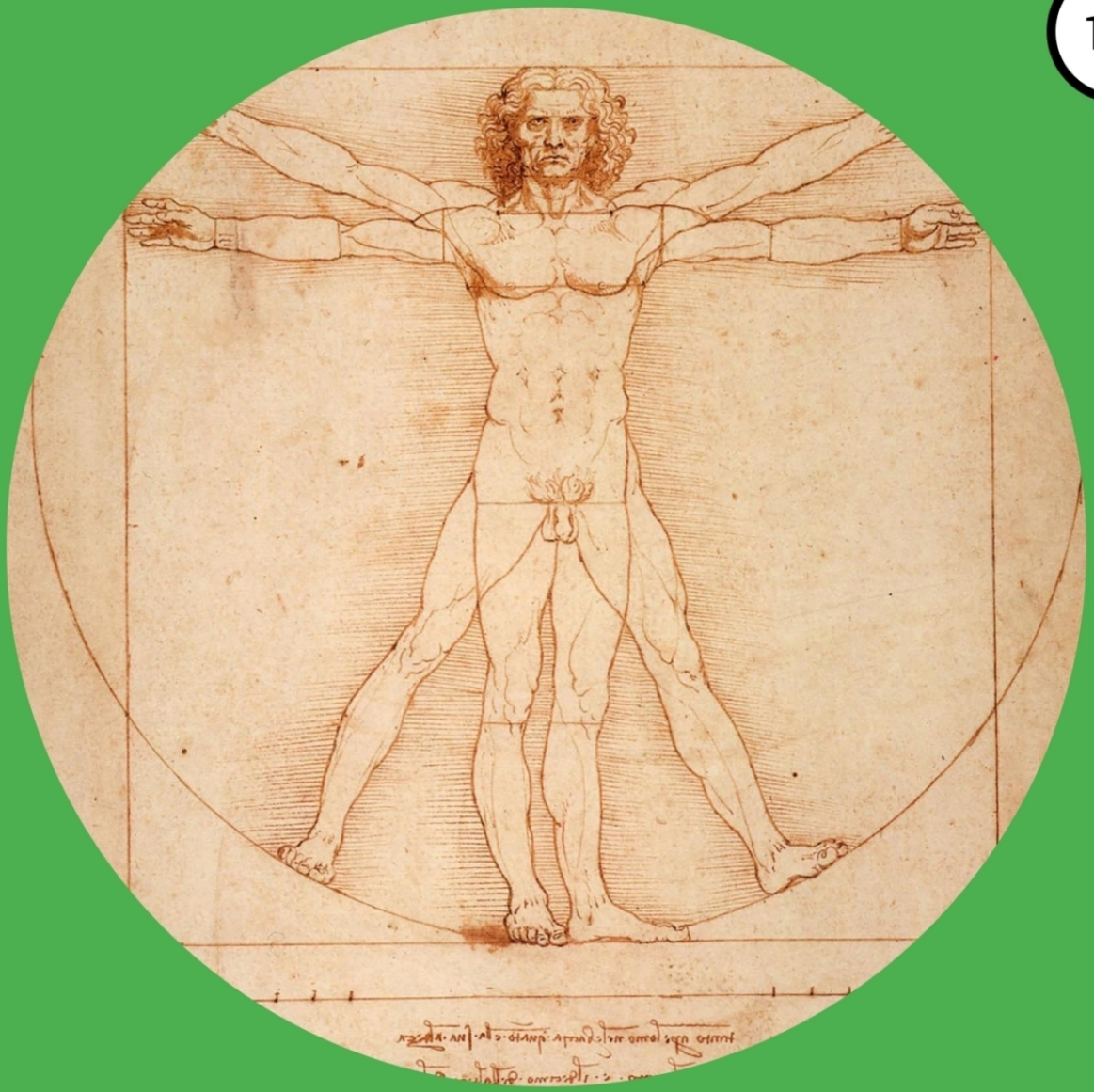
И. Р. Камалиева

16+



ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

И. Р. Камалиева

Профессиональные и этические нормы в современной медицине

«Автор»
2021

Камалиева И. Р.

Профессиональные и этические нормы в современной медицине / И. Р. Камалиева — «Автор», 2021

В монографии исследуются проблемы соотношения норм традиционной медицинской этики и методов регулирования внедрения в медицину биотехнологий. Автором выявляются предпосылки возникновения моральных дилемм при преимущественно правовом регулировании деятельности современной медицины и обозначаются, исходя из этого, возможные пути разрешения ее этических проблем. Научно-популярное издание предназначено для ученых, врачей-практиков, преподавателей и студентов медицинских вузов, а также для широкой аудитории, интересующейся методами регулирования деятельности современной медицины.

© Камалиева И. Р., 2021
© Автор, 2021

Содержание

Введение 5
Глава 1. Медицинская этика и моральные парадигмы современности 9
1.1. Гуманизм медицинской деятельности в контексте современности 9
Конец ознакомительного фрагмента. 23

И. Камалиева
Профессиональные и этические нормы в современной медицине

Введение

За последние полтора столетия медицина шагнула далеко вперед. Новые биомедицинские технологии позволяют вмешиваться в процессы зачатия, рождения и смерти человека, искусственно моделировать состояния здоровья и болезни, совершенствовать его физические возможности, изменять пол и внешность. Каждое новое достижение медицины становится достоянием общественности, потому как может изменить привычные представления о человеческой природе. Таким образом, происходит медикализация общественных проблем.

В сложившихся условиях врачебная этика также претерпевает принципиальные изменения. Развитие научно-технического прогресса ставит перед медициной совершенно новые этические проблемы, например в трансплантологии, реаниматологии, генетике и других областях, требует анализа традиционных вопросов с учетом новых исторических условий. Разработка новых видов химического, бактериологического, генетического, экологического оружия бесконечно расширяет возможные масштабы злоупотребления научным потенциалом биомедицины.

Привычные проблемы этичности абортов и контрацепции дополняются новыми, которые являются результатом внедрения в практику новых репродуктивных технологий, таких, как суррогатное материнство и экстракорпоральное оплодотворение.

В связи с новыми возможностями медицины врачи часто оказываются перед вынужденным выбором – продлить безнадежно больному человеку жизнь или дать ему умереть, если он сам этого желает. Проблема этичности и законности эвтаназии волнует общественность всего мира.

В свете достижений науки и техники в медицине происходит потеря былой значимости личности пациента как традиционного объекта терапевтического воздействия, она становится лишь придатком объективных лабораторно-технических методов медицинских исследований.

В ежедневной практической деятельности врачи вынуждены нарушать традиционные для врачебной этики принципы гуманизма, вопросы которой регулируются на сегодняшний день междисциплинарной отраслью – биоэтикой.

В обыденной жизни с проблемами здоровья вынуждены иметь дело все люди без исключения и, в связи с этим, обращаться к медицине. И далеко небезразлично отношение врача к самому человеку или к близким ему людям. Вполне естественно желание каждого человека получить со стороны врачующего качественное лечение, которое выражается не только в знании доктора, но и в его отношении к личности пациента.

Врачу ежеминутно приходится принимать решения, связанные со здоровьем, жизнью, правами и достоинством личности. Поэтому особенно важна во врачебной деятельности этика – основанные на принципах нравственности нормы профессионального поведения медицинских работников. В связи с прогрессом медицины как науки и вида деятельности, врачебная этика близка, на наш взгляд, к кризису в связи с тем, что достижения современной медицины и мораль современного общества нарушают традиционную зависимость врачебной этики от общечеловеческих ценностей, одной из наиболее значимых из которых является здоровье. Все вышеперечисленные вопросы отражают возникшую социальную проблему в сфере медицинской этики и требуют изучения и разрешения на практике.

Принято считать, что основные принципы медицинской этики сформулировал Гиппократ. Таким образом, история врачебной этики насчитывает более двух тысячелетий.

