

#### Стаття 13

Відповідальність, що є невід'ємною частиною діяльності науковців, у тому числі вимогливість, обережність, інтелектуальна чесність і неупередженість, — як під час проведення наукових досліджень, так і у разі подання і використання їхніх результатів, має бути предметом особливої уваги, коли йдеться про дослідження, що стосуються геному людини, з урахуванням їх етичного і соціального наслідків. Особи, які приймають у державному і приватному секторах політичні рішення в галузі науки, також несуть особливу відповідальність у цьому відношенні.

#### Стаття 14

Державам слід вживати відповідних заходів, які сприяють створенню інтелектуальних і матеріальних умов, свободі проведення наукових досліджень, що стосуються геному людини, і враховувати при цьому етичні, правові, соціальні й економічні наслідки таких досліджень у світлі принципів, викладених у даній Декларації.

#### Стаття 15

Державам слід вживати відповідних заходів, що забезпечують рамки для безперешкодного здійснення наукових досліджень, які стосуються геному людини, з належним обліком викладених у даній Декларації принципів, щоб гарантувати дотримання прав людини й основних свобод і поваги людського достоїнства, а також охорону здоров'я людей. Такі заходи мають бути спрямовані на те, щоб результати цих досліджень використовувалися тільки з мирною метою.

#### Стаття 16

Державам слід визнати важливе значення сприяння на різних відповідних рівнях створенню незалежних, багатодисциплінарних і плюралістичних комітетів з етики для оцінки етичних, правових і соціальних питань, які виникають у зв'язку з проведенням наукових досліджень стосовно геному людини, і використанням результатів таких досліджень.

### Е. СОЛІДАРНІСТЬ І МІЖНАРОДНЕ СПІВРОБІТНИЦТВО

#### Стаття 17

Державам слід практикувати і розвивати солідарність з окремими людьми, родинами і групами населення, що особливо вразливі щодо захворювань або вад генетичного характеру, або хворіють на них. Державам слід, зокрема, сприяти проведенню наукових досліджень, спрямованих на виявлення, запобігання і лікування генетичних захворювань або захворювань, спричинених впливом генетичних чинників, особливо рідкісних захворювань, а також захворювань ендемічного характеру, від яких потерпає значна частина населення світу.

#### Стаття 18

Державам слід, належним чином враховуючи викладені в даній Декларації принципи, додавати всіх зусиль до подальшого поширення в міжнародному масштабі наукових знань про геном людини, розмаїтість людського роду і генетичні дослідження, а також зміцнювати міжнародне наукове і культурне співробітництво в цій галузі, особливо між промислово розвинутими країнами і країнами, що розвиваються.



## Стаття 19

а) У рамках міжнародного співробітництва з країнами, що розвиваються, державам слід заохочувати заходи, що дозволяють:

I) здійснювати оцінку небезпек і переваг, пов'язаних із проведенням наукових досліджень, що стосуються геному людини, і запобігати зловживанням;

II) розширювати і зміцнювати потенціал країн, що розвиваються, у галузі проведення наукових досліджень з біології і генетики людини з урахуванням конкретних проблем цих країн;

III) країнам, що розвиваються, користуватися досягненнями наукового і технічного прогресу, щоб застосування таких досягнень в інтересах їх економічного і соціального прогресу здійснювалося заради загального блага;

IV) заохочувати вільний обмін науковими знаннями і інформацією в галузях біології, генетики і медицини.

б) Відповідним міжнародним організаціям слід виявляти підтримку і сприяння ініціативам, які запроваджують держави з зазначеною вище метою.

## F. СПРИЯННЯ ВИКЛАДЕНИМ У ДЕКЛАРАЦІЇ ПРИНЦИПАМ

## Стаття 20

Державам слід вживати відповідних заходів з метою сприяння викладеним у даній Декларації принципам на основі утворення і використання відповідних засобів, у тому числі на основі здійснення наукових досліджень і підготовки в багатодисциплінарних галузях, а також на основі надання сприяння освіті в галузі біоетики на всіх рівнях, особливо призначеній для осіб, відповідальних за розроблення політики в галузі науки.

## Стаття 21

Державам слід вживати відповідних заходів, спрямованих на розвиток інших форм наукових досліджень, підготовки кадрів і поширення інформації, що сприяє поглибленню усвідомлення суспільством і всіма його членами своєї відповідальності перед лицем основних проблем, пов'язаних з необхідністю захистити достоїнство людини, що можуть виникати у світлі проведення наукових досліджень з біології, генетики і медицини, а також прикладного використання їхніх результатів. їм також варто сприяти відкритому обговоренню в міжнародному масштабі цієї тематики, забезпечуючи вільне вираження різних думок соціально-культурного, релігійного або філософського характеру.

## G. ЗДІЙСНЕННЯ ДЕКЛАРАЦІЇ

## Стаття 22

Державам слід активно сприяти викладеним у даній Декларації принципам, а також їх здійсненню всіма можливими засобами.

Стаття 23

Державам слід вживати відповідних заходів для сприяння за допомогою створення, підготовки і поширення інформації дотриманню викладених вище принципів і сприяти їхньому визнанню і діючому застосуванню. Державам варто також сприяти обмінам між незалежними комітетами з етики і їхньому об'єднанню в мережі у міру їх створення для розвитку всебічного співробітництва між ними.

Стаття 24

Міжнародному комітету ЮНЕСКО з біоетики слід сприяти поширенню принципів, викладених у даній Декларації, і подальшому вивченню питань, що виникають у зв'язку з їхнім здійсненням і розвитком відповідних технологій. Комітет має організовувати необхідні консультації із зацікавленими сторонами, а саме з уразливими групами населення. Комітету відповідно до статутних процедур ЮНЕСКО варто готувати рекомендації для Генеральної конференції і висловлювати думки про хід перетворення в життя положень Декларації, особливо в тому, що стосується практики, котра може виявитися несумісною з людським достоїнством, наприклад, випадків впливу на потомство.

Стаття 25

Жодні положення даної Декларації не можуть бути витлумачені таким чином, щоб служити будь-якій державі, групі людей або окремій людині як привід для здійснення ними будь-яких дій або акцій, несумісних із правами людини й основними свободами, включаючи принципи, викладені в даній Декларації.

ЗДІЙСНЕННЯ ЗАГАЛЬНОЇ ДЕКЛАРАЦІЇ ПРО ГЕНОМ ЛЮДИНИ  
ТА ПРАВА ЛЮДИНИ

*Генеральна конференція,*

беручи до уваги Загальну декларацію про геном людини і права людини, прийняту сьогодні, 11 листопада 1997 р., зазначаючи, що міркування, висловлені державами-членами під час прийняття Загальної декларації, актуальні для перетворення в життя її положень,

1) настійно закликав держави-члени:

а) керуючись положеннями Загальної декларації про геном людини і права людини, вжити необхідних заходів, у тому числі в разі потреби законодавчого або регламентуючого характеру, спрямованих на сприяння принципам, викладеним в Декларації, і їх здійснення;

б) регулярно подавати Генеральному директору відомості про всі заходи, здійснені ними з метою реалізації принципів, викладених у Декларації;

2) пропонує Генеральному директору:

а) скликати якомога швидше після 29-ї сесії Генеральної конференції збалансовану з погляду географічної представленості спеціальну робочу

групу в складі представників держав — членів з метою підготовки для нього рекомендацій відносно організації Міжнародного комітету з біоетики, завдань останнього у зв'язку із Загальною декларацією, а також умов, зокрема масштабу консультацій, у рамках яких Комітет буде забезпечувати перетворення в життя положень зазначеної Декларації, і представити доповідь з цього питання Виконавчій раді на його 154-й сесії;

б) ужити необхідних заходів для того, щоб Міжнародний комітет з біоетики забезпечив поширення Декларації, а також перетворення в життя її положень і сприяв проголошеним у ній принципам;

с) підготувати для Генеральної конференції комплексну доповідь про положення у світі в галузях, які відносяться до сфери дії Декларації, використовуючи при цьому інформацію, представлену державами — членами, а також іншу з усією очевидністю достовірну інформацію, отриману так, як він вважає за потрібне;

д) врахувати під час підготовки своєї комплексної доповіді роботу, здійснену організаціями й установами системи Організації Об'єднаних Націй, іншими міжурядовими організаціями, а також компетентними міжнародними неурядовими організаціями;

е) надати Генеральній конференції свою комплексну доповідь, а також усі зауваження і рекомендації загального характеру, що він вважає за необхідне для сприяння здійсненню принципів Декларації.

*Додаток 21*

**ДОДАТКОВИЙ ПРОТОКОЛ**  
**до Конвенції про захист прав та гідності людини щодо застосування**  
**біології та медицини (Конвенція про права людини та біомедицину),**  
**який стосується заборони клонування людей**

*Дата підписання: 12.01.98р.*

*Дата набрання чинності: 01.03.2001 р.*

Держави — члени Ради Європи, інші Держави та Європейське Співтовариство, що підписали цей Додатковий протокол до Конвенції про захист прав та гідності людини щодо застосування біології та медицини,

- беручи до уваги науковий розвиток в галузі клонування ссавців, зокрема шляхом поділу ембріона та пересадки ядра;
- усвідомлюючи, що власне деякі методи клонування можуть сприяти прогресові наукового пізнання та його медичному застосуванню;
- вважаючи, що клонування людей може стати технічно здійсненним;

- відзначаючи, що поділ ембріона може відбуватися природним шляхом і що в деяких випадках його результатом є народження генетично ідентичних близнюків;
  - вважаючи, однак, що поводження з людьми як з речами шляхом навмисного створення генетично ідентичних людей суперечить уявленню про людську гідність і, отже, є неправильним застосуванням біології та медицини;
  - беручи до уваги також серйозні проблеми медичного, психологічного та соціального характеру, які така спрямована біомедична практика може спричинити стосовно всіх відповідних людей;
  - ураховуючи мету Конвенції про захист прав та гідності людини щодо застосування біології та медицини, особливо принцип, який зазначено в статті 1 і який спрямований на захист гідності й індивідуальності всіх людей,
- домовилися про таке:

#### Стаття 1

1. Будь-яке втручання, спрямоване на створення людини, генетично ідентичної до іншої людини — живої чи мертвої, заборонено.

2. Для цілей цієї статті поняття «людина, генетично ідентична іншій людині», означає людину, яка має з іншою людиною однаковий набір генів ядра.

#### Стаття 2

Жодне обмеження положень цього Протоколу на підставі пункту 1 статті 26 Конвенції про права людини та біомедицину не допускається.

#### Стаття 3

У відносинах між Сторонами положення статей 1 та 2 цього Протоколу вважаються додатковими статтями Конвенції про права людини та біомедицину та всі положення Конвенції застосовуються відповідно.

#### Стаття 4

Цей Протокол відкритий для підписання тими, хто підписав Конвенцію про права людини та біомедицину. Він підлягає ратифікації, прийняттю або затвердженню. Той, хто підписав Конвенцію, не може ратифікувати, прийняти або затвердити цей Протокол, якщо він раніше не ратифікував, не прийняв або не схвалив Конвенцію або одночасно не ратифікує, не приймає або не схвалює її. Ратифікаційні грамоти, документи про прийняття або затвердження передаються на зберігання Генеральному секретарю Ради Європи.

#### Стаття 5

1. Цей Протокол набирає чинності в перший день місяця, що настає після закінчення трьох місяців після дати, на яку п'ять Держав, у тому числі

принаймні чотири держави — члени Ради Європи, висловили свою згоду на обов'язковість для них Протоколу відповідно до положень статті 4.

2. Стосовно будь-кого, хто підписав Конвенцію й пізніше висловить свою згоду на обов'язковість Протоколу, він набирає чинності в перший день місяця, що настає після закінчення трьох місяців з дня передачі на зберігання його ратифікаційної грамоти, документа про прийняття або затвердження.

#### Стаття 6

1. Після набрання чинності цим Протоколом будь-яка Держава, яка приєдналася до Конвенції, може також приєднатися до цього Протоколу.

2. Приєднання здійснюється шляхом передачі на зберігання Генеральному секретарю Ради Європи документа про приєднання і набирає чинності в перший день місяця, що настає після закінчення трьох місяців з дати його передачі на зберігання.

#### Стаття 7

1. Будь-яка Сторона може будь-коли денонсувати цей Протокол шляхом надіслання повідомлення про це Генеральному секретарю Ради Європи.

2. Така денонсація набирає чинності в перший день місяця, що настає після закінчення трьох місяців з дати одержання повідомлення Генеральним секретарем Ради Європи.

