



Министерство здравоохранения Хабаровского края
Краевое государственное бюджетное
профессиональное образовательное учреждение
«Хабаровский государственный медицинский колледж»
имени Г.С. Макарова
(КГБПОУ ХГМК)

Лунина Ю.В., Гаврилюк Е.Ю.

ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Учебно-методический комплекс дисциплины

Специальности: 31.02.01 Лечебное дело
34.02.02 Медицинский массаж (для обучения лиц с ограниченными
возможностями здоровья по зрению)
34.02.01 Сестринское дело
31.02.05 Стоматология ортопедическая
31.02.02 Акушерское дело

Хабаровск 2022

РАССМОТРЕНО
ЦМК «Специальные
дисциплины №1»
Протокол № ____
« ____ » _____ 2022г.
Председатель ЦМК
_____ Н.В. Андреева

СОГЛАСОВАНО
Начальник НМО
_____ Ю.В. Лунина
« ____ » _____ 2022г.

УТВЕРЖДЕНО УМС
Протокол № _____
« ____ » _____ 2022г.
Председатель УМС
_____ Е.С. Новик

Учебно-методический комплекс по дисциплине «Этика и деонтология медицинского работника» разработан в соответствии с ФГОС СПО и примерной программы учебной дисциплины «Этика и деонтология медицинского работника» по специальностям: 31.02.01 Лечебное дело, 34.02.02 Медицинский массаж (для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению), 34.02.01 Сестринское дело, 31.02.05 Стоматология ортопедическая, 31.02.02 Акушерское дело.

Учебно-методический комплекс по дисциплине «Этика и деонтология медицинского работника» входит в общеобразовательный цикл ОП и является частью основной профессиональной образовательной программы, разработанной в соответствии с ФГОС СПО. Предназначен для создания информационно-образовательной среды, обеспечивающей уровень качества подготовки специалистов в соответствии с требованиями ФГОС СПО и учебным планом.

Учебно-методический комплекс по дисциплине «Этика и деонтология медицинского работника» создан в помощь преподавателю и студенту для работы на учебных занятиях, выполнения внеаудиторных работ, самостоятельной работы и подготовки к текущему и итоговому контролю.

Учебно-методический комплекс адресован преподавателям и студентам/составители Ю.В. Лунина, Гаврилюк Е.Ю., преподаватели КГБПОУ ХГМК, Хабаровск, 2022г.

Рецензент: Ершова М.И. заведующий консультативно-диагностическим отделением КГБУ «Детская поликлиника № 17» министерства здравоохранения Хабаровского края

СОДЕРЖАНИЕ

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА	4
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ. СТРУКТУРА И КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ЛЕКЦИОННЫХ ЗАНЯТИЙ	7
2. ПРАКТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ	92
3. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ	154
4. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ	254

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Учебная дисциплина «Этика и деонтология медицинского работника» входит в общеобразовательный цикл ОП и является частью основной профессиональной образовательной программы, разработанной в соответствии с ФГОС СПО.

Цель дисциплины — сформировать у студентов целостное представление об основных принципах медицинской этики и о необходимости соблюдения моральных норм в клинической деятельности медицинского персонала; дать представление об этических дилеммах при оказании медицинской помощи пациентам и методологических аспектах возможных вариантов их решения; ознакомить студентов с современным этапом развития медицинской этики, биоэтики и медицинской деонтологии в Российской Федерации и за рубежом.

Эта цель связана с формированием у студентов тех компетенций, которые относятся к профессиональным умениям и навыкам государственных гражданских служащих, связанных с управлением и экономикой здравоохранения

Данный учебно-методический комплекс (далее - УМК) разработан для научно-методического обеспечения дисциплины «Этика и деонтология медицинского работника» с целью повышения эффективности преподавания.

УМК по учебной дисциплине «Этика и деонтология медицинского работника» включает следующие рекомендованные Положением об УМК разделы: теоретический, практический, раздел контроля знаний и вспомогательный. Теоретический раздел включает материалы лекций. Их содержание позволяет иметь материалы для теоретического изучения дисциплины «Этика и деонтология медицинского работника» в полном объеме, установленном типовым учебным планом по специальностям. Практический раздел УМК содержит материалы для проведения практических занятий. Раздел контроля знаний УМК содержит информацию о формах и критериях контроля знаний, примерные тестовые задания и ситуационные задачи для текущего контроля знаний, вопросы к зачету. Многообразие вопросов и заданий в разделе контроля знаний УМК по дисциплине «Этика и деонтология медицинского работника» позволяет эффективно использовать их в различном сочетании для студентов с разным уровнем подготовки. Вспомогательный раздел УМК содержит все необходимые элементы учебно-программной документации.

Предмет и проблематика этики. Размышления о предмете этики в истории европейской философии традиционно концентрировались вокруг ряда сквозных проблем, таких, как соотношения счастья и добродетели, индивидуальной и социальной этики, намерений и действий, разума и чувств в моральной мотивации, свободы и необходимости человеческого поведения и тому подобных. Их особенность состояла в том, что они в реальном опыте нравственной жизни чаще всего приобретали характер дилемм, свидетельствуя о многократной дисгармонии человеческого существования. В этом смысле этику можно определить как рефлексию над моральными основаниями человеческой жизни (понимая под рефлексией обращённость сознания на себя). Решающая причина, определяющая необходимость такой рефлексии, состоит в том, что моральное сознание попадает в ситуацию, которую можно было бы назвать ситуацией двусмысленности притязаний. Речь идёт о конфликте (кризисе) ценностей, когда мораль теряет очевидность, не может поддерживаться силой традиции, и люди, раздираемые противоречивыми мотивами, перестают понимать, что есть добро и что есть зло. Чтобы найти общий язык друг с другом, люди вынуждены заново ответить на вопрос, что такое мораль, — обратиться к познающему разуму, чтобы с его помощью восстановить порвавшиеся нити

общественной коммуникации, обосновать необходимость морали и дать новое её понимание.

Этика показывает, какие могут быть последствия, если конкретная идея будет воспринята отдельным человеком или социумом, какие у нее предпосылки и перспективы. Таким образом, этику можно определить как рефлексию морали. От других средств социальной регуляции моральные нормы отличаются тем, что они предполагают свободу выбора и регулируются преимущественно такими внутренними чувствами, как стыд, долг, угрызения совести. Нормы морали содержат противопоставление должного и сущего и призыв к самосовершенствованию, преобразованию реальности (таблица 1).

Таблица 1– Основные категории этики (категории морального сознания)

Объект отражения	Категория
Общие оценки действительности с точки зрения их желательности или нежелательности для человека	Добро, зло, справедливость, счастье, смысл жизни
Способы упорядочивания совместной жизни людей	Норма, принцип, оценка, идеал
Индивидуальные механизмы работы нравственного самосознания	Долг, совесть, стыд, честь и достоинство, моральные чувства

Сложность вычленения предмета этики как науки о морали заключается в том, что нравственные отношения включены в широкий круг общественных отношений. Явления общественной жизни можно классифицировать следующим образом:

- моральные (относящиеся к морали и оцениваемые положительно);
- аморальные (относящиеся к морали и оцениваемые отрицательно);
- внеморальные.

Внеморальные явления сложно определить. Как только мы рассматриваем конкретные действия людей, в том числе исследуем действия, которые влияют на характер производственных отношений, мы обнаруживаем, что и последние несут определенную моральную нагрузку.

Этика в своем развитии опиралась на нравственные установки, которые за столетия не раз подвергались переосмыслению, и на достижения других наук, в том числе естествознания, биологии и психологии. Этические концепции, накопленные человечеством, весьма разнообразны.

Основные концепции этики:

Гедонизм – признает наслаждение целью жизни и высшим благом.

Эвдемонизм – позиционирует стремление к счастью как критерий нравственности и основу поведения человека.

Абсолютизм – провозглашает мораль в качестве основы человеческого бытия, а стремление быть моральным — как смыслообразующий мотив.

Утилитаризм – рассматривает мораль лишь в качестве средства достижения счастья, а добродетель — как путь к счастью.

Релятивизм – утверждает, что оценка ситуации может варьироваться в зависимости от культурного, исторического, личного контекста, правильность каждого нравственного утверждения подлежит проверке на практике.

Формализм – основной принцип этических теорий, в которых формально-логические моменты превалируют над анализом содержания и социальной природы морали. Это характерно для этики Канта, который считал, что из некоего утверждения (категорический императив) можно вывести все содержательные моральные принципы и решения применительно к различным контекстам.

Говоря об этических принципах, невозможно обойти вниманием такую философскую систему, как гуманизм. Именно принципами гуманизма руководствуется человечество при формулировании важнейших международных документов, например Всеобщей декларации прав человека. Идея гуманизма многогранна и по-разному трактовалась в разные исторические периоды. Тем не менее, можно выделить общие черты. Гуманизм предполагает заботу о конкретном человеке, стремление общества к созданию условий для удовлетворения индивидуальных потребностей и личной самореализации. Однако неправомерно отождествлять гуманизм с некоторым совершенным состоянием общества. Люди будут сталкиваться с проблемами практического и морального характера, для их разрешения потребуются не только забота со стороны общественных структур, но и собственные усилия.

Основные принципы гуманизма:

- гарантии основных прав человека как общее условие для подлинно частного существования;
- поддержка слабых, выходящая за рамки обычных представлений данного общества о справедливости;
- формирование социальных и нравственных качеств, позволяющих личности самореализоваться, используя общественные ценности.

Современная этика — это достаточно часто прикладная этика, которая находит применение в самых разных сферах:

Этика открытых моральных проблем призвана решать вопросы, на которые человечество пока не нашло ответов (например, проблему эвтаназии).

Прикладная этика занимается анализом общественных угроз, например экологического кризиса или ядерной войны, и проводит социальную экспертизу проектов и их возможных последствий.

Области прикладной этики:

Профессиональная этика использует прежде всего деонтологические принципы (учение о проблемах морали и нравственности, раздел этики) и другие элементы ценностного сознания, составляющие наше представление о действительности.

Практическая этика занимается поиском возможных процедур для решения этических вопросов.

Корпоративная этика помогает компаниям сформировать этические нормы их деятельности.

Отметим, что современная этика, конечно, не сводится полностью к прикладной — сейчас в этике есть и теоретические проблемы: вопрос о свободе воли, обоснование морали, различные этические концепции, вопрос об источниках морали, характеристики морального субъекта и т. д. Однако несомненно, что в наши дни происходит значительное расширение области прикладной этики и возрастает значение поиска решения прикладных проблем.

1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ. СТРУКТУРА И КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ЛЕКЦИОННЫХ ЗАНЯТИЙ

Раздел 1. Теоретические основы медицинской этики и деонтологии

Тема 1.1 Предмет и основные этапы истории биомедицинской этики

Содержание учебного материала:

1. Основные понятия профессиональной этики.
2. Этические профессиональные кодексы.
3. Медицинская этика как вид профессиональной этики. Модели медицинской этики.

1. Основные понятия профессиональной этики

Профессиональная этика — термин, используемый для обозначения:

1. Системы профессиональных моральных норм (например, «профессиональная этика юриста»).
2. Направления этических исследований относительно оснований профессиональной деятельности. В настоящее время значение термина, как правило, определяется из контекста, либо оговаривается особо.

Профессиональная этика представляет собой систему моральных принципов, норм и правил поведения специалиста с учетом особенностей его профессиональной деятельности и конкретной ситуации. Профессиональная этика должна быть неотъемлемой составной частью подготовки каждого специалиста.

Содержание любой профессиональной этики складывается из общего и частного.

1. Общие принципы профессиональной этики, базирующиеся на общечеловеческих нормах морали, предполагают:

- а) профессиональную солидарность (иногда перерождающуюся в корпоративность);
- б) особое понимание долга и чести;
- в) особую форму ответственности, обусловленную предметом и родом деятельности.

2. Частные принципы вытекают из конкретных условий, содержания и специфики той или иной профессии и выражаются, в основном, в моральных кодексах — требованиях по отношению к специалистам [7].

Профессиональная этика, как правило, касается лишь тех видов профессиональной деятельности, в которых наличествует разного рода зависимость людей от действий профессионала, т.е. последствия или процессы этих действий оказывают особое влияние на жизнь и судьбы других людей или человечества. В связи с этим выделяются традиционные виды профессиональной этики, такие, как педагогическая, медицинская, юридическая, этика ученого, и сравнительно новые, появление или актуализация которых связаны с возрастанием роли «человеческого фактора» в данном виде деятельности (инженерная этика) или усилением его влияния в обществе (журналистская этика, биоэтика)

Профессионализм и отношение к труду являются важными качественными характеристиками морального облика личности. Они имеют первостепенное значение в личностной оценке индивида, но на различных этапах исторического развития их содержание и оценка существенно различались. В классово-дифференцированном обществе они определяются социальным неравенством видов труда,

противоположностью умственного и физического труда, наличием привилегированных и непривилегированных профессий, зависят от степени классового самосознания профессиональных групп, источников их пополнения, уровня общей культуры индивида и т. д.

Профессиональная этика не является следствием неравенства в степени моральности различных профессиональных групп. Но к некоторым видам профессиональной деятельности общество предъявляет повышенные моральные требования. Есть такие профессиональные сферы, в которых сам процесс труда основывается на высокой согласованности действий его участников, обостряя потребность в солидарном поведении. Уделяется особое внимание моральным качествам работников тех профессий, которые связаны с правом распоряжаться жизнью людей, значительными материальными ценностями, некоторых профессий из сфер услуг, транспорта, управления, здравоохранения, воспитания и т. д. Здесь речь идет не о фактическом уровне моральности, а о долженствовании, которое, оставшись нереализованным, может каким-либо образом воспрепятствовать исполнению профессиональных функций.

Профессия – определенный вид трудовой деятельности, требующий необходимых знаний и навыков, приобретаемых в результате обучения и длительной трудовой практики.

Профессиональные виды этики — это те специфические особенности профессиональной деятельности, которые направлены непосредственно на человека в тех или иных условиях его жизни и деятельности в обществе.

Профессиональные моральные нормы — это руководящие начала, правила, образцы, эталоны, порядок внутренней саморегуляции личности на основе этико-гуманистических идеалов. Появление профессиональной этики во времени предшествовало созданию научных этических теорий о ней. Повседневный опыт, необходимость в регулировании взаимоотношений людей той или иной профессии приводили к осознанию и оформлению определенных требований профессиональной этики.

Активную роль в становлении и усвоении норм профессиональной этики играет общественное мнение.

Профессиональная этика, возникнув первоначально как проявление повседневного, обыденного морального сознания, в дальнейшем уже развивалась на основе обобщенной практики поведения представителей каждой профессиональной группы.

Основными функциями профессиональной этики являются:

- воздействие на сознание специалиста в целях совершенствования его как личности и как профессионала;
- содействие наиболее полному и эффективному решению профессиональных задач.

Профессиональная этика, как и этика вообще, вырабатывается постепенно, в процессе повседневной совместной деятельности людей. Она может рассматриваться как разновидность общей морали, несущая в себе специфические черты, обусловленные видом и типом деятельности, т.е. является прикладной научной дисциплиной, изучающей профессиональную мораль. Вместе с тем она может рассматриваться как прикладная теория нравственности, применяемая в профессиональной среде.

Эти обобщения суммировались как в писаных и неписаных кодексах поведения различных профессиональных групп, так и в форме теоретических выводов, что

свидетельствовало о переходе от обыденного к теоретическому сознанию в сфере профессиональной морали.

Основными видами профессиональной этики являются: врачебная этика, педагогическая этика, этика ученого, этика права, предпринимателя (бизнесмена), инженера и т. д. Каждый вид профессиональной этики определяется своеобразием профессиональной деятельности, имеет свои специфические аспекты в реализации норм и принципов морали и в совокупности составляет профессиональный кодекс морали.

Понятие, содержание и предмет профессиональной этики. Содержание профессиональной этики определяется наличием и функционированием специфических понятий, которые представляют собой конкретизацию более общих, широких понятий общечеловеческой морали применительно к условиям определенного вида деятельности.

Исходным понятием профессиональной этики является понятие **профессионального долга**, в котором достаточно четко и подробно фиксируются служебные обязанности специалистов в той или иной области профессиональной деятельности. Именно осознание своего профессионального долга побуждает многих специалистов относиться к делу с наибольшей ответственностью, ориентироваться не столько на личные, сколько на общественные, национальные интересы. По мнению В. М. Шепеля, нравственные архетипы, которые биологически и исторически заложены в российских людях, предрасполагают их к несколько иной нравственной манере служебного поведения. К примеру, «российский управленец, любя свою работу, испытывает наслаждение не от обладания властью над людьми, а от возможности быть им по-человечески полезным, зарекомендовать себя незаурядной индивидуальностью. Лишите этого российских руководителей, и многие из них потеряют нравственный смысл заниматься профессиональной деятельностью».

Профессиональный долг не только определяет общие правила выполнения специалистом своих служебных обязанностей, но и порой предписывает его поведение в различных ситуациях, он закрепляется в соответствующих кодексах той или иной профессии (психолога, социолога, журналиста и др.). Так, психолог, социолог, врач могут испытывать давление со стороны некоторых лиц (в том числе и руководящих), стремящихся выведать сведения различного рода из жизни их клиентов, пациентов, сослуживцев. **Соблюдение нравственных требований профессионального долга необходимо и весьма важно для специалистов любой профессии.** Действительно, легкомысленное отношение к профессиональному долгу весьма негативно сказывается на деятельности специалиста (к примеру, разглашение врачебной тайны, предпочтительное отношение к отдельным больным, пренебрежение нормами санитарии может негативно сказаться на лечении и здоровье больных; игнорирование индивидуальных особенностей клиента со стороны психолога может нанести душевную травму человеку, обратившемуся за помощью и т.д.) [7, 52].

Составной частью профессионального долга выступает понятие **профессиональной ответственности**, которое отражает особое социальное и моральное отношение специалиста к другим людям, к обществу и характеризуется выполнением им своего нравственного долга. Профессиональная ответственность определяет способность человека сознательно выполнять определенные нравственные требования и осуществлять стоящие перед ним задачи, совершать правильный моральный выбор, достигать определенного результата. В частности, содержание данного понятия имеет весьма важное значение для государственных деятелей, принимающих судьбоносные решения, касающиеся развития личности, общества и государства, для деятельности ученых, исследования которых могут повлиять на жизнь

многих людей и всего человечества, для психологов, рекомендации которых могут позитивно (или негативно) сказаться на судьбе и здоровье личности, и т.д.

Следующим основным понятием профессиональной этики является **профессиональная совесть**, которая помогает специалисту посмотреть на содержание, результаты своего труда с позиций общечеловеческих нравственных ценностей. Так, совесть педагога не позволит ему бездушно относиться к обучению и воспитанию учеников, прибегать к организации «образцово-показательных» мероприятий, если он любит свое дело, уважает учащихся, коллег и родителей обучаемых. Совесть ученого не позволит ему исказить или представить в удобном для него свете результаты своего исследования, проведенного научного эксперимента, если нравственная составляющая его деятельности будет проникнута чувством ответственности за возможные негативные последствия применения своего открытия. Совесть не позволит психологу превращать своего пациента в объект манипуляций и давать официальные, но вместе с тем легковесные заключения. Профессиональная совесть любого специалиста поможет ему более глубоко, верно понять проблемы и переживания других людей, завоевать подлинный авторитет [7].