Принципы врачебной этики провозглашались и поддерживались лучшими врачами прошлого. Одним из самых древних источников, в котором содержатся требования к деятельности врача, а также его права, считают «Законы Хаммурапи», принятые в Вавилонии в XVIII веке до н.э.

Сведения, определяющие нормы поведения врача, содержатся и в письменном наследии Русского государства IX-XI веков. Детальную регламентацию лечебной деятельности на Руси установил Петр I, издав одноименный документ. Неоценимый вклад в развитие врачебной этики внес Анатолий Федорович Кони – ученый-юрист, известный отечественный судебный деятель конца XIX-начала XX века. А.Ф. Кони обладал обширными знаниями в области философии, истории, русского и зарубежного права, психологии и медицины. Одним из аспектов его деятельности являлась разработка нравственных принципов деятельности врачей, особо пристально он занимался вопросами соблюдения врачебной тайны. До того момента в имеющемся законодательстве норм, регламентирующих этот вопрос, не существовало. В своей научной работе «К материалам о врачебной этике» А.Ф. Кони анализирует и вопросы медицинской деонтологии – нравственный долг врача по отношению к пациенту и его близким, об эвтаназии, то есть «о возможности ускорения смерти в безнадежных случаях».

С конца XIX века внимание медиков, философов и юристов привлекли морально-этические проблемы, связанные с пересадкой органов человека или трансплантологией. А.Ф. Кони впервые было дано правовое обоснование трансплантации желез внутренней секреции. Большой интерес представляет мнение А.Ф. Кони о врачебной этике, не раз высказываемое им в книгах, посвященных врачам. Слова «врач, осознающий свои обязанности и понимающий свое призвание, становится деятелем особенного искусства и науки, носителем сострадания к человечеству и очень часто видным общественным деятелем» (В.И.Смолярчук) подтверждают точку зрения А.Ф. Кони на взаимосвязь морали общественной и медицинской.

Также широкое распространение получили этические мысли ученых российской медицины – Ф.Й. Гааза, М.Я. Мудрова и многих других. Вопросы медицинской этики нашли яркое отражение в художественных произведениях российских писателей: М.А. Булгакова, В.В. Вересаева, Б.Л. Пастернака, А.И. Солженицына, А.П. Чехова.

В советское время философско-этические размышления нашли место в работах Н.Н. Блохина, Е.А. Вагнера, С.Н. Давыдова, В.А. Еренкова, С.Б. Корж, Н.В Ревякиной.

Особое место для становления врачебной этики среди зарубежных ученых XX века занимает имя американского врача-онколога и биохимика В.Р. Поттера. Для обозначения нравственных проблем, связанных с ожидающейся угрозой выживанию человеческого рода в стремительно прогрессирующем мире, он впервые ввел понятие «биоэтика». Впервые вышеназванный термин упомянут в медицинской литературе в 1971 году. В медицинском журнале того времени биоэтика получила определение как «систематическое исследование ориентиров достижений биологических и медицинских наук, их нравственных параметров, моральную оценку, решения, поведение».

В современной России вопросами врачебной этики занимается широкий круг ученых. Каждая врачебная диссертация на соискание ученой степени допускается к защите только после одобрения этическим комитетом высшего медицинского учебного заведения. Труды современных отечественных ученых А.Я. Иванюшкина, Б.В. Петровского, А.Н. Орлова, И.В. Силуяновой, И.А. Шамова в области врачебной этики находят применение, как в обучении студентов медицинских учебных заведений, так и служат руководством для медицинских работников в повседневной работе.

Также широко известны имена зарубежных философов и врачей, таких, как А. Молль, М. Фуко, Ю. Хабермас, Р. Витч, Д. Пулмэн, Дж. Рейчелс, Э. Сгречча, В. Тамбоне, И. Харди, Н.В. Эльштейн, занимающихся вопросами врачебной этики.

В конце XX-начале XXI века вопросы врачебной этики волнуют все большее количество ученых в связи со стремительным развитием медицины как науки и внедрением новых технологий во все сферы врачебной деятельности, а также смежных с медициной наук. При неоспоримости положительного значения внедрения инноваций в медицину, моральные дилеммы, которые они за собой влекут, заставили ученых по-новому взглянуть на проблемы врачебной этики. Такие исследователи этических проблем современной медицины, как В.А. Рыбин, Г.А. Шутова придерживаются мнения, что традиционная модель врачебной этики Гиппократа более гуманна по отношению к больному человеку. Сторонники биоэтики – Л.В. Коновалова, Т.В. Мишаткина, И.В. Силуянова, И.А. Серова, П.Д. Тищенко, Б.Г. Юдин, считают, что принципы биоэтики позволяют сохранить уважение достоинства личности в полной мере.

По мнению Т.В. Мишаткиной, характеризующей различия в определении биоэтики, биомедицинской этики и медицинской этики, «функционально их отличия состоят в том, что биоэтика регулирует отношение человека к жизни вообще, ориентируя его на защиту прав всего живого. Биомедицинская этика выдвигает на первый план защиту жизни и здоровья человека, а медицинская этика устанавливает нормы отношений в медицине между взаимодействующими субъектами – врачом и пациентом» (Т.В. Мишаткина).

Исследователи Т. Бьючамп, Д. Каллахан, Дж. Рэйчелс, В.Р. Поттер указывают на специфику факторов, свойственных западной культуре, и на американский генезис биоэтики. В.И. Покровский, И.Т. Фролов – отечественные ученые, во многом способствовавшие дальнейшему развитию биоэтического мировоззрения во второй половине XX века. Ощутимый вклад в развитие биоэтической традиции в России вносят следующие ученые: А.Я. Иванюшкин, Л.В. Коновалова, И.В. Силуянова, И.А. Серова, П.Д. Тищенко, Б.Г. Юдин.

Труды западных философов Г. Йонаса, Ф. Фукуямы, Ю. Хабермаса, творчество которых сопряжено с переоценкой основ привычного подхода в изучении проблем этики ответственности современности, послужили материалом, способствующим пониманию противоречий биосоциотехнологического развития.

Основными источниками изучения вопросов этических аспектов проблемы соотношения ответственности и свободы в сфере профессиональной деятельности врача как специалиста, стали исследования А.А. Гусейнова, А.Н. Косинец, И.И. Ушаковой, И.И. Харди, И.А. Шамова.

Обзор литературы по вопросам медицинской этики показывает, что исследование данного раздела этики активно проводится представителями самых различных научных направлений, а также широко представлен в литературно-художественных произведениях, что подтверждает социальную значимость проблемы.

Анализ соотношения этического и правого регулирования вопросов современной медицины позволяет утверждать, что медицинская этика XXI века близка к кризису в связи с наличием моральных дилемм, продиктованных структурно-организационными, собственно медико-биологическими, экономическими, социальными факторами современного общества и ставящих под сомнение неразрывную взаимосвязь медицинской этики, общечеловеческих ценностей и принципов гуманизма.

Современная медицинская этика претерпела концептуальные изменения в результате социальных и технологических трансформаций в обществе и изменения образа человека в общественном сознании, выражением чего стала тенденция к замене постулатов традиционной медицинской этики принципами биоэтики. Наличие этических проблем в современной медицинской этике обусловлено размыванием целостного, коррелирующего со здоровьем, образа человека в культуре и медицине, и последовавшим за этим замещением гуманистической

модели взаимоотношений «врач-пациент» в медицине на биоэтическую (прагматически-правовую) модель.

По мнению автора, медицинская этика в ее современном состоянии близка к кризису и перестает быть частью общечеловеческих морально-нравственных норм, принятых в обществе (по крайней мере, в качестве идеальных регуляторов), что до начала прогрессивного развития медицины в XX веке было неоспоримым. В связи с этим, монография ставить целью осуществить целостный проблемный анализ вопросов медицинской этики в условиях современного общества и на этой основе наметить перспективы оптимизации ситуации возврата к наиболее гуманному варианту воплощения принципов медицинской этики в жизнь.