#### Стаття 8

Генеральний секретар Ради Європи повідомляє державам — членам Ради Європи, Європейському Співтовариству, будь-кому, хто підписав Конвенцію, будь-якій Стороні та будь-якій іншій Державі, якій було запропоновано приєднатися до Конвенції, про:

- a) будь-яке підписання;
- b) передачу на зберігання будь-якої ратифікаційної грамоти чи будь-якого документа про прийняття, схвалення або приєднання;
- c) будь-яку дату набрання чинності цим Протоколом відповідно до статей 5 й 6;
- d) будь-яку іншу дію, заяву або повідомлення, що стосується цього Протоколу.

На посвідчення чого ті, що підписалися нижче, належним чином на це вповноважені, підписали цю Конвенцію.

Учинено у м. Париж 12 січня 1998 року англійською та французькою мовами, причому обидва тексти є рівноавтентичні, в одному примірнику, який зберігатиметься в архіві Ради Європи. Генеральний Секретар Ради Європи передає засвідчені копії цієї Конвенції будь-якій державі — члену Ради Європи, Державам, які не є членами Ради Європи, але брали участь у розробленні цього Протоколу, будь-якій Державі, якій було запропоновано приєднатися до Конвенції, та Європейському Співтовариству.

## ЗАЯВА ПРО ПЕРСИСТУЮЧИЙ ВЕГЕТАТИВНИЙ СТАН

*Прийнято 41-ю Всесвітньою Медичною Асамблеєю,  
Гонконг, вересень 1989р.*

### ПРЕАМБУЛА

У даний час важко точно оцінити, скільки людей на землі знаходяться в персистуючому вегетативному стані (ПВС). 10 років тому в Японії частота ПВС була оцінена як 2-3 випадки на 100 тисяч жителів. Внаслідок удосконалювання засобів інтенсивної терапії (штучної вентиляції легень, методів штучного кровообігу, парентерального харчування) і лікування інфекційних захворювань в осіб з тяжкими пошкодженнями мозку, кількість хворих, які знаходяться в ПВС, прогресивно зростає. Лікарям усе частіше доводиться приймати болісні рішення про момент припинення дорогого штучного життєзабезпечення.

### ПЕРСИСТУЮЧИЙ ВЕГЕТАТИВНИЙ СТАН

Патологічна втрата свідомості може супроводжувати різні пошкодження мозку, включаючи нестачу харчування, отруєння, порушення мозкового кровообігу, інфекції, фізичні пошкодження або дегенеративні захворювання. З коми - гостра втрата свідомості, схожа на сон, але хворого не можна розбудити - можна вийти з різною глибиною неврологічного дефекту. При тяжких пошкодженнях півкуль головного мозку хворий перебуває у вегетативному стані, за якого періодично засинає і просинається, однак його свідомість не відновлюється. Вегетативний стан може бути як результатом коми, так і розвиватися поволі, у результаті прогресування неврологічних порушень, наприклад, при хворобі Альцгеймера. Якщо вегетативний стан триває кілька тижнів, говорять про ПВС, оскільки тіло зберігає вегетативні функції, необхідні для підтримки життя. У разі адекватного харчування і догляду, особи в ПВС можуть існувати роками, але ймовірність виходу з такого стану тим менша, чим більше часу пройшло з моменту його виникнення.

### ВІДНОВЛЕННЯ

Якщо кваліфіковані клініцисти встановили, що пацієнт прокинувся, але знаходиться в несвідомому стані, то прогноз відновлення свідомості

визначається ступенем пошкодження мозку і тривалістю коми. Особи у віці до 35 років після черепно-мозкової травми і деякі хворі після внутрішньочерепного крововиливу можуть відновлюватися дуже повільно; пробувши в ПВС від одного до трьох місяців, деякі з них частково реабілітуються через півроку після гострого епізоду. Як правило, шанси відновлення після закінчення трьох місяців ПВС у край низькі, хоча відомі і винятки, у частині з яких йдеться, імовірно, про нерозпізнаний перехід у стан сурдомутизму незабаром після виходу з коми. Утім, у будь-якому випадку вони не можуть жити без постійної кваліфікованої медичної підтримки.

### ЗАГАЛЬНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

За рідкісним винятком, якщо хворий не опритомнів протягом шести місяців, шансів на відновлення вкрай мало, незалежно від природи пошкодження мозку. Тому гарантованим критерієм необоротності ПВС можна вважати 12 місяців несвідомого стану, а для осіб віком понад 50 років відновлення практично неможливе і через 6 місяців.

Ризик прогностичної помилки наведеного критерію практично відсутній, що дозволяє засновувати на ньому лікарське рішення про припинення лікування для підтримання життя особи, що перебуває у ПВС. Якщо родина пацієнта поставить питання про відключення систем життєзабезпечення до терміну, що рекомендується, останнє слово повинно залишитися за лікарем, якому доведеться врахувати місцеві юридичні й етичні норми.

## СІДНЕЙСЬКА ДЕКЛАРАЦІЯ ВІДНОСНО КОНСТАТАЦІЇ ФАКТУ СМЕРТІ

*Прийнята 22-ю Всесвітньою Медичною Асамблеєю,  
Сідней, Австралія, серпень 1968  
доповнена 35-ю Всесвітньою Медичною Асамблеєю,  
Венеція, Італія, жовтень 1983*

1. Законодавство більшості країн справедливо покладає відповідальність за визначення моменту настання смерті на лікаря. Як правило, лікар констатує смерть на підставі загальновідомих критеріїв.

2. Проте, розвиток таких сучасних напрямів медицини, як:

а) штучна підтримка кровообігу в необоротно пошкодженому тілі,

б) використання трупних органів для трансплантації переводять питання констатації моменту настання смерті в нову площину.

3. Смерть є послідовний процес загибелі окремих клітин і тканин, неоднаково стійких до кисневого голодування. Завдання лікаря, що лікує, не турбота про окремі групи клітин, а боротьба за збереження цілісності особи. З цієї точки зору, важливий не момент загибелі окремих клітин, а момент, коли, не дивлячись на всі можливі реанімаційні заходи, організм необоротно втрачає свою цілісність.

4. У цьому сенсі момент настання смерті відповідає моменту необоротного припинення інтеграційних функцій головного мозку, зокрема, стовбурових функцій. Визначення цього моменту засноване на клінічній оцінці, що доповнюється за необхідності діагностичними пробами. На сучасному рівні розвитку медицини не існує задовільного універсального критерію визначення цього моменту і в даний час жодна техніка не може замінити лікарського рішення. Якщо передбачається пересадка органа, то факт смерті повинні незалежно констатувати мінімум два лікарі, не зацікавлені безпосередньо в проведенні трансплантації.

5. Медична етика дозволяє припинити всі реанімаційні заходи в момент настання смерті, а також, вилучити трупні органи, якщо отримана необхідна згода і законодавство країни не забороняє цього.



*Додаток 24*

## ЗАЯВА ПРО ПОСОБНИЦТВО ЛІКАРІВ ПРИ САМОГУБСТВАХ

*Прийнята 44-ю Всесвітньою Медичною Асамблеєю,  
Марбелла, Іспанія, вересень 1992*

Випадки самогубства при пособництві лікаря стали останнім часом предметом пильної уваги з боку громадськості. Відомі випадки використання пристосувань, сконструйованих лікарем, який інструктує пацієнта про те, як ними скористатися в цілях самогубства — наявна допомога в здійсненні акту самогубства. Інколи лікар дає пацієнтові ліки і інформує про дозу, вживання якої призведе до летального кінця.

У наведених випадках йдеться про серйозно і навіть смертельно хворих людях, жорстоко страждаючих від болю, віддаючи собі звіт в своїх діях і що самостійно прийняли рішення про самогубство. Пацієнти, що мають намір покінчити життя самогубством, часто знаходяться в депресії, яка, зазвичай, супроводжує смертельне захворювання.

Подібно до еутаназії, самогубство при пособництві лікаря є неетичним і підлягає засудженню з боку медичної громадськості. Лікар вчиняє неетично, якщо його дії спрямовані на допомогу пацієнтові в здійсненні самогубства. У той самий час, право пацієнта відмовитися від медичної допомоги є одним з основних і дії лікаря, спрямовані на пошану цього права, навіть якщо вони призводять до смерті пацієнта, досить етичні.

*Додаток 25*

## ВЕНЕЦІАНСЬКА ДЕКЛАРАЦІЯ ПРО ТЕРМІНАЛЬНИЙ СТАН

*Прийнята 35-ю Всесвітньою Медичною Асамблеєю,  
Венеція, Італія, жовтень 1983*

1. У процесі лікування лікар зобов'язаний, якщо це можливо, полегшити страждання пацієнта, завжди керуючись його інтересами.
2. Виключення з наведеного вище принципу (п.1) не допускаються навіть у разі невиліковних захворювань і потворності.
3. Виключеннями з наведеного вище принципу (п.1) не вважають наступні випадки:

3.1. Лікар не продовжує страждання вмираючого, припиняючи на його прохання, а якщо хворий без свідомості — на прохання його родичів, лікування, здатне лише відтермінувати настання неминучого кінця. Відмова від лікування не звільняє лікаря від обов'язку допомогти вмираючому, призначивши ліки, що полегшують страждання.

3.2. Лікар повинен утримуватися від уживання нестандартних способів терапії, які, на його думку, не дадуть реальної користі хворому.

3.3. Лікар може штучно підтримувати життєві функції померлого з метою збереження органів для трансплантації, за умови, що закони країни не забороняють цього, є згода, дана до настання термінального стану самим хворим, або, після констатації факту смерті, його законним представником і смерть констатована лікарем, прямо не пов'язаною ні з лікуванням померлого, ні з лікуванням потенційного реципієнта. Лікарі, що надають допомогу вмираючому, не повинні залежати ні від потенційного реципієнта, ні від лікарів, що лікують його.

*Додаток 26*

## **ЗАЯВА ПРО ПОЛІТИКУ В ОБЛАСТІ ЛІКУВАННЯ СМЕРТЕЛЬНО ХВОРИХ ПАЦІЄНТІВ, ЩО ВІДЧУВАЮТЬ ХРОНІЧНИЙ БІЛЬ**

*Прийнято 42-ю Всесвітньою Медичною Асамблеєю,  
Ранчо Міраж, Каліфорнія, США, жовтень 1990*

### **ПРЕАМБУЛА**

Лікування смертельно хворих пацієнтів, що відчують хронічний біль, слід проводити так, щоб вони могли гідно піти з життя. Правильне вживання опіоїдних і неопіоїдних анальгетиків може полегшити страждання більшості смертельно хворих людей. Лікар і всі, хто бере участь у лікуванні страждаючого від болю вмираючого пацієнта, зобов'язані адекватно представляти генез больових відчуттів хворого, знати клінічну фармакологію анальгетиків, розуміти потреби пацієнта, членів його сім'ї і друзів. Уряд зобов'язаний забезпечити доступність такої кількості опіоїдів, яка необхідна для адекватного ведення важкого хронічного больового синдрому.

### **ПРИНЦИПИ КЛІНІЧНОГО ВЕДЕННЯ ВАЖКОГО ХРОНІЧНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ**

Лікар повинен зосередити зусилля на полегшенні страждань смертельно хворого пацієнта. Біль, якого зазнає такий пацієнт, є лише однією зі

складових його страждань. Ступінь больових відчуттів може варіювати від терпимої до нестерпної.

Клінічний досвід свідчить, що для полегшення страждань смертельно хворого пацієнта метод вживання анальгетика є більш значущий від того, який конкретно опіоїд буде застосований.

Є різниця між гострим та хронічним болем; саме вона диктує вживання того або іншого опіоїдного анальгетика. Нижче наведені загальні принципи анальгетичного засобу за важкого хронічного болю.

1. Лікування має бути індивідуалізоване для того, щоб як можна адекватніше відповідати потребам пацієнта і підтримувати, наскільки це можливо, стан комфорту.

2. Необхідно пам'ятати, що переносимість хронічного болю відрізняється від переносимості гострого болю.

3. У цілях позбавлення пацієнта від болю, лікар повинен знати силу, тривалість дії і побічні ефекти анальгетиків, що є в наявності, вибрати з них відповідний, визначити дозу і схему вживання.

4. У хворих, яким неопіоїдні анальгетики вже не допомагають, поєднання неопіоїдних анальгетиків з опіоїдними може давати виражений ефект.

5. Утрата протибольового ефекту анальгетика внаслідок звикання пацієнта до препарату диктує заміну анальгетика.

6. Поява ятрогенної залежності від препарату не повинна розглядатися як головна проблема при лікуванні жорстокого болю на фоні неоперабельних захворювань і не може бути підставою для відмови від вживання сильних анальгетиків у хворих, яким такі анальгетики можуть допомогти.

7. Уряди повинні стежити за тим, наскільки система охорони здоров'я, що існує в їх країнах, законодавство і підзаконні акти дозволяють використовувати опіоїди в медичних цілях і усувати можливі перешкоди на шляху такого використання, а також розробляти заходи, спрямовані на забезпечення наявності і доступності опіоїдів, вживаних в медичних цілях.

