

Лекція № 4 Біоетичні проблеми в сучасній медицині

План

1. Евтанізація.
2. Трансплантація органів.
3. Медичне втручання в репродукцію.
4. Проблеми реанімації та справедливості в охороні праці.

Біоетика виникла у відповідь на деякі технологічні проблеми медицини. І насамперед це пов'язано з трансплантацією (пересадкою) деяких людських органів. Названий технологічний процес вступив у суперечність з традиційними культурними та моральними цінностями. Передусім це стосується людського серця, роль якого по-різному оцінюється християнською релігією та деякими сучасними вченими, особливо тими, хто має безпосередньо причетний до нього відношення. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) дала визначення здоров'ю: це відсутність не тільки фізичних і психічних хвороб, а й повне матеріальне й соціальне благополуччя людини. Звичайно, скоріше ідеал, до якого треба прагнути, бо сьогодні його неможливо досягти навіть у розвинутих країнах світу. І можна цілком погодитись з Сократом, який говорив: здоров'я - це ще не все; набагато гірше, коли є все, але немає здоров'я. У 1975 р. ВООЗ прийняла постанову про "Захист людської особистості та її фізичну й інтелектуальну цілісність" з урахуванням досягнень біології, медицини і біохімії. Названа постанова вимагає суттєвого удосконалення морально-етичних і правових норм, які регулюють медичну діяльність. Тепер зупинимось на одному з найскладніших питань, яке обговорюється сьогодні в медичних колах. Це питання про нове визначення смерті. Воно виникло у зв'язку з розвитком реаніматології. Можливість оживлення призвело до того, що зупинка серця і припинення дихання перестали бути ознакою смерті. Завдяки відкриттям,

зробленим в останні десятиліття, було доказано на практиці, що при своєчасному і якісному застосуванні реанімаційних засобів людина може бути повернена до життя після припинення дихання та серцевої діяльності. Більше того, навіть при серйозних пошкодженнях життєво важливих органів стало можливим на тривалий термін продовжити існування людини шляхом застосування апаратури штучного дихання, кардіостимуляторів, штучних клапанів серця і т.п. проводяться інтенсивні роботи по створенню штучного серця. Навіть наукові дані дозволяють стверджувати, що грань між життям і смертю визначають не діяльність серця і легенів, а життєдіяльність мозку. Поки мозок живий, слід вважати, що людина жива навіть при зупинці серця і припиненні дихання; і навпаки, ставиться діагноз смерті, якщо навіть серце б'ється, людина дихає, але мозок мертвий. Сьогодні діагноз смерті може ставитись навіть поступово. А справа ось у чому. Спочатку гине кора великих півкуль, яка забезпечує реалізацію вищих особистісних якостей людини - її мислення і волі. Виникає стан, який може продовжуватися навіть кілька років. Якщо залишився живим ствол людського мозку, то при відповідній медичній підтримці тіло людини може залишатися досить тривалий час, тобто існувати на чисто біологічному рівні. Після кори гине ствол мозку. Виникає стан, який називають "стволовою смертю". Організм людини повністю втрачає здатність самостійно підтримувати гомеостаз. Про і в даному випадку, при застосуванні найновіших технічних засобів, можна продовжити на тривалий час біологічне функціонування організму. Серце буде битися і зовнішньо тіло буде вважатися живим. Наступний рівень - смерть внутрішніх органів. Якщо при цьому і мозок мертвий, то на цьому завершується існування людини. Проте деякі клітини вже мертвої в духовному відношенні людини можна ізолювати, помістивши їх у спеціальний розчин і в такому вигляді законсервувати, і вони будуть життєдіяльними досить тривалий термін. Тим самим зберігатиметься в живому стані маленька частина померлої людини, оскільки в ядрах клітин людського організму є набір усіх його генів. Якщо врахувати, що в

ембріології проводяться успішні експерименти по пересадці ядер з одних клітин в інші, то в майбутньому, на думку деяких учених, відкривається можливість відтворити людину, що померла, на основі законсервованих клітин. Але наскільки вона буде схожа на свого попередника? Цього ніхто не знає.