Глава 1. Медицинская этика и моральные парадигмы современности

1.1. Гуманизм медицинской деятельности в контексте современности

Мораль общества традиционно предполагала гуманное отношение к человеку и окружающему его миру. В силу своей общей гуманистической направленности, уважительного и бережного отношения к вековым желаниям народов, к поступательному развитию всего человечества, категория «общечеловеческие ценности» превратилось в современном мире в универсальное средство определения уровня цивилизованности государства. Ценности общечеловеческие, в отличие от прочих ценностей, выражают общие стремления всего человеческого рода, они свободны от политических, религиозных, национальных и прочих пристрастий, и в данном качестве представляют собой императив развития цивилизации человечества. Любой ценности, как философской категории, присуща антропоцентричность, то есть она исходит из интересов отдельных личностей и предполагает положительные значимости явлений. Антропоцентризм общечеловеческих ценностей основан на единстве значимых свойств человеческого существования – универсальных сущностей, не зависим от конкретных социально-культурных обстоятельств, и имеет характер социально-исторический. Общечеловеческими ценностями, признанными мировым сообществом, считаются жизнь, счастье, свобода, а также высшее проявление природы человека, раскрывающееся в его общении с себе подобными и с трансцендентным миром [125, с. 101].

Прежде всего, общечеловеческими ценностями предполагается понимание единства всего человеческого рода. Есть такие абсолютные ценности, которые важны для всего человечества, и без них единство человеческого рода не могло бы быть столь всеобщим [95, с. 6].

Современная ситуация в мире все более актуализирует проблему общечеловеческих ценностей. Об этом свидетельствуют процесс глобализации и общественный прогресс. Все более сложные технологии создают ложную ситуацию, в которой роль человеческого фактора как будто бы снижается. На наш взгляд, такое мнение ошибочно, потому как творения человека не могут превзойти его самого по причине того, что человек является саморазвивающимся существом, а техника и технология есть всего лишь усовершенствованные в результате эволюции науки орудия труда. Тем не менее, те творения человеческого рода, которые способны заменить мыслительные функции его самого, в некоторой степени обесценивают роль человека в обществе.

В ответ на вызовы технотронного обесчеловеченного мира гуманистами может быть противопоставлен лишь один принцип – единство всех людей, преданность жизни и человечеству в целом, что всегда и везде должно иметь первостепенное значение по сравнению с приверженностью к любой отдельной группировке людей или разного рода идолам.

Исходя из сказанного, первое место в системе общечеловеческих ценностей должно быть предоставлено человеческой личности. Таким образом, человеческая личность – главная общечеловеческая ценность. Человеческая личность в системе ценностей должна занимать первое место и потому, что она является средоточием всех остальных. На личности концентрируются все политические, экономические, социальные и культурные явления и процессы, от ее деятельности создается на земле все хорошее и плохое. Главнейшей и определяющей ценностью, началом всякой системы ценностей является человек, его жизнь и достоинство, условия и смысл его существования, его счастья. Все остальные ценности предназначены для совершен-

ствования и обогащения жизни человека, способствующие одновременно и общественному прогрессу, возрастанию степеней свободы. На протяжении многовековой истории формировались основные общечеловеческие ценности, следование которым обеспечивало общественный прогресс, и, согласно которым, самая высшая и абсолютная ценность – это сам человек, его жизнь. Он субъект ценностей и ценного отношения [77]. По Канту человек во всяких случаях должен быть целью, но не средством. В ином случае он не самоценность, а ничтожный винтик огромного механизма, в функционировании которого он не играет никакой роли, а выполняет лишь чужую волю. Личность самоценна в этом мире, а все остальное только производное, вторичны его мысли, воля, деятельность.

Медицинская этика – раздел этики, объектом деятельности которой во все времена являлась личность больного человека, потому как целью самой медицины является здоровье человека как индивидуума и как личности. Привычная медицинская этика, претерпевая небольшие изменения, продиктованные временем, в основном своем виде сохранилась до момента открытий в медицине конца XIX – начала XX веков, позволяющих вмешиваться в организм человека, видоизменять его на всех уровнях, искусственно прерывать либо продлевать его жизнь. И общественная мораль, веками формировавшаяся, в том числе, под влиянием религии, и, согласно которой, человек является твореньем Божьим, до сегодняшнего дня не может сделать однозначных выводов по поводу этичности множества спорных вопросов «новой медицины», требующих дискуссий.

В определенном смысле начало современного этапа истории медицинской этики связано с событиями Второй мировой войны. После войны весь мир узнал о преступлениях фашистской медицины: насильной стерилизации почти полумиллиона (в основном) немцев, недобровольной эвтаназии более чем 100 тысяч неизлечимых душевнобольных (в основном) немцев, разнообразных и многочисленных, и, как правило, смертельных медицинских экспериментах на узниках концлагерей и т.д. К этой странице истории интерес не ослабевает и по сей день, потому что медицина в практике врачей-нацистов потеряла человеческий облик, опустившись до «этического нуля», и эта точка падения, «точка отсчета» в оценках морали медицинской практики, не теряет своей важности и сегодня. Принятый как «Приложение к Приговору нацистам-медикам» в 1947 году «Нюрнбергский кодекс», представляющий собой 10 правил этики при проведении врачебных экспериментов на людях, можно считать, хотя сам термин биоэтики появился только через полвека, первым его нормативным международным документом.

Тогда же, в 1947 году образовалась Всемирная медицинская ассоциация (ВМА) – объединение независимых организаций врачей мира, основной целью которой была определена разработка этических документов, регламентирующих медицинскую деятельность, число которых к настоящему времени исчисляется десятками. Особенно интенсивной стала эта нормотворческая деятельность ВМА в последние десятилетия XX века – в период становления биоэтики. Очевидно, что свод этических документов ВМА (как и аналогичных документов ВОЗ, ЮНЕСКО, Совета Европы и т.д.) – это и есть современная медицинская этика, а вернее – ее кодифицированная часть. К сожалению, ни советское врачебное сообщество численностью 1 млн. 200 тысяч человек, ни современное российское, численностью более 600 тысяч, до начала XXI века не входили в ВМА. По сути дела, советские и российские врачи не имели представления об ассоциации, занимающейся актуальными проблемами медицинской этики современности. Только в 1995 году этические документы ВМА были переведены на русский язык и изданы [39, с. 26]. По прошествии почти 20 лет это издание совершенно не знакомо подавляющей массе отечественных врачей (а также еще примерно 1,5 миллиону средних медицинских работников России) и даже большинству отечественных преподавателей биоэтики.

XXI век стал поворотным для развития медицинской этики во всем мире. Особое внимание к ее вопросам в мире обусловило несколько явлений: все усиливающаяся глобализация, развитие информационных технологий и открытия науки в сферах, касающихся здоровья

человека. Достижения человечества в обеспечении основных человеческих прав в XX веке, в том числе права человека на жизнь и здоровое существование в обществе, проходят испытания в настоящее время новыми этическими вызовами и проблемами со стороны интенсивно развивающихся процессов глобализации; неконтролируемого потока информации; открытий современной науки, затрагивающей сами основы человека, его веру и мироощущение. Реальность современного мира грозит вычеркнуть важность человека как субъекта отношений «общество – государство», в силу чего ценность человека как единицы человечества теряет свое значение. Вследствие этого, приобретают особое значение исследования в области этики, философии и религиоведения, как основополагающих основ духовного мироощущения человека.