**ЗАКОН УКРАЇНИ  
ПРО ПСИХІАТРИЧНУ ДОПОМОГУ**  
(Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2000, № 19, ст. 143)

*{Зі змінами, внесеними згідно із Законами  
№ 1364-IV(1364-15) від 09.12.2003, ВВР, 2004, № 15, ст. 221  
№ Ю33-У(1033-16) від 17.05.2007, ВВР, 2007, М 34, ст. 445}*

Цей Закон визначає правові та організаційні засади забезпечення громадян психіатричною допомогою виходячи із пріоритету прав і свобод людини і громадянина, встановлює обов'язки органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування з організації надання психіатричної допомоги та правового і соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади, регламентує права та обов'язки фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги.

Розділ I  
ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Стаття 1  
ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ

У цьому Законі наведені нижче терміни вживаються в такому значенні:

- психічні розлади — розлади психічної діяльності, визнані такими згідно з чинною в Україні Міжнародною статистичною класифікацією хвороб, травм і причин смерті;
- тяжкий психічний розлад — розлад психічної діяльності (потьмарення свідомості, порушення сприйняття, мислення, волі, емоцій, інтелекту чи пам'яті), який позбавляє особу здатності адекватно усвідомлювати оточуючу дійсність, свій психічний стан і поведінку;
- психіатрична допомога — комплекс спеціальних заходів, спрямованих на обстеження стану психічного здоров'я осіб на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими законами, профілактику, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд та медико-соціальну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади;
- фахівець — медичний працівник (лікар, медична сестра, фельдшер), психолог, соціальний працівник та інший працівник, який має відповідну освіту та спеціальну кваліфікацію і бере участь у наданні психіатричної допомоги;

- комісія лікарів-психіатрів — два чи більше лікарів-психіатрів, які колегіально приймають рішення з питань, пов'язаних з наданням психіатричної допомоги;
- психіатричний заклад — психоневрологічний, наркологічний чи інший спеціалізований заклад, центр, відділення тощо всіх форм власності, діяльність яких пов'язана з наданням психіатричної допомоги;
- законні представники — батьки (усиновителі), опікуни або інші особи, уповноважені законом представляти інтереси осіб, які страждають на психічні розлади, у тому числі здійснювати захист їх прав, свобод і законних інтересів при наданні їм психіатричної допомоги;
- усвідомлена згода особи — це згода, вільно висловлена особою, здатною зрозуміти інформацію, що надається доступним способом, про характер її психічного розладу та прогноз його можливого розвитку, мету, порядок та тривалість надання психіатричної допомоги, методи діагностики, лікування та лікарські засоби, що можуть застосовуватися в процесі надання психіатричної допомоги, їх побічні ефекти та альтернативні методи лікування;
- амбулаторна психіатрична допомога — психіатрична допомога, що включає в себе обстеження стану психічного здоров'я осіб на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими законами, профілактику, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд, медико-соціальну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади, в амбулаторних умовах;
- стаціонарна психіатрична допомога — психіатрична допомога, що включає в себе обстеження стану психічного здоров'я осіб на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими законами, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд, медико-соціальну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади, і надається в стаціонарних умовах понад 24 години підряд.

## Стаття 2

### ЗАКОНОДАВСТВО УКРАЇНИ ПРО ПСИХІАТРИЧНУ ДОПОМОГУ

Законодавство України про психіатричну допомогу базується на Конституції України (254к/96-ВР) і складається з Основ законодавства України про охорону здоров'я (2801-12), цього Закону та інших нормативно-правових актів, прийнятих відповідно до них.

Дія цього Закону поширюється на громадян України, іноземців та осіб без громадянства, які перебувають в Україні.

Якщо міжнародним договором, згода на обов'язковість якого надана Верховною Радою України, встановлені інші правила, ніж ті, що передбачені законодавством України про психіатричну допомогу, то застосовуються правила міжнародного договору.

### Стаття 3 ПРЕЗУМПЦІЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Кожна особа вважається такою, яка не має психічного розладу, доки наявність такого розладу не буде встановлено на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими законами України.

### Стаття 4 ПРИНЦИПИ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Психіатрична допомога надається на основі принципів законності, гуманності, дотримання прав людини і громадянина, добровільності, доступності та відповідно до сучасного рівня наукових знань, необхідності й достатності заходів лікування з мінімальними соціально-правовими обмеженнями.

### Стаття 5 ДЕРЖАВНІ ГАРАНТІЇ ЩОДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПСИХІАТРИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ ТА СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ ОСІБ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

Держава гарантує:

- фінансування надання психіатричної допомоги в обсязі, необхідному для забезпечення гарантованого рівня та належної якості психіатричної допомоги;
- безоплатне надання медичної допомоги особам, які страждають на психічні розлади, у державних та комунальних закладах охорони здоров'я та безоплатне або на пільгових умовах забезпечення їх лікарськими засобами і виробами медичного призначення в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України;
- грошову допомогу в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України, малозабезпеченій особі, яка проживає разом з інвалідом I чи II групи внаслідок психічного розладу, який за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду, — на догляд за ним у розмірі 10 відсотків прожиткового мінімуму, встановленого законом для працездатної особи; (Абзац четвертий частини першої статті 5 із змінами, внесеними згідно із Законом N 1364-IV (1364-15) від 09.12.2003);
- надання у державних та комунальних психіатричних закладах безоплатної діагностичної, консультативної, лікувальної, реабілітаційної допомоги в амбулаторних і стаціонарних умовах;
- здійснення всіх видів експертизи психічного стану особи;

- захист прав, свобод і законних інтересів осіб, які страждають на психічні розлади;
- вирішення в установленому законом порядку питань опіки та піклування щодо осіб, які страждають на психічні розлади;
- соціально-побутове влаштування інвалідів та осіб похилого віку, які страждають на психічні розлади, а також догляд за ними;
- здобуття безоплатно відповідної освіти особами, які страждають на психічні розлади, у державних та комунальних навчальних закладах;
- встановлення обов'язкових квот робочих місць на підприємствах, в установах та організаціях для працевлаштування інвалідів внаслідок психічного розладу в установленому законом порядку.

З метою забезпечення громадян різними видами психіатричної допомоги та соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади, органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування відповідно до їх повноважень:

- створюють мережу психіатричних закладів та організують надання психіатричної допомоги гарантованого рівня;
- забезпечують належні умови для надання психіатричної допомоги та реалізації прав, свобод і законних інтересів осіб, які страждають на психічні розлади;
- організують за спеціальними програмами безоплатне загальноосвітнє та професійно-технічне навчання осіб, які страждають на психічні розлади;
- створюють лікувально-виробничі підприємства, цехи, дільниці тощо з полегшеними умовами праці для здійснення трудової реабілітації, оволодіння новими професіями та працевлаштування осіб, які страждають на психічні розлади;
- організують гуртожитки та інші місця проживання для осіб, які страждають на психічні розлади і втратили соціальний зв'язок;
- поліпшують житлові умови осіб, які страждають на психічні розлади, в установленому законодавством порядку;
- забезпечують виконання загальнодержавних та інших програм у сфері надання психіатричної допомоги та соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади;
- здійснюють відповідно до законів інші заходи щодо соціального та правового захисту осіб, які страждають на психічні розлади.

#### Стаття 6

### КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ ВІДОМОСТЕЙ ПРО СТАН ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИ ТА НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Медичні працівники, інші фахівці, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, та особи, яким у зв'язку з навчанням або виконанням професійних, службових, громадських чи інших обов'язків стало відомо про

наявність у особи психічного розладу, про факти звернення за психіатричною допомогою та лікування у психіатричному закладі чи перебування в психоневрологічних закладах для соціального захисту або спеціального навчання, а також інші відомості про стан психічного здоров'я особи, її приватне життя, не можуть розголошувати ці відомості, крім випадків, передбачених частинами третьою, четвертою та п'ятою цієї статті.

Право на одержання і використання конфіденційних відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги має сама особа чи її законний представник.

За усвідомленою згодою особи або її законного представника відомості про стан психічного здоров'я цієї особи та надання їй психіатричної допомоги можуть передаватися іншим особам лише в інтересах особи, яка страждає на психічний розлад, для проведення обстеження та лікування чи захисту її прав і законних інтересів, для здійснення наукових досліджень, публікацій в науковій літературі, використання у навчальному процесі.

Допускається передача відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги без згоди особи або без згоди її законного представника для:

- 1) організації надання особі, яка страждає на тяжкий психічний розлад, психіатричної допомоги;
- 2) провадження дізнання, попереднього слідства або судового розгляду за письмовим запитом особи, яка проводить дізнання, слідчого, прокурора та суду.

У листку непрацездатності, що видається особі, яка страждає на психічний розлад, діагноз психічного розладу вписується за згодою цієї особи, а у разі її незгоди - лише причина непрацездатності (захворювання, травма або інша причина).

Забороняється без згоди особи або без згоди її законного представника та лікаря-психіатра, який надає психіатричну допомогу, публічно демонструвати особу, яка страждає на психічний розлад, фотографувати її чи робити кінозйомку, відеозапис, звукозапис та прослуховувати співбесіди особи з медичними працівниками чи іншими фахівцями при наданні їй психіатричної допомоги.

Забороняється вимагати відомості про стан психічного здоров'я особи та про надання їй психіатричної допомоги, за винятком випадків, передбачених цим Законом та іншими законами.

Документи, що містять відомості про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги, повинні зберігатися з дотриманням умов, що гарантують конфіденційність цих відомостей. Вилучення оригіналів цих документів та їх копіювання може здійснюватися лише у випадках, встановлених законом.



## Стаття 7

**ДІАГНОСТИКА ПСИХІЧНОГО РОЗЛАДУ ТА ЛІКУВАННЯ ОСОБИ,  
ЯКА СТРАЖДАЄ НА ПСИХІЧНИЙ РОЗЛАД**

Діагноз психічного розладу встановлюється відповідно до загальноєвропейських міжнародних стандартів діагностики та Міжнародної статистичної класифікації хвороб, травм і причин смерті, прийнятих Міністерством охорони здоров'я України для застосування в Україні. Діагноз психічного розладу не може базуватися на незгоді особи з існуючими в суспільстві політичними, моральними, правовими, релігійними, культурними цінностями або на будь-яких інших підставах, безпосередньо не пов'язаних із станом її психічного здоров'я.

Методи діагностики та лікування і лікарські засоби, дозволені Міністерством охорони здоров'я України, застосовуються лише з діагностичною та лікувальною метою відповідно до характеру психічних розладів і не можуть призначатися для покарання особи, яка страждає на психічний розлад, або в інтересах інших осіб.

Забороняється визначати стан психічного здоров'я особи та встановлювати діагноз психічних розладів без психіатричного огляду особи, крім випадків проведення судово-психіатричної експертизи посмертно.

Методи діагностики та лікування і лікарські засоби, що становлять підвищений ризик для здоров'я особи, якій надається психіатрична допомога, застосовуються за призначенням і під контролем комісії лікарів-психіатрів: за усвідомленою згодою особи; щодо особи віком до 14 років (малолітньої особи) - за згодою її батьків чи іншого законного представника; щодо особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, - за згодою її законного представника. { Частина четверта статті 7 зі змінами, внесеними згідно із Законом N 1033-V (1033-16) від 17.05.2007}.

Перелік методів діагностики та лікування і лікарських засобів, що становлять підвищений ризик для здоров'я особи, встановлюється Міністерством охорони здоров'я України.

## Стаття 8

**ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ БЕЗПЕКИ НАДАННЯ  
ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ЗАПОБІГАННЯ  
НЕБЕЗПЕЧНИМ ДІЯННЯМ З БОКУ ОСІБ,  
ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ**

Психіатрична допомога надається в найменш обмежених умовах, що забезпечують безпеку особи та інших осіб, при додержанні прав і законних інтересів особи, якій надається психіатрична допомога.

Заходи фізичного обмеження та (або) ізоляції особи, яка страждає на психічний розлад, при наданні їй психіатричної допомоги застосовуються за

призначенням та під постійним контролем лікаря-психіатра чи іншого медичного працівника, на якого власником психіатричного закладу чи уповноваженим ним органом покладені обов'язки з надання психіатричної допомоги, і застосовуються лише в тих випадках, формах і на той час, коли всіма іншими законними заходами неможливо запобігти діям особи, що являють собою безпосередню небезпеку для неї або інших осіб. Про форми та час застосування заходів фізичного обмеження та (або) ізоляції робиться запис у медичній документації. Заходи фізичного обмеження та (або) ізоляції застосовуються відповідно до правил, встановлених Міністерством охорони здоров'я України.