Важным понятием профессиональной этики выступает понятие **профессиональной справедливости**, которая особенно важна для анализа деятельности тех лиц, от которых зависит уровень материального благосостояния подчиненных им людей. Справедливость должна утверждаться и в отношениях между коллегами. Двойные стандарты в оценках «своих» и «чужих», «удобных» и «неудобных», «союзников» и «конкурентов» разрушают морально-психологический климат в коллективе, негативно сказываются на результатах того или иного вида деятельности.

Содержание профессиональной этики наполняют и такие понятия, как **профессиональная честь и профессиональное достоинство**. В них раскрываются отношение личности к самой себе и отношение к ней со стороны общества, других лиц. Но вместе с тем эти категории не тождественны. Понятие профессиональной чести теснее связано с конкретным общественным положением человека, с родом его деятельности, с социальным престижем. Понятие же достоинства более широкое, исходящее из идеи равенства людей в моральном отношении. Чувства чести и собственного достоинства как нравственные ценности, с одной стороны, выступают формой проявления нравственного самосознания и самоконтроля личности, с другой – одним из каналов воздействия общества и государства на нравственный облик и поведение человека в обществе.

Профессиональная честь выражает оценку значимости той или иной профессии в жизни общества, положение, роль представителей определенной профессии в сложной системе общественных отношений.

В современном понимании профессиональная честь включает в себя следующие основные компоненты:

- осознание специалистом содержания своего профессионального долга, необходимости его выполнения, сознательного и ответственного отношения к своему долгу и обязанностям;
- признание и оценка обществом, коллективом действительных заслуг личности, что находит выражение в одобрении, поощрениях, авторитете, моральной регуляции;
- наличие у специалиста постоянной готовности и волевого настроя в любых условиях и в любое время до конца выполнить профессиональный долг, сохранить и не запятнать свою честь, которые выражаются в верности слову, высоком чувстве гражданственности, внутренней приверженности конструктивным общественным традициям общества.

Необходимо упомянуть о **честолюбии**. Оно выражает стремление человека упрочить свой авторитет, добиться высоких результатов в труде, спорте, учебе, в стремлении занять более высокую должность. Это стремление и сопровождающие его чувства морально оправданы. Однако тут следует помнить и о категории меры. Если честолюбие не противопоставляется коллективным и общественным интересам, оно способно сыграть положительную роль, повысить социальную активность специалиста. В целом же честолюбие по своему характеру является индивидуалистическим мотивом поведения. Давно известна народная мудрость, возведенная в принцип, – «по труду и честь». Применительно к конкретному виду профессиональной деятельности это означает, что авторитет специалиста, его продвижение по карьерной лестнице, поощрения и награды определяются его деловыми и нравственными качествами, отношением к труду, преданностью профессиональному долгу.

Глубокое осознание значимости своей профессии каждым специалистом и составляет сущность **профессионального достоинства**.

Достоинство специалиста можно рассмотреть в двух аспектах:

- 1) как нравственную категорию, отражающую факт социальной значимости личности (объективная оценка ее значимости);
- 2) как внутреннее осознание личностью своей значимости и ценности (субъективная сторона).

Достоинство специалиста-профессионала отражает, прежде всего, конкретное воплощение и использование им своих прав, свобод, обязанностей, ответственности как самовыражение личности. Следовательно, достоинство как нравственная ценность находит свое проявление в авторитете данной личности, в ее добрых делах и поступках, оно неразрывно связано с проблемой самоутверждения и самовыражения индивида. В нем обобщаются приоритеты и социальные признаки, ценностные ориентации и убеждения, выражающие самооценку человека, его возможности и способности. Достоинство – это признание своей человеческой ценности, правомочия на уважительное отношение к себе. Недопустимо проявление какой-либо небрежности к работнику как к личности, ограничение его гражданских прав. Чем больший интерес испытывает к себе личность, тем выше ее шансы раскрыть свой природный и социальный потенциал. Один из постулатов буддийской философии гласит: достоинство, присущее одному человеку, присутствует и во всех.

Следует также отметить необходимость включения в содержание профессиональной этики и такого понятия, как **нравственная культура личности**, которая подразумевает наличие и развитость у личности совокупности социальных качеств и духовно-нравственных ценностей. Профессиональная компетентность специалиста не сводится лишь к наличию у него сугубо деловых, функциональных показателей, а предполагает синтез всех духовно-нравственных качеств личности. Она немыслима без опоры на довольно широкие знания, общую культуру личности.

Необходимо в содержании профессиональной этики выделить и **профессиональный такт**, выражающий способность и умение специалиста реализовывать нравственные ценности в конкретных жизненных условиях, особенно в таких профессиях, где объектом деятельности является сам человек.

Выделение основных понятий в содержании профессиональной этики важно и необходимо в формировании и проявлении нравственной составляющей личности при выполнении ею профессиональных обязанностей.

Трудовая деятельность является основной сферой общественной жизни. От ее нравственных целей и содержания зависит благополучие многих людей. При этом в профессиональной деятельности существуют специфические (общие для

представителей одной профессии) отношения людей друг к другу, к обществу, а также нравственные нормы, которые регулируют эти взаимоотношения.

Как говорилось выше, профессиональная этика – это нравственные нормы, которые регулируют взаимоотношение людей в трудовой деятельности и отношении человека к своим профессиональным обязанностям, долгу. В связи с чем, *предметом профессиональной этики* выступают:

- качества личности специалиста, необходимые для выполнения профессионального долга;
- нравственные взаимоотношения специалистов и объектов/субъектов их деятельности (врач – пациент, преподаватель – студент и т.д.);
- взаимоотношения коллектива организации с обществом;
- взаимоотношения людей внутри трудового коллектива и нормы, которые их регулируют;
- цели и методы профессионального обучения и воспитания [7,42].

Основным **содержанием профессиональной этики** выступают нормы поведения, предписывающие определенный тип нравственных отношений между людьми, необходимый для выполнения своего профессионального долга, а также обоснование, толкование кодексов, задач и целей профессии. При этом обоснование моральных отношений в сфере труда предполагает:

- определение целей и мотивов трудовой деятельности;
- выявление нормативов и средств реализации намеченной цели;
- оценку результатов труда и их общественную значимость.

Особенности профессиональной этики представлены на рисунке 1.



Рисунок 1– Базовые особенности трудовой этики

Несмотря на наличие универсальных принципов деловой этики, трудовая этика имеет отчетливую профессионально-ориентированную спецификацию.

Основные виды профессиональной этики представлены в таблице 2

Таблица 2 – Основные виды профессиональной этики

Виды профессиональной этики	Описание
Врачебная	Главный принцип — «не навреди». Врачи учитывают ценность человеческой жизни. Вместе с тем современные медики вынуждены решать такие морально-этические вопросы, как добровольный уход пациента из жизни и трансплантология.
Педагогическая	Система предполагает обязательное наличие высоких нравственных качеств у тех, кто занимается воспитанием и

	обучением детей и молодежи — будущего нации. Профессиональная этика работников образования основывается на таких качествах педагога как порядочность, честность, терпение, справедливость.
Юридическая	Главный принцип юристов — восстановление справедливости при вынесении судебных решений, основанных на букве закона, но не соответствующих этическим требованиям.
Адвокатская	Система содержит нравственные нормы, на которые адвокат опирается при выборе линии защиты и поведения клиентов.
Судебная	Основа профессиональной этики судей — моральные принципы, которыми они должны руководствоваться: честность, независимость, непредвзятость, справедливость и строгое соответствие букве закона.
Сфера обслуживания	Этика основывается на принципе «клиент всегда прав» и предоставлении услуг высокого качества, соответствующего запросам.

Высокий уровень нравственности не могут обеспечивать только регламенты. Его нужно рассматривать как важную компетенцию, необходимое человеку качество, которое подтверждает профессиональную пригодность.

2. Этические профессиональные кодексы

Понятие этического кодекса. Кодекс – соглашение, конвенция, система правил, которые договаривающиеся стороны обязуются выполнять; способ самоорганизации профессионального сообщества, повышающий его статус, престиж, профессионализм. Принятие кодекса способствует формированию новой специально созданной социальной и моральной среды, более благоприятной для деятельности. Цель кодекса — сделать более согласованной, предсказуемой и контролируемой деятельность договаривающихся сторон. В случае серьезных нарушений кодекс предусматривает санкции за невыполнение норм [42].

Этические кодексы относятся либо к локальному сообществу, либо к группе. Они могут быть профессиональными, корпоративными, организационными. Этический кодекс, по сути, является сводом правил и норм поведения, которые разделяют участники группы. С его помощью задаются определенные модели поведения и единые стандарты отношений и совместной деятельности.

В настоящее время наиболее распространены два вида этических кодексов — профессиональные и корпоративные, которые регулируют отношения людей внутри данных групп. Потребность в этических кодексах возникла в связи с тем, что универсальных норм недостаточно для регулирования человеческого поведения в специфических ситуациях. Профессиональная и корпоративная этика конкретизирует общие нравственные принципы применительно к особенностям той или иной деятельности.

В крупных современных корпорациях кодексы как согласованные и обязательные для всех цели, ценности, нормы и правила поведения становятся основным инструментом координации поведения работников. Этический кодекс компании — это свод корпоративных ценностей и поведенческих норм, которые определяют порядок взаимодействия сотрудников в разных ситуациях, не прописанный в других нормативных документах (должностных инструкциях, Трудовом кодексе).

История возникновения профессиональных этических кодексов. Первыми универсальными моральными кодексами, представляющими собой набор

общечеловеческих ценностей, были своды религиозных правил (десять заповедей Ветхого Завета). Одним из первых профессиональных этических кодексов стала клятва Гиппократов — кодекс врачей.

Массовое возникновение профессиональных кодексов в Европе относится к периоду возникновения ремесленных цехов в XI—XII вв. В цеховых уставах средневековых ремесленников отражаются представления о профессиональном долге и обязанностях по отношению к коллегам, профессии, качеству продукта. К причинам возникновения кодексов можно отнести стремление повысить ответственность за результаты профессиональной деятельности, доверие к профессиональной деятельности и ее престиж. Были и другие причины, связанные не только с заботой о качестве конечного результата и благополучии клиента как потребителя продукта (как условий «благополучия» профессии и профессиональной группы). Недопущение «посторонних» лиц, товарных подделок, понижающих престиж и достоинство мастеров своего дела некачественным продуктом. Профессиональная группа с помощью кодекса боролась против нечестной конкуренции. Только профессионалы владели секретами мастерства, которые передавались внутри профессиональной, а зачастую внутри семейной группы. Уже тогда существовали феномены профессиональной тайны, коммерческой тайны и др., т.е. тех «тайн», которые касаются лишь членов профессиональной группы (корпорации). Цеховой устав (кодекс) требовал неукоснительного выполнения. Ремесленники, запятнавшие имя цеха, исключались из него [42].

Устав стокгольмских сапожников, например, предусматривал штраф за каждую дырку в сапоге, за любую фальсификацию сырья. Цех запрещал работать ночью и в праздники, одновременно работать на несколько подрядчиков, брать в помощники людей со стороны. На изготовленном изделии стояло клеймо мастера, что означало его личную ответственность за качество товара. Цеховые уставы регламентировали отношения коллег внутри цеха, которые исключали обман, нечестную конкуренцию, переманивание заказчиков, кражу инструмента, брань и оскорбления. Поощрялись взаимопомощь и благотворительность. Хорошим мастером был тот, кто соблюдал все нормы, обычаи и обряды цеха, например, совместные трапезы (слово «цех» произошло от слова «пир»). Существовала также культура застолья (запрещавшая напиваться, приводить женщин легкого поведения, устраивать драки, проливать на стол пиво и пр.).

Внутрицеховые отношения соблюдали иерархичность, послушание и почтение к вышестоящим, добропорядочное отношение к нижестоящим. Цеховые уставы основывались на принципах профессиональной чести, честности, справедливости. Кодексы средневековой эпохи служили способом самосохранения трудового сообщества, а также выступали в качестве своего рода знаковой системы, позволяющей отличать людей своего круга от чужаков.

В этом контексте можно утверждать, что мораль добросовестного отношения к труду, бережливости, верности долговым обязательствам, разумного ограничения потребностей и мелкобуржуазной скупости, которую М. Вебер связывал с «духом капитализма» и протестантской этикой, возникла задолго до эпохи протестантской Реформации.

Более современный вид корпоративного кодекса появился в США в начале XX в. Первоначально это были короткие формулировки основных идей. Следующая стадия развития корпоративных кодексов наступила в начале 1950-х гг., когда после нескольких шумных судебных процессов против крупных корпораций в кодексы стали включать статьи антимонопольных законов, принимавшихся в США, запрещающие навязывание ценовой политики другим фирмам и сговор с конкурентами. Широкая разработка кодексов корпоративной этики в развитых странах начинается с 80-х гг. XX

в. Их целью является выработка норм и правил, которых должны придерживаться работники компании.

Специфика этических кодексов заключается в том, что они принимаются профессиональным сообществом на добровольной основе и рассматривают вопросы профессиональной ответственности, профессиональных ценностей и норм, а также трудные ситуации, возникающие в профессиональной деятельности, проясняющие, какое поведение считается правильным и этичным, а какое нет. Этический кодекс является «визитной карточкой» конкретного сообщества, способом саморегуляции и самоорганизации, ведущим к усилению корпоративной или профессиональной идентичности.

«Репутационная составляющая» кодекса заключается в демонстрации прозрачности (транспарентности) компании (описывается политика, закреплённая в международной практике по отношению к клиентам, поставщикам, подрядчикам и т.д.), что способствует формированию доверия к компании со стороны внешних групп.

Наличие этического кодекса позволяет снижать риск совершения этических нарушений внутри организации, а в некоторых случаях предотвращать их. Наличие кодекса подтверждает репутацию компании как надёжного бизнес-партнера, который соответствует международным стандартам корпоративного управления, что в свою очередь повышает инвестиционную привлекательность компании при налаживании сотрудничества с западными партнерами. Наличие у компании кодекса корпоративной этики – общемировой стандарт ведения бизнеса [42].

Важная задача этического кодекса заключается в создании комфортных условий труда, благоприятного психологического климата в компании. С помощью этического кодекса можно сплотить всех членов коллектива, сформировать корпоративную культуру. Сотрудникам, усвоившим законы фирмы, проще разобраться в сложных рабочих ситуациях, а новичку легче влиться в коллектив и попят, чего от него здесь ждут.

Кодекс – договор, в котором стороны принимают на себя добровольные обязательства, отражающие реальные ценности и нравственные стандарты, распространяемые по вертикали – от руководителей к подчинённым. У сотрудников, ориентирующихся на эти стандарты, могут появиться внутренние осознанные мотивы не только замечать отклонения от декларируемых норм поведения, но и добиваться их искоренения.

Структура этических кодексов. Этический кодекс включает принципы, ценности, моральные стандарты и правила поведения, которые служат руководством к принятию решений, ведению переговоров и других форм деятельности, основанных на уважении прав всех участников. Он содержит представления о миссии компании, ее основных принципах (кредо), а также может содержать развернутое изложение и разбор типичных ситуаций.

Как правило, корпоративный этический кодекс состоит из двух основных частей:

- краткая идеологическая часть, включающая в себя миссию и кредо компании;
- развернутая нормативная часть, которая описывает конкретные, общие для всех сотрудников нормы поведения, обязательства компании перед работниками, социальную и дисциплинарную ответственность, особенности обращения с внутрикорпоративной информацией. Здесь же регламентируется поведение сотрудников в отдельных ситуациях, например при общении с клиентами, партнерами, а также приводятся стандарты техники безопасности, экологии и многое другое [42].

Миссия и кредо. Миссия связана с высоким предназначением (спасти больных людей, приносить людям счастье, служить обществу, возвращать им здоровье и т.д.), она отличается от функций энергетикой. Миссия организации – формулировка

основной цели компании: чего она хочет достичь в самом широком смысле. Компания, как правило, начинает свою деятельность с определения четкой миссии. Четкая формулировка миссии действует как «невидимая рука», которая направляет сотрудников компании, позволяя им работать независимо и в то же время коллективно для достижения общих целей компании. Можно определить миссию с точки зрения производимого продукта («Мы делаем мебель») или используемой технологии («Мы разрабатываем программное обеспечение»). Но товары и технологии рано или поздно устаревают, поэтому лучше определять миссию, ориентируясь на рынок. Например, фирма Visa предоставляет не кредитные карточки, а возможность клиентам обменивать ценности, даже не выходя из дома, приобретать практически все и практически везде.

Миссия говорит о статусе предприятия, декларирует принципы его работы, заявляет о действительных намерениях руководства. В формулировании миссии на первом месте должны стоять интересы, ожидания и ценности потребителей, причем не только в настоящее время, но и в перспективе. Например, формулировка миссии компании «Форд»: предоставление людям дешевого транспорта. Миссия не зависит от текущего момента, она выражает устремленность в будущее, показывает, на что будут направляться усилия и какие ценности будут при этом приоритетными. В миссии не принято указывать в качестве главной цели получение прибыли, несмотря на то, что прибыльная работа является важнейшим фактором жизнедеятельности организации.

Кредо – или декларативный вариант этического кодекса или его идеологическая часть, в которой отсутствует подробная регламентация поведения сотрудников.

Кредо декларирует базовые ценности компании. Например, кредо компании Johnson & Johnson включает четыре развернутых ценности: ответственность перед покупателями, служащими, общественностью и акционерами. Основные принципы Matsushita Electric Сотрапу – «Семь духов»: честность и преданность; гармония и сотрудничество; борьба за улучшение; учтивость и скромность; адаптация и восприимчивость; признательность.

При этом в конкретных ситуациях сотрудники сами должны решать, как им себя вести, исходя из базовых нравственных норм.

Без кредо нет подлинного кодекса. Кредо – дух корпорации, который вполне зримо и весомо воплощается в нормах и правилах корпоративной этики, профессионального призвания и ответственности, в правилах «честной игры» и т.п. Точнее говорить даже не об «игре», а об «играх», поскольку различаются правила взаимодействия, во-первых, между правовым государством и автономными корпорациями, во-вторых, между однородными и разнородными корпорациями, в-третьих, между корпорациями и группами с неорганизованными интересами, и, в-четвертых, существуют правила внутрикорпоративной игры. Чаще все эти правила сведены в более или менее четкие профессиональные поведенческие кодексы, которые предусматривают как собственно моральные, духовные, так и административные санкции.

Значение этического кодекса и его цели. Главная идея кодекса – неформальный договор, в котором стороны добровольно принимают на себя определенные обязательства. Корпоративный кодекс должен быть составлен так, чтобы отражать реальные ценности и нравственные стандарты, распространяемые по вертикали – от руководителей к подчиненным. У сотрудников, ориентирующихся на эти стандарты, могут появиться внутренние осознанные мотивы не только замечать отклонения от декларируемых норм поведения, но и добиваться их искоренения.