Потребность общества в обновленной системе духовных и моральных ориентиров, появление нового духовного потенциала привело к возникновению нового междисциплинарного знания – биоэтики. В условиях ускоряющего распространения возникающих технологий, радикально воздействующих на жизнедеятельность, а также вторгающихся в саму человеческую природу, биоэтика призвана защищать фундаментальные ценности человека – право на жизнь, свободу выбора и автономию, обосновывая их этическим принципом благоговения перед жизнью и нравственной ответственностью перед всем живым. Одновременно с этим, новые технологические возможности человека и современные социально-политические реалии привели к возникновению перед учеными новых этических проблем, ждущих своего ежедневного решения на практике. Этические подходы, существовавшие до технологического рывка в медицине, оказались не в состоянии с нравственной точки зрения осмыслить возникшие проблемы. Был необходим новый действенный этический подход, который можно было использовать на практике.

Биоэтика обязана своим рождением, прежде всего, тем грандиозным изменениям, которые случились в техническом переоснащении медицины современности, кардинальным скачкам в клинической практике, которые выразились в достижениях реаниматологии, биотехнологий, генной инженерии, трансплантологии органов, пластической хирургии. Все эти достижения привели к невиданному ранее обострению моральных проблем, встающих перед врачами, перед всем медицинским персоналом и даже родственниками больных. Морально ли произведение абортов или, может быть, аборт есть убийство живого существа? С какого момента зародыш следует считать человеком? Допустима ли эвтаназия? Каковы пределы поддержания жизни смертельно больных людей? В какой момент наступает смерть человека? Это лишь немногие вопросы, которые волнуют не только врачебное сообщество, но и широкую общественность в условиях все возрастающих возможностей медицины развитых стран. Всё ли допустимо с позиций этики? Как быть с оборотной стороной открытий в биологии и медицине, породивших идею евгеники, "генетическую" дискриминацию, суррогатных матерей, торговлю человеческими органами, эвтаназию? Надо ли всё это запрещать или разрешать? Должно ли общество устанавливать пределы и границы научных исследований живой материи, в том числе человека, и экспериментов с ними? Кто должен сказать решающее слово – медики, биологи, генетики, юристы или философы?

Биоэтика сформировалась в конце 60-х-начале 70-х годах прошлого столетия как направление науки междисциплинарного характера. В 1969 году Б. Поттер предложил для использования исследовательского направления данный термин. Трактуется он весьма разнородно. Чаще всего пытаются ограничить содержание биоэтики этическими проблемами взаимоотношений врача и пациента, то есть отождествить ее с медицинской этикой. Существует и более широкая трактовка термина, подразумевающая аксиологические проблемы профессиональных сфер, смежных с медициной, например, социальных проблем, связанных с системой здравоохранения или решения проблем отношения человека к живому на планете. Следовательно, в круг компетенции биоэтики входят вопросы прежде всего экологической этики. Кроме того, сам термин «биоэтика» говорит о том, что она ведает этическими проблемами при исследо-

вании всего живого, независимо от того, применяются исследования при лечении людей или нет. Выражаясь иначе, биоэтика ориентирована на достижения биологии современности при обосновании или решении моральных дилемм, возникающих в процессе исследований науки. На наш взгляд, более широкая трактовка термина «биоэтика» более точно отражает его суть.

Следующие проблемы биоэтики можно считать основными:

защита прав пациентов (несовершеннолетних, ВИЧ-инфицированных, психически больных и других групп пациентов с ограниченной компетентностью);

соблюдение принципов справедливости в здравоохранении;

этические проблемы аборта, контрацепции и новых репродуктивных технологий (искусственного оплодотворения, оплодотворения в «пробирке», суррогатного материнства);

проведение медицинских экспериментов на людях и животных;

определение критериев наступления смерти;

этические аспекты трансплантологии;

этические аспекты генной терапии и генной инженерии;

клонирование (терапевтическое и репродуктивное);

оказание помощи смертельно больным людям (организация паллиативной помощи, хосписы);

эвтаназия (активная или пассивная, принудительная или добровольная).

Основополагающими этическими принципами биоэтики являются:

1. Уважение личности:

признание права на принятие самостоятельного, добровольного решения об участии в эксперименте при условии полной информированности;

защита лиц, ограниченных в способности принимать самостоятельные решения, от любых форм принуждения к участию в эксперименте.

2. Милосердие:

принятие исследователем на себя обязательств соблюдать два общих правила: "не навреди" и "добейся максимально возможной пользы без нанесения вреда".

3. Справедливость:

честное распределение между бедными и богатыми слоями населения как пользы от проводимых исследований, так и связанного с ними риска.

Согласно основным принципам биомедицинской этики, регламентирующим проведение нетерапевтических исследований на человеке (применимы к исследованиям в авиакосмической и морской медицине), любые нетерапевтические исследования, проводимые на человеке, допустимы:

только в случае, если они оправданы ценностью ожидаемых научно-практических результатов;

только при наличии добровольного согласия обследуемого лица на участие в эксперименте, основанного на его полной информированности о рисках, которым он может подвергаться в процессе эксперимента и которые квалифицированы комиссией по биоэтике как "минимальные" или "допустимые", оправданные ценностью ожидаемых результатов;

только в случае предоставления обследуемому лицу гарантий: достаточности принятых мер безопасности; сохранения конфиденциальности сведений, увязывающих полученные результаты с его личностью; оказания, при необходимости, медицинской помощи и компенсации возможного ущерба его здоровью в результате участия в эксперименте; его права на отказ от проведения или продолжения эксперимента;

только при соблюдении мер, исключающих неблагоприятное влияние на ход эксперимента со стороны других экспериментов или осложняющих обстоятельств, а также несогласованного с обследуемым человеком изменения методики эксперимента;

только после тщательной апробации методики эксперимента (в том числе, полетного) в серии предварительных отработок (наземных, лабораторных, если необходимо, то и на животных) [15].

Когда применяются названные принципы биоэтики, и в процессе морального выбора превалирует медицинская доминанта, в конкретных случаях часто возникают моральные дилеммы, которые вызывают острые споры, как в биоэтике, так и в целом в обществе. Например, даже в случае возможного неблагоприятного исхода заболевания, принцип уважения личности призывает правдиво информировать пациента о диагнозе и вероятном прогнозе. Однако в этом случае очевидно нарушение принципа «не навреди», потому что, правда может вызвать у пациента стресс, уменьшить его волю к выздоровлению и сопротивляемость организма.

В случае неизлечимой болезни, абсолютное следование принципу автономии пациента дает ему право распоряжаться своей жизнью по собственному усмотрению (дилемма эвтаназии), но так как существует действующий принцип неприкосновенности относительно жизни человека, он не может ею распоряжаться. Принцип неприкосновенности жизни человека имеет и религиозное, и философское обоснование. С позиции сознательности религиозной, человек является Божьим творением, то есть полностью принадлежит Богу и самовластье над собственным телом отрицает, потому что человек наделен не правом господства над самим собой, а ответственностью за себя. В философии этот принцип находит обоснование в том, что личность человека является первой и трансцендентной ценностью, мы впадем в полный релятивизм, если разрушим эту основу.

Особого внимания, на наш взгляд, заслуживает проблема абортов. Согласно принципу автономии, женщина может распоряжаться собственным телом, но, согласно принципу человеческого достоинства, она не смогла бы самостоятельно решить судьбу эмбриона, потому что данный принцип гарантирует права человека, который не способен принимать решения самостоятельно. Очевидно, что решить проблему этичности аборта можно лишь решив вопрос статуса эмбриона. В этом случае нам приходиться сталкиваться с проблемой не столько биоэтической, сколько философской, поскольку поднимается вопрос точки отсчета человеческой жизни. Ответ на этот вопрос ученые ищут в острых интеллектуальных дискуссиях, которые преданы широкой публичной огласке, поскольку ответ на этот вопрос крайне значим для общества. Вопрос о начале человеческой жизни может конкретизироваться следующим вопросом: "Является ли эмбрион частью организма матери, с которым она может совершать любые действия, или он социально признанный субъект нравственных отношений, и наделен человеческими качествами индивидуальности?" В зависимости от того, каким будет ответ на поставленный вопрос, можно выстраивать аргументации в пользу выбора «за автономию» или «за жизнь».