Органи внутрішніх справ зобов'язані подавати допомогу медичним працівникам, за їх зверненням, у разі надання психіатричної допомоги в примусовому порядку та забезпечувати безпечні умови для доступу до особи та її психіатричного огляду. Органи внутрішніх справ повинні запобігати діям з боку особи, якій надається психіатрична допомога в примусовому порядку, що загрожують життю і здоров'ю оточуючих та інших осіб, та вживати заходи щодо забезпечення схоронності залишеного без нагляду майна та житла особи, яка госпіталізується в примусовому порядку, а в разі необхідності — проводити розшук особи, якій психіатрична допомога повинна надаватися в примусовому порядку.

#### Стаття 9 ОБМЕЖЕННЯ, ПОВ'ЯЗАНІ З ВИКОНАННЯМ ОКРЕМИХ ВИДІВ ДІЯЛЬНОСТІ

Особа може бути визнана тимчасово (на строк до п'яти років) або постійно непридатною внаслідок психічного розладу до виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби), що можуть становити безпосередню небезпеку для неї або оточуючих.

З метою встановлення придатності особи до виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби) з особливими вимогами до стану її психічного здоров'я вона підлягає обов'язковому попередньому (перед початком діяльності) та періодичним (у процесі діяльності) психіатричним оглядам. Порядок проведення попередніх і періодичних психіатричних оглядів встановлюється Кабінетом Міністрів України.

Рішення про визнання особи внаслідок психічного розладу тимчасово або постійно непридатною до виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби), що можуть становити безпосередню небезпеку для неї або оточуючих, приймається відповідною лікарською комісією за участю лікаря-психіатра на підставі оцінки стану психічного здоров'я особи відповідно до переліку медичних психіатричних протипоказань і може бути оскаржено до суду.

Перелік медичних психіатричних протипоказань щодо виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби), що можуть становити безпосередню небезпеку для особи або оточуючих, затверджується Кабінетом Міністрів України і підлягає періодичному (не рідше одного разу на п'ять років) перегляду.

#### Стаття 10

### ПСИХІАТРИЧНІ ЗАКЛАДИ, МЕДИЧНІ ПРАЦІВНИКИ ТА ІНШІ ФАХІВЦІ, ЯКІ НАДАЮТЬ ПСИХІАТРИЧНУ ДОПОМОГУ

Психіатрична допомога надається психіатричними закладами всіх форм власності, а також лікарями-психіатрами за наявності ліцензії, отриманої відповідно до законодавства. Медичні працівники, інші фахівці для допуску до роботи з особами, які страждають на психічні розлади, повинні пройти спеціальну підготовку та підтвердити свою кваліфікацію в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації медичних працівників, інших фахівців, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, здійснюються відповідно до законодавства.

#### Розділ II

### ВИДИ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ, ПІДСТАВИ ТА ПОРЯДОК ЇЇ НАДАННЯ

#### Стаття 11

### ПСИХІАТРИЧНИЙ ОГЛЯД

Психіатричний огляд проводиться з метою з'ясування: наявності чи відсутності в особі психічного розладу, потреби в наданні їй психіатричної допомоги, а також для вирішення питання про вид такої допомоги та порядок її надання.

Психіатричний огляд проводиться лікарем-психіатром на прохання або за усвідомленою згодою особи; щодо особи віком до 14 років (малолітньої особи) — на прохання або за згодою її батьків чи іншого законного представника; щодо особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, — на прохання або за згодою її опікуна. У разі незгоди одного із батьків чи відсутності батьків або іншого законного представника психіатричний огляд неповнолітнього здійснюється за рішенням (згодою) органів опіки та піклування, яке може бути оскаржено до суду. { Частина друга статті 11 із змінами, внесеними згідно із Законом № 1033-V (1033-16) від 17.05.2007 }.

Психіатричний огляд особи може бути проведено без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника у випадках, коли одержані

відомості дають достатні підстави для обґрунтованого припущення про наявність у особи тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона:

- вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що являють собою безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих, або
- неспроможна самостійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує її життєдіяльність, або
- завдасть значної шкоди своєму здоров'ю у зв'язку з погіршенням психічного стану у разі ненадання їй психіатричної допомоги.

Рішення про проведення психіатричного огляду особи без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника приймається лікарем-психіатром за заявою, яка містить відомості, що дають достатні підстави для такого огляду. Із заявою можуть звернутися родичі особи, яка підлягає психіатричному огляду, лікар, який має будь-яку медичну спеціальність, інші особи.

Заява про психіатричний огляд особи без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника повинна бути подана у письмовій формі та містити відомості, що обґрунтовують необхідність психіатричного огляду і вказують на відмову особи чи її законного представника від звернення до лікаря-психіатра. Лікар-психіатр має право робити запит щодо надання йому додаткових медичних та інших відомостей, необхідних для прийняття відповідного рішення.

У невідкладних випадках, коли за одержаними відомостями, що дають достатні підстави для обґрунтованого припущення про наявність у особи тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона: вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що являють собою безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих, або неспроможна самостійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує її життєдіяльність, заява про психіатричний огляд особи може бути усною. У цих випадках рішення про проведення психіатричного огляду особи без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника приймається лікарем-психіатром самостійно і психіатричний огляд проводиться ним негайно.

У випадках, коли відсутні дані, що свідчать про наявність обставин, передбачених абзацами другим та третім частини третьої цієї статті, заява повинна бути подана у письмовій формі та містити відомості, що обґрунтовують необхідність проведення такого огляду. У разі встановлення обґрунтованості заяви про психіатричний огляд особи без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника лікар-психіатр направляє до суду за місцем проживання цієї особи заяву про проведення психіатричного огляду особи в примусовому порядку. До заяви додається висновок лікаря-психіатра, який містить обґрунтування про необхідність проведення такого огляду, та інші матеріали. Психіатричний огляд особи проводиться лікарем-психіатром у примусовому порядку за рішенням суду.

Лікар-психіатр перед проведенням психіатричного огляду зобов'язаний відрекомендуватися особі, яка підлягає огляду, або її законному представнику як лікар-психіатр, назвати своє прізвище, місце роботи та викласти мету огляду.

Дані психіатричного огляду з висновком про стан психічного здоров'я особи, а також причини звернення до лікаря-психіатра та медичні рекомендації фіксуються у медичній документації.

Умисне подання заяви про психіатричний огляд особи, що містить завідомо неправдиві або неточні відомості щодо стану психічного здоров'я цієї особи, тягне за собою відповідальність, передбачену законом.

## Стаття 12

### АМБУЛАТОРНА ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторна психіатрична допомога надається лікарем-психіатром на прохання або за усвідомленою згодою особи; щодо особи віком до 14 років (малолітньої особи) — на прохання або за згодою її батьків чи іншого законного представника; щодо особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, - на прохання або за згодою її опікуна. У разі незгоди одного із батьків чи відсутності батьків або іншого законного представника амбулаторна психіатрична допомога неповнолітньому здійснюється за рішенням (згодою) органів опіки та піклування, яке може бути оскаржено до суду. {Частина перша статті 12 із змінами, внесеними згідно із Законом № 1033-V (1033-16) від 17.05.2007}.

Амбулаторна психіатрична допомога може надаватися без усвідомленої згоди особи або без згоди її законного представника у разі встановлення у неї тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона завдасть значної шкоди своєму здоров'ю у зв'язку з погіршенням психічного стану у разі ненадання їй психіатричної допомоги. Амбулаторна психіатрична допомога особі без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника надається лікарем-психіатром в примусовому порядку за рішенням суду.

Питання про надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку вирішується судом за місцем проживання особи. Заява про надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку направляється до суду лікарем-психіатром. До заяви, в якій повинні бути викладені підстави для надання особі амбулаторної психіатричної допомоги без її усвідомленої згоди та без згоди її законного представника, передбачені частиною другою цієї статті, додається висновок лікаря-психіатра, який містить обґрунтування про необхідність надання особі такої допомоги.

Особа, якій надається амбулаторна психіатрична допомога в примусовому порядку, повинна оглядатися лікарем-психіатром не рідше одного разу на

місяць, а комісією лікарів-психіатрів — не рідше одного разу на 6 місяців для вирішення питання про продовження чи припинення надання їй такої допомоги.

У разі необхідності продовження надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку понад 6 місяців лікар-психіатр повинен надіслати до суду за місцем проживання особи заяву про продовження надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку. До заяви, в якій повинні бути викладені підстави надання особі амбулаторної психіатричної допомоги без її усвідомленої згоди та без згоди її законного представника, передбачені частиною другою цієї статті, додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який містить обґрунтування про необхідність продовження надання особі такої допомоги. В подальшому продовження надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку проводиться кожного разу на строк, який не може перевищувати 6 місяців.

У разі погіршення стану психічного здоров'я особи, якій надається амбулаторна психіатрична допомога в примусовому порядку, та ухилення від виконання цієї особою або її законним представником рішення суду про надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку психіатрична допомога може надаватися на підставах та в порядку, передбачених статтями 14, 16 і 17 цього Закону.

Надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку припиняється за рішенням комісії лікарів-психіатрів у разі видужання особи або такої зміни стану її психічного здоров'я, що не потребує надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку, або за рішенням суду про відмову в продовженні надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку.

Клопотання про припинення надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку може направлятися до суду особою, якій надається ця допомога, або її законним представником через 3 місяці з часу ухвалення судом рішення про надання або продовження надання особі такої допомоги.

### Стаття 13

#### ГОСПІТАЛІЗАЦІЯ ОСОБИ ДО ПСИХІАТРИЧНОГО ЗАКЛАДУ

Особа госпіталізується до психіатричного закладу добровільно — на її прохання або за її усвідомленою згодою. Особа віком до 14 років (малолітня особа) госпіталізується до психіатричного закладу на прохання або за згодою її батьків чи іншого законного представника. Особа, визнана у встановленому законом порядку недієздатною, госпіталізується до психіатричного закладу на прохання або за згодою її опікуна. У разі незгоди одного із батьків або відсутності батьків чи законного представника

госпіталізація неповнолітнього до психіатричного закладу проводиться за рішенням (згодою) органу опіки та піклування, яке може бути оскаржено до суду. Згода на госпіталізацію фіксується у медичній документації за підписом особи або її законного представника та лікаря-психіатра. {Частина перша статті 13 із змінами, внесеними згідно із Законом № 1033-V (1033-16) від 17.05.2007}.

Госпіталізація особи у випадках, передбачених частиною першою цієї статті, здійснюється за рішенням лікаря-психіатра.

Особа може бути госпіталізована до психіатричного закладу в примусовому порядку на підставах, передбачених статтею 14 цього Закону, а також у випадках проведення експертизи стану психічного здоров'я особи або застосування до особи, яка страждає на психічний розлад і вчинила суспільно небезпечне діяння, примусового заходу медичного характеру на підставах та в порядку, передбачених законами України.

#### Стаття 14

### ПІДСТАВИ ДЛЯ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ОСОБИ ДО ПСИХІАТРИЧНОГО ЗАКЛАДУ В ПРИМУСОВОМУ ПОРЯДКУ

Особа, яка страждає на психічний розлад, може бути госпіталізована до психіатричного закладу без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника, якщо її обстеження або лікування можливі лише в стаціонарних умовах, та при встановленні в особи тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона:

- вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що являють собою безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих, або
- неспроможна самостійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує її життєдіяльність.

#### Стаття 15

### ОГЛЯД ОСОБИ ВІКОМ ДО 14 РОКІВ (МАЛОЛІТНЬОЇ ОСОБИ) ТА ОСОБИ, ВИЗНАНОЇ НЕДІЄЗДАТНОЮ, ГОСПІТАЛІЗОВАНИХ ДО ПСИХІАТРИЧНОГО ЗАКЛАДУ НА ПРОХАННЯ АБО ЗА ЗГОДОЮ ЇХ ЗАКОННИХ ПРЕДСТАВНИКІВ

*{Назва статті 15 із змінами, внесеними згідно із Законом № 1033-V (1033-16) від 17.05.2007}*

Особа віком до 14 років (малолітня особа) та особа, визнана у встановленому законом порядку недієздатною, госпіталізовані до психіатричного закладу на прохання або за згодою їх законних представників, підлягають

обов'язковому протягом 48 годин з часу госпіталізації огляду комісією лікарів-психіатрів психіатричного закладу для прийняття рішення про необхідність подальшого перебування цих осіб у психіатричному закладі та надання їм стаціонарної психіатричної допомоги. {Частина перша статті 15 із змінами, внесеними згідно із Законом № 1033-V (1033-16) від 17.05.2007}.

При подальшому перебуванні в психіатричному закладі зазначені в цій статті особи підлягають огляду комісією лікарів-психіатрів не рідше одного разу на місяць для вирішення питання про необхідність продовження чи припинення надання їм стаціонарної психіатричної допомоги.