Таким образом, основная стратегия воплощения моральных требований в практику корпоративных отношений – это создание благоприятной атмосферы с целью выработки и внедрения целей, ценностей и норм. Корпоративный кодекс – нормативная

система для упорядочивания совместной деятельности, которая имеет характер конвенции, коллективного самообязательства. Кодекс свидетельствует о приверженности организации нравственным принципам, что важно не только для ее репутации, но и для работников организации, которые могут апеллировать к кодексу, если им дают распоряжение, противоречащее требованиям кодекса. Четкие общезначимые правила, обозначенные в кодексе, минимизируют зависимость работника от произвола руководства, на их основе можно создать равноценные, справедливые условия для деятельности всех агентов.

Этические кодексы выступают не только способом осознания профессиональной идентичности и важным элементом саморегуляции и самоорганизации трудового коллектива, но свидетельствуют также о степени развития гражданского общества (как коммуникативного). В этических кодексах выражаются практические потребности в самоорганизации, характерные для любого сообщества и имеющие цели: осознание собственной идентичности, мотивирование сотрудников, регулирование разных форм взаимодействия, интеграция, повышение экономической эффективности.

3. Медицинская этика как вид профессиональной этики.

Модели медицинской этики

Медицинская, или врачебная, этика является видом профессиональной этики. История медицины и практический опыт здравоохранения со всей очевидностью показывают, что медицинская помощь не может быть полноценной, если самый высокопрофессиональный медицинский работник не обладает необходимыми этическими качествами.

Этика (от греч. «*ethos*» - обычай, нрав) - одна из древнейших теоретических дисциплин, объектом изучения которой является мораль, нравственность.

Медицинская этика - это совокупность норм поведения и морали медицинских работников.

Известно, что, помимо общих моральных норм, регулирующих жизнь общества, существуют нормы классической медицинской этики, имеющие свою специфику, связанную с природой самой профессии.

Наряду с термином «медицинская этика» часто применяется термин «деонтология» (от греч. «*deon*» - должное, долг и «*logos*» - учение, слово) - учение о должном поведении медицинских работников. Впервые это понятие было введено в начале XIX в. английским юристом и философом И. Бентамом.

Деонтология служит составной частью медицинской этики и носит более конкретный характер применительно к отдельным медицинским специальностям.

Именно поэтому понятия «медицинская этика» и «деонтология» органически связаны, так как имеют дело с моральными и нравственными нормами и основанными на них принципами и правилами поведения медицинских работников, выполняющих свой гражданский и профессиональный долг. В реальной жизни соблюдение деонтологических правил дополняется определенным нравственно-этическим содержанием. Однако, многие нормы морали, особенно профессиональной, так тесно сливаются с деонтологическими требованиями, что их трудно отделить друг от друга.

Теоретический корпус медицинской этики является, самым древним и разработанным сводом профессиональной этики, поскольку его эволюция продолжалась на протяжении более двадцати пяти столетий. **Основным предметом медицинской этики издревле считали проблемы регуляции взаимоотношений врача и больного, лечения болезней и спасения жизней.** Исторические программы

медицинской этики, несмотря на развитие медицины и этики как наук, содержат ряд универсалий нравственно-этического кодекса медика.

1. Модель Гиппократ (принцип «не навреди»). Самой древней программой медицинской этики, что не умаляет ее значимости, явилась «Клятва» Гиппократ (460-377 гг. до н. э.). В модели медицинской этики Гиппократ основным предметом выступили отношения между врачом и пациентом[52].

Так, основу «Клятвы» Гиппократ составляют три этические установки:

1. Высоконравственный облик врача распространяется не только на его профессиональную деятельность, но и на частную и общественную жизнь.

2. Врачу абсолютно запрещается совершать действия, угрожающие жизни человека или способствующие этому.

3. Профессиональная деятельность врача не должна определяться материальными факторами, то есть медицина рассматривается как бескорыстное служение обществу: одинаковую медицинскую услугу должны получить и богатый, и бедный пациент [9, С. 87-88].

Основным принципом модели медицинской этики Гиппократ выступает сентенция **«не навреди»**. Данный принцип выступает регулятором гражданской составляющей профессиональной этики врача. Вместе с тем корпус медицинской этики Гиппократ восходит к рассмотренной выше позиции, согласно которой человеческая нравственность выступает гарантом профессиональной этичности. Однако предикативность в «Клятве» Гиппократ несколько иная: поскольку ты врач, на тебя налагаются дополнительные повышенные моральные требования, выполняющие роль непреложного профессионального закона.

2. Модель Парацельса (принцип «делай добро»). Девальвация регулятора медицинской этики «не навреди» постепенно осуществляется в Средние века, когда религиозная основа медицины начинает вытесняться экономической и юридической составляющими. Вместе с тем в эпоху Возрождения в рамках философии гуманизма происходит пересмотр и оснований медицинской этики. Выражение новой морально-нравственной парадигмы медицинской деятельности содержится в трудах Парацельса (1493-1541), в которых утверждается принцип «делай добро».

Корпус медицинской этики Парацельса основывается на двух ключевых идеях. Согласно первой человек несет определенную ответственность перед вселенной, то есть внутренний и внешний планы бытия человека взаимообусловлены, комплементарны. Следовательно, модель должностования человека перед вселенной выражается в безусловной необходимости духовно-нравственного развития и совершенствования, поскольку от результатов этой практики зависят гармония и совершенство окружающего нас мира. В практическом плане это означает только одно - творить добро [23, С. 86-87,52].

Вторая идея, лежащая у истоков медицинской этики Парацельса, - это концепция патернализма (от лат. *paternus* - отеческий), которая нацелена на регуляцию взаимоотношений врача и пациента. Специфика этих взаимоотношений строилась по модели «отец и сын», «Бог и человек». Отец никогда не причинит вреда своему сыну, более того, любое деяние отца продиктовано любовью к сыну. Так и врач должен относиться к пациенту - творить добро с любовью, заботой [8, С. 24,42]. Идея патернализма ориентировала медика не только на оказание больному медицинской помощи, но и на душевное врачевание - врач в парадигме этики Парацельса должен был оказывать психотерапевтическую помощь пациенту.

3. Деонтологическая модель (принцип «соблюдения долга»). Следующий кризис медицинской этики возникает в эпоху развития капитализма. Этот кризис обусловлен, с одной стороны, доминированием товарно-денежных отношений в

обществе, в том числе и в сфере оказания медицинских услуг. С другой стороны, усовершенствование медицинской практики вело к увеличению стоимости лекарств, как следствие, уровень и эффективность медицинской помощи зависели напрямую от уровня достатка пациента. Преодоление данного кризиса было связано с разработкой деонтологической модели медицинской этики.

Термин «деонтология» (от греч. deontos - должное) впервые прозвучал в работе английского философа-утилитариста И. Бентама «Деонтология, или Наука о морали». Согласно концепции мыслителя, функционирование общества в целом и профессиональных сообществ в частности должно осуществляться при том условии, что в обязательном порядке соблюдается ряд моральных принципов и нравственных установок. Впоследствии эти идеи были перенесены в большей степени в пространство медицинского сообщества. В соответствии с идеями деонтологии, деятельность медицинского работника любого уровня и квалификации определяется следующей иерархией:

1. Нравственные регулятивы общества.
2. Морально-нравственные установки профессионального сообщества медиков.
3. Действия врача в конкретных ситуациях, детерминированные его разумом и волей.

Доскональная разработка деонтологических оснований для каждой медицинской области была осуществлена уже в XX в. (Н.Н. Петров, Б.В. Петровский и т. д.).

В основе деонтологической модели медицинской этики лежит принцип «соблюдения долга». На основании данного принципа в медицинском сообществе разрабатываются требования, которые расцениваются в качестве обязательных. Эти требования крайне детализированы, ориентированы на номенклатуру педагогических специальностей. Фактически требования к педагогическим специальностям исполняют роль конкретных ориентиров профессииграммы медицинских работников.

Деонтология включает основные **базовые принципы**:

- милосердия;
- автономии;
- справедливости;
- полноты оказания помощи.

Принцип милосердия подразумевает **чуткое отношение к потребностям пациента**. Каждое действие врача или медсестры должно приносить благо, а не вредить.

Принцип автономии заключается в **необходимости уважать личность пациента**. Сюда входит правило анонимности и конфиденциальности, информирование о грядущем медицинском вмешательстве, а также предоставление пациенту возможности решать свою судьбу самостоятельно.

Принцип справедливости подразумевает оказание медицинской помощи **всем нуждающимся вне зависимости от их профессии, социального положения** и других обстоятельств.

Наконец, принцип полноты оказания помощи заключается в том, что каждому пациенту должна быть оказана **необходимая ему помощь в полном объеме**.

Ведущие принципы этики и деонтологии можно обозначить следующим образом:

1. Врач всегда готов оказать каждому больному профессиональную помощь.
2. Врач соблюдает главный принцип клятвы Гиппократата, коротко сформулированный в двух словах: «Не навреди». Это означает постоянную работу медика над собой. Независимо от ситуации врачу следует всегда быть осторожным в словах и медицинских формулировках, особенно если речь идёт об опасных болезнях и тяжёлых состояниях. Важно помнить о том, что любое неосторожное слово или

непонятный термин, произнесённые в присутствии больного человека, могут пагубным образом отразиться как на его физическом, так и душевном состоянии и усугубить течение болезни. Тактичность и осторожность — главные принципы, которым медицинский работник обязан следовать неукоснительно.

3. Поступки врача должны соответствовать главным задачам и целям медицинской науки. Медработник не имеет морального права принимать участие в действиях, которые направлены на причинение вреда здоровью людей.

4. Врач обязан бороться за жизнь больного до последнего. Также ему следует заботиться о пропаганде здорового образа жизни среди своих больных, чтобы они учились стремиться к совершенству тела и духа. Здесь деонтология тесно переплетается с древнейшими философскими принципами, не теряющими своей актуальности и по сей день.

5. Любой медработник учитывает в своей деятельности принципы самопожертвования и героизма во имя жизни. Это одно из основных правил его поведения, особенно когда речь идёт о критических ситуациях.

6. Обязанность врача — оказывать квалифицированную помощь всем людям. У медработника не должно быть расовых и политических предрассудков. Профессиональный врач никогда не станет руководствоваться в своей практике религиозными убеждениями, которые могут нанести вред здоровью его пациентов.

7. Все врачи должны работать, следуя принципу коллегиальности. Это означает, что они всегда готовы проявить солидарность друг с другом и помогать коллегам.

8. Каждый врач обязан соблюдать принципы медицинской (врачебной) тайны.

К деонтологии относится и отношение с коллегами. Нельзя критиковать или давать оценку действиям коллеги в присутствии больного. Замечания коллегам необходимо делать при необходимости с глазу на глаз, не подрывая авторитета врача. Врач в своей работе не должен замыкаться в себе, обсуждение вызывающих у лечащего врача случаев следует производить коллегиально. Никогда не стоит говорить больному о том, что этот консультант плох, если он не соглашается с вашим диагнозом. Если при совместном с коллегами обследовании возникли разногласия — обсудить их необходимо в ординаторской, а потом, на основании истины, достигнутой в споре, необходимо сообщить общее мнение больному именно так: «Мы обсудили и решили ...». При постановке диагноза, определении показаний и противопоказаний, выборе метода операции врач должен советоваться. Не случайно все будущие операции обсуждаются коллегиально. То же относится к выбору тактики во время манипуляций. Если во время манипуляции врач сталкивается с непредвиденной ситуацией, техническими сложностями, аномалией развития, то он должен советоваться, вызвать старшего коллегу, при необходимости попросить его участие в дальнейшем ходе действий.

Взаимоотношения со средним и младшим медперсоналом должно быть демократичным – они знают и слышат все — необходимо привлечь их на свою сторону в плане сохранения врачебной тайны — не сообщать ни больному, ни родственникам об имеющемся заболевании или патологии, применяемым методам лечения и др. Воспитайте у них правильный ответ на все вопросы: «Я ничего не знаю, спросите у лечащего врача». Тем более все эти вопросы не должны громкогласно обсуждаться и выдаваться кому бы то не было. Кроме того, должно быть воспитано чувство долга, ответственности, доброжелательности; даны необходимые знания и навыки.

4. Биоэтика (принцип «уважения прав и достоинства человека»). Современная медицина, биология, генетика и соответствующие биомедицинские технологии вплотную подошли проблеме прогнозирования и управления

наследственностью, проблеме жизни и смерти организма, контроля функций человеческого организма на тканевом, клеточном и субклеточном уровне, как никогда остро стоит вопрос соблюдения прав и свобод пациента как личности, соблюдение прав пациента (право выбора, право на информацию и др.) возложено на этические комитеты, которые фактически сделали биоэтику общественным институтом [10].

Развитие медицины во второй половине XX в. (трансплантология, протезирование, генетика и т. п.) актуализировало специфические контексты принципа автономии личности, зародившегося как особое ответвление концепции прав человека. Поскольку высокотехнологичные медицинские услуги определялись не только экономическим, но и научным потенциалом, с целью соблюдения биоэтического принципа прав человека потребовалась разработка инфраструктур, обеспечивающих доступ к дорогостоящим медицинским процедурам всех людей. В качестве данных инфраструктур выступили биоэтические комитеты, общества, научно-исследовательские институты, а также система медицинского страхования, предполагающая удержание части заработанных средств всех граждан с целью последующего их разделения для покрытия высоко затратных медицинских процедур тем, кто в этом нуждается.

В 60-70-х гг. XX в. формируется новая модель медицинской этики, которая рассматривает медицину в контексте прав человека. В основе биоэтической модели медицинской этики лежит принцип автономии личности. Данный принцип предлагал несколько иначе регулировать взаимоотношения больного и врача. В контексте биоэтического учения пациент является полноправным соучастником процесса лечения, следовательно, он имеет право владеть всей информацией о состоянии своего здоровья, обо всех возможных прогнозах, а также участвовать в выборе способа лечения или отказаться от него.

Термин «биоэтика» (этика жизни), который был предложен Ван Ренселлером Поттером в 1969 г., который раскрывается как «систематические исследования поведения человека в области наук о жизни и здравоохранении в той мере, в которой это поведение рассматривается в свете моральных ценностей и принципов».

Основным моральным принципом биоэтики становится принцип «уважения прав и достоинства личности».

Под влиянием этого принципа меняется решение «основного вопроса» медицинской этики — вопроса об отношении врача и пациента. Сегодня остро стоит вопрос об участии больного в принятии врачебного решения. Это далеко не «вторичное» участие оформляется в новых типах взаимоотношения врача и больного — информационный, совещательный, интерпретационный типы являются по своему формой защиты прав и достоинства человека.

В современной медицине обсуждают не только помощь больному, но и возможности управления процессами патологии, зачатия и умирания с весьма проблематичными физическими и метафизическими (нравственными) последствиями этого для человеческой популяции в целом.

Медицина, работающая сегодня на молекулярном уровне, становится более «прогностической». Доссе (французский иммунолог и генетик) считает, что прогностическая медицина «поможет сделать жизнь человека долгой, счастливой и лишенной болезней». Только одно «но» стоит на пути этой светлой перспективы: «лицо или группа лиц, движимых жадной властью и нередко зараженных тоталитарной идеологией». Прогностическую медицину еще можно определить как бессубъектную, безличностную, то есть способную к диагностированию без субъективных показателей, жалоб и пациента. И это действительно реальный и беспрецедентный рычаг контроля и

власти как над отдельным человеческим организмом, так и над человеческой популяцией в целом.

Биоэтика - это современная форма традиционной профессиональной биомедицинской этики, в которой регулирование человеческих отношений подчиняется сверхзадаче сохранения жизни человеческого рода.

Регулирование отношений со сверхзадачей сохранения жизни непосредственно связано с самой сутью и назначением морали вообще. Сегодня «этическое» становится формой защиты «природно-биологического» от чрезмерных притязаний культуры к своим естественно-природным основаниям.

Биоэтика (этика жизни) как конкретная форма «этического» возникает из потребности природы защитить себя от мощи культуры в лице ее крайних претензий на преобразование и изменение «природно-биологического».

Начиная с 60-70-х гг. XX в., как альтернатива патернализму, все большее распространение приобретает автономная модель, когда пациент оставляет за собой право принимать решения, связанные с его здоровьем и медицинским лечением.

В этом случае врач и пациент совместно разрабатывают стратегию и методы лечения. Врач применяет свой медицинский опыт и дает разъяснения относительно прогнозов лечения, включая альтернативу нелечения; пациент, зная свои цели и ценности, определяет вариант, который больше всего соответствует его интересам и планам на будущее.

Таким образом, вместо патерналистской модели защиты и сохранения жизни пациента, в настоящее время на первый план выходит принцип благополучия пациента, который реализуется доктриной информированного согласия — самоопределение пациента зависит от степени его информированности.

Врач обязан снабдить больного не только всей интересующей его информацией, но и той, о которой, в силу своей некомпетентности, пациент может не подозревать. При этом решения пациента носят добровольный характер и соответствуют его собственным ценностям. Из этого и вытекает нравственный стержень взаимоотношений «врач-пациент» в биоэтике — принцип уважения личности.

Большое значение приобретает также вопрос об определении начала и конца жизни (вопросы эвтанази)

Конфликт «прав», «принципов», «ценностей», а по сути человеческих жизней и судеб культуры — реальность современного общества.

Конфликт «права плода на жизнь» и «права женщины на аборт», или правовое сознание пациента, восходящее до осознания «права на достойную смерть», вступающее в противоречие с правом врача исполнить не только профессиональное правило «не навреди», но и заповедь — «не убий».

В отношении аборта как уничтожения того, что может стать личностью, существует три нравственных позиции:

- консервативная — аборты всегда аморальны и могут быть разрешены лишь при угрозе жизни женщины;
- либеральная — умеренная — абсолютное право женщины на аборт, безотносительно к возрасту плода;
- умеренная — оправдание аборта до наступления определенного развития эмбриона (до стадии развивающегося плода — 12 недель, когда ткань мозга становится электрически активной).

Активность мозга служит также и критерием смерти. Современная интенсивная терапия способна поддерживать жизнь пациентов, не способных ни к самостоятельному дыханию, ни к мыслительным процессам. Поэтому возникают новые

нравственные проблемы, связанные с пациентами, находящимися на грани жизни и смерти [52].

Вопрос об эвтаназии обычно возникает, когда пациент необратимо утратил сознание; умирая, испытывает интенсивные непереносимые страдания, вынуждающие медиков поддерживать пациента в полубессознательном состоянии или когда новорожденный имеет анатомические и физиологические дефекты, несовместимые с жизнью.

Существует большой диапазон мнений: от полной легализации права врача прерывать жизнь больного с его согласия («активная эвтаназия»), до полного неприятия эвтаназии как акта, противоречащего человеческой морали.

Существует вариант так называемой «пассивной эвтаназии», когда используется принцип нелечения, исключающий сам акт умерщвления (отключение искусственных систем, обеспечивающих жизнедеятельность, прекращение введения лекарственных препаратов и т. д.).