Зупинимось що не одній проблемі морально-етичного характеру, яка також є предметом біоетики. Йдеться про різного роду біологічні експерименти. Виникає запитання: чи можна проводити біологічні експерименти над людьми, випробовувати різні ліки або в якості фармацевтичної "сировини", людські зародки або плід, у якого практично відсутній головний мозок, або живі трупи (тіла з серцями, що б'ються, але мертвим мозком)? Адже це не люди, а лише фрагменти. Проте людські, а не тваринні. Але ж їх можна використати в гуманних цілях. Дати однозначну відповідь на це запитання практично неможливо. Хочу навести один приклад з американської практики. Дівчинка, якій дали ім'я Габрієла, народилася 12 жовтня 1987 року. Стан безнадійний, оскільки в неї був відсутній головний мозок. Як правило, такі діти помирають зразу ж після народження. Проте лікарі звернулися до батьків дівчинки з проханням дозволити підключити немовля до спеціальної апаратури (апарат штучного дихання і харчування). Батьки дали згоду, керуючись гуманними мотивами: серце їх нежиттєздатної доньки могло бути використане для порятунку іншої дитини. 14 жовтня лікарі провели додаткові дослідження, які підтвердили попередній діагноз. У відповідності з їх висновками, було заявлено, що Габрієла мертва в результаті мозкової смерті. Мертва, але серце б'ється, кучки і ніжки рухаються. Тіло живе, а новонароджена дитина в духовному відношенні мертва. 16 жовтня тіло Габрієли спеціальним літаком доставили в один з хірургічних центрів Каліфорнії, де її серце було пересаджено хлопчику Паулю, який днем раніше народився з важким пороком серця і був приреченим. Хлопчика вдалося врятувати і пізніше його розвиток проходив нормально. Отже, дівчинка Габрієла ніби й не зовсім померла, оскільки її

живе серце б'ється в грудях іншої людини .Проте не в усіх країнах світу лікарям дозволяється робити пересадку серця та інших внутрішніх людських органів. Як засвідчують доповіді на Міжнародному симпозиумі з біоетики навіть констатацію смерті на основі мертвого мозку в різних країнах світу сприймають по-різному. Так, японські і китайські вчені, які виступала на симпозиумі, повідомили, що для їх народів нова концепція смерті непридатна, оскільки для буддизму і конфуціанства ознакою кончини людини є зупинка серця і дихання, а це означає, що поки серце б'ється (навіть при мертвому мозку), його пересаджувати іншій людині заборонено. Неоднозначна оцінка в різних країнах світу абортів та інших практичних дій лікарів. Але це досить нелегко зробити. По-перше, суттєвим стає нехтування вироблених тисячоліттями європейських цінностей і норм. Подібним є становище у сучасному світі. Іде поголос, що європейські заповіді вже неважні, і таким чином люди - одиниці і народи - користаються з нагоди, щоб зажити без законів. Бо поза європейськими законами не було інших. Так, європейські заповіді втрачають свою силу. Але в цьому, можливо, і полягає завдання біоетики, щоб відродити їх, піднявши на новий більш якісний рівень. По-друге, всі сьогодні погоджуються з тим, що перед науками про життя необхідно ставити етичні вимоги. Проте не всі приходять до єдиного формулювання етичних норм чи теоретичного обґрунтування етичних суджень. На протязі багатьох століть в європейській культурі формувались, замінюючи один одного, різноманітні моральні принципи, правила і рекомендації. Тому, враховуючи усю багатоманітність існуючих етичних теорій, як вірно зазначає Б.Юдін, було б просто дурістю сподіватися на віднайдення такого принципу чи групи принципів, який би задовільнив всіх. Всередині біоетики існують різні етичні критерії, які нелегко примирити між собою, тому мова може йти тільки про "формальні правила, які ґрунтуються на принципі терпимості будь-якої етики".