У разі виявлення комісією лікарів-психіатрів зловживань, допущених законними представниками особи віком до 14 років (малолітньої особи) або особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, власник психіатричного закладу або уповноважений ним орган повідомляє про це органи опіки та піклування за місцем проживання особи, яку було госпіталізовано. { Частина третя статті 15 із змінами, внесеними згідно із Законом № 1033-V ( 1033-16 ) від 17.05.2007 }.

#### Стаття 16

### ОГЛЯД ОСІБ, ГОСПІТАЛІЗОВАНИХ ДО ПСИХІАТРИЧНОГО ЗАКЛАДУ В ПРИМУСОВОМУ ПОРЯДКУ

Особа, яку було госпіталізовано до психіатричного закладу за рішенням лікаря-психіатра на підставах, передбачених статтею 14 цього Закону, підлягає обов'язковому протягом 24 годин з часу госпіталізації огляду комісією лікарів-психіатрів психіатричного закладу для прийняття рішення про доцільність госпіталізації. У випадку, коли госпіталізація визнається недоцільною і особа не висловлює бажання залишитися в психіатричному закладі, ця особа підлягає негайній виписці.

У випадках, коли госпіталізація особи до психіатричного закладу в примусовому порядку визнається доцільною, представник психіатричного закладу, в якому перебуває особа, протягом 24 годин направляє до суду за місцем знаходження психіатричного закладу заяву про госпіталізацію особи до психіатричного закладу в примусовому порядку на підставах, передбачених статтею 14 цього Закону.

До заяви, в якій повинні бути викладені підстави госпіталізації особи до психіатричного закладу в примусовому порядку, передбачені статтею 14 цього Закону, додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який містить обґрунтування про необхідність такої госпіталізації.

До винесення судом рішення лікування може проводитися за рішенням лікаря-психіатра (комісії лікарів-психіатрів).

Керівник психіатричного закладу зобов'язаний негайно повідомити про госпіталізацію особи до психіатричного закладу в примусовому



порядку членів її сім'ї, інших родичів або її законного представника. У разі відсутності відомостей про наявність членів сім'ї, інших родичів або законного представника в особи, яку госпіталізовано, а також про їх місце проживання повідомляються органи внутрішніх справ за місцем проживання цієї особи.

#### Стаття 17 ПРОДОВЖЕННЯ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ОСОБИ В ПРИМУСОВОМУ ПОРЯДКУ

Перебування особи в психіатричному закладі в примусовому порядку може здійснюватися лише протягом часу наявності підстав, за якими було проведено госпіталізацію.

Особа, яку було госпіталізовано до психіатричного закладу в примусовому порядку, повинна оглядатися комісією лікарів-психіатрів не рідше одного разу на місяць з метою встановлення наявності підстав для продовження чи припинення такої госпіталізації.

У разі необхідності продовження госпіталізації в примусовому порядку понад 6 місяців представник психіатричного закладу повинен направити до суду за місцем знаходження психіатричного закладу заяву про продовження такої госпіталізації. До заяви, в якій повинні бути викладені підстави госпіталізації особи до психіатричного закладу в примусовому порядку, передбачені статтею 14 цього Закону, додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який містить обґрунтування про необхідність продовження такої госпіталізації. В подальшому продовження госпіталізації особи в психіатричному закладі проводиться кожного разу на строк, який не може перевищувати 6 місяців.

Клопотання про припинення госпіталізації в примусовому порядку можуть направлятися до суду особою, яку було госпіталізовано в примусовому порядку, або її законним представником через кожні 3 місяці з часу ухвалення судом рішення про продовження такої госпіталізації.

#### Стаття 18 ВИПСКА ОСОБИ З ПСИХІАТРИЧНОГО ЗАКЛАДУ

Виписка з психіатричного закладу здійснюється у разі завершення обстеження чи експертизи психічного стану особи або видужання особи чи такої зміни стану її психічного здоров'я, що не потребує подальшого лікування в стаціонарних умовах. Виписка особи, добровільно госпіталізованої до психіатричного закладу, здійснюється за письмовою заявою цієї особи або її законного представника чи за рішенням лікаря-психіатра.

Особі, яку було госпіталізовано до психіатричного закладу добровільно, або її законному представнику може бути відмовлено у виписці цієї особи з

психіатричного закладу, якщо комісією лікарів-психіатрів будуть встановлені підстави госпіталізації в примусовому порядку, передбачені статтею 14 цього Закону. У цьому випадку питання про госпіталізацію особи в примусовому порядку, продовження госпіталізації та виписки вирішуються відповідно до статей 16 і 17, частин другої та третьої статті 22 цього Закону та частини третьої цієї статті.

Виписка особи, яку було госпіталізовано до психіатричного закладу в примусовому порядку, здійснюється за рішенням комісії лікарів-психіатрів або за рішенням суду про відмову в продовженні такої госпіталізації.

Виписка особи, яка вчинила суспільно небезпечні діяння та щодо якої судом було застосовано примусові заходи медичного характеру, здійснюється за рішенням суду.

## Стаття 19

### ПРИМУСОВІ ЗАХОДИ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ

Примусові заходи медичного характеру застосовуються за рішенням суду у випадках та в порядку, встановлених Кримінальним (2001-05, 2002-05), Кримінально-процесуальним кодексами України (1001-05, 1002-05, 1003-05), цим Законом та іншими законами.

За рішенням суду застосовуються такі примусові заходи медичного характеру:

- 1) надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку;
- 2) госпіталізація до психіатричного закладу зі звичайним наглядом;
- 3) госпіталізація до психіатричного закладу з посиленням наглядом;
- 4) госпіталізація до психіатричного закладу з суворим наглядом.

Продовження, зміна або припинення застосування примусових заходів медичного характеру здійснюються судом за заявою представника психіатричного закладу (лікаря-психіатра), який надає особі таку психіатричну допомогу, на підставі висновку комісії лікарів-психіатрів.

Особи, до яких застосовані примусові заходи медичного характеру, підлягають огляду комісією лікарів-психіатрів не рідше одного разу на 6 місяців для вирішення питання про наявність підстав для звернення до суду із заявою про припинення або про зміну застосування такого заходу. У разі відсутності підстав для припинення або зміни застосування примусового заходу медичного характеру представник психіатричного закладу (лікар-психіатр), який надає особі таку психіатричну допомогу, направляє до суду заяву, до якої додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який містить обґрунтування про необхідність продовження застосування примусового заходу медичного характеру. У разі необхідності продовження застосування примусового заходу медичного характеру понад 6 місяців представник психіатричного закладу (лікар-психіатр), який

надає особі таку психіатричну допомогу, повинен направити до суду за місцем знаходження психіатричного закладу заяву про продовження застосування примусового заходу медичного характеру. До заяви додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який містить обґрунтування про необхідність продовження надання особі такої психіатричної допомоги. В подальшому продовження застосування примусового заходу медичного характеру проводиться кожного разу на строк, який не може перевищувати 6 місяців.

Питання про зміну або припинення застосування примусового заходу медичного характеру вирішується судом у разі такої зміни стану психічного здоров'я особи, за якої відпадає необхідність застосування раніше призначеного заходу або виникає необхідність у призначенні іншого примусового заходу медичного характеру.

#### Стаття 20

### ЕКСПЕРТИЗА ПСИХІЧНОГО СТАНУ ОСОБИ

Експертиза психічного стану особи (медико-соціальна експертиза втрати працездатності, військово-лікарська та інші) проводиться на підставах та в порядку, передбачених законами та прийнятими відповідно до них іншими нормативно-правовими актами.

#### Стаття 21

### СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНА ЕКСПЕРТИЗА

Судово-психіатрична експертиза з адміністративних, кримінальних і цивільних справ призначається і проводиться на підставах та в порядку, передбачених законом.

#### Стаття 22

### ПОРЯДОК СУДОВОГО РОЗГЛЯДУ ЗАЯВ ПРО НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ПРИМУСОВОМУ ПОРЯДКУ

Заява лікаря-психіатра про проведення психіатричного огляду особи в примусовому порядку розглядається судом за місцем проживання цієї особи у триденний строк з дня її надходження.

Заява представника психіатричного закладу про госпіталізацію особи до психіатричного закладу в примусовому порядку розглядається судом за місцем знаходження психіатричного закладу протягом 24 годин з дня її надходження.

Заяви лікаря-психіатра про надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку, про продовження надання особі

амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку розглядаються судом за місцем проживання особи у десятиденний строк з дня їх надходження. Заяви представників психіатричних закладів про продовження госпіталізації в примусовому порядку розглядаються судом за місцем знаходження психіатричного закладу у десятиденний строк з дня їх надходження.

Судові справи щодо надання психіатричної допомоги в примусовому порядку розглядаються в присутності особи, щодо якої вирішується питання про надання їй такої допомоги. Участь при розгляді цих справ прокурора, лікаря-психіатра чи представника психіатричного закладу, що подав заяву, та законного представника осіб, щодо яких розглядаються питання, пов'язані з наданням їм психіатричної допомоги, є обов'язковою.

### Стаття 23

## ПОМІЩЕННЯ ОСОБИ ДО ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНОГО ЗАКЛАДУ ДЛЯ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ АБО СПЕЦІАЛЬНОГО НАВЧАННЯ

Підставою для поміщення особи, яка страждає на психічний розлад, до психоневрологічного закладу для соціального захисту є особиста заява особи та висновок лікарської комісії за участю лікаря-психіатра; для неповнолітнього віком до 18 років або особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, - заява батьків або іншого законного представника та рішення органу опіки та піклування, прийняте на підставі висновку лікарської комісії за участю лікаря-психіатра. Висновок повинен містити відомості про наявність у особи психічного розладу та необхідність утримання її в психоневрологічному закладі для соціального захисту.

Органи опіки та піклування повинні вживати заходів для охорони майнових інтересів особи, яка перебуває в психоневрологічному закладі для соціального захисту.

Підставою для поміщення до психоневрологічного закладу для спеціального навчання неповнолітнього віком до 18 років, який страждає на психічний розлад, є заява його батьків чи іншого законного представника та висновок комісії за участю лікаря-психіатра, психолога і педагога. Висновок повинен містити відомості про наявність у неповнолітнього психічного розладу та необхідність його навчання в умовах психоневрологічного закладу для спеціального навчання.

Власник психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання чи уповноважений ним орган зобов'язаний не рідше одного разу на рік організувати проведення огляду осіб, які перебувають у них, лікарською комісією за участю лікаря-психіатра, комісією за участю

лікаря-психіатра, психолога і педагога з метою вирішення питання щодо подальшого їх утримання у цих закладах або щодо можливості перегляду рішень про недієздатність тих, хто такими визнаний.

Стаття 24  
ПЕРЕВЕДЕННЯ І ВИПИСКА З ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНОГО  
ЗАКЛАДУ ДЛЯ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ  
АБО СПЕЦІАЛЬНОГО НАВЧАННЯ

Переведення особи з психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання до будинку-інтернату (пансіонату) для громадян похилого віку та інвалідів або до навчального закладу іншого типу здійснюється на підставі висновку лікарської комісії за участю лікаря-психіатра, комісії за участю лікаря-психіатра, психолога і педагога про відсутність медичних показань для проживання особи у психоневрологічному закладі для соціального захисту або спеціального навчання.

Підставою для виписки особи з психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання є:

- особиста заява особи за наявності висновку комісії лікарів-психіатрів про можливість особи задовольняти свої основні життєві потреби;
- письмова заява законного представника неповнолітнього віком до 18 років або особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, із зобов'язанням здійснення необхідного догляду;
- рішення суду про незаконне поміщення особи до психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання.

Розділ III  
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ОСІБ ПРИ НАДАННІ  
ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Стаття 25  
ПРАВА ОСІБ, ЯКИМ НАДАЄТЬСЯ  
ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА

Особи, яким надається психіатрична допомога, мають права і свободи громадян, передбачені Конституцією України ( 254к/96-ВР ) та законами України. Обмеження їх прав і свобод допускається лише у випадках, передбачених Конституцією України, відповідно до законів України.

Особи, яким надається психіатрична допомога, можуть піклуватися про захист своїх прав та свобод особисто або через своїх представників у порядку, встановленому Цивільним кодексом України, Цивільним процесуальним кодексом України та іншими законами України.