Этические проблемы аборта и эвтаназии связаны с моральными аспектами репродукции и трансплантации. Современная технология репродукции жизни определяет качественно новые формы взаимоотношений между супругами, родителями и детьми, биологическими и социальными родителями. Трансплантология открывает новые проблемы определения грани жизни и смерти из-за моральной альтернативы спасения жизни реципиенту и ответственностью за возможное убийство обреченного на смерть донора.

В 90-х гг. XX в. биоэтика стала понятием, включающем всю совокупность социально-этических проблем современной медицины, среди которых одной из ведущих оказывается проблема социальной защиты права человека не только на самоопределение, но и на жизнь. Биоэтика играет важную роль в формировании у общества уважения к правам человека.

Юдин полагает, что «биоэтику следует понимать не только как область знаний, но и как формирующийся социальный институт современного общества». Конкретной формой разрешения возможных противоречий в области биомедицины являются биоэтические общественные организации (этические комитеты), объединяющие медиков, юристов, специалистов по биоэтике, священников и др., обеспечивающие разработку рекомендаций по конкретным проблемным ситуациям медико-биологической деятельности, будь то ее теоретическая или практическая сторона.

В рамках современной биоэтической концепции медицинской этики оформлены требования к профессиональной деятельности медицинских работников, основанные на принципах гуманизма, профессионализма, научности медицинских вмешательств, самокритичности поведения на морально-этическом, профессионально-медицинском и правовом уровнях. Конкретизация данных требований может быть представлена системой основополагающих требований: своевременности и актуальности оказываемых медицинских вмешательств; научной обоснованности и правильности технологии оказания медицинской помощи; сохранения медицинской тайны; уважения прав и свобод личности пациента; соблюдения принципов медицинской этики.

Особое значение для подготовки будущих медицинских работников имеет сфера практической медицинской этики, регулирующая особенности морально-этического выбора и поведения медика в конкретных профессиональных ситуациях. Причем нравственно-этические установки и ценности наряду с медицинскими компетенциями выступают критерием готовности будущих медицинских работников к профессиональной деятельности.

Тема 1.2 Этика взаимоотношений медицинского работника и пациента

Содержание учебного материала:

1. Основные правила биомедицинской этики. Права и моральные обязательства врачей. Права пациентов.
2. Этика взаимоотношений медицинского работника и пациента.

1. Основные правила биомедицинской этики. Права и моральные обязательства врачей. Права пациентов

Основными правилами биомедицинской этики являются: правило добровольного информированного согласия, правдивости, конфиденциальности (врачебная тайна).

Самоопределение пациента есть основа для защиты им своих интересов. Человек чувствует себя свободным и может реализовать свое идеальное представление о себе тогда, когда он владеет информацией. Если человек обладает информацией, значит, он может выбрать, значит, он может адекватно действовать, поступать так, как он считает для себя нужным, т.е. осуществлять право на свободу выбора. Такое право в биоэтике обозначено как автономия личности. Согласие пациента на лечение будет тогда полноценным, когда оно будет информированным. Патернализм, традиционно царивший в медицинской практике, уступает место сотрудничеству. Опекунская модель теряет свои позиции и в общественной жизни. Нравственная ценность автономии личности оказалась столь велика, что благодеяние врача вопреки воле и желанию пациента ныне считается недопустимым.

Данное право в биоэтике трансформировалось в правило добровольного информированного согласия (право на информацию). Данное право и правило отображено и в отечественном законе «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» 1993 года, т.е. данное право приобрело не только моральное, но юридическое обоснование [7].

Под информированным согласием понимается добровольное принятие курса лечения или терапевтической процедуры после предоставления врачом адекватной информации. Можно условно выделить два основных элемента этого процесса:

- 1) предоставление информации;
- 2) получение согласия.

Эти элементы включают в себя понятия добровольности и компетентности. Врачу вменяется в обязанность информировать пациента:

1. О характере и целях предполагаемого лечения.
2. О связанном с ним существенном риске.
3. О возможных альтернативах данному виду лечения. Понятие альтернативы является центральным в правиле информированного согласия. Врач дает совет о наиболее приемлемом с медицинской точки зрения варианте, но окончательное решение принимает пациент, исходя из своих личностных установок. Таким образом, доктор относится к пациенту как к цели, а не как к средству для достижения другой цели, даже если этой целью является здоровье.
4. Особое внимание при информировании уделяется риску, связанному с лечением. Врач должен затронуть аспекта риска: его характер, серьезность, вероятность материализации и внезапность материализации.

Но возникает вопрос: как и в каком объеме информировать пациента? Последнее время большое внимание получает «субъективный стандарт» информирования, т.е. чтобы врачи максимально приспособляли информацию к интересам отдельного пациента. С точки зрения этики субъективный стандарт является наиболее

приемлемым, т.к. он опирается на принцип уважения автономии личности, признает независимые потребности и желания человека в принятии непростых решений. Вначале особое внимание уделялось вопросам предоставления информации пациенту. Последние годы специалистов больше интересуют проблемы понимания пациентом информации, а также достижение согласия по поводу лечения. Добровольное согласие это важный момент в процессе принятия решения. Добровольность подразумевает неприменение со стороны врача принуждения, обмана, угроз и иных скрытых форм насилия. Поэтому сейчас можно говорить о расширении сферы применения морали, моральных требований по отношению к медицинской практике. Правда, пусть и жестокая, сегодня получает приоритет в медицине.

Врачу вменяется в обязанность быть честным. Здесь имеется явная взаимосвязь с другим правилом - **правилом правдивости**. Особое условие при информировании является компетентность пациента. Под компетентностью понимается способность принимать решения.

Выделяют 3 стандарта компетентности:

1. Способность принять решение, основанное на рациональных мотивах.
2. Способность прийти в результате решения к разумным целям.
3. Способность принимать решения вообще.

Таким образом, главным элементом компетентности является правило: лицо компетентно, если, и только если, это лицо может принимать приемлемые решения, основанные на рациональных мотивах. Особенно эта проблема актуальна в психиатрии.

Существуют две модели информированного согласия - **событийная и процессуальная [7]**.

В событийной модели принятие решения означает события в определенный момент времени, т.е. после оценки состояния пациента, постановки диагноза, составления плана лечения врач дает рекомендации, а также информацию о риске, преимуществах и возможных альтернативах. Взвесив полученную информацию, пациент обдумывает ситуацию и делает приемлемый с медицинской точки зрения выбор, который более соответствует его личным ценностям.

Напротив, процессуальная модель информированного согласия основывается на идее о том, что принятие медицинского решения – длительный процесс, и обмен информацией должен идти в течение всего времени взаимодействия врача с пациентом. Лечение здесь подразделяется на несколько стадий, которые могут быть охарактеризованы с помощью основных задач, которые они ставят:

1. Установление отношений.
2. Определение проблемы.
3. Постановка цели лечения.
4. Выбор терапевтического плана.
5. Завершение лечения.

В этой модели пациент играет более активную роль. Поворот к идее информированного согласия стал возможным в результате изменения концепции целей медицины. Традиционно считалось, что первая цель медицины - это защита здоровья и жизни пациента. Однако нередко достижение этой цели сопровождалось ущемлением его свободы, а значит отказом от свободы выбора. Уважение свободы выбора или его автономии являются главной ценностью цивилизованного образа жизни. Любой человек заинтересован принимать решения, влияющие на его жизнь самостоятельно, ведь обществом не осуждается, а даже поощряется, когда человек самостоятельно выбирает профессию, сопряженную с угрозой для жизни и здоровья (военный, спасатель).

Таким образом, самоопределение человека есть высшая ценность, и медицинское обслуживание не должно быть исключением.

Итак, при осуществлении правила добровольного информированного согласия (компетентного пациента) необходимо соблюсти следующие условия:

1. Информация должна быть полной и не подаваться (что важно) помимо воли пациента.

2. Информация должна подаваться в понятной форме.

3. Информация должна подаваться деликатно.

4. Информация должна подаваться дробно в случае, например, неизлечимой болезни, неблагоприятных последствий, и с учетом психологической реакции пациента.

5. Получение согласия не должно сопровождаться угрозами, принуждением, хитростью и иными скрытыми формами насилия. Сказанное выше конечно относится к рациональному, дееспособному (компетентному) пациенту.

А как поступать, например, в психиатрической практике, педиатрии, если врач имеет дело с бессознательным пациентом, находящимся в угрожающем для жизни состоянии, когда решение нужно принимать быстро. В данной ситуации возможно следующее:

1. В экстренных случаях врачебное решение принимает врач или (если это возможно консилиум).

2. Если пациент недееспособен (педиатрия, психиатрия) решение принимается законным представителем (родственники, опекуны, адвокат) и информация подается им с соблюдением всех выше перечисленных условий и правил.

3. Решение принимается на основании решения суда (например, принудительное лечение психически больного человека, совершившего преступление, или производство медицинской экспертизы состояния здоровья, дееспособности, вменяемости и т.д.).

Однако случаи принятия решения за пациента таят в себе ряд проблематичных моментов. Например, врач должен быть уверен, что родственник, дающий согласие за пациента, находящегося в бессознательном состоянии, руководствуется интересами пациента, если он считает, что сам пациент поступил бы также, находясь в данной конкретной ситуации. Это бывает не всегда так. Здесь возможны всякого рода злоупотребления. Поэтому перед врачом стоит решение непростой задачи. При решении данного вопроса существует такое понятие как **терапевтическая привилегия**, т.е. право врача все-таки утаить часть информации, той информации, которая однозначно навредит пациенту в данной конкретной ситуации. После разрешения определенных проблематичных моментов врач эту утаенную информацию доносит пациенту. Таким образом, правило информированного согласия, и правило правдивости очень тесно связаны и являются обязательной не только моральной, но и юридической нормой в здравоохранении.

Правило конфиденциальности (врачебная тайна). Если правило правдивости обеспечивает открытость при взаимодействии врача и пациента, то правило конфиденциальности призвано предохранить систему врач — пациент от несанкционированного проникновения извне. В форме «врачебная тайна» правило конфиденциальности зафиксировано во многих этических кодексах, начиная с «Клятвы Гиппократата». В «Основах законодательства об охране здоровья» конфиденциальности посвящена ст. 61. Использование термина врачебная тайна оправдано традицией, однако неверно по существу дела, т.к. речь идет об обязательствах не только врача, но и любых других медицинских работников, а также должностных лиц, которым эта информация была передана или получена при исполнении своих обязанностей. Предметом конфиденциальности является: сам факт обращения за медицинской

помощью, диагноз заболевания, состояние здоровья, прогноз и все те сведения, которые врач получает в ходе обследования, при выслушивании жалоб. Конфиденциальной должна быть и не медицинская информация о пациенте его близких, ставшая известной врачу. Законодательством строго определен узкий круг ситуаций, когда сведения врачебной тайны могут быть разглашены без разрешений пациента:

1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;

2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

3) по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;

4) в случае оказания помощи несовершеннолетнему до 15 лет;

5) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий;

6) в целях проведения военно-врачебной экспертизы [7].

Моральная норма конфиденциальности является залогом социальной эффективности для многих профессиональных групп, т.е. залогом приобретения доверия, что очень важно во врачебной деятельности.

Существует семь факторов, действие которых обеспечивает существенное значение конфиденциальности в медицине:

1. Конфиденциальность в системе «врач-пациент» желательна, поскольку является подтверждением, защитой другой фундаментальной ценности – неприкосновенности частной жизни. У каждого человека есть закрытая для других область внутреннего мира: его мысли, переживания и т.д. Врач в процессе диагностики подчас нуждается в самой интимной информации. Гарантия безусловного соблюдения конфиденциальности, позволяет пациенту быть достаточно откровенным, не опасаясь, что такая интимная и даже уязвляющая информация будет как-либо разглашена.

2. Принцип конфиденциальности является условием защиты социального статуса пациента. Мы живем в несовершенном мире, в котором достаточно часто диагноз или другая медицинская информация, может стать клеймом для человека, что значительно ограничит его возможности для самоутверждения. Став достоянием гласности, такая информация нередко вызывает неосознанную реакцию, которая выражается в социальной изоляции человека – стигматизации. В результате чего вокруг человека образуется социальный вакуум. Каждый человек живет среди людей и занимает определенный статус, и нарушение конфиденциальности несет непосредственную угрозу этой человеческой ценности. Следует отметить, что эта ценность имеет самостоятельное значение, и не зависит от наличия или отсутствия финансового ущерба. Вряд ли финансовые выгоды (например, возмещение материального и морального ущерба) смогут компенсировать ущерб, нанесенный чувству собственного достоинства, самоуважения, чести и т.д. Человек в данной ситуации может потерять друзей, семью.

3. Правило конфиденциальности защищает и экономические интересы пациентов. Разглашение какой-либо медицинской информации может препятствовать продвижению по службе или занятию выборных должностей. Ограничить число клиентов, например, у адвоката, если посторонним стало известно о его ВИЧ-инфицированности.

4. Конфиденциальность отношений необходима для обеспечения откровенности общения врача и пациента. Пациент, обнажаясь телесно и духовно, должен быть уверен, что это не приведет к нежелательным последствиям. Только уверенность

пациента в неукоснительном соблюдении врачебной тайны обеспечивает откровенность, без которой невозможна нормальная профессиональная деятельность. Не следует забывать о том, что успех профессионала имеет значение не только с точки зрения его финансового вознаграждения, но и его личностной самореализации. Следовательно, защищая конфиденциальность, медик защищает не только интересы пациентов, но и свои собственные интересы, как личности.

5. От того, насколько эффективно медик защищает конфиденциальность, непосредственно зависят его престиж, имидж, популярность, престиж врачевания вообще. Современное законодательство наделяет пациента правом самому выбирать врача, ЛПУ, естественно в данной ситуации предпочтение будет отдано тому, кто помимо высоких профессиональных качеств демонстрирует достаточно высокие моральные качества.

6. Защищая конфиденциальность, медицинский работник обеспечивает доверие в отношениях с пациентами. Понятие доверие намного шире, чем понятие откровенность. Доверять значит верить, что врачи при любых ситуациях будут руководствоваться интересами пациента, особенно в тех случаях, когда пациент находится в тяжелом состоянии. При этом, контроль за его состоянием находится полностью в руках врачей.

7. Существенное значение соблюдение права на конфиденциальность имеет для реализации права пациента на автономию – эффективный контроль за тем, что и как происходит с его жизнью. Вместе с тем, при всей важности правила конфиденциальности, существует ряд ситуаций, при которых применение данного правила крайне проблематично.

Круг подобных ситуаций довольно широк и вряд ли когда-либо удастся их урегулировать с помощью закона. Одна из наиболее острых дилемм возникает, тогда, когда информация о данном пациенте касается других лиц.

Характерный пример – при медико-генетическом обследовании у пациента выявлена предрасположенность к серьезному заболеванию, передающегося по наследству. Эта информация имеет существенное значения и для лиц, находящихся с ним в генетическом родстве или браке.

Или другой пример – у водителя врач диагностирует эпилепсию. Разглашение непременно повлечет снятие с занимаемой должности и последующую переквалификацию, т.к. такой пациент при исполнении своих обязанностей ставит свою жизнь и здоровье других людей под серьезную угрозу.

Здесь налицо конфликт интересов или конфликт ценностей. Аналогичного рода конфликт ценностей может случиться в психиатрии или психотерапевтической практике. Скажем, врачу в ходе беседы стало известно о желании пациента физически с кем-то расправиться. Должен ли врач предупредить об опасности? Если должен, то врач рискует потерять доверие и тем самым осложнить процесс лечения. Не предупредив, он рискует поставить под угрозу жизнь и здоровье другого человека. В литературе описан классический случай, имевший место в США, в Калифорнии, в 1969 году и получивший название «казус Татьяны Тарасовой». Психотерапевт, узнав от пациента, что он хочет убить Татьяну Тарасову, не сообщил об этой угрозе ни ей, ни ее родственникам, а лишь постарался переубедить пациента. Пациент на словах согласился с врачом, однако через какое-то время убил девушку. В специальном заключении суд обязал врачей предупреждать третьих лиц об опасности, о которой им стало известно в процессе работы с пациентом. Это решение вызвало серьезные возражения со стороны видных представителей медицинской профессии, т.к. без полного доверия к врачу медицинская практика невозможна. Как разрешить подобного рода ситуации? Прежде всего, не следует спешить. Ситуация должна быть подробно

обсуждена с самим пациентом, полезно обсудить подобную проблему с коллегами. Возможно, что несогласие пациента на передачу информации обусловлено тем, что он либо недооценивает опасность в сложившихся обстоятельствах, либо преувеличивает те трудности, которые могут возникнуть у него вследствие разглашения. В тех случаях, когда убедить пациента не удастся, врач должен принять решение сам и весь груз ответственности нести за принятое решение. Готовых рецептов на все случаи жизни нет. Существенные проблемы возникают в связи с прогрессирующим разделением труда медицинских работников и активного внедрения компьютеризации при хранении данных. Поэтому хранение врачебной тайны становится моральным обязательством не только отдельного врача, но и медицинского коллектива.

Специфика обсуждения конфиденциальности в нашей стране заключается в том, что в Советской России, да и сейчас традиционно существует приоритет государственного интереса над частным. Даже Русская Православная Церковь в результате реформ Петра I превратилась в часть государственного аппарата (реформа узаконила для священников обязанность раскрывать властям то, что относится к тайне исповеди). При советской власти эти тенденции лишь усилились. По мнению Семашко, врачебная тайна является буржуазным пережитком и поэтому должна отмереть. Впрочем, начиная с 60-х годов, данное отношение к врачебной тайне изменяется. Минздравом издаются соответствующие документы. Обязательство хранить врачебную тайну входит в «Присягу врача Советского Союза». Однако вследствие полной зависимости медицинской профессии от партийно-государственного контроля норма конфиденциальности осталась только на бумаге. Вспомнить хотя бы обязанность врача сообщать по месту работы пациента о наличии у него венерического заболевания. Также проблематичным по сей день остается традиция не информировать пациента (в случае онкологического заболевания), а членам семьи предоставлять достоверную информацию. Обсуждение медицинской информации с членами семьи за спиной пациента следует считать нарушением правила конфиденциальности. Однако российское общество является чрезвычайно неоднородным. Оно включает множество этно-национальных и социальных групп с различными укладами жизни. Для многих жителей городов-мегаполисов (Москва, Санкт-Петербург) наиболее приемлемым считаются принципы индивидуалистической этики. В то время как для жителей, например, Кавказа или некоторых регионов Поволжья первичным моральным субъектом оказывается не отдельный гражданин, а семья или род. Врач должен уважать специфику морального сознания представителей этих групп населения. Врач должен сделать необходимое, чтобы медицинская информация, касающаяся семьи или рода не стала достоянием посторонних. Начиная осмотр и расспрос больного врач должен выяснить за кем пациент признает право иметь доступ к сведениям, касающихся его здоровья. Все эти обстоятельства следует принимать в расчет, руководствуясь на практике правилом конфиденциальности.