Сегодня в медицинской практике, практически повсеместно применяют контрацепцию и стерилизацию с целью профилактики искусственного прерывания беременности. Радикальные противники абортов считают, что применение контрацептивов есть скрытая форма аборта, однако при этом признают их двумя разновидностями зла по своей значимости.

На практике, как правило, соблюдение одного принципа биоэтики вызывает нарушение другого, поэтому принято считать, что вышеназванные принципы не могут иметь абсолютного действия по причине вынужденного отступления от них в конкретных спорных ситуациях. Но такое отхождение от них не может лишить выбор врача либо пациента морального вреда.

Вопросы соблюдения правил профессиональной этики и деонтологии в условиях современности, волнуют представителей многих научных направлений, но в медицине они стоят наиболее остро. На сегодня известны следующие модели медицинской деонтологии, сформировавшиеся в процессе изменения образа врачебной этики.

1. Модель Гиппократа – «не навреди», содержит обязанности врача перед больным и принципы врачевания. Этот принцип был провозглашен Гиппократом и зафиксирован в его

«Клятве». Обязательство «воздерживаться от причинения всякого вреда» стало со времен Гиппократа не только главным моральным принципом медицинской деятельности, но и моральным основанием модели взаимодействия медицинских работников с пациентами, их родственниками, своими коллегами и учителями. В своей «Клятве» Гиппократ отразил все сферы врачебной деятельности, в которых врачу необходимо следовать принципу «не навреди»: физический (не способствовать абортам и ускорению смерти, лечить правильно, выбирать тот метод лечения, у которого наименьший побочный эффект для здоровья больного), правовой и социально-психологический (сохранение врачебной тайны), нравственный (благодарность и уважение учителям и коллегам). В «Клятве» сказано: «Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости» [46, с. 210]. *Таким образом, соблюдение принципа «не навреди» возможно только при условии сформированности у медицинского работника нравственных убеждений и качеств личности, соответствующих требованиям врачебной этики.* В соответствии с этим принципом на протяжении веков сформировались представления о враче как человеке, который, в силу своих профессиональных знаний и опыта, лучше знает, что является для пациента благом, а что вредом. Такое представление впоследствии было перенесено и на других медицинских работников. Модель Гиппократа – это тип взаимоотношений медицинского работника и пациента в соответствии с этическим принципом не причинения вреда пациенту и этическим нормам традиционной медицинской этики Гиппократа.

2. Модель Парацельса – «делай добро», здесь основное значение имеет патернализм (от латинского «pater» – отец) – духовный и эмоциональный контакт врача и пациента, который становится основой всего лечебного процесса. Принцип «делай благо» («твори добро») провозглашает нравственной нормой совершение действий для блага пациента. Этот принцип впервые был сформулирован Парацельсом. Основу этого этического принципа врачевания составили идеи христианства о том, что любовь к ближнему должна проявляться в добрых делах для них. Христианская заповедь «люби ближнего своего как самого себя» (Мф. 5, 44) в учении Парацельса преломляется к деятельности врача и выражается в словах: «Сила врача – в его сердце, работа его должна руководствоваться Богом и освещаться естественным светом и опытностью; важнейшая основа лекарства – любовь» [93, с. 86-87]. «Модель Парацельса» – это такая форма взаимодействия медицинского работника с пациентом и его родственниками, в которой нравственные отношения между ними являются одним из главных элементов терапии. В модели Парацельса ведущее значение приобретает учет индивидуальных личностных особенностей пациента и установление доверительных отношений между врачом (и другими медицинскими работниками) и пациентом. «Благодеяние», «благотворительность», «милосердие» являются неотъемлемой составляющей взаимоотношений медицинского работника и пациента в соответствии с принципом «твори добро». Принцип «делай благо» акцентирует внимание медицинского работника на необходимости активных действий по исправлению и (или) предотвращению вреда, а не просто его избегания. Целью медицины и здравоохранения становится не просто избегание вреда, а обеспечение блага пациентов. Следование принципу «делай благо» может происходить по-разному. В самой крайней форме – это обязательное самопожертвование и предельный альтруизм. Но требовать от человека самопожертвования в форме смерти ради чего-то аморально. Принцип понимается не как моральное обязательство, а как моральный идеал. Но нельзя осуждать того и считать аморальным, кто делать добро другому отказывается, хотя следование принципу «делай добро» и заслуживает одобрения. В итоге, непростой вопрос о том, в каких случаях можно, и если да, говорить об обязанности делать добро, является обоснованием этого принципа. В разных теориях этики по-разному обосновывается обязанность делать благо. По мнению утилитаристов, она непосредственно вытекает из принципа пользы – мы увеличиваем общее количество добра в мире, делая благо.

В этике И. Канта это требование вытекает из сформулированного им высшего закона нравственности: «если ты хочешь, чтобы делание добра другим было всеобщей нормой, и чтобы другие делали тебе добро, делай и сам добро другим» [77]. В отношениях с пациентами, согласно этике Гиппократа, врач всегда выступает как благодетель, как человек, который желает пациенту только добра и делает его в соответствии со своими возможностями в максимальной степени. В Клятве Гиппократа сказано: «Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением…» [46, с. 210]. Таким образом, взаимоотношения медицинского работника и пациента в соответствии с моделью Парацельса также как и в модели Гиппократа, предполагают ведущую роль медика в решении всех вопросов, связанных со здоровьем пациента. Согласно этой модели, должны учитываться эмоционально-психологические особенности личности, а душевный контакт пациента с врачом признается необходимым элементом лечебного процесса. Врач оказывает на больного «целебное» воздействие, которое задано его способностью и возможностью делать добро пациенту, действовать во имя его блага. Принципы «не навреди» и «твори добро» тесно взаимосвязаны друг с другом, поэтому они часто объединяются в один принцип – «твори добро и не причиняй зла».

3. Деонтологическая модель – принцип «соблюдения долга», основой которой является принцип «соблюдения долга» (от греческого «deontos» – «должное»), то есть беспрекословное выполнение моральных предписаний, соблюдение установленного обществом и врачебным сообществом набора правил. Данный принцип вошел в медицинскую этику вместе с учением о профессиональном долге медицинских работников. Согласно этому принципу, медработник должен строго выполнять предписанные медицинской этикой нормы и правила и, в соответствии с ними, свои профессиональные обязанности. Требования профессионального долга неукоснительны для исполнения. В соответствии с этим принципом для медицинского работника становится профессиональным долгом следование принципам «не навреди», «твори добро» и другим этическим принципам и нормам. Нарушение требований профессионального долга влечет за собой те или иные меры наказания (моральные, административные, правовые). На наш взгляд, эффективность данной модели можно подвергнуть сомнению, потому что, как известно, мораль невозможно навязать «сверху», ее невозможно исполнять, мораль должна «вырасти» «снизу», опираясь на нравственность каждого субъекта врачебной этики.

4. «Биоэтика» – принцип «уважения прав и достоинства человека», где остро стоят вопросы соблюдения прав и свобод пациента как личности, соблюдения прав пациента (право выбора, право на информацию и др.) в связи с развитием современной медицины, биомедицинских технологий прогнозирования и управления наследственностью, контроля функций человеческого организма на тканевом, клеточном и субклеточном уровнях» [16, с. 11]. Уважение прав и достоинств личности является в биоэтике ведущим, так как позволяет в наибольшей степени реализовать права пациента в отношении своей жизни и здоровья.