Особи, яким надається психіатрична допомога, мають право на:

- поважливе і гуманне ставлення до них, що виключає приниження честі й гідності людини;
- отримання інформації про свої права, пов'язані з наданням психіатричної допомоги;
- одержання психіатричної та соціальної допомоги в умовах, що відповідають вимогам санітарного законодавства;
- відмову від надання психіатричної допомоги, за винятком випадків її надання в примусовому порядку, передбаченому законом;
- усі види медико-санітарної допомоги (у тому числі санаторно-курортне лікування) за медичними показаннями;
- одержання психіатричної допомоги в найменш обмежених, відповідно до їх психічного стану, умовах, якщо можливо, за місцем проживання цих осіб, членів їх сім'ї, інших родичів або законних представників;
- утримання в психіатричному закладі лише протягом строку, необхідного для обстеження та лікування;
- попередню згоду або відмову в будь-який час від застосування нових методів діагностики і лікування та лікарських засобів чи від участі у навчальному процесі;
- безпеку надання психіатричної допомоги;
- безоплатне надання медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, а також безоплатне або на пільгових умовах забезпечення лікарськими засобами та виробами медичного призначення в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України;
- безоплатну юридичну допомогу з питань, пов'язаних з наданням їм психіатричної допомоги;
- альтернативний, за власним бажанням, психіатричний огляд та залучення до участі в роботі комісії лікарів-психіатрів з питань надання психіатричної допомоги будь-якого фахівця, який бере участь у наданні психіатричної допомоги, за погодженням з ним;
- збереження права на жила приміщення за місцем їх постійного проживання протягом часу надання їм стаціонарної психіатричної допомоги;
- особисту участь у судових засіданнях при вирішенні питань, пов'язаних з наданням їм психіатричної допомоги та обмеженням у зв'язку з цим їх прав;
- відшкодування заподіяної їм шкоди або шкоди їх майну внаслідок незаконного поміщення до психіатричного закладу чи психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання чи внаслідок незабезпечення безпечних умов надання психіатричної допомоги або розголошення конфіденційних відомостей про стан психічного здоров'я і надання психіатричної допомоги;

- одержання винагороди за фактично виконану роботу нарівні з іншими громадянами.
- Особи під час перебування у психіатричному закладі мають право на:
- спілкування з іншими особами, в тому числі з адвокатом або іншим законним представником, без присутності сторонніх осіб згідно з правилами внутрішнього розпорядку психіатричного закладу;
  - повідомлення будь-якої особи за своїм вибором про надання їм психіатричної допомоги;
  - забезпечення таємниці листування при відправці та отриманні будь-якої кореспонденції;
  - доступ до засобів масової інформації;
  - дозвілля, заняття творчою діяльністю;
  - відправлення релігійних обрядів, додержання релігійних канонів;
  - звернення безпосередньо до керівника або завідуючого відділенням психіатричного закладу з питань надання психіатричної допомоги, виписки з психіатричного закладу та додержання прав, передбачених цим Законом;
  - допомогу по загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню або пенсію згідно з законодавством.

Особи під час перебування у психіатричному закладі мають також права, які за рішенням лікаря-психіатра (комісії лікарів-психіатрів) в інтересах захисту їх здоров'я чи безпеки, а також в інтересах здоров'я або безпеки інших осіб можуть бути обмежені:

- приймати відвідувачів наодинці;
- придбавати і використовувати предмети повсякденного вжитку; перебувати на самоті.

Рішення про обмеження прав осіб, яким надається психіатрична допомога, фіксується у медичній документації із зазначенням строку його дії та може бути оскаржено до суду.

Забороняється залучення осіб, яким надається психіатрична допомога, до примусової праці.

## Стаття 26

### ІНФОРМАЦІЯ ПРО СТАН ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИ ТА НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Лікар-психіатр зобов'язаний пояснити особі, якій надається психіатрична допомога, з урахуванням її психічного стану, у доступній формі інформацію про стан її психічного здоров'я, прогноз можливого розвитку захворювання, про застосування методів діагностики та лікування, альтернативні методи лікування, можливий ризик та побічні ефекти, умови, порядок і тривалість надання психіатричної допомоги, її права та передбачені цим Законом можливі обмеження цих прав при наданні психіатричної допомоги.

Право на одержання зазначеної інформації щодо неповнолітнього віком до 15 років та особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, мають їх законні представники.

Особа при наданні їй психіатричної допомоги або її законний представник має право на ознайомлення з історією хвороби та іншими документами, а також на отримання в письмовому вигляді будь-яких рішень щодо надання їй психіатричної допомоги.

У випадках, коли повна інформація про стан психічного здоров'я особи може завдати шкоди її здоров'ю або призвести до безпосередньої небезпеки для інших осіб, лікар-психіатр або комісія лікарів-психіатрів можуть таку інформацію обмежити. У цьому разі лікар-психіатр або комісія лікарів-психіатрів інформує законного представника особи, враховуючи особисті інтереси особи, якій надається психіатрична допомога. Про надану інформацію або її обмеження робиться запис у медичній документації.

#### Стаття 27

### ПРОФЕСІЙНІ ПРАВА, ОБОВ'ЯЗКИ ТА ПІЛЬГИ ЛІКАРЯ-ПСИХІАТРА, ІНШИХ ПРАЦІВНИКІВ, ЯКІ БЕРУТЬ УЧАСТЬ У НАДАННІ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ, У ТОМУ ЧИСЛІ ЗДІЙСНЮЮТЬ НАГЛЯД ЗА ОСОБАМИ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

Професійні права, обов'язки лікаря-психіатра, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, у тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади, при наданні психіатричної допомоги встановлюються Основами законодавства України про охорону здоров'я, цим Законом та іншими законами. Лікар-психіатр, інші працівники, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади, мають право на пільги, встановлені законодавством України для осіб, зайнятих на важких роботах та з шкідливими і небезпечними умовами праці.

Виключно компетенцією лікаря-психіатра або комісії лікарів-психіатрів є встановлення діагнозу психічного захворювання, прийняття рішення про необхідність надання психіатричної допомоги в примусовому порядку або надання висновку для розгляду питання, пов'язаного з наданням психіатричної допомоги в примусовому порядку.

При наданні психіатричної допомоги лікар-психіатр, комісія лікарів-психіатрів незалежні у своїх рішеннях і керуються лише медичними показаннями, своїми професійними знаннями, медичною етикою та законом.

Лікар-психіатр, комісія лікарів-психіатрів несуть відповідальність за прийняті ними рішення відповідно до закону.



Рішення, прийняте лікарем-психіатром або комісією лікарів-психіатрів при наданні психіатричної допомоги, викладається у письмовій формі та підписується лікарем-психіатром або комісією лікарів-психіатрів.

Лікар-психіатр, комісія лікарів-психіатрів мають право відмовити у наданні психіатричної допомоги у разі відсутності підстав для її надання. Відмова у наданні психіатричної допомоги із зазначенням її причин фіксується у медичній документації за підписом особи чи її законного представника та лікаря-психіатра або комісії лікарів-психіатрів.

Лікар-психіатр, інші працівники, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, мають право на конфіденційність відомостей про своє місце проживання, склад сім'ї, номер домашнього телефону тощо.

#### Стаття 28

### ОБОВ'ЯЗКОВЕ СТРАХУВАННЯ ПРАЦІВНИКІВ, ЯКІ БЕРУТЬ УЧАСТЬ У НАДАННІ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ, У ТОМУ ЧИСЛІ ЗДІЙСНЮЮТЬ НАГЛЯД ЗА ОСОБАМИ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

Працівники, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, у тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади, на випадок заподіяння шкоди їх здоров'ю або смерті, пов'язаних з виконанням ними службових обов'язків, підлягають державному обов'язковому страхуванню. Перелік цих працівників та порядок їх страхування встановлюються Кабінетом Міністрів України.

#### Стаття 29

### ОБОВ'ЯЗКИ ВЛАСНИКА ПСИХІАТРИЧНОГО ЗАКЛАДУ АБО УПОВНОВАЖЕНОГО НИМ ОРГАНУ

Власник психіатричного закладу або уповноважений ним орган зобов'язаний:

- створювати необхідні умови для надання психіатричної допомоги та правового захисту осіб, яким надається психіатрична допомога;
- забезпечувати осіб, яким надається психіатрична допомога, психіатричною допомогою гарантованого рівня та іншою необхідною медичною допомогою;
- знайомити осіб, яким надається психіатрична допомога, або їх законних представників із законодавством про психіатричну допомогу, правилами внутрішнього розпорядку психіатричного закладу, а також адресами та телефонами відповідних органів державної влади, органів місцевого самоврядування та їх посадових осіб, громадських організацій, до яких може звернутися особа у разі порушення її прав;

- здійснювати захист прав і законних інтересів осіб, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними, які не мають законного представника;
- створювати умови для дозвілля осіб, яким надається психіатрична допомога;
- своєчасно інформувати членів сім'ї, інших родичів або законних представників чи інших осіб (за вибором осіб, яким надається психіатрична допомога) про стан їх здоров'я та перебування у психіатричному закладі;
- створювати безпечні умови надання психіатричної допомоги;
- забезпечувати виконання вимог санітарного законодавства;
- забезпечувати належні умови праці фахівців та інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, яким надається психіатрична допомога;
- виконувати інші обов'язки, пов'язані з наданням психіатричної допомоги, передбачені законом.

#### Розділ IV КОНТРОЛЬ І НАГЛЯД ЗА ДІЯЛЬНІСТЮ З НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

##### Стаття 30 КОНТРОЛЬ ЗА ДІЯЛЬНІСТЮ З НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Державний контроль за діяльністю психіатричних закладів усіх форм власності та фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, здійснюють у межах своїх повноважень Міністерство охорони здоров'я України, інші відповідні центральні органи виконавчої влади.

Місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування у межах своїх повноважень здійснюють контроль за діяльністю психіатричних закладів усіх форм власності та фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, а також контроль за виконанням своїх обов'язків законними представниками.

Громадський контроль за діяльністю психіатричних закладів усіх форм власності незалежно від їх підпорядкування та за фахівцями, іншими працівниками, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, здійснюється об'єднаннями громадян у межах їх компетенції відповідно до законодавства України про об'єднання громадян.

Представники об'єднань громадян можуть відвідувати психіатричний заклад відповідно до вимог, встановлених правилами внутрішнього розпорядку цього закладу.

Стаття 31  
НАГЛЯД ЗА ДОДЕРЖАННЯМ І ЗАСТОСУВАННЯМ ЗАКОНІВ  
ПРИ  
НАДАННІ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Нагляд за додержанням і застосуванням законів при наданні психіатричної допомоги здійснюється Генеральним прокурором України та підпорядкованими йому прокурорами відповідно до закону.

Розділ V  
ПОРЯДОК ОСКАРЖЕННЯ РІШЕНЬ, ДІЙ І БЕЗДІЯЛЬНОСТІ,  
ПОВ'ЯЗАНИХ З НАДАННЯМ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Стаття 32  
ОСКАРЖЕННЯ РІШЕНЬ, ДІЙ І БЕЗДІЯЛЬНОСТІ,  
ПОВ'ЯЗАНИХ З НАДАННЯМ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Рішення, дії чи бездіяльність осіб, які порушують права, свободи та законні інтереси громадян при наданні їм психіатричної допомоги, можуть бути оскаржені, за вибором цих громадян, до власника психіатричного закладу або власника психоневрологічного закладу для соціального захисту чи спеціального навчання, або уповноваженого ними органу, або до вищестоящих органів (вищестоящих посадових осіб), або безпосередньо до суду.

Особи, які страждають на психічні розлади, та їх законні представники звільняються від судових витрат, пов'язаних з розглядом питань щодо захисту прав і законних інтересів особи при наданні психіатричної допомоги в порядку, встановленому законодавством.

Стаття 33  
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ПОРУШЕННЯ ЗАКОНОДАВСТВА ПРО  
ПСИХІАТРИЧНУ ДОПОМОГУ

Особи, винні у порушенні законодавства про психіатричну допомогу, несуть відповідальність згідно з законами України.

Розділ VI  
ПРИКІНЦЕВІ ПОЛОЖЕННЯ

1. Цей Закон набирає чинності з дня його опублікування, крім абзацу четвертого статті 5, абзацу дванадцятого частини третьої статті 25 і статті 28, які набирають чинності з 1 січня 2001 року.

2. До приведення законодавства України у відповідність з цим Законом нормативно-правові акти застосовуються у частині, що не суперечить цьому Закону.

3. Кабінету Міністрів України у шестимісячний строк:

- подати на розгляд Верховної Ради України пропозиції щодо приведення законів України у відповідність з цим Законом;
- привести свої нормативно-правові акти у відповідність з цим Законом;
- забезпечити перегляд та скасування міністерствами та іншими центральними органами виконавчої влади їх нормативно-правових актів, що суперечать цьому Закону;
- забезпечити прийняття нормативно-правових актів, передбачених цим Законом.