Российское законодательство о правах пациента. В нашей стране права пациента установлены Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Этот закон заменил прежний аналогичный акт, действовавший с 1993 г. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» является базовым юридическим документом, определяющим правовые основы здравоохранения (в том числе права пациента). Он имеет высшую юридическую силу по сравнению с другими законами или иными нормативными актами РФ. Нормы об охране здоровья, содержащиеся в других федеральных законах, иных нормативных актах РФ, не должны ему противоречить; в случае же несоответствия норм, применяются нормы настоящего Федерального закона (п. 2,3 ст. 3 Закона).

В указанном Законе дано определение понятия «пациент» – это «физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния» (п. 9 ст. 2 Закона).

Важнейшим принципом в отношении защиты прав и интересов пациента является *приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи* (ст. 6 Закона).

В частности, этот принцип реализуется путем «соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников и иных работников медицинской организации» (п. 1 ст. 2 Закона). Тем самым определено принципиальное значение *медицинской этики* в системе медицинской помощи. Таким образом, соблюдение этических и моральных норм является не только моральной обязанностью медицинских работников, но и требованием закона.

Кроме того, приоритет интересов пациента реализуется посредством «оказания медицинской помощи пациенту с учетом его физического состояния и с соблюдением по возможности культурных и религиозных традиций пациента» (п. 2 ст. 2 Закона).

Эта норма говорит о необходимости *индивидуального подхода*, в том числе не только в медицинском смысле, но и в более широком, социально-культурном контексте, учитывая особенности данного пациента как личности.

Перечень прав пациента введен в п. 5 ст. 19 Закона, согласно которому пациент имеет право:

1) на выбор врача и выбор медицинской организации в соответствии с настоящим Федеральным законом;

2) профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

3) получение консультаций врачей-специалистов;

4) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;

5) получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

6) получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;

7) защиту сведений, составляющих врачебную тайну;

8) отказ от медицинского вмешательства;

9) возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;

10) допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты его прав;

11) допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях – на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации.

Такое фундаментальное право пациента, как право на добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство, не указано в данном перечне. Однако этому праву, а также праву на отказ пациента от медицинского вмешательства, посвящена отдельно следующая статья Закона – ст. 20.

2. Этика взаимоотношений медицинского работника и пациента

На современном этапе взаимоотношения врача и больного значительно изменились по сравнению с многовековой традицией. Возможны разные формы отношений «врач – пациент» (причем даже в границах одного правового поля), что зависит от многих конкретных обстоятельств. Эти различия в биомедицинской этике описываются *моделями* отношений «врач – пациент», где под моделью понимается некоторая упрощенная теоретическая система, которая концентрирует в себе наиболее типичные и выпуклые аспекты того или иного явления. Рассмотрим несколько наиболее известных моделей, описывающих моральные аспекты взаимодействия врача и пациента.

Патерналистская и непатерналистская модели.

Первое, базисное, различие типов отношений врача и пациента – это различие патерналистской и непатерналистской моделей. Одна отражает традиционный, имеющий многовековую историю, тип отношений, другая новый, который стал формироваться только во второй половине XX в. Переход от патернализма к непатернализму представляет собой революционное изменение во всей системе отношений «врач – пациент».

Патернализм (от лат. *pater* – отец) – этическая концепция, рассматривающая врача как главную фигуру во взаимоотношениях с пациентом. Отношения врача и больного являются здесь несимметричными. Подобно отношениям родителя и ребенка, врач в патерналистской системе устанавливает особые *попечительские* отношения над пациентом.

Пациент же выступает фигурой несамостоятельной, неспособной принимать полноценные решения относительно своего здоровья и лечения. Задача врача – заботиться о пациенте, защищать его, принимать оптимальные решения в его адрес. Подобно тому как родители лучше ребенка знают, что будет ему полезно, а что вредно, так и врач в патерналистской системе считает себя вправе самостоятельно действовать во благо больного[52].

Такая система взглядов отражена еще в этических работах школы Гиппократов.

Выделяют также две версии патернализма – сильную и слабую. Сильная предполагает полное доминирование врача в лечебном процессе, при этом пациент не участвует в принятии решений. Врач действует по своему усмотрению во благо больного. «Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением», – говорится в клятве Гиппократов.

Понятие слабого патернализма предложил в 1971 г. Дж. Фейнберг. Слабый патернализм имеет место тогда, когда врач принимает решения за *некомпетентного* больного. Причем такая ситуация часто может иметь временный характер, тогда врач преследует цель по возможности вернуть пациента в состояние компетентности, чтобы далее пациент реализовал свое право на автономию. Примеры – психическая патология (обратимого характера), временная потеря сознания и т.п. Кроме того, слабый патернализм означает вмешательство без согласия пациента с целью *определить его степень компетентности*. Если окажется, что пациент вполне способен принимать рациональные решения, то врач переходит к непатерналистским отношениям.

Патернализм имеет как положительные, так и отрицательные стороны. Он привлекателен тем, что придает облику врача некоторые родительские черты. Пациент в силу своей ситуации страдания как раз нуждается в таком заботливом отношении со стороны медицинского профессионала.

Отрицательные черты патернализма: собственная воля пациента не принимается в расчет, полная зависимость пациента от врача (и от медицинской системы в целом), незащищенность пациента от злоупотреблений со стороны медицинских работников.

Современная этика медицинской помощи в развитых странах – это этика безусловного преобладания **непатерналистских отношений**. Соответственно, международные этические и правовые стандарты поддерживают именно концепцию непатернализма.

Непатернализм – равенство сторон, партнерское взаимодействие врача и пациента в лечебном процессе. Пациент имеет гарантированные законом права, прежде всего право на автономию (самостоятельное принятие решений).

Именно непатернализм (в гораздо большей мере, чем патернализм), оставляет врачу возможность проявить свои лучшие человеческие качества, но при этом ставит заслон возможному произволу врачей и укрепляет позицию пациента. Врач в непатерналистской системе этико-правовых взаимоотношений может (и должен) по-прежнему проявлять заботу о больном, но вместе с тем обязан уважать пациента, воспринимать его как полноценную личность, признавать за ним право самостоятельно принимать решения.

Конечно, чистый патернализм – это некий идеал. На практике врачу часто приходится, действуя во благо больного, выполнять и определенные патерналистские функции. Поэтому речь идет вовсе не о том, что патернализм должен быть полностью изгнан из современной медицины. Наоборот, этическая задача на практике состоит в достижении разумного сочетания патерналистских и непатерналистских элементов в интересах больного, но ведущей моделью остается непатернализм

Модель Шаша – Холлендера.

Психиатры Томас Шаш и Марк Холлендер в 1956 г. предложили модель (которая приобрела широкую известность), описывающую три возможных типа взаимоотношений врача и пациента:

- 1) активность – пассивность;
- 2) руководство и кооперация;
- 3) партнерство.

Эта модель учитывает разнообразие реальных клинических ситуаций, в которых происходит взаимодействие врача и больного. Авторы подчеркивают, что все три типа равноценны, никакой из них не может считаться лучше или хуже других, и их использование определяется конкретными условиями.

Активность – пассивность. Пациент полностью пассивен, врач сам определяет весь ход лечебного процесса и является единственным лицом, принимающим решения. По сути, данная модель означает сильный патернализм. Авторы считают, что она вполне обычна, например, в неотложной медицине или педиатрической практике.

Руководство – кооперация. Врач инструктирует пациента, что тому следует делать, а пациент выполняет назначения и распоряжения врача. Следует обратить внимание, что здесь пациент вполне компетентен, но добровольно отдает себя в руки врача, признает за ним право решать самостоятельно. Типичная клиническая ситуация, в которой реализуется такой тип отношений – это острый инфекционный процесс, который лечится в госпитальных условиях.

Партнерство. Здесь роль врача сводится к экспертно-консультативной помощи, в то время как пациент в значительной мере самостоятелен, поскольку его состояние не предполагает сильной зависимости от врача. Доктор, скорее, содействует пациенту в том, чтобы тот смог помочь самому себе. Например, пациент получает от врача рекомендации по лечебной программе и образу жизни. Типичная клиническая ситуация – хроническое заболевание (к примеру, сахарный диабет) (рисунок 2).



Рисунок 2 – Модель Т. Шаша – М. Холлендера

Таким образом, модель Шаша – Холлендера показывает, что в медицинской практике крайне важно выбрать правильный подход для данного пациента и его состояния. Действительно, клинические ситуации разнообразны, и доля собственного участия пациента в лечении варьирует. В связи с различиями в степени зависимости пациента от врача возникает своеобразный континуум отношений – от более патерналистских к более равноправным.

Иными словами, эта модель демонстрирует то, о чем мы говорили выше, – в медицинской практике во многих случаях необходимо разумное сочетание патерналистских элементов с непатерналистскими.

Кроме того, модели, отражающие взаимоотношения врача и пациента, должны быть достаточно гибкими, отражать многообразие конкретных практических ситуаций, а также динамику изменения отношений врача и пациента, в том числе в отношении одного и того же больного в связи с изменением его состояния.

Широкую известность приобрела **концепция американского специалиста по биоэтике Роберта Витча**, разработанная им в 70-е гг. XX в. Витч выделяет следующие четыре базовых модели взаимоотношений врача и пациента:

- пасторская (сакральная);
- инженерная (техническая);
- коллегиальная;
- контрактная (договорная).

Модель пасторского типа. Эта модель патерналистская по своей сути, где врач полностью решает за пациента. При этом врач имеет моральную обязанность защищать больного и действовать в его наилучших интересах.

Модель инженерного типа. Здесь врач выступает в роли ученого, эксперта по данной научно-практической проблеме; он должен опираться только на факты и применять беспристрастный, объективный подход. В этой модели собственно моральная сторона взаимодействия врача и больного представлена крайне слабо. Для модели инженерного типа характерен взгляд на пациента как на биологическую машину. Следует отметить, что такая модель отношений действительно распространена в современной высокотехнологичной медицине.

Модель коллегиального типа. Врач и пациент выступают как коллеги или соратники, вместе преследующие общую цель. Их отношения базируются на равенстве сторон, взаимном доверии и конфиденциальности, т.е. наблюдается полная гармония отношений, наиболее способствующая лечебному процессу.

Модель контрактного типа. Для нее характерно соблюдение определенных правил взаимодействия, когда обе стороны осознают свои обязанности и выгоды. Хотя интересы обеих сторон могут не совпадать (а так и случается во многих случаях), все же выполнение базисных правил позволяет каждой стороне достичь своих целей и соблюсти интересы в некоторой разумной и достижимой степени. Если участники понимают, что не стоит дальше продолжать их взаимодействие (из-за расхождения во взглядах, затруднения взаимопонимания, недовольства и т.п.), то они могут прекратить контракт вполне цивилизованным путем.

В контрактной модели обе стороны сохраняют контроль над ситуацией в течение всего процесса взаимодействия. Следует понимать, что в данном случае контракт (или договор) понимается не столько в юридическом смысле (хотя возможны и настоящие договорные отношения), сколько как метафора, которая помогает лучше выразить смысл этого типа взаимодействий.

Р. Витч полагает, что именно модель контрактного типа преодолевает недостатки предыдущих моделей и позволяет в наилучшей степени защитить ценности и автономию личности.

Что касается других трех моделей, то они имеют больше изъянов. В модели технического типа мы видим обезличивание взаимоотношений, устранение вообще моральной стороны взаимодействия врача и пациента. Модель пасторского типа ведет к потере автономии со стороны пациента. Наконец, коллегиальная модель при всей ее привлекательности представляет собой некий нереалистичный, практически недостижимый идеал [42].

Модель Э. и Л. Эмануэл.

В 1992 г. врачи Э. и Л. Эмануэл предложили свою теорию взаимоотношений врача и пациента, которая отражает разные варианты влияния врача на больного, а также различные роли, которые выполняет врач в лечебном процессе. Эта теория включает четыре модели:

- патерналистскую;
- информирования;
- интерпретации;
- совещательную.

Патерналистская модель – врач действует совершенно самостоятельно во благо пациента.

Модель информирования – эта модель представляет собой противоположный полюс. Здесь роль врача ограничена информационными функциями – он предоставляет пациенту необходимую информацию, а пациент сам формулирует свои цели и делает выборы. Но, как замечают авторы, такой тип отношений мало соответствует действительности, поскольку из-за разницы в знаниях и опыте врач должен не только предоставлять информацию, но также консультировать и обучать пациента.

Следующие две модели находятся где-то посередине относительно двух предыдущих полюсов.

Модель интерпретации – здесь жизнь пациента предстает как некая уникальная история, которую необходимо интерпретировать, чтобы извлечь из нее смыслы, необходимые для наилучшего лечения. Здесь врач не только выступает поставщиком информации, но также интерпретирует жизненную историю пациента, а также сведения о возможных целях, методах действий и рисках в данной ситуации. В итоге врач играет роль консультанта для пациента, помогая больному достичь лучшего самопонимания.

Совещательная модель – врач, снабжая пациента нужной информацией, выступает одновременно как учитель и друг пациента, помогает больному выбрать наилучшие варианты действий, в максимальной степени отвечающие ценностям пациента, который имеет возможность выбрать то или иное медицинское вмешательство путем подробного обсуждения с врачом всех необходимых вопросов.

Сестринский уход: модели взаимоотношений «сестра – пациент».

Существуют также модели, описывающие отношения медицинской сестры и пациента. Одну из первых, посвященных этой проблеме, предложила в 1980 г. Шерри Смит. Эта модель включает следующие три варианта взаимодействия.

Сестра, заменяющая мать (*surrogate mater*) – сестра осознает свои высокие моральные обязательства по наилучшей защите интересов пациента. Она несет

ответственность за благополучие пациента, его состояние здоровья, даже за выживание и сохранение жизни. При этом пациент в значительной степени несамостоятелен.

Такой тип поведения встречается особенно часто при уходе за тяжелыми пациентами, пациентами с ограниченными возможностями, недееспособными людьми и т.п., когда медицинская сестра в буквальном смысле слова поддерживает жизнь и здоровье человека, обеспечивая его необходимым сестринским уходом.

Техническая модель – роль сестры ограничивается выполнением тех или иных технических навыков и предоставлением необходимых сведений больному, в зависимости от его нужд (например, это типично для процедурной медсестры медицинского учреждения).

Контрактная клиническая модель – пациент самостоятельно определяет свои цели и наилучшие интересы; ответственность сестры состоит только в том, чтобы соблюдать права пациента и обеспечивать реализацию тех решений, которые он принимает.

Харди (1972) выделяет следующие типы медсестер:

1. Сестра-рутинер. Наиболее характерной чертой является механическое, скрупулезное выполнение своих обязанностей, не видя в больном страдающего человека, без сочувствия больным, без переживания их проблем.

2. Артистический тип отличается показным поведением, такая медицинская сестра старается без чувства меры произвести впечатление на больного, старается быть важной.

3. Нервный тип характеризуется эмоциональной лабильностью, раздражительностью, грубостью по отношению к больным, которые рядом с ней чувствуют себя беспокойно, иногда такие медсестры злоупотребляют транквилизаторами для смягчения своих невротических реакций.

4. Мужеподобный тип проявляется энергичностью, решительностью, самоуверенностью, порой грубостью. Больные характеризуют ее поведение как «командирское». В благоприятном случае такая медсестра становится хорошим организатором и воспитателем, в неблагоприятном – при недостатке культуры и образованности, это ведет к деспотизму и грубости;

5. Материнский тип – «миленькая сестричка», искренне заботящаяся о своих пациентах, постоянно делающая им что-то приятное, переживающая вместе с ними их проблемы;

6. Специалист – тип медицинской сестры, посвящающей себя, в силу личностных особенностей, деятельности в какой-либо узкой области и безупречно с чувством собственного превосходства, выполняющих избранную работу, не интересуясь ничем другим.

В общении медсестры и пациента, в процессе установления с ним отношений И. Харди выделяет три этапа, характерных для стационарного лечения:

1. Ориентация – больной и медсестра знакомятся друг с другом.
2. Развернутый этап – может иметь место сотрудничество друг с другом.
3. Завершающий этап – этап выписки, связан с утратой чувства защищенности у больного.

Общие правила общения с пациентом:

1. Проявление искреннего интереса к пациенту.
2. понимание достоинств пациента и максимальное одобрение – похвала, подчеркивание значимости.
3. Понимание смысла его поступков вместо огульной критики.
4. Доброжелательность, приветливость.

5. Обращение к пациентам по имени и отчеству, первоочередное представление себя, использование бейджика.
6. Умение вести разговор в кругу интересов собеседника.
7. Умение внимательно слушать и дать возможность пациенту «выговориться».
8. Умение уважать мнение собеседника, без настойчивого навязывания своего мнения.
9. Умение указать пациенту на его ошибки, не нанося обиды.
10. Умение правильно формулировать вопросы и помочь вербализовать свое состояние пациенту.
11. Общаться с пациентом так, как бы медработник хотел, чтобы обращались с ним в случае заболевания.
12. Использовать оптимальные невербальные методы общения – спокойный тембр голоса, плавные жесты, правильная дистанция, знаки одобрения (кивание головой, лёгкие прикосновения, похлопывание по плечу) и т.п.

Основные модели взаимоотношений врача и пациента в лечебном процессе. Эффективность практической деятельности врача во многом зависит от того, насколько профессионально специалист организует взаимодействие с пациентами, их родственниками и ближайшим окружением, и, конечно же, с коллегами. Часто необходимо согласовать действия, распределить функции или повлиять на настроение, поведение, убеждения собеседника.

Таким образом, взаимодействие «врач-пациент» осуществляется согласно следующей схеме (рисунок 3):



Рисунок 3 – Схема взаимодействия «врач-пациент»

Мотивы обращения к врачу могут быть разнообразными.

Во-первых, человек может быть нацелен на обследование у врача с целью исключить наличие заболевания. Он рассчитывает подтвердить собственную версию о том, что испытываемый им дискомфорт обусловлен какими-либо внешними причинами и не требует медицинского вмешательства.

Во-вторых, мотивация может носить противоположный характер – обнаружение симптомов и подтверждение предполагаемого диагноза заболевания. Цель обследования и ожидание его результатов оказываются иными.

В первом случае несовпадение реальности и подтверждение отсутствия заболевания способно вызвать более негативную и даже аффективную реакцию со стороны пациента, чем во втором, когда расхождение прогноза и реальности будет не столь существенным.

Наиболее распространенными типами взаимодействия в лечебном процессе является дихотомическое деление: **кооперация и конкуренция (согласие и конфликт, приспособление и оппозиция)**.

Кооперация – это такое взаимодействие, при котором его субъекты достигают взаимного соглашения о преследуемых целях и стремятся не нарушать его, пока совпадают их интересы.

Конкуренция – это взаимодействие, характеризующееся достижением индивидуальных или групповых целей и интересов в условиях противоборства между людьми.

В процессе осуществления этих типов взаимодействия, как правило, проявляются следующие ведущие *стратегии поведения*:

1. Сотрудничество, направленное на полное удовлетворение участниками взаимодействия своих потребностей (реализуется либо мотив кооперации, либо мотив конкуренции).

2. Противодавление, предполагающее ориентацию на свои цели без учета целей партнеров по общению (индивидуализм).

3. Компромисс, реализующийся в частном достижении целей партнеров ради условного равенства.