Оно осуществляется через следование четырем правилам этики: информированного согласия, справедливости, конфиденциальности и правдивости. Эти правила отражены в различной форме в статьях новых «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан», а также закреплены Клятвой Российского врача. Добровольное информированное согласие подразумевает получение пациентом полной и достоверной информации о стадии своего заболевания, о рисках возможного вреда, запланированном медицинском вмешательстве, альтернативных способах лечения в той форме, который понятен больному, и чтобы на основе этой информации он добровольно дал согласие на планируемое медицинское вмешательство. Правило правдивости подразумевает предоставление достоверной и полной информации как врачом (медсестрой и т.д.) пациенту, так и пациентом врачу (медсестре и т.д.). Получается, что компетентный медицинский работник предоставляет информацию больному, на основе которой тот окончательно принимает решение, опираясь на свои жизненные ценности и интересы. Вполне логично напрашивается вопрос – всегда ли пациент способен, не будучи профессиона-

лом, объективно оценить степень ответственности принимаемого им решения, которое повлияет на его здоровье и жизнь.

В настоящее время остается дискуссионным вопрос о целесообразности информирования пациента в случаях наличия у него смертельно опасного заболевания. В зарубежной медицинской практике принято сообщать пациенту диагноз, независимо от его содержания. В отечественной – господствует принцип «святой лжи». Сторонники сообщения пациенту полной и достоверной информации о его здоровье, в том числе, и в случаях угрожающих жизни заболеваний, основываются на том, что неполная и ложная информация унижает и пациента, и врача, и их человеческое достоинство, а также не дает больному полноправно распорядиться временем собственной жизни, в результате чего возникает атмосфера неискренности и недоверия между врачом и пациентом, отрицательно сказывающаяся на всем лечебном процессе. «Правда остается основным условием, при соблюдении которого моральный акт может считаться объективно позитивным, поэтому следует избегать лжи, часто возводимой в систематический принцип родственниками и медицинским персоналом. …Литература подтверждает, что, когда больному в нужный момент открывают правду, и он принимает ее, она оказывает положительное психологическое и духовное воздействие, как на самого больного, так и на его близких» [172, с. 362-363]. В последние годы наиболее широко применяется так называемый «субъективный стандарт» информирования, который требует от врачей и других медицинских работников в меру их компетентности, по возможности максимально приспосабливать информацию к интересам конкретного пациента. С позиции биоэтики «субъективный стандарт» наиболее приемлем, потому что в основе своей содержит принцип уважения автономии больного человека, учитывает независимость личности в информационных потребностях и желаниях при предстоящих сложных решениях. «Хотя ложь нельзя принимать в качестве линии поведения и сообщение правды остается целью, к которой надо стремиться, следует, однако, помнить, что эта правда должна быть соразмерна способности человека, чтобы надлежащим образом принять её. …Никогда не следует полностью отказывать больному в надежде, поскольку в медицине и на самом деле не существует абсолютно точных предсказаний» [172, с. 362-363]. В начальном периоде становления принципа информированного согласия основным вопросом споров являлась проблема предоставления информации больному. Сегодня ученых и практиков медицины больше волнуют вопросы понимания больным предоставленной ему информации, уровень его компетентности и достижения консенсуса при лечении. В биомедицинской этике под компетентностью имеется ввиду способность принимать решения. Компетентность определяется по трем критериям: способности принять решение, которое основано на рациональных доводах, способности достичь в результате принятия решения разумных целей и способности вообще принимать решения. Под добровольным информационным согласием подразумевают невозможность применения со стороны медицинских работников обмана, угроз, принуждения и т.д. при принятии больным решения. И все же, на наш взгляд, в данном случае происходит, возможно, нарушение принципа «не навреди», сформулированного Гиппократом.

В современной биоэтике все чаще выделяют как самостоятельный этический принцип – принцип справедливости [20]. Проблема справедливости применительно к медицине – это проблема соблюдения прав всех членов общества на получение медицинских услуг в необходимом для каждого объеме, на одинаково высоком качественном уровне и в необходимое время, а также равных прав всех членов общества при их участии в биомедицинских исследованиях. «Принцип справедливости в здравоохранении сегодня, с одной стороны, непосредственно связан с правом человека на охрану здоровья в рамках социального института здравоохранения и, с другой стороны, является основанием оценки достигнутого уровня социальной защиты человека в данном обществе в области здравоохранения» [177, с. 175]. В современной медицине и здравоохранении одновременно сосуществуют две формы справедливости, выделенные еще Аристотелем: справедливость в виде следования закону и справедливость в виде равен-

ства прав всех членов общества в области удовлетворения главных потребностей человека – права на жизнь, здоровье, охрану чести и достоинства. Согласно теории Дж. Роулса, справедливость представляет собой согласование притязаний и конкурирующих интересов членов общества [166]. Она может быть достигнута при соблюдении трех последовательных принципов: равной свободы каждой личности, равных возможностей и различия. В соответствии с принципами равной свободы и равных возможностей, справедливым признается неравенство в доступности и качестве медицинских услуг. Принцип различия проявляется в признании справедливым получение определенной доли ресурсов общества – обязательного минимума и дополнительного объема в соответствии со своей ценностью для общества. В мировой философии широко распространена идея о справедливости неравенства. Идея справедливости как неравенства лежит в основе признания правомерности существования в обществе различных систем здравоохранения, в рамках которых функционирует система оказания медицинской помощи для привилегированных слоев общества. Данная система основана на практике «двойного стандарта». Она предполагает оказание более широкого и более высококачественного спектра медицинских услуг на бесплатной (за счет государственных средств) основе привилегированным категориям граждан. Это связано с дифференциацией членов общества по ценности их жизни и уровня трудоспособности для общества. К таким «привилегированным» группам относятся различные категории граждан: работники правительственных и государственных учреждений, инвалиды и лица, имеющие особые заслуги перед отечеством, дети, беременные женщины и многодетные матери и другие. Каждая из этих категорий граждан имеет свою ценность для общества. Одни вносят значительный вклад в жизнедеятельность общества своей деятельностью (государственные деятели, военнослужащие и др.), другие являются залогом дальнейшего физического существования общества (дети, беременные, многодетные матери и т.д.), третьи (лица с ограниченными физическими возможностями и страдающие неизлечимыми заболеваниями) помогают сохранять обществу свой духовный, моральный потенциал – потенциал милосердия, человеколюбия, сострадания, доброты. Степень справедливости системы здравоохранения отражают показатели уровня здоровья граждан – уровень заболеваемости, смертности, продолжительности жизни, рождаемости и другие, которые изучаются специалистами в области медицинской демографии, организации здравоохранения и социальной медицины, социологии и т.д. В настоящее время все более утверждается мнение, что невозможно считать справедливой такую систему здравоохранения, которая не может обеспечить доступную и качественную медицинскую помощь для всех нуждающихся в ней людей.

Возникновение биоэтических принципов привело к формированию новых моделей взаимоотношений медицинского работника и пациента. Американский биоэтик Роберт Витч выделяет четыре модели взаимоотношений медицинского работника (врача) и пациента, существующие в условиях современной медицины. Это коллегиальная, контрактная, инженерная и пастырская (патерналистская) [20]. Как мы видим, от патерналистской (Гиппократ, Парацельс) модели отношений медицина постепенно сдвигается в сторону контрактной, в которой пациент, превращаясь в клиента, по законам рынка становится «всегда правым» несмотря на здравый смысл с точки зрения медицины. Очевидно, что это чревато причинением вреда пациентом самому себе посредством врача в результате своей же некомпетентности.

На сегодняшний день все новые и новые достижения медицины и техники вынуждают несколько по-другому рассматривать привычные нормы медицинской деонтологии. На смену принципу «врач-больной» приходит принцип «врач-прибор-больной», что ослабляет взаимосвязь личностей врача и пациента, а потребность больного в чутком и внимательном отношении медицинского работника при этом не изменилась. То есть, можно сделать вывод, что для сохранения необходимого для больного человека взаимодействия с врачом, эмпатичное отно-

шение к пациенту должно увеличиться обратно пропорционально утерянной в результате технизации медицины части контакта между субъектом и объектом лечебного процесса.