4. Внести зміни до таких законів України:

1) статтю 6 Закону України «Про страхування» (85/96-ВР) (Відомості Верховної Ради України, 1996 р., № 18, ст. 78; 1998 р., № 2, ст. 4, № 11-12, ст. 50; 1999 р., № 4, ст. 35) доповнити пунктом 29 такого змісту:

«29) державне обов'язкове страхування працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади»;

2) статтю 4 Декрету Кабінету Міністрів України від 21 січня 1993 року № 7-93 «Про державне мито» (Відомості Верховної Ради України, 1993 р., № 13, ст. 113, № 26, ст. 281, № 49, ст. 459; 1994 р., X° 28, ст. 241, № 29, ст. 257, № 33, ст. 300; 1995 р., № 13, ст. 85, № 14, ст. 90; 1996 р., № 9, ст. 43, № 41, ст. 192, № 52, ст. 306; 1997 р., № 6, ст. 46, № 9, ст. 70, № 18, ст. 131) доповнити пунктом 41 такого змісту:

«41) громадяни - за позовами, з якими вони звертаються до суду в справах, пов'язаних із захистом прав і законних інтересів при наданні психіатричної допомоги»;

3) частину першу статті 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я (2801-12) (Відомості Верховної Ради України, 1993 р., № 4, ст. 19) викласти у такій редакції:

«Згода інформованого відповідно до статті 39 цих Основ пацієнта необхідна для застосування методів діагностики, профілактики та лікування. Щодо пацієнта, який не досяг віку 15 років, а також пацієнта, визнаного в установленому законом порядку недієздатним, медичне втручання здійснюється за згодою їх законних представників».

**ЗАКОН УКРАЇНИ  
ПРО ТРАНСПЛАНТАЦІЮ ОРГАНІВ ТА ІНШИХ  
АНАТОМІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ ЛЮДИНИ**

*(Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1999, №41, ст. 377)*

*{Зі змінами, внесеними згідно із Законами  
№ 997-V(997-16) від 27.04.2007, ВВР, 2007, № 33, ст. 440  
№ 2608-VI(2608-17) від 19.10.2010, ВВР, 2011, № 11, ст. 69}*

Цей Закон з урахуванням сучасного стану науки і рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я визначає умови і порядок застосування трансплантації як спеціального методу лікування, забезпечує додержання в Україні прав людини та захист людської гідності при застосуванні трансплантації та здійсненні іншої, пов'язаної з нею діяльності.

**Розділ I  
ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ**

**Стаття 1  
ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ**

У цьому Законі наведені нижче терміни вживаються у такому значенні:

- трансплантація — спеціальний метод лікування, що полягає в пересадці реципієнту органа або іншого анатомічного матеріалу, взятих у людини чи у тварини;
- анатомічні матеріали — органи, тканини, анатомічні утворення, клітини людини або тварини;
- гомотрансплантати — анатомічні матеріали людини, призначені для трансплантації;
- біоімплантати — засоби медичного призначення, виготовлені з анатомічних матеріалів померлих людей;
- ксенотрансплантати — анатомічні матеріали тварини, призначені для трансплантації;
- фетальні матеріали — анатомічні матеріали мертвого ембріона (плода) людини;
- донор — особа, у якої за життя або після її смерті взято анатомічні матеріали для трансплантації або для виготовлення біоімплантатів;
- реципієнт — особа, для лікування якої застосовується трансплантація.

Стаття 2

ЗАКОНОДАВСТВО УКРАЇНИ ПРО ТРАНСПЛАНТАЦІЮ

Законодавство України про трансплантацію складається з Основ законодавства України про охорону здоров'я ( 2801-12 ), цього Закону та інших прийнятих відповідно до них нормативно-правових актів України.

Стаття 3

СФЕРА ДІЇ ЗАКОНУ

Дія цього Закону поширюється на діяльність, пов'язану зі взяттям, зберіганням, перевезенням органів, інших анатомічних матеріалів людини та їх трансплантацією, виготовленням біоімплантатів, отриманням і використанням ксенотрансплантатів.

Дія цього Закону не поширюється на:

- донорство крові та (або) її компонентів і діяльність, пов'язану з їх використанням;
- трансплантацію статевих залоз, репродуктивних клітин та живих ембріонів;
- автотрансплантацію — пересадку людині взятого у неї анатомічного матеріалу;
- імплантацію — пересадку біоімплантатів і штучно виготовлених замінників органів;
- взяття анатомічних матеріалів для діагностичних досліджень;
- діяльність банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України {Частина другу статті 3 доповнено абзацом сьомим згідно із Законом № 2608-VI (2608-17) від 19.10.2010}.

Стаття 4

МІЖНАРОДНІ ДОГОВОРИ

Якщо міжнародним договором України, згода на обов'язковість якого надана Верховною Радою України, встановлені інші норми, ніж ті, що передбачені цим Законом, то застосовуються норми міжнародного договору.

Стаття 5

СПЕЦІАЛЬНИЙ УПОВНОВАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНИЙ ОРГАН  
ВИКОНАВЧОЇ ВЛАДИ, ДО ПОВНОВАЖЕНЬ ЯКОГО НАЛЕЖИТЬ  
РЕГУЛЮВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ, ПОВ'ЯЗАНОЇ З ТРАНСПЛАНТАЦІЄЮ

Спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади в галузі охорони здоров'я, до повноважень якого належить регулювання

діяльності, пов'язаної з трансплантацією, є Міністерство охорони здоров'я України.

Розділ II  
УМОВИ ТА ПОРЯДОК ЗАСТОСУВАННЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ.  
ДІЯЛЬНІСТЬ, ПОВ'ЯЗАНА З ТРАНСПЛАНТАЦІЄЮ,  
І КОНТРОЛЬ ЗА ДОДЕРЖАННЯМ ЗАКОНОДАВСТВА  
ПРО ТРАНСПЛАНТАЦІЮ

Стаття 6  
УМОВИ ТА ПОРЯДОК ЗАСТОСУВАННЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ

Трансплантація як метод лікування застосовується виключно за наявності медичних показань та згоди об'єктивно інформованого дієздатного реципієнта лише у випадках, коли усунення небезпеки для життя або відновлення здоров'я реципієнта іншими методами лікування неможливе.

Наявність у реципієнта медичних показань для застосування трансплантації встановлює консилиум лікарів відповідного закладу охорони здоров'я чи наукової установи.

У випадках, коли реципієнт не досяг п'ятнадцятирічного віку чи визнаний судом недієздатним, трансплантація застосовується за згодою об'єктивно інформованих його батьків або інших законних представників. Щодо осіб віком від п'ятнадцяти до вісімнадцяти років чи визнаних судом обмежено дієздатними трансплантація застосовується за згодою об'єктивно інформованих реципієнтів, об'єктивно інформованих їх батьків або інших законних представників.

У невідкладних випадках, коли є реальна загроза життю реципієнта, його згода або згода його законних представників для застосування трансплантації не потрібна.

Якщо відсутність згоди може призвести до тяжких для реципієнта наслідків, лікуючий лікар зобов'язаний йому це пояснити. Якщо і після цього реципієнт відмовляється від застосування трансплантації, лікар має право взяти від нього письмове підтвердження, а при неможливості його одержання - засвідчити відмову відповідним актом у присутності свідків.

У разі, коли від застосування трансплантації відмовляється законний представник реципієнта, що може мати тяжкі наслідки для здоров'я реципієнта, лікуючий лікар повинен повідомити про це органи опіки і піклування.

Порядок застосування трансплантації як методу лікування встановлюється Міністерством охорони здоров'я України, а перелік органів та інших анатомічних матеріалів, що можуть використовуватися для трансплантації, затверджується Міністерством охорони здоров'я України за погодженням з Академією медичних наук України.

Стаття 7

ПЕРЕВЕЗЕННЯ АНАТОМІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ ЛЮДИНИ

Перевезення анатомічних матеріалів людини здійснюється уповноваженими на те працівниками відповідних державних та комунальних закладів охорони здоров'я і державних наукових установ за наявності умов, що забезпечують збереження цих матеріалів, та оригіналів необхідних документів.

Порядок перевезення анатомічних матеріалів людини в межах України, їх зберігання, ввезення таких матеріалів на митну територію України та вивезення за межі цієї території встановлюється Кабінетом Міністрів України.

Стаття 8

ЗАКЛАДИ ТА УСТАНОВИ, ЩО ЗДІЙСНЮЮТЬ ДІЯЛЬНІСТЬ,  
ПОВ'ЯЗАНУ З ТРАНСПЛАНТАЦІЄЮ

Діяльність, пов'язану з трансплантацією, можуть здійснювати акредитовані в установленому законодавством України порядку державні та комунальні заклади охорони здоров'я і державні наукові установи за переліком (695-2000-п), затвердженим Кабінетом Міністрів України.

Заклади охорони здоров'я та наукові установи, зазначені в частині першій цієї статті, повинні мати матеріально-технічну базу, обладнання та кваліфікованих працівників, які необхідні для застосування трансплантації та здійснення іншої, пов'язаної з нею діяльності. Вимоги до матеріально-технічної бази, обладнання, підготовки та кваліфікації працівників цих закладів та установ встановлюються Міністерством охорони здоров'я України.

Організаційно-методичне керівництво, взаємодію закладів та установ, що здійснюють діяльність, пов'язану з трансплантацією, їх інформаційне забезпечення і контроль здійснює координаційний центр трансплантації Міністерства охорони здоров'я України (далі - координаційний центр трансплантації).

Стаття 9

ДІЯЛЬНІСТЬ, ПОВ'ЯЗАНА З ТРАНСПЛАНТАЦІЄЮ

Державні та комунальні заклади охорони здоров'я і державні наукові установи можуть бути акредитовані для застосування трансплантації та здійснення іншої, пов'язаної з нею діяльності:

- взяття гомотрансплантатів у живих донорів;
- взяття анатомічних матеріалів у померлих донорів;
- зберігання і перевезення анатомічних матеріалів людини;
- виготовлення біоімплантатів.



## Стаття 10 ФІНАНСУВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ, ПОВ'ЯЗАНОЇ З ТРАНСПЛАНТАЦІЄЮ

Діяльність державних і комунальних закладів охорони здоров'я та державних наукових установ, пов'язана з трансплантацією, фінансується за рахунок коштів Державного бюджету України та місцевих бюджетів.

Додаткове фінансування діяльності державних і комунальних закладів охорони здоров'я та державних наукових установ, пов'язаної з трансплантацією, може здійснюватися за рахунок коштів, виділених на реалізацію заходів, що передбачені відповідними програмами, доходів від реалізації нових технологій та методів, іншої наукової продукції, за виготовлені біоімпланти, реактиви, апарати та обладнання, що застосовуються в медичній практиці, а також за рахунок добровільних внесків юридичних і фізичних осіб та інших не заборонених законодавством надходжень.

## Стаття 11 КОНТРОЛЬ ЗА ДІЯЛЬНІСТЮ, ПОВ'ЯЗАНОЮ З ТРАНСПЛАНТАЦІЄЮ

Державний контроль за додержанням вимог, встановлених законодавством про трансплантацію, здійснюється органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування в межах повноважень, визначених законами України.

Громадський контроль за діяльністю, пов'язаною з трансплантацією, здійснюється об'єднаннями громадян відповідно до законодавства України.

## Розділ НІ УМОВИ ТА ПОРЯДОК ВЗЯТТЯ ГОМОТРАНСПЛАНТАТІВ У ЖИВИХ ДОНОРІВ

### Стаття 12 ВЗЯТТЯ ГОМОТРАНСПЛАНТАТІВ У ЖИВИХ ДОНОРІВ

Живим донором може бути лише повнолітня дієздатна особа.

У живого донора може бути взятий як гомотрансплантат лише один із парних органів або частина органа, або частина іншого анатомічного матеріалу.

Взяття гомотрансплантата у живого донора дозволяється на підставі висновку консилиуму лікарів відповідного закладу охорони здоров'я чи наукової установи після його всебічного медичного обстеження і за умови, що завдана здоров'ю донора шкода буде меншою, ніж небезпека для життя, що загрожує реципієнту.

Взяття гомотрансплантата (за винятком анатомічних матеріалів, здатних до регенерації) у живого донора допускається у випадках, коли реципієнт і донор перебувають у шлюбі або є близькими родичами (батько, мати, син, дочка, дід, баба, онук, онука, брат, сестра, дядько, тітка, племінник, племінниця).

Не допускається взяття гомотрансплантатів у живих осіб, які:

- утримуються у місцях відбування покарань;
- страждають на тяжкі психічні розлади;
- мають захворювання, що можуть передатися реципієнту або зашкодити його здоров'ю;
- надали раніше орган або частину органа для трансплантації.

### Стаття 13

#### ЗГОДА ЖИВОГО ДОНОРА НА ВЗЯТТЯ У НЬОГО ГОМОТРАНСПЛАНТАТА

У живого донора може бути взято гомотрансплантат лише за наявності його письмової заяви про це, підписаної свідомо і без примушування після надання йому лікуючим лікарем об'єктивної інформації про можливі ускладнення для його здоров'я, а також про його права у зв'язку з виконанням донорської функції. У заяві донор повинен вказати про свою згоду на взяття у нього гомотрансплантата та про свою поінформованість щодо можливих наслідків. Підпис донора на заяві засвідчується у встановленому законодавством порядку, а заява додається до його медичної документації.