4. Уступчивость, предполагающая жертву собственных интересов для достижения целей партнера (альтруизм).

5. Избегание, которое представляет собой уход от контакта, потерю собственных целей для исключения выигрыша другого.

Заметим, что общение врача и пациента можно назвать вынужденным общением, так как основным мотивом встречи и беседы становится появление у одного из участников взаимодействия проблем со здоровьем. Со стороны врача «вынужденность» общения обусловлена его профессией. Если обращение пациента к врачу диктуется поиском помощи, то заинтересованность врача в пациенте объясняется соображениями профессионального долга и роста, а также материальным подкреплением (заработной платой).

Медицинский работник, как правило, мотивирован на встречу с пациентом, поскольку от этого зависит его профессиональная карьера и положение в обществе. Интерес участников диагностического и лечебного общения формируется, чаще всего, на негативном эмоциональном фоне, обусловленном тем, что поводом для встречи врача и пациента становится проблема со здоровьем.

Врач должен быть, по возможности, правдивым в сообщении информации пациенту, однако она должна преподноситься в максимально щадящих форме, объеме и содержании с учетом личности человека и обстоятельств.

Справедливость – самая высокая добродетель врача (медицинского работника). Двумя первоначалами справедливости были и остаются согласно Цицерону следующие слова: «Никому не вредить и приносить пользу обществу». Гуманизм должен пронизывать всю медицинскую, психологическую и социальную деятельность. Вся наша работа направлена на спасение человека от смерти, облегчение его страданий, помощь в максимальном приспособлении к окружающему миру. Врач всегда должен видеть перед собой не случай из практики, а индивидуальность страдающего человека, со всеми особенностями социального функционирования. Как видно из изложенного, к личности врача, психолога, социального работника предъявляются высокие требования. Все мы не идеальны, наши недостатки порой замечаются пациентами и зачастую мешают установлению продуктивного терапевтического контакта. Понимание врачом, психологом, социальным работником своих изъянов – путь к улучшению коммуникаций и, в конечном счете, повышению эффективности наших воздействий. При всем многообразии специалистов работающих с людьми можно выделить определенные типы, отличающиеся своим подходом к делу, стилем коммуникаций и поведения. В медицине, в связи с недостатком социальных работников, их роль часто выполняют медицинские сестры.

Еще более важен, для продуктивного контакта, учет типа врача. Положительный эмоциональный контакт врача с больным способствует: во-первых, углублению познания личности пациента; во-вторых, большей действенности терапевтических средств; в-третьих, приносит чувство удовлетворенности больному и врачу

(социальному работнику) ходом лечения и реабилитации, даже в случае невысоких их результатов.

Доверие к врачу зависит от потребностей пациента, его ожиданий, образа идеального врача (эталона) и других личностных позиций и свойств пациента. Каждый больной на основе культурных влияний (представлений общества о враче) прошлого опыта общения с представителями медицинской профессии и характера ожидаемой помощи, имеет определенный образ врача (эталон), который может удовлетворить его потребности в помощи и эмоциональном общении. В. А. Ташлыковым (1984) выделены следующие типы врачей с точки зрения эмпатии и способности к общению: сопереживающий, эмоционально-нейтральный, директивный и не директивный. Сопереживающий и не директивный описывается как «добрый, отзывчивый, терпеливый, склонный к глубокому сочувствию, состраданию, вызывающий у больного полное доверие и откровенность, способный все терпеливо выслушать и с пониманием отнестись к самым необычным заявлениям больного».

Эмпатия (от английского empathy - чувствовать) - это способность чувствовать эмоциональное состояние другого человека, точно воспринимать смысловые оттенки его внутреннего мира, способность взглянуть на обстоятельства глазами собеседника. Эмпатия не предполагает обязательного активного вмешательства с целью оказания действенной помощи другому. Она подразумевает лишь вхождение в личный мир другого, деликатное пребывание в нем без его оценивания. Эмпатию следует отличать от эмоциональной идентификации (уподобления, идентификации себя с другим, с его эмоциональным состоянием) и от сочувствия (переживания по поводу чувств другого). Если возникает состояние идентификации с эмоциональным состоянием пациента, то медработник теряет способность профессионально работать и ему требуется психологическая помощь.

Вариант «сопереживающий и директивный» описывается следующим образом: «Этому врачу свойственно стремление проникнуть в душу больного, понять суть его переживаний. Несмотря на склонность к сочувствию, он будет действовать непреклонно и сможет заставить больного следовать его указаниям. Своей чуткостью, отзывчивостью и в тоже время твердостью, строгостью, он вызывает доверие и уважение».

В описаниях «эмоционально-нейтрального, не директивного врача» указывается: «Этот врач уравновешен, спокоен и ровен в отношениях со всеми. Он внимателен, окружающих оценивает справедливо, проявляя тем самым объективность. Психологический анализ помогает ему хорошо понять больного, внести ясность в сложную ситуацию». Другой вариант этого типа образа врача – «эмоционально-нейтральный, директивный» – содержит следующее портретное обобщение: «Ему свойственны твердые убеждения, целеустремленность, умение внести ясность в дело и довести его до определенного конца. По отношению к больным он внимателен и сдержан. Он вызывает доверие к себе своей уверенностью, волей, спокойствием.

Профессионал, работающий с людьми, должен постоянно помнить о ранимой и чувствительной личности больного, чтобы своим поведением, профессиональным жаргоном не вызвать у него дополнительные, отрицательные переживания. Непонятный больному термин, его неправильная трактовка, двусмысленное невербальное поведение врача могут вызвать **ятрогению – психогенное расстройство психики, вызванное неправильным поведением медицинского персонала**. В таких случаях физически здоровый или легко больной человек может почувствовать себя тяжело больным с вытекающим из этого нежелательным поведением.

Причины возникновения ятрогении:

– Низкая общая культура поведения врача и других медицинских работников.

- Недостаточное чувство ответственности и профессионального долга.
- Переоценка значения инструментально-лабораторных исследований вместо истинно врачебного ознакомления с больным.
- Слабая профессиональная подготовка.
- Неоправданная самоуверенность, нежелание признавать свои ошибки.
- Невнимание к организации обслуживания больных, пренебрежение контролем за медсестрами.
- Несвоевременное обследование больных.
- Неоправданное проведение активно-диагностических и лечебных процедур.
- Нарушение правил асептики и противозаразочного режима.
- Пассивность, уклонение от необходимых активных действий.

Давно известно, что врачи могут воздействовать на болезнь без всяких лекарств. Авторитетное слово врача может оказывать влияние на самочувствие пациента: уверенность врача передается пациенту.

Медицинский работник, кроме терапевтического, оказывают на пациента воспитательное воздействие. Отрицательное воспитательное влияние ведет к **дидактогении – нанесению вреда воспитателем воспитуемому**. Обязанность медицинских работников состоит в том, чтобы любые формы их влияния на человека способствовали повышению его общей культуры, совершенствовали самосознание, были нетравматичны для психики пациента.

Контрольные вопросы по разделу:

1. Дайте определение понятия профессиональная этика.
2. На чем они базируются общие принципы профессиональной этики и что предполагают?
3. Дайте определения основных понятий профессиональной этики.
4. Что является основным содержанием профессиональной этики? Приведите примеры.
5. Дайте определение понятия этический кодекс. В чем заключается специфика этических кодексов?
6. Дайте определение понятий медицинская этика и деонтология. Что является Основным предметом медицинской этики?
7. Приведите примеры моделей медицинской этики.
8. Каковы основные базовые принципы деонтологии. Дайте их краткое содержание.
9. Каковы основные правила биомедицинской этики? Дайте их краткое содержание.
10. В чем состоит различие патерналистской и непатерналистской модели взаимоотношений медицинского работника и пациента?
11. Дайте краткую характеристику модели Шаша – Холлендера.
12. Дайте краткую характеристику модели Роберта Витча.
13. Дайте краткую характеристику модели Э. и Л. Эмануэл.
14. Дайте краткую характеристику модели взаимоотношений «сестра – пациент» Харди.
15. Какие типы взаимодействия в лечебном процессе являются в настоящее время наиболее распространенными? Дайте их краткую характеристику.
16. Дайте определение понятия эмпатия. Какие типы врачей выделяет В.А. Ташлыков, дайте их краткую характеристику.
17. Что является причиной ятрогении и дидактогении?

Раздел 2. Морально-этические проблемы

Тема 2.1 Морально-этические проблемы аборта, контрацепции и искусственного оплодотворение

Содержание учебного материала:

1. Морально-этические и правовые проблемы аборта. Контрацепция, как основное направление в профилактике аборта.
2. Этические и правовые проблемы стерилизации и искусственного оплодотворения.

Понятие репродуктивной этики. В связи с многочисленными этическими проблемами репродуктивных вмешательств и технологий постепенно оформилась отдельная область биоэтики – репродуктивная этика.

Репродуктивная этика – область биоэтики, которая занимается этическими проблемами вмешательств в репродукцию человека и смежными вопросами, связанными с научными и практическими аспектами развития репродуктивной медицины и биологии.

Три основные сферы приложения репродуктивной этики, или ее ядро, это зачатие (оплодотворение), беременность (развитие плода), рождение.

Эти области сегодня в возрастающей степени находятся под научно-технологическим контролем со стороны биомедицины. И в каждой из этих сфер возникают этические проблемы и принимаются важные решения. Сюда относятся проблемы контрацепции, искусственного прерывания беременности, вспомогательных репродуктивных технологий и др. При этом область репродуктивной этики охватывает или затрагивает также более широкий круг смежных вопросов, например допустимость исследований на эмбрионах или эмбриональных клетках, поиск радикально новых репродуктивных технологий типа репродуктивного клонирования и т.п.

Искусственное прерывание беременности (аборты). Аборты традиционно остаются одной из наиболее дискуссионных тем биомедицинской этики. Исторически отношение к абортам менялось. Уже в клятве Гиппократов присутствует обязательство врача не участвовать в процедурах плодизгнания. С приходом христианства отношение к абортам стало очень строгим, вплоть до суровых наказаний. Позже отношение постепенно становилось мягче, в том числе появилось понятие прерывания беременности по медицинским показаниям (в Парижской медицинской академии, 1852) при угрозе жизни и здоровью женщины.

Первой страной, где было разрешено легальное проведение абортов (1920), была Советская Россия, хотя на определенном этапе (примерно 1936–1955) аборты вновь запрещались. Постепенно в течение XX в. аборты легализуют в ряде других стран. Однако в целом отношение к этой проблеме в современном обществе остается сложным. В разных странах по ряду причин (сложившиеся традиции, степень влияния религии и др.) законодательство в отношении к абортам сильно различается. Есть страны, где отношение к абортам очень строгое: они либо полностью запрещены, либо выполняются только по очень ограниченным показаниям (например, Ватикан, Польша, Ирландия и др.). Есть, наоборот, страны, где отношение к абортам довольно свободное (Великобритания, Исландия и др.); имеется также масса промежуточных вариантов.

Дело Роу против Уэйда: из истории легализации абортов в США. Верховный суд США 22 января 1973 г. принял окончательное решение по делу Роу против Уэйда. Это историческое событие имело огромные политические, социальные, правовые и иные последствия как в США, так и во всем мире. Судебное дело длилось довольно долго, его суть состояла в том, что истица (выступавшая под псевдонимом Джейн Роу)

пыталась добиться права на прерывание нежелательной беременности. В Техасе, где жила истица, аборт в то время разрешался только в случаях изнасилования и кровосмесительной связи (инцеста).

Впрочем, к моменту рассмотрения дела в Верховном суде Дж. Роу уже благополучно родила, так что вместо нее активно выступали ее адвокаты – от имени всех женщин. Сама истица позже стала противницей абортот.

Верховный суд, ссылаясь на конституционное право на частную жизнь, признал право женщины прерывать беременность по собственному желанию. Аборт разрешался на сроках беременности, когда плод еще не является жизнеспособным. Государство, согласно решению суда, не должно ограничивать прерывание беременности в первом триместре (за исключением только случаев, когда это необходимо для защиты здоровья женщины). Тем самым впервые было установлено право женщины на определенных сроках беременности добровольно прерывать ее.

Дело Роу против Уэйда – одно из самых громких судебных дел в США. С момента судебного решения в американском обществе наступили глубокие разногласия и даже раскол по поводу как самого этого решения (его оспаривали, например, с юридической точки зрения), так и по поводу проблемы абортов вообще. Это противостояние сопровождалось не только спорами, но также шумными, агрессивными и даже противозаконными акциями и продолжается до сих пор.

В 1992 г. Верховный суд в деле *Planned Parenthood v. Casey* подтвердил предыдущее решение, однако предоставил штатам право вводить различные ограничения на условия проведения аборта (но не создавая непреодолимых препятствий для беременных, желающих сделать аборт).

Можно (с достаточной долей условности) выделить следующие основные моральные подходы к проблеме аборта.

1. Либеральный подход – отличается наиболее свободным и терпимым отношением к абортам. Он исходит из того, что у женщины есть право самостоятельно распоряжаться своим телом, в том числе процессами беременности и деторождения, а также планировать количество детей. В своих крайних вариантах либеральный подход отрицает моральный статус эмбриона и считает нерожденный плод частью тела женщины.

2. Консервативный подход – отличается строгим, осуждающим отношением к абортам. Основан на концепции сакральности жизни, в соответствии с которой нерожденный плод имеет такую же высшую ценность, как и любая человеческая жизнь. Эмбрион имеет право на жизнь, достоинство, уважительное отношение.

3. Умеренный подход – аборты допускаются, но по медицинским или социальным показаниям. Аборт как право женщины не поощряется.

Ключевой вопрос в отношении проблемы абортов (так же, как и в отношении репродуктивных технологий) – о моральном статусе эмбриона. Быть моральным субъектом означает иметь фундаментальные права – такие, как право на жизнь, достоинство, неприкосновенность, уважительное отношение.

С какого момента зародыша можно считать самостоятельным и индивидуальным существом? Здесь мнения существенно расходятся. Данные эмбриологии свидетельствуют, что у зародыша начинается сердцебиение с 18-го дня беременности, а собственная система кровообращения (и собственная кровь) формируется к 21-му дню. Но уже на 13–14-й день зародыш (с появлением так называемой первичной полоски) приобретает индивидуальные черты (а до этого зародыш еще может расщепиться на два и более эмбриона). На основе этого среди биоэтиков и ученых возникло предложение называть зародыш до 14-го дня развития предэмбрионом, а с 14-го – собственно эмбрионом и считать его моральным субъектом. Однако сторонники

консервативной позиции (прежде всего, религиозной этики, в частности – православного вероучения) убеждены, что человеческая жизнь начинается уже с момента зачатия, поэтому разделение беременности на какие-то периоды, когда эмбрион еще не является человеком и уже является человеком – морально недопустимо.

По всей видимости, суть проблемы заключается в следующем: вопрос о том, является ли эмбрион человеческой жизнью (и если да, то с какого момента) – это вопрос не научного характера (т.е. это не вопрос биологии или эмбриологии), а моральный.

По российскому законодательству женщина вправе прервать беременность по собственному желанию при сроке беременности до 12 недель.

Искусственное прерывание беременности проводится по социальным показаниям – при сроке до 22 недель, по медицинским – независимо от срока беременности. При этом вопросы прерывания беременности всегда решаются комиссией и каждый случай должен разбираться индивидуально. Перечень медицинских показаний (это, как правило, серьезные заболевания матери или тяжелые пороки развития плода) и социальных показаний утвержден специальными постановлениями. Причем в целом в Российской Федерации наблюдается тенденция сокращения числа медицинских и социальных показаний для выполнения аборт [42,52].

Репродуктивные технологии. Такие технологии предназначены для лечения бесплодия. Это очень актуальная проблема: от бесплодия страдают примерно 15–20% супружеских пар. Репродуктивные технологии основаны на крупных достижениях науки и технологии, которые позволили проводить тонкие операции и поддерживать жизнь половых клеток и эмбрионов вне организма. Одновременно технологии вмешательства в репродукцию человека породили множество острых моральных проблем.

Понятие вспомогательных репродуктивных технологий (англ. ART – *assisted reproductive technology*) охватывает группу методов биомедицинского вмешательства и контроля в отношении зачатия и ранних стадий эмбрионального развития нового организма; при использовании этих методов зачатие или какие-то стадии развития зародыша происходят вне материнского организма, во внешней среде.

Основными репродуктивными технологиями считаются следующие три:

- искусственное оплодотворение (инсеминация);
- экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО);
- суррогатное материнство.

Однако выделяют и другие технологии (например, криоконсервацию гамет, ИКСИ (интрацитоплазматическую инъекцию сперматозоида) и др.).

Искусственное оплодотворение. Метод был разработан в животноводстве; уже в XIX в. его использовали для оплодотворения кобыл и коров, а в XX в. применили к женщинам. Метод представляет собой искусственное оплодотворение женщины спермой мужа или донора (при женском или мужском бесплодии). При этом сперматозоиды вводятся в полость матки.

Выделяют две формы искусственного оплодотворения (ИОД) – гомологическое (внутрисемейное) и гетерологическое – оплодотворение вне семьи, спермой донора.

В принципе, внутрисемейное оплодотворение не вызывает каких-то особых этических проблем, поскольку здесь не нарушается целостность семейных отношений. Гетерологическое является более спорным методом. Основные проблемы, связанные с ним: нарушение целостности семейных отношений (появляются «разные» родители – биологический и социальный); проблема выбора ребенка «по заказу» (поскольку

родители вправе выбрать донора по определенным антропометрическим показателям), что тоже подрывает традиционные представления о деторождении [42].

Экстракорпоральное оплодотворение. Экстракорпоральное оплодотворение (англ. IVF – *in vitro fertilization*) впервые было применено в 1978 г. в Кембридже; первым ребенком из пробирки была девочка Луиза Браун. В 1986 г. ЭКО было впервые использовано в нашей стране. Метод оказался довольно результативным как при женском, так и при мужском бесплодии. Показаниями к ЭКО являются не поддающееся терапевтическому лечению бесплодие либо заболевания, при которых невозможно наступление беременности без ЭКО.

Некоторые факты об ЭКО и о применении ART вообще. Одна из шести сексуальных пар во всем мире испытывает какую-либо форму бесплодия по крайней мере однократно в течение репродуктивной жизни.

Физиологическими проблемами объясняются 20–30% бесплодия мужчины, физиологическими проблемами женщины – 20–35%, в 25–40% случаев проблемы имеют оба партнера, в 10–20% случаев причина не выявляется.

Потребность во вспомогательных репродуктивных технологиях (диагностике и процедурах) в мире растет примерно на 10% ежегодно.

Начиная с 1978 г. более 5 млн. детей в мире рождено с помощью ЭКО.

Ежегодно в мире выполняется около 1,5 млн. циклов ЭКО, что приводит к рождению примерно 350 тыс. детей.

Большинство случаев применения ART приходится на женщин в возрасте 30–39 лет.

Европа лидирует по проведению процедур ART (55% всех проведенных в мире циклов).

В 2011 г. наиболее активными европейскими странами по проведению ART были: Франция (85 433 циклов), Германия (67 596), Испания (66 120), Италия (63 777), Великобритания (59 807), Россия (56 253).