У біоетичній практиці діє цілий арсенал різних етичних правил і принципів: утилітарних, деонтологічних, теологічних, віртуальних, які дуже часто

суперечать одне одному. Представники утилітарної та деонтологічної етики (головних напрямів біоетики) додержуються не тільки різних принципів, але й різних філософських та світоглядних основ цих принципів. Відмінності цих напрямів зосереджуються на лінії "корисне - належне". Але навіть у цьому випадку прагматикам і ідеалістам не вдається чітко розмежувати основи своїх теорій, що засвідчує їх постійне апелювання до "загальних" положень: відвертості, інтуїції, природного права людини, традиції. Тривалий час в англійській літературі з біоетики панував принципіальний підхід, який використовував тільки два принципи - принцип благодіяння і принцип справедливості. Але з часом цей підхід піддається гострій критиці, що спричинило появу інших підходів. Так, англійський філософ Р.Віч до першорядних принципів, що діють у біоетиці, до вже відомих принципів благодіяння і справедливості, залічує автономію особистості, чесність, прагнення уникнути людської смерті. Т.Богамп і Дж.Чілдрес називають такі первинні принципи як автономія, "не нашкодь", благодійність, справедливість. Франкена говорить про принцип справедливості, принцип рівноправ'я та принцип милосердя, який зобов'язує нас сприяти всезагальному благу, запобігати шкоді й творити добро. Важливо зазначити, що характер вибору та об'єднання будь-яких принципів як засадничих для сучасної етики буде мати емпіричний характер. Ми зупинимось на широковідомій концепції американських спеціалістів у сфері біоетики Т.Богампа і Дж. Чілдреса, бо саме їхня концепція, за словами Б.Юдіна, дозволяє в систематичній і зрозумілій для сприйняття формі викласти етичні засади біомедицини. Крім того, саме ці принципи прозвучали на IV Всесвітньому конгресі з біоетики: -визнання автономії особистості, права людини самій розв'язувати усі питання, що стосуються її самої, психіки, емоційного стану. Всі різновиди процедур повинні здійснюватися за умови поінформованої згоди особистості; -дотримуватися принципу справедливості - рівного способу до суспільних благ. Насамперед це стосується охорони здоров'я та технологій, якщо вони використовують суспільні кошти, права

платників податків на рівну частку необхідних для нормального життя засобів із суспільних фондів; дотримуватись гіппократівського "не нашкодь"; дотримуватись розширеного зазначеного принципу Гіппократа: "не лише не нашкодь, а й чини добро". Проте і ці принципи можуть видатися утопістичними, як на сьогодні. Річ у тому, як вірно зазначає Кисельов, біоетичну конкретику майже не можливо "втиснути" в певний біоетичний "кодекс". Заборони тут виявляють свою неефективність, особливо, коли врахувати процес досить-таки специфічної комерціалізації сучасної медицини, зокрема й науки загалом. Саме тому до розв'язання таких біоетичних проблем як евтаназія чи трансплантація слід поставитися обережно й зважено. Такого класу проблеми не розв'язуються раз і назавжди. Біоетика стосовно цього є радше не сферою нормативно-теоретичного знання, а логікою осмисленого прецеденту, при чому кожний прецедент біоетики відбувається в екстремальній ситуації - Що ж криється за біоетичними принципами? Принцип "не нашкодь" є найдавнішою формою медичної етики. На латині він звучить як "primum non nocere", що перекладається на українську мову як "передусім - не нашкодь". Для біоетики він є досить важливим, оскільки зачіпає сферу моральної відповідальності науковців, медпрацівників. Гіппократ здійснив своєрідну реформу в медицині: він, згідно Цельсу, "першим відокремив медицину від філософії*". Відстоюючи суверенітет медицини, він гостро критикує лікарів-філософів, котрі піклуються не про здоров'я людини, а шукають сутність людини і всю сукупність елементів, що її складають, і, головне, намагаються перенести метод філософії в медицину, не бачачи, що в медицині уже давно все є; в ній знайдені і основа, і метод". Цим методом, на думку "батька медицини", є метод проб і помилок, який є ефективнішим за філософський, оскільки допоміг медицині зробити багато відкриттів.

Більшість дослідників виводять принцип "не нашкодь" із знаменитої "Клятви Гіппократа". "Клятву" умовно можна поділити на чотири розділи: 1) вступ - звертання до божества, характерне для тієї епохи; 2) розкриває обов'язки

лікаря перед його вчителями, колегами і учнями; 3) охоплює власне терапію, зобов'язує лікаря не здійснювати певних дій - давати отруту, робити аборт, сексуальні зловживання; зберігати лікарську таємницю; 4) закінчення, яке вказує на наслідки виконання чи невиконання клятви. Власне, тільки третій розділ обґрунтовує моральність поведінки лікаря, виходячи із принципу, який пізніше буде сформульований як принцип "не нашкодь".