### Стаття 14

#### ОСОБЛИВОСТІ ДОНОРСТВА І ТРАНСПЛАНТАЦІЇ КІСТКОВОГО МОЗКУ ТА ІНШИХ ЗДАТНИХ ДО РЕГЕНЕРАЦІЇ АНАТОМІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ

Взяття у живого донора кісткового мозку та інших здатних до регенерації анатомічних матеріалів проводиться з додержанням вимог, встановлених статтями 12 і 13 цього Закону.

За згодою донора та при відсутності у нього медичних протипоказань кістковий мозок, інші здатні до регенерації анатомічні матеріали можуть братися повторно.

За бажанням повнолітньої дієздатної особи у неї може бути взято на зберігання за її рахунок кістковий мозок з метою використання у разі потреби для автотрансплантації. За згодою донора його кістковий мозок може бути надано безоплатно або за плату для трансплантації іншій особі. Для працівників, зайнятих на роботах із підвищеним ризиком ураження кровотворної

системи, взяття кісткового мозку та його зберігання здійснюються за рахунок роботодавця. Порядок взяття, зберігання і використання кісткового мозку встановлюється Кабінетом Міністрів України.

#### Розділ IV ВЗЯТТЯ АНАТОМІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ У ПОМЕРЛИХ ОСІБ

##### Стаття 15 ВИЗНАННЯ ЛЮДИНИ ПОМЕРЛОЮ

Людина вважається померлою з моменту, коли встановлена смерть її мозку. Смерть мозку означає повну і незворотну втрату всіх його функцій. Момент смерті мозку може бути встановлено, якщо виключені всі інші можливі за даних обставин причини втрати свідомості та реакцій організму.

Діагностичні критерії смерті мозку та процедура констатації моменту смерті людини встановлюються Міністерством охорони здоров'я України.

Факт смерті потенційного донора встановлюється консилиумом лікарів відповідного закладу охорони здоров'я або наукової установи. Зазначені лікарі не можуть брати участі у взятті у цього донора анатомічних матеріалів, у їх трансплантації чи виготовленні біоімплантатів.

##### Стаття 16 УМОВИ ТА ПОРЯДОК ВЗЯТТЯ АНАТОМІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ У ПОМЕРЛИХ ОСІБ ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ТА (АБО) ВИГОТОВЛЕННЯ БІОІМПЛАНТАТІВ

Кожна повнолітня дієздатна особа може дати письмову згоду або незгоду стати донором анатомічних матеріалів у разі своєї смерті. За відсутності такої заяви анатомічні матеріали у померлої повнолітньої дієздатної особи можуть бути взяті за згодою подружжя або родичів, які проживали з нею до смерті. У померлих неповнолітніх, обмежено дієздатних або недієздатних осіб анатомічні матеріали можуть бути взяті за згодою їх законних представників. { Частина перша статті 16 із змінами, внесеними згідно із Законом № 997-V (997-16) від 27.04.2007 }.

Фізична особа має право розпорядитися щодо передачі після її смерті органів та інших анатомічних матеріалів її тіла науковим, медичним або навчальним закладам. { Статтю 16 доповнено частиною згідно із Законом № 997-V (997-16) від 27.04.2007 }.

У разі необхідності проведення судово-медичної експертизи анатомічні матеріали у померлого донора беруться з дозволу і в присутності

судово-медичного експерта. Взяття анатомічних матеріалів не повинне зашкодити веденню слідства, а судово-медичний експерт протягом двадцяти чотирьох годин зобов'язаний повідомити про це районного (міського) прокурора.

Взяття анатомічних матеріалів у померлого донора не повинне призвести до спотворення його тіла.

Взяття анатомічних матеріалів у померлого донора оформляється актом. Цей акт підписується лікарями, які брали участь у взятті анатомічних матеріалів, а у випадку проведення судово-медичної експертизи — судово-медичним експертом, і додається до медичних документів померлої особи.

Взяття анатомічних матеріалів у померлої особи для трансплантації та (або) для виготовлення біоімплантатів не допускається у разі наявності зробленої цією особою за життя заяви про незгоду бути донором. У померлої повнолітньої дієздатної особи, заява якої щодо донорства відсутня, а також у неповнолітніх, обмежено дієздатних та недієздатних осіб взяття анатомічних матеріалів не допускається, якщо на це не отримано або неможливо отримати згоду осіб, зазначених у частині першій цієї статті. Взяття анатомічних матеріалів у померлої особи не допускається також при відсутності дозволу судово-медичного експерта у разі необхідності проведення судово-медичної експертизи.

## Розділ V

### ОСОБЛИВОСТІ ОТРИМАННЯ І ВИКОРИСТАННЯ ДЕЯКИХ ВИДІВ АНАТОМІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ

#### Стаття 17

#### ПОРЯДОК ВИКОРИСТАННЯ ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ ПОМЕРЛИХ ДОНОРІВ. МІЖДЕРЖАВНИЙ ОБМІН ГОМОТРАНСПЛАНТАТАМИ

В Україні діє єдина державна інформаційна система трансплантації, до якої вносяться відомості про реципієнтів, а також про осіб, які заявили про свою згоду або незгоду стати донорами у разі смерті. Ці відомості є конфіденційними, становлять лікарську таємницю і можуть бути розголошені лише у випадках, передбачених цим Законом. Діяльність єдиної державної інформаційної системи трансплантації забезпечує координаційний центр трансплантації. Положення про єдину державну інформаційну систему трансплантації затверджується Міністерством охорони здоров'я України.

У разі, коли взятий у померлого донора орган через відсутність біологічно сумісного реципієнта не може бути використано для трансплантації

у відповідному державному чи комунальному закладі охорони здоров'я або державній науковій установі, цей заклад або установа негайно надають інформацію про зазначений орган до координаційного центру трансплантації, який оперативно здійснює пошук реципієнта в межах України.

Якщо біологічно сумісного з отриманим органом реципієнта в межах України не знайдено, координаційний центр трансплантації надає інформацію про цей орган відповідним установам і організаціям інших країн, з якими Україна уклала міжнародні договори з питань трансплантації. Органи, взяті у померлих осіб, а також кістковий мозок, взятий у живих донорів, можуть передаватися іншим країнам лише на умовах рівноцінного обміну в порядку, визначеному відповідними міжнародними договорами України.

#### Стаття 18

### ЗАБОРОНА ТОРГІВЛІ ОРГАНАМИ ТА ІНШИМИ АНАТОМІЧНИМИ МАТЕРІАЛАМИ ЛЮДИНИ

Укладання угод, що передбачають купівлю-продаж органів або інших анатомічних матеріалів людини, за винятком кісткового мозку, забороняється.

#### Стаття 19

### НАДАННЯ ФЕТАЛЬНИХ МАТЕРІАЛІВ ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ

Фетальні матеріали для трансплантації можуть надавати акредитовані в установленому порядку заклади охорони здоров'я, які проводять операції штучного переривання вагітності (аборти) з дотриманням умов та порядку проведення таких операцій, встановлених законодавством України.

Фетальні матеріали для трансплантації надаються за згодою жінки, яка прийняла остаточне рішення щодо штучного переривання вагітності (аборту), та за умови збереження конфіденційності відомостей про неї.

На осіб, фетальні матеріали яких надані для трансплантації, не поширюються норми частин другої та третьої статті 22 і статті 23 цього Закону.

#### Стаття 20

### ВИГОТОВЛЕННЯ І ЗАСТОСУВАННЯ БІОІМПЛАНТАТІВ

Для виготовлення біоімплантів використовуються анатомічні матеріали померлих донорів, узяті з додержанням вимог цього Закону.

Виготовлення біоімплантів, їх застосування і контроль якості, державна реєстрація та реалізація, ввезення на митну територію України та вивезення за її межі здійснюються з додержанням умов і в порядку, встановленому законодавством України щодо виробів медичного призначення.

Стаття 21

ОТРИМАННЯ ТА ЗАСТОСУВАННЯ КСЕНОТРАНСПЛАНТАТІВ

Державні та комунальні заклади охорони здоров'я, державні наукові установи, які застосовують ксенотрансплантати, можуть їх отримувати на підставі угод із господарюючими суб'єктами, що вирішують відповідних тварин. Порядок застосування ксенотрансплантатів встановлюється Міністерством охорони здоров'я України.

Утримання тварин і взяття у них ксенотрансплантатів повинні здійснюватися з додержанням загальних принципів гуманного поводження з тваринами.

Медико-біологічні вимоги до тварин, умови їх утримання, порядок взяття у них ксенотрансплантатів встановлюються Кабінетом Міністрів України.

Розділ VI

ПРАВА, СОЦІАЛЬНИЙ ЗАХИСТ ЖИВОГО ДОНОРА  
ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ПОРУШЕННЯ ЗАКОНОДАВСТВА  
ПРО ТРАНСПЛАНТАЦІЮ

Стаття 22

ПРАВА ОСОБИ, ЯКА ДАЛА ЗГОДУ СТАТИ ДОНОРОМ,  
І ЖИВОГО ДОНОРА

Особа, яка дала згоду стати донором, до взяття гомотрансплантата має право відмовитися від даної нею раніше на це згоди.

На випадок смерті донора, зараження його інфекційною хворобою, виникнення у нього інших хвороб чи розладів здоров'я у зв'язку з виконанням ним донорської функції він підлягає обов'язковому державному страхуванню в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Донору в порядку, встановленому законом України, відшкодовується шкода, заподіяна ушкодженням здоров'я у зв'язку з виконанням ним донорської функції з урахуванням додаткових витрат на лікування, посилене харчування та інші заходи, спрямовані на його соціально-трудова та професійну реабілітацію.

Стаття 23

СОЦІАЛЬНИЙ ЗАХИСТ ДОНОРА ТА ЧЛЕНІВ ЙОГО СІМ'Ї

Інвалідність донора, що настала у зв'язку з виконанням ним донорської функції, прирівнюється до інвалідності внаслідок трудового каліцтва або професійного захворювання.

У разі смерті донора, що настала внаслідок виконання ним донорської функції, членам сім'ї померлого, які були на його утриманні, призначається

пенсія у зв'язку з втратою годувальника. Призначення такої пенсії здійснюється у порядку та на умовах, встановлених законодавством України для призначення пенсії сім'ї годувальника, який помер внаслідок трудового каліцтва або професійного захворювання.

Стаття 24  
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ПОРУШЕННЯ ЗАКОНОДАВСТВА  
ПРО ТРАНСПЛАНТАЦІЮ

Юридичні та фізичні особи, винні в порушенні законодавства про трансплантацію, несуть відповідальність згідно із законами України.

Розділ VII  
ПРИКІНЦЕВІ ПОЛОЖЕННЯ

1. Цей Закон набирає чинності з дня його опублікування.
2. До приведення законодавства України у відповідність із цим Законом закони та інші нормативно-правові акти застосовуються в частині, що не суперечить цьому Закону.
3. Кабінету Міністрів України у тримісячний термін після набрання чинності цим Законом:
  - подати на розгляд Верховної Ради України пропозиції щодо приведення законів України у відповідність з цим Законом;
  - привести у відповідність з цим Законом свої нормативно-правові акти;
  - забезпечити прийняття відповідно до компетенції нормативно-правових актів, що впливають з цього Закону;
  - забезпечити перегляд і скасування міністерствами, іншими центральними органами виконавчої влади України їх нормативно-правових актів, що суперечать цьому Закону.

**Навчальне видання**

**Запорожан Валерій Миколайович**

**Аряєв Микола Леонідович**

# **БІОЕТИКА ТА БІОБЕЗПЕКА**

Київ «Здоров'я»

Редактори *Є.Я. Котляр, Г.К. Петренко*

Коректор *О.П. Ломачинська*

Комп'ютерна верстка *VERSTKA-Studio*

Підписано до друку 18.09.12.

Формат 70x100/16. Папір офсет.

Друк офсет.

Ум. друк. арк. 37,05. Обл-вид. арк. 38,0.

Зам. № 13-061

Видавництво «Здоров'я»

04053, м. Київ, вул. Обсерваторна, 25

Свідоцтво видавництва «Здоров'я»

№ 02473139 від 02.11.1995 р.

Свідоцтво ДК № 700 від 30.11.2001 р.

E-mail: [dv.zdorovja@mail.ru](mailto:dv.zdorovja@mail.ru)

http: [www.zdorovja.kiev.ua](http://www.zdorovja.kiev.ua)

ТОВ «Друкарня «Бізнесполіграф»

02094, м. Київ, вул. Віскозна, 8

Тел./факс (044) 503-00-45

Свідоцтво про внесення до державного реєстру:

ДК №2715 від 07.12.2006