В статье Л.В. Коноваловой «Прикладная этика» сформулировано само понятие прикладной этики и описана природа образа новой этики, не существовавшей ранее, в которую включены все проблемы генетики, генной инженерии и вопросы, связанные с воспроизводством человека (клонирование, суррогатное материнство, искусственное зачатие) [90, с. 72-80]. В статье отмечается, что многие профессиональные проблемы медицинской деонтологии, такие как взаимоотношения врачей и пациентов, врачей и родственников пациентов, о вынужденной лжи и многие другие, в современной медицинской этике приобретают нетрадиционные решения. Власть медицины над организмом человека в результате технических достижений в области медицины и биологии становится беспрецедентной, а потому пугающей и непредсказуемой. Поэтому появление в сфере здравоохранения принципа информированного согласия вызвано острой необходимостью, как для врача, так и для пациента, в решении возникающих дилемм в области медицины.

По мере специализации и дифференциации медицины, в результате формирования новых ее областей, появляются и много других, не менее сложных деонтологических проблем. К ним можно отнести следующие:

1) взаимодействие врачей разных специальностей в процессе лечения больного;

2) проблема «врач-прибор-больной»;

3) проблема коллективного труда в науке;

4) проблема сложных морально-этических вопросов, связанных с актуальными и спорными проблемами медицинской и биологической наук.

Каждая медицинская специальность, кроме общемедицинских деонтологических правил и положений, имеет и свои специфические аспекты. Причиной этого является то обстоятельство, что каждая конкретная возникающая в практике врача ситуация заслуживает индивидуального подхода и решения. Например, новые успехи реаниматологии, приведшие к тому, что можно длительно поддерживать жизнедеятельность ряда органов и систем после прекращения деятельности головного мозга, возрастающие потребности человечества в трансплантации органов, повлекли за собой возникновение новых морально-этических проблем в практической медицине, например, определение достоверных критериев наступления смерти человека.

В сфере медицинских биотехнологий появилось такое явление как «улучшение человека», то есть использование достижений технологий в области биомедицины путем прямого вмешательств в организм с целью изменения не патологических, а нормальных его процессов (при помощи внедрения в тело механических либо компьютерных имплантов, с помощью медикаментов, генной инженерии). Возможности инструментов «улучшения» позволяют использовать их в качестве механизмов биотерроризма (измененные генетически микроорганизмы, стойкие к воздействию имеющихся медикаментов, или лекарственные средства, вызывающие амнезию); агентов социального контроля (например, в качестве препаратов, усмиряющих хулиганов или блокирующих рождаемость у лиц, нуждающихся в социальном пособии и (или) защите); в качестве средств, предназначенных для усовершенствования или улучшения умственных или телесных характеристик (медикаменты, улучшающие память, или мускулы, развитые в результате генной инженерии) [101, с. 282-308]. Патентование права на производство новых генов и их модификаций, клонов клеток, тканей, органов и целых особей может привести к монополизации бизнеса, связанного с биотехнологиями, в руках небольшой группы компаний, и одновременно поставить людей перед сложными нравственными дилеммами, например, такой как определение организма человека или животного как Божьего творения или запатентованного продукта бизнесменов.

Появление новых сложных медицинских систем послужило росту требований к медицинскому персоналу. С одной стороны, каждому медицинскому работнику необходимо владеть в

совершенстве медицинскими навыками, и он обязан владеть навыками работы на современном медицинском оборудовании. Современные обстоятельства глобализации и распространение сферы предпринимательства на область научной и практической медицины подвергают изменениям и социальные ориентации, затрудняя моральный выбор. Р. Маслоу, президент Всемирной врачебной ассоциации неврологов, считает: «Этика нашей профессии все более становится непосильным, изматывающим душу бременем» [71, с. 38]. Биоэтика, юриспруденция, философия, религия и многие другие науки, лежащие в основе деонтологии, провоцируют этические конфликты и неоднозначность морального выбора, который им сопутствует. Каждый человек обречен принимать тот или иной нравственный довод, учитывая свои человеческие и (или) религиозные утверждения, и с дальнейшим развитием медицины деонтологические проблемы будут рождать новые и новые споры.

На сегодняшний день сфера медицины регламентируется моралью и правом – двумя формами общественного регулирования. Принципиальным отличием регулирования через право человеческих отношений, в отличие от морального, является реализация норм правового регулирования через законодательные акты, судебные решения, правительственные постановления. Переплетение правового регулирования моральных вопросов врачебной деятельности с принципами биоэтики отражено в законодательных актах разных государств. А моральное регулирование, в то же время, осуществляется индивидуальным нравственным сознанием и общественным мнением. Таким образом, нравственные требования предполагают добровольное и свободное их исполнение, а правовые требования, напротив, допускают косвенное или прямое принуждение. Несмотря на то, что в современных правовых государствах происходят серьезные изменения, направленные на рост влияния правосудия охранительного, в пределах которого права и свободы человека признаны ценностями, становящимися приоритетной задачей охраны системы правосудия, все же, принудительный характер права не теряется.

К. Ясперс, известный немецкий психиатр и философ, утверждал, что XX век породил не только бактериологическое оружие и атомную бомбу, но и стал свидетелем рождения феномена преступной государственности, в котором абсолютное моральное зло нашло свое политическое и юридическое легальное воплощение [244, с. 214]. По утверждению Ж. Доссе, людям следует бояться не научных достижений, а режимов, которые при поддержке законодательства смогут применить их против достоинства личности [64, с. 7]. Мы согласны с утверждением обоих авторов. На наш взгляд, врач, не ограничивающийся в своей практике лишь механическим исполнением норм права, а стремящийся к исполнению своего долга осмысленно и добровольно, осознает, что одной из важнейших для него задач совершенствования во врачебном мастерстве является освоение реальности морально-нравственного знания. В таком случае, несмотря на противоречия в современной медицинской этике, врачебная деятельность не будет нарушать самой простой и самой важной заповеди – «не навреди».

В отличие от юридических норм, моральные нормы не предусмотрены законами. Они определяются многочисленными нравственными правилами и требованиями и регулируются общественным мнением, традициями, обычаями, на основе которых оцениваются поступки и поведение людей. Требования морали налагают на человека строго обусловленные обязанности. Независимо от профессии человек в своих поступках и поведении руководствуется высшим нравственным кодексом – моралью. Тем более, на наш, взгляд, если все спорные этические вопросы медицины будут регулироваться только юридическим правом, то врачебная этика потеряет свое былое значение как форма профессиональной этики.

У современной медицины множество проблем: асимметричность информации, слабость диагностики, отсутствие преемственности между специалистами и учреждениями, излишняя специализация врачей, избыток сложных диагностических пособий, коммерческая направленность лечения, низкий уровень практических навыков у врачей, отсутствие понимания паци-

ентами понятий болезни и здоровья. Современная врачебная этика имеет целый ряд неразрешенных проблем: вопросы коллегиальности и преемственности во врачебной деятельности; неизлечимые заболевания и эвтаназия; проблемы аборта; продление жизни новорожденных с врожденной патологией; этические дилеммы как результат достижений современной биомедицины (генная инженерия и искусственное оплодотворение); этические проблемы, связанные с трансплантацией человеческих органов и т.д.

На наш взгляд, на современную врачебную этику действуют новые факторы (вызовы времени), ставящие перед медициной вопросы и проблемы, которые не могут быть разрешены принципами биоэтики. Такие факторы можно разделить на:

структурно-организационные – возрастающая узкая специализация врачей;

собственно медико-биологического характера (трансплантология, ЭКО, пластическая хирургия и др.);

экономические – коммерциализация медицинских услуг в рамках либеральной модели экономики, которая господствовала в последние 20-30 лет, что привело к сужению возможности оказания медицинских услуг беднейшим и бедным слоям населения;

социальные – широкие возможности информационного пространства и растущий уровень образованности населения.