У "Клятві" читаємо: "Я скерую режим хворих для їхньої користі згідно моїми силами і знаннями, утримуючись від спричинення шкоди і несправедливості". Слід відмітити, що в "Клятві" в першу чергу описуються обов'язки лікаря перед своїми вчителями, учнями, колегами, а вже потім перед пацієнтами. За своїм змістом "Клятва" є не стільки кодексом позачасової природи моралі, як вважалося до 18ст., скільки виразом культури свого часу, коли професія лікаря була оповита сакральним ореолом - "адже лікар-філософ рівен Богу". У певній мірі, лікар стояв вище закону. Закон існував для тих, хто займався професіями простих смертних, професія лікаря, як і "професія" царя чи жерця була "сильною професією", якій відповідали "сильна мораль", описана в "Клятві", мораль, яка в першу чергу підносила роль лікаря, що згодом стало приводом для обґрунтування того, що сьогодні ми в негативному значенні називаємо "патерналізмом" в медицині. Тому доцільніше буде віднести до медичної етики Гіппократа не модель "не нашкодь", а модель, яка розглядає проблему взаємовідносин лікаря і пацієнта під кутом зору соціальних гарантій і професійних обов'язків медичного співтовариства. Для біоетики важливо визначити, який зміст ми вкладаємо в словосполучення "не нашкодь", і, яка саме мається на увазі шкода. Б.Юдін виділяє наступні форми шкоди, виходячи із позицій лікаря: шкода через бездіяльність; шкода через недобросовісність; шкода внаслідок невірних, некваліфікованих дій; шкода, навпаки, внаслідок об'єктивно необхідних у даній ситуації дій. Кожний із цих різновидів шкоди буде оцінюватися по-своєму, виходячи з деонтологічної чи утилітаристської позиції. Коли йдеться про перший різновид шкоди - внаслідок бездіяльності, треба мати на увазі,

що він може належати не так до моральної сфери, як до юридичної. Оскільки в деяких випадках не надання допомоги може викликати правопорушення. Наприклад, якщо черговий лікар не надає відповідної допомоги пацієнтові, його провина буде подвійною. З одного боку, вона є деонтологічною, оскільки він не виконав обов'язки, покладені на нього як на лікаря, а, з іншого, - утилітариською - бездіяльність лікаря спровокувала низку наслідків, шкідливих для пацієнта. В обидвох випадках лікар несе юридичну відповідальність за свої вчинки. Проте, в іншому випадку, коли лікар, не будучи на роботі, не надав допомогу хворій людині, він не несе юридичної відповідальності, але несе моральну відповідальність. Інший випадок - шкода внаслідок недобросовісного, неналежного виконання своїх прямих обов'язків, або внаслідок спеціального злого наміру (наприклад, медична сестра просто полінувалася виконати певну медичну процедуру) також несе подвійну відповідальність, і є об'єктом скоріш юридичного ніж етичного інтересу. Проте і в цьому випадку силу набирає моральне осудження. Етичному аналізу піддається і третій різновид шкоди - шкода внаслідок недостатньої кваліфікації медичної сестри. Крім того, характерною рисою професії медика є її наукоємність, яка, виходячи за межі медицини, охоплює здобутки біології, філософії, законодавства, тим самим збільшуючи вимоги до своїх працівників. А це означає, що перед медиками високої кваліфікації ставляться вимоги не тільки професійного, а в більшій мірі морального рівня. Досить абсурдним виглядає четвертий різновид - об'єктивно-необхідна шкода. Адже ми звертаємось до лікаря з єдиною метою: позбутися болі, певних дефектів і отримати якесь благо. Але, якщо поглянути не все очима пацієнта, то побачимо, що будь-яке звернення до лікаря несе в собі вже певний вид шкоди. Можна виділити наступну градацію видів шкоди, яку пацієнту може спричинити медичний працівник: Матеріальна шкода. Внаслідок недобросовісних або некваліфікованих дій медика пацієнт може отримати певну фізичну шкоду. Крім того, лікування, назначене лікарем, може включати болючі процедури - виходить, що лікар, бажаючи