Для понимания этических проблем, связанных с ЭКО, необходимо знать технические особенности этого метода. Вначале происходит так называемая гиперстимуляция яичников, в результате чего у женщины созревает сразу несколько яйцеклеток (чего не бывает в обычных условиях). Это делается для того, чтобы гарантировать успешный результат. Затем яйцеклетки изымаются из женского организма, оплодотворяются, и полученные эмбрионы некоторое время выращиваются вне организма (в так называемом (CO₂-инкубаторе). После производится пересадка (имплантация) эмбриона (чаще – нескольких эмбрионов) в матку.

Если возникает многоплодная беременность, то позже осуществляется так называемая редукция, т.е. уничтожение лишних зародышей. Она представляет собой разрушение зародыша в полости матки под ультразвуковым контролем с помощью иглы.

Существует еще один вариант ЭКО, когда (при невозможности получить яйцеклетку у женщины) используют донорскую яйцеклетку. Донорство может быть безвозмездным (как правило, донором выступает родственница или знакомая пациентки) либо платным. Такой вариант фактически представляет собой суррогатное материнство наоборот [42].

К основным моральным проблемам, связанным с применением ЭКО, следует отнести:

1. Проблема лишних зародышей. Путем гиперстимуляции удается получить сразу несколько яйцеклеток (в некоторых случаях до 10 и более). В итоге возникают избыточные зародыши, которые затем либо уничтожаются, либо могут быть каким-

либо способом использованы. Но поскольку зародыш – это человеческая жизнь, возникают острые этические проблемы допустимости таких процедур.

2. Возможность манипуляций с зародышами вне организма. Перед пересадкой эмбриона в полость часто проводят так называемую преимплантационную (генетическую) диагностику на предмет наличия генетической патологии у зародыша. Возможно также определение пола будущего ребенка. Одна из этических проблем, связанных с преимплантационной диагностикой – возможность селекции, а также дискриминации зародышей по полу и другим характеристикам.

3. Возможность промышленного использования эмбрионов. С помощью так называемой криоконсервации зародышей (их замораживают и хранят при температуре жидкого азота) можно длительное время сохранять их вне организма. После размораживания их можно использовать: для имплантации другим женщинам, а также в научных (для экспериментов) или даже промышленных целей (использование тканей, клеток, экстрактов и т.п.) [42].

Теоретически возможно даже специальное выращивание эмбрионов женщинами не для деторождения, а в других целях (что порождает проблему «женщины-инкубатора»).

Из-за наличия напряженных моральных проблем в ряде стран действует довольно жесткое законодательство по ЭКО. В частности, запрещается или ограничивается процедура редукции лишних эмбрионов, ограничивается число подсаживаемых в матку эмбрионов, запрещается использование донорских яйцеклеток (например, в Италии ЭКО разрешено только для семейных пар с использованием их собственных гамет). А в таких странах, как Коста-Рика и Германия, ЭКО законодательно запрещено.

Дискуссии по поводу ЭКО привели к выработке этических рекомендаций, призванных смягчить остроту моральных проблем, связанных с этим методом. К таким рекомендациям относятся следующие.

Необходимо использовать щадящую стимуляцию овуляции (т.е. назначение меньших доз специальных препаратов), чтобы получить как можно меньше яйцеклеток (и в итоге – меньше лишних эмбрионов).

Избыточные эмбрионы должны не уничтожаться, а передаваться другим бесплодным парам, причем рекомендуется делать это не за деньги, а в виде безвозмездного дарения.

Желательно подсаживать в матку как можно меньше эмбрионов для исключения многоплодной беременности.

Предпочтительно использовать только половые клетки самой семейной пары и не поощрять донорство гамет.

Выращивание, а также использование человеческих эмбрионов в промышленных или иных, не детородных, целях недопустимо.

Медицинские работники перед проведением процедуры ЭКО должны проводить тщательное информирование женщины (семейной пары) о сущности этого метода, включая технические особенности, а также связанных с ним рисках и последствиях его применения.

В Российской Федерации действуют правовые ограничения на применение ЭКО. В частности, не допускается выбор пола будущего ребенка (за исключением случаев возможности наследования патологии, связанной с полом). В полость матки разрешается подсаживать не более двух эмбрионов (в крайнем случае – трех, с обязательным информированием о рисках). Решение в отношении лишних эмбрионов должно принимать лицо, которому принадлежат данные зародыши, с письменным оформлением согласия. При многоплодной беременности редукция проводится при

наличии информированного согласия; количество зародышей, подлежащих редукции, определяет женщина с учетом рекомендаций врача. Использование эмбрионов человека в промышленных целях не допускается.

Суррогатное материнство. Эта репродуктивная технология вызывает этические проблемы и бурные споры даже, по-видимому, в большей степени, чем метод ЭКО.

Первый успешный случай суррогатного материнства зарегистрирован в 1981 г. в США. Хотя сама идея этого метода довольно древняя: есть сведения, что еще в Античности были случаи рождения женщиной ребенка для другой семьи.

Суррогатное материнство, как правило, используется при бесплодии семейной пары. Сущность этого метода состоит в том, что яйцеклетка одной женщины оплодотворяется искусственным путем, а полученный эмбрион подсаживается другой женщине, которая его вынашивает, рождает и передаст семейной паре. При этом одна женщина называется донором (или генетической матерью), а другая (вынашивающая ребенка) – суррогатной матерью.

Возможно и так называемое частичное суррогатное материнство, когда женщина – суррогатная мать одновременно выступает и донором яйцеклетки. В этом случае она же является и генетическим родителем.

К основным моральным проблемам, связанным с суррогатным материнством, относятся:

1. Разрушение целостности семейных отношений. Суррогатное материнство становится все более доступным и массовым, что не может не вызвать озабоченность с точки зрения традиционных представлений о семье и семейных ценностях.

2. Проблема установления материнства и права матери. В различных странах этот вопрос регулируется по-разному. Имеется немало случаев, когда суррогатная мать отказывалась возвращать ребенка в семейную пару. Действительно, ситуация, когда у ребенка сразу две матери, создает острые конфликты. С помощью правового регулирования стремятся разрешить или хотя бы смягчить эту проблему.

3. Общее количество родителей. Теоретически, если использовать донорство половых клеток, возможно наличие максимально пяти родителей у ребенка. Это женщина-донор, мужчина-донор, суррогатная мать и семейная пара – заказчик (социальные родители). Очевидно, что это совершенно экстраординарная ситуация.

4. Суррогатное материнство даст возможность стать матерью в неограниченно пожилом возрасте. Это подрывает все традиционные понятия о материнстве вообще, а также создает угрозу правам ребенка, так как вряд ли естественный уход и забота о ребенке возможны при наличии престарелой матери.

5. Коммерциализация деторождения ведет к тому, что суррогатная мать, вынашивая ребенка за вознаграждение, становится товаром, женщиной – инкубатором.

6. Моральные и психологические проблемы ребенка – они могут быть довольно острыми, если он узнает о своем происхождении.

В ряде стран (например, в Германии, Австрии, Франции) суррогатное материнство запрещено. Международные этические рекомендации комитета СЕ по биоэтике и искусственным методам деторождения состоят в том, чтобы ограничить суррогатное материнство и применять его только по обоснованным показаниям. Права суррогатной матери должны быть защищены (в частности, ей должно быть обеспечено право оставить ребенка себе). Этически неприемлемой считается практика коммерческого суррогатного материнства.

В России разрешено суррогатное материнство, в том числе за вознаграждение. Суррогатной матерью может быть женщина в возрасте 20–30 лет (в том числе замужняя), имеющая не менее одного здорового собственного ребенка и медицинское заключение о состоянии здоровья. Суррогатная мать не может быть одновременно

донором яйцеклетки (т.е. запрещено так называемое частичное суррогатное материнство).

Статус родителей после родов методом суррогатного материнства в нашей стране определяется так. Согласно Семейному кодексу Российской Федерации, в качестве родителей регистрируются лица, состоящие в браке и давшие согласие на имплантацию эмбриона суррогатной матери, но только с ее согласия. После совершения записи суррогатная мать не вправе оспаривать материнство [52].

Поскольку суррогатное материнство создает сложные юридические проблемы, то все более важную роль в их решении играет сегодня составление тщательно продуманных договоров и квалифицированная адвокатская помощь.

Противники суррогатного материнства и других вспомогательных репродуктивных технологий утверждают, что в случае бесплодия всегда имеется альтернатива применению этих методов: ведь в детских домах много детей без родителей, которые ждут усыновления (удочерения) и мечтают о нормальной семейной жизни в домашних условиях с любящими родителями.

Тема 2.2 Философские, этические и правовые проблемы смерти

Содержание учебного материала:

1. Понятия о смерти, смерти мозга и реанимации.
2. Понятие эвтаназии. Активная и пассивная эвтаназия.
3. Хосписы, как альтернатива эвтаназии.

Проблема критериев смерти человека. Смерть мозга. Примерно до 70-х гг. XX в. смерть понималась как полное и необратимое прекращение таких жизненно важных функций организма, как дыхание и кровообращение. Но развитие медицины, прежде всего реаниматологии, привело к радикальному расширению возможностей искусственной поддержки жизненных функций. Это изменило и представления о наступлении смерти.

В реаниматологии было введено различие клинической и биологической смерти, которое отражает возможности оказания помощи умирающему организму. Клиническая смерть – это обратимое состояние, в течение которого организм еще можно вернуть к жизни путем реанимационных мероприятий. Биологическая смерть – необратимое прекращение жизненно важных функций.

Критерии смерти – это признаки, по которым можно определить окончательную степень прекращения жизненно важных функций и наступление смерти организма. Помимо традиционного критерия (необратимая остановка дыхания и кровообращения), в медицине появился и такой новый критерий, как смерть мозга.

Понятие смерти мозга было введено первоначально в неврологии после описания состояния так называемой запредельной комы французскими учеными П. Моларом и М. Тулоном. Концепция смерти мозга основана на понимании смерти человека как необратимого нарушения критических систем организма, т.е. таких систем, которые невозможно заменить ни сейчас, ни в будущем искусственными или биологическими системами, а такой незаменимой системой является мозг человека.

Понятие «смерть мозга» означает гибель всего мозга, в том числе его ствола, с необратимым бессознательным состоянием, прекращением самостоятельного дыхания, исчезновением всех стволовых рефлексов.

Новый критерий смерти как смерти мозга был разработан в 1968 г. группой специалистов в г. Гарварде (США) и получил название гарвардских критериев. Основной целью разработки нового подхода к определению смерти являлось

стремление избежать бесполезных реанимационных мероприятий, когда и усилия медиков, и использование ресурсов оказываются напрасными. В том же 1968 г. новый критерий смерти как смерти всего мозга, включая ствол, был принят в Сиднейской декларации ВМА. Затем во многих странах мира новый критерий был утвержден на уровне национальных законодательств.

Несмотря на широкое принятие нового критерия, с ним связаны и определенные проблемы. Так, по сравнению с традиционным критерием, он выглядит не столь интуитивно убедительным, поскольку трудно согласиться, что организм мертв, в то время когда он продолжает функционировать с помощью аппаратов искусственного жизнеобеспечения. Существуют определенные возражения также с философской точки зрения. Поэтому дискуссии в отношении этого критерия продолжаются.

С развитием трансплантационной медицины критерий смерти мозга приобрел особую значимость, поскольку с определением смерти мозга стал одновременно решаться вопрос, у кого можно забирать органы для пересадки (продолжая искусственно поддерживать жизненно важные функции). Поэтому крайне важным вопросом (в том числе с этической и юридической точки зрения) становится точное определение смерти мозга и исключение возможных диагностических ошибок.

Пожалуй, не так уж много можно назвать примеров проблем медицинской науки и практики, которым уделялось бы столь пристальное внимание, как вопросу диагностики смерти человека. Международная практика очень строго регламентирует процедуры, связанные с применением критерия смерти человека.

В нашей стране, согласно ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 66), моментом смерти человека считается биологическая смерть (необратимая гибель человека) или момент смерти мозга. Смерть мозга понимается как полное и необратимое прекращение всех его функций, регистрируемое при работающем сердце и искусственной вентиляции легких.

Смерть мозга устанавливается консилиумом медицинской организации, в которой находится пациент. В состав консилиума должны входить анестезиолог-реаниматолог и невролог, имеющие опыт работы в отделении интенсивной терапии и реанимации не менее пяти лет. Кроме того, в состав консилиума не могут входить специалисты, участвующие в заборе и пересадке органов или тканей. Это требование введено для исключения заинтересованности лиц, участвующих в определении смерти мозга.

В то же время биологическая смерть устанавливается на основе наличия трупных изменений и может проводиться медицинским работником – врачом или фельдшером. Таким образом, определение смерти мозга – это ситуация, которая возникает только в контексте специальных реанимационных мероприятий.

В нашей стране в соответствии с законодательством утверждена также Инструкция по определению момента смерти человека, согласно которой диагноз «смерть мозга» устанавливается на основе целого комплекса признаков (клинических тестов), указанных в этом документе. При определении смерти мозга человека медицинские специалисты обязаны строго и тщательно исполнять инструкцию, в том числе проводить поочередно всю серию необходимых тестов во избежание ошибок.

Проблема отказа от лечебных мероприятий. В эпоху высоких технологий возникли такие ситуации, когда можно искусственно поддерживать жизнь организма без надежды привести его в сознание и вернуть к нормальной жизни. Было немало случаев необоснованно долгой и бесполезной реанимации, некоторые из них приобрели широкую известность. В итоге появилось даже такое понятие, как «право на достойную смерть». Продолжаются споры по поводу того, как далеко могут и должны простираться реанимационные мероприятия, когда их можно прекращать (или не начинать), кто должен принимать решения об этом и какими правами обладает сам пациент.

Одной из попыток решить проблему обоснования реанимационных мероприятий является практика распоряжений на будущее (*advance directives*), состоящая в том, что человек заранее изъявляет свою волю по поводу того, как лечить его в критическом состоянии. Например, он может заранее отказаться от искусственного жизнеобеспечения. Такая практика широко принята в развитых странах.

Кроме того, в ситуациях, когда пациент не может выразить свою волю, применяется суррогатное принятие решений с помощью представителя пациента. Общие этические принципы суррогатного решения в критических ситуациях состоят в следующем.

1. Представитель пациента должен точно следовать инструкциям или пожеланиям больного, изложенным в распоряжении на будущее (если они существуют) и сообразно этому принимать решение в конкретной ситуации.

2. Если не были даны распоряжения на будущее, представитель пациента должен действовать, исходя из своего знания особенностей больного, и стремиться найти решение, которое принял бы сам пациент, если бы оказался в данных обстоятельствах.

3. Если нет представителя, который хорошо знал бы пациента, особенности его личности и его ценностей, то решение должно базироваться на защите лучших интересов пациента исходя из того, что пожелал бы обычный разумный пациент в данных обстоятельствах.

Практика суррогатных решений и распоряжений на будущее остается предметом этических дискуссий. Например, часто обсуждаются вопросы о том, насколько прошлое решение пациента (который сейчас неспособен выразить свою волю) имеет силу в настоящем, т.е. в какой мере мы можем предполагать непрерывность личности и неизменяемость со временем ее предпочтений и ценностей [42].

Вегетативное состояние. Одной из сложных проблем реаниматологии является так называемое вегетативное состояние, при котором смерти мозга нет, однако, по всей видимости, утрачена возможность человека прийти в сознание. При этом жизнь организма при некотором относительно небольшом объеме постоянной помощи (в том числе адекватном парентеральном питании и уходе) продолжается. Если признать такой организм мертвым, то это противоречит очевидному.

Точнее, этот феномен получил название персистирующего вегетативного состояния (ПВС), которое характеризуется:

- 1) полным отсутствием осознания себя и окружающей действительности;
- 2) сохранностью цикла сна и бодрствования;
- 3) полной или частичной сохранностью вегетативных функций мозга (в том числе ствола).

Персистирующее вегетативное состояние может наступить вследствие коматозных состояний различного генеза, повреждений головного мозга, неврологических заболеваний. Для системы здравоохранения ПВС является серьезной проблемой, поскольку число таких больных довольно велико и продолжает расти, и на

их содержание уходит много средств. Известны случаи довольно длительного (многолетнего) нахождения пациентов в таком состоянии (например, один пациент пробыл в таком состоянии, так и не приходя в сознание, 25 лет).

Медицинская проблема ПВС состоит в том, что в этом состоянии сохраняется неопределенность по поводу возможности прихода в сознание и восстановления организма; хотя, конечно, со временем вероятность выхода из ПВС снижается. Тем не менее у некоторых пациентов не полностью утрачивается способность к восстановлению сознания, бывают моменты некоторого возвращения сознания, а также зафиксирован по крайней мере один случай полного выздоровления. Немалую роль играют технические трудности диагноза и прогноза, которые пока не преодолены медицинской наукой.

В 1989 г. ВМА опубликовала так называемое заявление о ПВС, в котором говорится о необходимости разработать и использовать критерии необратимости ПВС, которые могли бы помочь в принятии решений о продолжении или прекращении жизнеобеспечения таких пациентов. Со своей стороны, ВМА рекомендует считать обоснованным критерием необратимости ПВС (с низким риском ошибки) нахождение в нем в течение 12 месяцев, а для лиц после 50 лет – в течение пяти месяцев. Если же семья пациента желает прекратить искусственное жизнеобеспечение до рекомендуемого срока, то последнее слово остается за врачами с учетом местных правовых и этических норм.

Состояние ПВС поднимает множество этических проблем, связанных с применением критериев смерти и попыткой дать оценку пограничным состояниям. Здесь конфликтуют такие этические понятия, как «священность жизни» и «право на достойную смерть», а также «уважение к личности», что выражается в практических трудностях принятия суррогатных решений в интересах пациента.

Проблема эвтаназии. Эвтаназия – одна из наиболее обсуждаемых проблем в современной биоэтике. Слово «эвтаназия» означает «легкая», или «благая», смерть (от греч. *ей* – благой, благородный и *thanatos* – смерть). Термин был предложен известным английским философом Ф. Бэконом. Сам Бэкон понимал эвтаназию в смысле обеспечения адекватного ухода за умирающим, ближе к современному понятию паллиативной помощи.

Эвтаназия связана со сложнейшей моральной проблемой: как должны относиться врачи (медработники) к ситуациям, когда медицинская помощь в обычном смысле уже не принесет пользы, а пациент находится в тяжелом неизлечимом состоянии и испытывает значительные страдания.

В широком смысле под эвтаназией в настоящее время понимают различного рода действия (или бездействия) медицинских работников, способствующие уходу из жизни неизлечимого пациента, испытывающего глубокие страдания. Существенно важно, что эти действия (бездействия) соответствуют желанию самого пациента либо его родственников (при его невозможности выразить свою волю).

Различают активную и пассивную эвтаназию. Активная эвтаназия – это какие-либо преднамеренные действия с целью ускорить наступление смерти пациента. Пассивная – это отказ от жизнеподдерживающего лечения, после чего уход из жизни происходит естественным путем.