Иными словами, общественная реальность резко и сильно изменилась, а развилась ли медицинская этика за это время в достаточной степени? Или медицинская этика должна иметь свойство метафизичности, и вообще не должна меняться в своих основных постулатах? А вновь возникающие медицинские и биомедицинские проблемы должны регулироваться юридическим правом?

Спорных вопросов в медицинской этике с каждым днем становится все больше – от не теряющих своей актуальности так называемых «старых» проблем, таких как медицинская этика при испытании фармакологических препаратов и оборудования при участии пациентов, до «новейших», таких как наличие контрафактных лекарственных средств на фармацевтическом рынке, получение и использование стволовых клеток в медицинской практике и т.д. Таким образом, «старые» и «новые» проблемы медицинской этики свидетельствуют о значительном расширении спектра этических проблем в здравоохранении.

Материальное положение работников здравоохранения, условия их труда, правовая защищенность – вот круг проблем, которые также требуют своего решения. Потому что голодному врачу свойственно, в первую очередь, думать об удовлетворении собственных жизненных потребностей и только потом об общественном благе.

В последние годы коммерциализация здравоохранения создает новые проблемы этического характера. Высокие темпы коммерциализации видоизменяют психологию медицинских работников. Так, британские специалисты отмечают, что в тех лечебных учреждениях, где наравне с государственными койками существуют частные койки, моральный климат в коллективе хуже, чем в лечебных учреждениях, где функционируют только так называемые бюджетные койки национальной системы здравоохранения. Вывод таков: элемент платности деформирует мораль медицинских работников, поэтому следует избегать «смешения» платных и бесплатных услуг в одном лечебном учреждении. Некоторые организаторы здравоохранения США считают, что прибыль – главная цель здравоохранения, и что здравоохранение полностью подвержено рыночной философии [75]. Можно утверждать, что такой подход противоречит всем основным принципам врачебной этики, и термин «здравоохранение» подразумевает «охрану» «здоровья», а не исключительно извлечение прибыли. Следование предпринимательской модели здравоохранения может, в конечном счете, оправдать торговлю человеческими органами, и сбыт опасных для здоровья и жизни медикаментов.

Когда между пациентом и врачом «стоят деньги», искажаются профессиональная сущность и восприятие получаемых и оказываемых услуг, и об этом надо помнить, так как платная медицина расширяет свое место в повседневной лечебно-диагностической практике.

Увеличение удельного веса платных услуг в системе здравоохранения Российской Федерации мотивируется рыночными взаимоотношениями, рыночной экономикой, и если полагать, что здравоохранение является объектом рынка, то все происходящее в системе здравоохранения может быть объяснимо в той или иной степени.

Платные медицинские услуги в нашей стране были введены около 20 лет назад. Это рассматривалось первоначально как прогрессивный элемент так называемых реформ здравоохранения. Но эти нововведения не повлияли положительным образом на показатели здоровья населения – стали привычными за последние два десятилетия естественная убыль населения и происходящий прирост населения страны за счет мигрантов. Говоря о медицинской этике, о ее месте в здравоохранении, целесообразно обращаться к международному опыту, извлекая полезную информацию для оптимального построения отечественного здравоохранения и формирования его философии.

Если придерживаться философии предпринимательства, то лечить некоторые категории населения бессмысленно с экономической точки зрения. Например, пенсионеры, инвалиды, онкологические больные на последних стадиях заболевания бесперспективны с позиции социальной рентабельности. Данная категория граждан находится на государственном обеспечении, не платит налогов, не может рассматриваться в большинстве случаев как потенциальная рабочая сила. Но, тем не менее, государство обязано о них заботиться, это отражает степень его цивилизованности и социальной направленности. Но, тем не менее, нам еще далеко до цивилизованности в ее западном проявлении. Например, рак в большинстве случаев можно вылечить, что доказывает мировая практика. Российский же опыт показывает совсем иное: тем, у кого обнаружили злокачественное новообразование, часто приходится бороться за себя, отстаивая гарантированное государством каждому гражданину право на диагностику и лечение, в том числе на получение лекарств, на уход и заботу. Больше всего спорных ситуаций возникает из-за отказа в лекарственном обеспечении или из-за несвоевременного обеспечения лекарствами, хотя людям со злокачественными новообразованиями они положены бесплатно [3].

В медицине продолжается процесс все более узкой специализации. В современной медицине более 170-ти специальностей, более 10-ти тысяч заболеваний включены в номенклатуру болезней. Этот процесс приводит к тому, что больной предстает не перед одним, а перед множеством врачей, а это может приучить врача смотреть на больного под углом зрения его «специализированного кредо», что ведет к недооценке не только целостности организма человека, но и к недооценке, а иногда и игнорированию личности больного. Узкая специализация питает и нигилистическое отношение врачей к психотерапии. По мнению еще советских врачей-философов «…узкая и сверхузкая специализация ведут к такому изменению мышления врача, при котором он подчас забывает, что больной – это прежде всего человек со всеми его личными особенностями, с его тревогами, сомнениями, требующими психологического подхода, лечения не только тела, но и души… врач может быть специалистом узкого профиля, но не может быть узко мыслящим врачом» [89, с. 43]. При наличии узких специалистов ответственность врачей перед больным как бы расчленяется, распределяется между массой специалистов и исчезает персональная моральная ответственность перед пациентом, то есть происходит нарушение гуманистических принципов, заложенных еще в этических моделях Гиппократа и Парацельса. Поэтому встает задача найти оптимальный способ взаимодействия врачей различных специальностей и адекватную форму нравственной ответственности «узкого» специалиста за состояние здоровья больного. К сожалению, пока решение этой проблемы – дело будущего. Непрекращающийся поиск врачами новых, наиболее эффективных способов лечения пациентов всегда должен иметь гуманистическую направленность – «не навреди», «делай добро» –

особенно она важна при решении проблем сохранения здоровья людей глобального характера, и необходимо ее придерживаться на всем протяжении исследований: от осознания проблемы до ее разрешения на практике.

Стремительный прогресс медицины поставил перед практическими врачами и учеными-исследователями множество проблем философско-этического порядка, касающихся как допустимости применения тех или иных биомедицинских технологий, так и границ информирования, которая обязательно должна, или только может быть сообщена пациенту, его родным. Следует, на наш взгляд, создать систему единых гуманных принципов поведения ученых и врачей при участии в решении задач глобального масштаба на основе идеологии общечеловеческих ценностей, что, кстати, лишь частично осуществляется сегодня в рамках выработки единых биоэтических принципов, которые приобретают с каждым днем все более широкое международное признание. Дальнейшее глобальное распространение только несовершенных, на наш взгляд, принципов биоэтики, чревато катастрофическими для человечества последствиями в виде возвращения врачебного сообщества к состоянию «этического нуля», имевшего место быть в середине XX века.

Мы придерживаемся мнения, что медицинская этика XXI века близка к кризису по следующим причинам:

существующее противоречие между принципами традиционной гиппократовской медицинской этики и принципами биоэтики, содержащими моральные дилеммы, в свою очередь рождает новое противоречие между врачебной этикой, общечеловеческими ценностями и принципами гуманизма, ибо гуманность в чистом виде не предполагает совершение одного добродетельного поступка в ущерб другому;

введение юридического регулирования этических вопросов при внедрении в медицинскую практику новых технологий, не получивших удовлетворительного этического разрешения и обоснования в обществе, приводит через конфликт права и общественной морали к конфликту в самом общественном сознании;

коммерциализация и прагматизация медицины влечет расхождение врачебной этики с общечеловеческими ценностями и следование ее философии предпринимательства, основной целью которой является исключительно извлечение прибыли;

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, купив полную легальную версию на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.