добра пацієнтові, може спричинити йому біль. А у певних випадках лікар навіть змушений спричинити і більш серйозну шкоду, наприклад, каліцтво, яке зробить пацієнта інвалідом. Останнім часом на плечі медпрацівників важким тягарем може опуститися наступний варіант шкоди: коли смертельно хворий пацієнт, терплячи страшні муки, вимагає від лікаря швидкої і неболючої смерті. Моральна шкода, яка пов'язана з обмеженням свободи пацієнта. Наприклад, лікар назначає певний режим або госпіталізацію пацієнтові, тим самим відчутно обмежує його свободу. Сюди також належить шкода, спричинена наданням пацієнтові інформації про його стан і прогноз його захворювання. Й цьому випадку шкоду можна нанести як і приховуючи інформацію, так і надаючи пацієнтові повну і вичерпну інформацію. З одного боку, обманюючи людину ми тим самим вже наносимо їй шкоду, оскільки принижуюмо її гідність. Крім того, хвора людина без недостатньої або неправдивої інформації може нанести шкоду не тільки собі, а й навколишнім. Але з іншого боку, значна шкода є й у випадку, коли пацієнтові, не враховуючи його психологічний стан, повідомляється правдива, проте безжалісна інформація. З інформацією пов'язаний і такий вид шкоди, коли медпрацівник надає медичну інформацію про пацієнта третій особі (навіть, якщо закон і вимагає надання цієї інформації, щоб запобігти заподіяння шкоди іншим людям), тим самим порушує правило конфіденційності .

Проаналізувавши можливі різновиди шкоди, яку можуть заподіяти медики пацієнтові, необхідно відмітити, що в ніякому випадку принцип "не нашкодь" не слід тлумачити буквально, бо тоді лікарю взагалі б прийшлося відмовитися від будь-якого втручання. Коли ми говоримо "не нашкодь", то мова йде про шкоду, яка з неминучістю постає перед пацієнтом. Але неминучою шкода може бути виправданою тільки в тому випадку, коли, зазнавши шкоди від медиків в кінцевому рахунку отримає від нього певне благо. Тут важливо, як зазначає Б.Юдін, "по-перше, щоби заподіяна шкода не переважувала те благо, яке здобувається в результаті медичного втручання, а, по-друге, щоб при виборі варіанту дій, сама по собі ця шкода була

мінімальною порівняно з усіма можливими варіантами". Тобто принцип "не нашкодь" не несе в собі вимогу відмови від будь-якої шкоди, а передусім намагається регламентувати об'єктивно-неминучу і мінімальну шкоду. Крім того шкода, яку спричинює медик, може стосуватися не тільки пацієнта. Так в ситуації, коли є загроза життю вагітній жінці, може виникнути необхідність аборту, тобто нанесення непоправної шкоди невинній людській істоті. Особливо неоднозначно порушується ця проблема в клінічній трансплантології, коли вирішується справді гамлетське питання: "кому жити, а кому померти?". Звідси і специфіка деонтологічних принципів в трансплантології, стрижнем якої є головна і фундаментальна заповідь Гіппократа: "не нашкодь". Проте для зваженого і морально виправданого вибору в біоетичних ситуаціях тільки застосування одного принципу "не нашкодь" є недостатнім. Тому необхідно використовувати й інші принципи. Окремі принципи відіграють важливу роль у вирішенні біоетичних проблем. Проте не слід забувати слова Г.Батіщева, що найзгубніше для моралі - це людина, озброєна принципами. Тому принципи "не нашкодь", "чини добро", поваги автономії і справедливості повинні стати для нас не зброєю, а невід'ємною частиною нашого духовно-душевного світу - саме так вони зможуть реалізувати свою біоетичну дієвість.

Література :

1. І.С.Вітенко, О.С. Чабан. Основи загальної і медичної психології. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003р.
2. І.С.Вітенко, Л.М. Дутка, Л.Я. Зименковська. Основи загальної і медичної психології. – Київ: "Вища школа", 1991р.
3. Ковальова О.М., Сафаргаліна-Корнілова Н.А., Герасимчук Н.М. Деонтологія в медицині: підручник. Харків, 2014.– 258 с.
4. ЕТИЧНИЙ КОДЕКС МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ УКРАЇНИ

Завдання на вибір:

1. Підготувати тези та тести з теми.
2. Підготувати презентацію .