Существуют и более детальные классификации разновидностей действий, подпадающих под понятие эвтаназии.

Имеются аргументы как в защиту, так и против эвтаназии. Среди основных **аргументов в защиту** эвтаназии можно назвать следующие.

1. Человеку должно быть предоставлено право на самоопределение, в том числе он должен иметь право сам выбирать, продолжать ли ему жизнь или прекратить ее.

Если человек страдает от неизлечимого заболевания и не хочет больше жить, медики не вправе препятствовать ему.

2. Право страдающего человека избавить от страданий близких. Неизлечимое состояние и страдания пациента влекут также страдания его родственников и близких, ухаживающих за ним и сочувствующих ему. Желание уйти из жизни в таком случае может рассматриваться как стремление избавиться от тягот своих окружающих.

3. Аргумент качества жизни. Возможны такие ситуации, связанные с неизлечимым заболеванием и мучительными страданиями, что сама жизнь утрачивает ценность для пациента: качество жизни снижается до критического уровня, за которым наступает желание уйти из жизни. Соответственно, медицина (одна из главных целей которой – обеспечение качества жизни пациента) оказывается бессильна и вправе допустить эвтаназию в такой ситуации. В таких экстраординарных обстоятельствах эвтаназия рассматривается не как жестокость или преступление, а, наоборот, как сострадание [42].

Некоторые **аргументы против** эвтаназии.

1. Недопустимость с точки зрения фундаментальных ценностей врачевания. Практика эвтаназии – это искажение и разрушение самой сущности медицинской профессии. Врачи не должны убивать: сохранение человеческой жизни – высшая ценность врачебного дела.

2. Аргумент скользкого склона (англ. *slippery slope*) – означает возможность злоупотребления какой-либо легализованной медицинской практикой (например, эвтаназией, стерилизацией и т.п.), необоснованного применения ее ко все большему кругу людей, в том числе в корыстных целях. Иными словами, достаточно один раз узаконить какую-то сомнительную практику, то, даже при строгом регулировании, она будет применяться все чаще и чаще, что приведет к ее массовому характеру.

3. Эвтаназия как антистимул для развития медицинской науки и практики. Легализация эвтаназии отрицательно повлияет на дальнейшее развитие медицины, так как может существенно ослабить стремления медиков искать новые средства лечения или помощи для неизлечимых заболеваний и состояний.

В подавляющем большинстве стран эвтаназия запрещена (в том числе в России – ст. 45 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). В нескольких, очень немногих странах она разрешена (например, в Нидерландах), но ее применение строго регламентируется законом с целью исключения ошибок и злоупотреблений.

Проблема, однако, состоит в том, что запрет на эвтаназию не учитывает сложность тех ситуаций, которые встречаются в медицинской практике. Имеются данные (хотя точной статистики нет), что добровольный уход пациентов из жизни с участием медработников – очень частое явление практически во всех развитых странах. То есть на самом деле эвтаназия негласно проводится, несмотря на юридические запреты.

Таким образом, проблема эвтаназии остается открытой. В этой сложнейшей проблеме затрагиваются фундаментальные ценности общества, медицинской профессии, понимания жизни и смерти, человеческого достоинства, смысла страданий и сострадания.

Из международных документов о проблемах терминальных состояний:

1. В процессе лечения врач обязан, если это возможно, облегчить страдания пациента, всегда руководствуясь его интересами.

Исключения из данного принципа не допускаются даже в случае неизлечимых заболеваний и уродств.

Врач не продлевает мучения умирающего, прекращая по его просьбе, а если больной без сознания – по просьбе его родственников, лечение, способное лишь отсрочить наступление неизбежного конца.

Отказ от лечения не освобождает врача от обязанности помочь умирающему, назначив лекарства, облегчающие страдания (из Венецианской декларации о терминальном состоянии (ВМА, 1983)).

2. Эвтаназия как акт преднамеренного лишения жизни пациента, даже по просьбе самого пациента или на основании обращения с подобной просьбой его близких, неэтична. Это не исключает необходимости уважительного отношения врача к желанию больного не препятствовать течению естественного процесса умирания в терминальной фазе заболевания (Декларация об эвтаназии (ВМА, 1987)).

Паллиативная помощь. Паллиативная помощь и хосписное движение часто рассматривают в качестве альтернативы эвтаназии. В докладе Комитета ВОЗ по обезболиванию при раке (1989) было заявлено, что медицинскому сообществу следует развивать программу паллиативного лечения, а не вовлекаться в борьбу за легализацию эвтаназии.

Венецианская декларация ВМА о терминальном состоянии (1983) расценивает эвтаназию как неэтичную и устанавливает, что врач обязан облегчать страдания пациента, в том числе даже в случае неизлечимых заболеваний и уродств.

Паллиативная помощь – вид медицинской помощи неизлечимым (терминальным) больным, направленный на облегчение болевого синдрома и других страданий, сопутствующих умиранию, а также на максимально возможное улучшение качества жизни в таких ситуациях, включает комплексную помощь медицинского, социального, психологического характера.

Хосписное движение стало развиваться в мире в последнюю треть XX в. (первый современный хоспис появился в Великобритании в 1967 г., в России – в 1990 г.). **Хосписные службы** – это специализированные учреждения, оказывающие комплексную помощь больным в терминальной стадии заболеваний.

Среди аргументов в пользу паллиативной и хосписной помощи как альтернативы практике эвтаназии можно назвать следующие [42].

Отмечено немало случаев, когда терминальные больные, попав в хоспис, отказывались от прежнего желания уйти из жизни. Многие решения об эвтаназии принимаются под влиянием депрессии; при оказании психологической помощи такое желание исчезает. Страдания неизлечимых больных во многом связаны не столько с болью, сколько с психосоциальными причинами (страх, одиночество, отчаяние, боязнь утраты человеческого достоинства и т.п.).

Хосписные службы оказывают разностороннюю помощь: медицинскую, психологическую, социальную, духовную. Персонал хосписа нередко включает, помимо медработников, также психологов, социальных работников, просто волонтеров – людей доброй воли, а также поддерживает сотрудничество с религиозными организациями. Поскольку хосписное движение довольно молодо, у него еще много нерешенных проблем.

Среди основных задач хосписа – обеспечение медицинского наблюдения и паллиативной медицинской помощи, психологическая помощь и поддержка пациента и его семьи, поддержание активного образа жизни пациента.

Главная моральная задача хосписной службы состоит в том, чтобы не просто облегчить терминальному больному уход из жизни, но помочь человеку достойно жить до последних дней даже в условиях тяжелого заболевания и сопутствующих ему страданий.

Тема 2.3 Морально-этические проблемы медицинской генетики и оказания психиатрической помощи

Содержание учебного материала:

1. Морально-этические проблемы оказания психиатрической помощи
2. Этические проблемы прикладных генетических методов исследования

1. Морально-этические проблемы оказания психиатрической помощи

Этика в психиатрии. Психиатрическая этика занимается моральными аспектами психиатрической помощи и защиты прав душевнобольных. Люди, страдающие психическими заболеваниями и расстройствами, – очень уязвимая группа. Их права нарушаются особенно часто и легко, даже в развитых странах. Исторически сложилось так, что общество в первую очередь старалось обезопасить себя от лиц с психической патологией, изолировать их от общества, а не обеспечить им необходимую помощь и заботу.

История отношения к душевнобольным. На протяжении долгого времени в обществе преобладало отрицательное, враждебное отношение к душевнобольным. Общество их всячески отвергало и боролось с ними. Их изгоняли из городов, обрекали на нищету и бродяжничество или же изолировали в специальных учреждениях тюремного типа. Лечение душевнобольных, за редким исключением, практиковалось крайне жестокое: их сажали на цепи, подвергали голоду и побоям, использовали всевозможные мучительные «лечебные приемы», по сути представлявшие собой физические и нравственные истязания.

Великим реформатором психиатрии является французский врач Филипп Пинель (1755–1826), который вскоре после начала Великой французской революции провел медико-социальную реформу (1793): он снял цепи с больных, вызволил их из ужасных условий и выступил за радикально новое гуманное отношение к душевнобольному человеку.

Идеи Пинеля постепенно распространялись в европейских странах. В XIX в. английский врач Дж. Конолли предлагал предоставить душевнобольным как можно больше свободы и не применять в отношении них меры стеснения (принцип *No restraint* – «Никакого стеснения»). В 1839 г. он отменил смиренные рубашки для душевнобольных. С большим трудом, преодолевая порой яростное сопротивление и многовековые предрассудки, новая система организации психиатрической помощи постепенно внедрялась в развитых странах.

Еще одной огромной проблемой психиатрии было отсутствие сколько-нибудь убедительных средств лечения. Эволюция психотропных препаратов начинается с первых барбитуратов, которые стали использоваться с 1903 г. Однако они создавали высокую лекарственную зависимость для пациентов, поэтому в психофармакологии шел постоянный поиск более благоприятных лекарств. Прогресс в этой области ускорился с середины XX в., начиная со случайного обнаружения Дж. Кейдом лечебных эффектов лития (1949). С 1950-х гг. появляются новые препараты, способные эффективно воздействовать на психопатологические состояния, что дало возможность медикаментозного вмешательства при шизофрении и иных серьезных психических заболеваниях.

Однако появление психотропных препаратов создало новую проблему для психиатрии. Появилось излишнее увлечение медикаментами, когда психические расстройства, которые нуждались в тонкой психотерапевтической помощи, грубо залечивались мощными препаратами, что приносило пациентам больше вреда, чем

пользы, и само отношение психиатров к душевным болезням стало склоняться к тому, что психическая патология имеет сугубо биологическую (в частности, биохимическую) природу и должна лечиться медикаментами. Эти проблемы не решены до сих пор.

При этом отношение медицинского сообщества к душевнобольным в XX в. продолжало оставаться сложным. В психиатрических учреждениях сохранялись суровые нравы, практиковались жесткие меры обращения с пациентами, применение мер стеснения и прямого насилия и т.п.

Новая волна критики психиатрической помощи возникла в 60–70-е гг. XX в. Ряд авторов в разных странах (Ф. Базалья, Э. Гоффман, П. Конрад, Р. Лэнг, М. Фуко, Т. Шаш и другие) выступили с идеями о том, что психиатрия на самом деле является не лечебной помощью, а институтом социального контроля. С помощью психиатрии общество отвергает определенные группы людей и подвергает их дискриминации. Уже сам психиатрический диагноз – это клеймо, которое определяет изгнание человека из общества и его постоянное местонахождение – психиатрическую лечебницу.

Под влиянием этих идей возникло широкое общественное движение, получившее название «антипсихиатрия». Оно приобрело скандальную известность своими радикальными политическими требованиями и даже акциями против психиатрических учреждений.

Но от антипсихиатрии была и несомненная польза – это движение выявило ряд действительно серьезных проблем и ту несправедливость, которая продолжала существовать в обществе в целом и среди медиков по отношению к душевнобольным людям. В последние десятилетия психиатрическое сообщество, специалисты по биоэтике, юристы, международные организации стали активнее и последовательнее заниматься проблематикой психического здоровья и защитой прав лиц с психическими расстройствами. Реформа психиатрической помощи еще не завершена.

Уязвимость психических больных. Одно из важнейших отличий психиатрии от других медицинских областей – то, что ее пациенты являются высокоуязвимой группой. Психическое расстройство само по себе делает человека беззащитным среди окружающих, на это накладывается также многовековой негативный стереотип восприятия таких людей в обществе.

Против людей, страдающих психическими расстройствами, повсеместно совершаются акты насилия. Нерешенной проблемой практически во всех странах является систематическое и грубое нарушение прав и свобод лиц с психическими расстройствами – личных, политических, экономических, социальных [42].

Примеры жестокого обращения с душевнобольными. Би-би-си (1998) сообщила, как в одной из стран в обычных психиатрических больницах пациентов запирали на замок, надевали кандалы и регулярно избивали. Зачем? Потому что считалось, что психическое заболевание – это зло, а в того, кто болен им, вселились злые духи.

Одна неправительственная организация (НПО), отстаивающая права людей с психическими расстройствами, задокументировала пренебрежительное и грубое обращение с детьми и взрослыми в учреждениях закрытого типа в большинстве стран. Случаи, когда детей привязывают к кроватям и оставляют лежать в собственных испражнениях, не оказывая никакой медицинской или реабилитационной помощи, являются довольно частыми.

Другая НПО проинформировала общественность о том, как в некоторых странах продолжают держать пациентов в «клетках-кроватях» в течение многих часов, дней, недель, а иногда месяцев и лет. В одном из отчетов указывалось, что два пациента находились в подобных условиях по 24 часа в сутки в течение последних 15 лет. Люди

в «клетках-кроватях» часто не получают никакого медикаментозного лечения и не проходят реабилитации.

Лица с психическими расстройствами подвергаются разнообразным формам дискриминации. Это касается доступа к качественной психиатрической помощи, медицинского страхования, социальной помощи, трудоустройства и занятости, образования, жилищных условий, культурных благ и др.

Работа психиатра при взаимодействии со своими пациентами осложняется тем, что многие из них находятся (в разной степени) в состоянии некомпетентности; это затрудняет принятие решений, получение согласия и вообще весь процесс лечебного взаимодействия. Крайней степенью некомпетентности является недееспособность пациента, официальное признание которой требует судебного решения и назначения законного представителя, который, соответственно, должен получать информацию и принимать решения от лица пациента.

Само психическое заболевание имеет некий социально порицаемый характер. Быть психически больным «стыдно», поэтому многие лица с психическими расстройствами боятся обратиться к врачу; а будучи клиентами психиатрических заведений, стараются скрыть это от окружающих, коллег по работе и т.п. Психиатрический диагноз оказывается как бы клеймом на всю жизнь: этот феномен социологи называют терминами «стигма» и «стигматизация» (что означает некий социальный приговор тому или иному индивиду или группе).

Чувство стыда и вины, мешающие пациентам обращаться за помощью и реализовывать другие права, называют также термином «внутренняя стигма».

Отторжение обществом душевнобольных, стигматизирующий характер их диагноза в итоге приводят ко все более усиливающейся социальной изоляции, исключению душевнобольных из полноценной общественной жизни. А это еще больше отягощает течение расстройства. Поэтому, как правило, лицам с серьезными психическими расстройствами требуется не только медицинская, но и социальная помощь. Одна из фундаментальных целей современной социальной работы – это помощь по социальному включению, или инклюзии (англ. *social inclusion*), социально дезадаптированных индивидов и групп.

Сложная природа психических расстройств и трудности их диагностики создают возможность применения психиатрии для немедицинских, в том числе для репрессивных целей, о чем убедительно заявляли сторонники антипсихиатрического движения. История психиатрии показывает, что эта область медицины может использоваться в политических целях как средство подавления инакомыслия и политической оппозиции.

Отдельной проблемой остается обращение с пациентами в психиатрических стационарах. Тем более что в психиатрии часто практикуется не только добровольное, но и принудительное лечение. Больные в учреждениях закрытого типа зачастую содержатся в недопустимых условиях. Их подвергают мерам стеснения и изоляции, лишают нормального питания, ухода и удовлетворения элементарных бытовых потребностей, принуждают к труду (в том числе унижительному), жестоко наказывают по любому поводу, подвергают различным издевательствам и истязаниям. Многие пациенты, особенно с серьезными заболеваниями, обречены находиться в стационарах пожизненно.

Особенности клинической этики в работе психиатра. Специфика психиатрической этики тесно связана с особым характером психических заболеваний и психиатрической помощи [11].

Уже сам поставленный диагноз психической болезни может принести пациенту значительный вред. Помня об этом, психиатр должен особенно тщательно проводить

обоснование диагноза. Отдельной проблемой является сообщение пациенту о его диагнозе. Это необходимо делать в деликатной форме, максимально ограждая пациента от причинения ятрогенного вреда.

По причине стигматизирующего и дискриминирующего характера психиатрического диагноза есть немало предложений полностью отменить его. В последнее время в международном медицинском сообществе появилась тенденция избегать термина «психическое заболевание»; взамен чаще используют более широкий и неопределенный термин «психическое расстройство». А в Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод (1950) использовано традиционное понятие «душевнобольные».

Принимая решение о госпитализации пациента, следует взвесить все обстоятельства (в том числе состояние пациента, его домашнюю обстановку, возможность получения помощи в амбулаторных условиях, основания для круглосуточного стационарного наблюдения и помощи и др.). Как правило, сама госпитализация может оказать сильное дополнительное стрессовое воздействие, повлиять на всю жизненную ситуацию пациента. Это воздействие называют термином «госпитальная травма».

Необходимо особо внимательно относиться к применению недобровольной госпитализации, где требуются не только явные и убедительные основания, но и выполнение всех юридических процедур.

Общепринятым принципом в современной психиатрии при выборе вида помощи пациенту является принцип наименее ограничительной альтернативы. В некотором смысле его можно считать современным аналогом принципа *No restraint*. Он означает, что при наличии выбора следует выбирать тот вариант оказания психиатрической помощи, который носит наименее ограничительный характер для пациента. Например, амбулаторная помощь предпочтительнее стационарной, а добровольная госпитализация предпочтительнее недобровольной.

Назначение лечения должно проходить в формате информированного добровольного согласия в той мере, в какой оно максимально возможно. Следует стремиться к информированному и осознанному участию в лечении даже серьезно больных и недееспособных пациентов.

При выборе конкретной лечебной программы врач-психиатр должен учесть побочные эффекты психотропных препаратов, особенно сильнодействующих. Их побочное действие может быть весьма массивным и даже вызывать различные ятрогенные осложнения (двигательные нарушения, эмоциональные расстройства и др.). В целом психиатрическая помощь способна принести вред и госпитализацией, и постановкой диагноза, и конкретными методами вмешательств. По ряду причин это медицинская область повышенного ятрогенного риска для пациента, поэтому здесь исключительно важна тщательная оценка рисков и пользы, а этический принцип непричинения вреда особенно актуален.

Огромное значение в работе психиатра имеют вопросы конфиденциальности и защиты информации. Недопустимо разглашение информации о состоянии и лечении пациента без законных оснований. Тайна диагноза в отношении психиатрии должна соблюдаться особенно строго, учитывая то, какой серьезный вред может быть причинен пациенту в случае незаконного предоставления информации третьим лицам.

Однако очень сложными с этической точки зрения оказываются ситуации, когда врач имеет основания полагать, что сообщение пациенту правды о его диагнозе и состоянии может причинить ему значительную травму, в то время как пациент настаивает на получении такой информации. В этом случае врач должен учесть обстоятельства и принимать решения в защиту наилучших интересов пациента.

Необходимо выбрать такой режим информирования (в том числе деликатная форма, информирование в виде предположения, неразглашение излишних деталей диагноза, моральная поддержка больного и т.п.), который в максимальной степени позволил бы снизить негативные последствия для пациента.

Еще одна проблема возникает при необходимости передачи информации третьим лицам по вынужденным причинам. До конца эта проблема еще окончательно не отрегулирована, и законодательства разных стран расходятся по этому вопросу. Но основными причинами, когда конфиденциальность может быть ограничена, как правило, являются: риск для самого пациента (в частности, необходимость госпитализации); опасность для третьих лиц в связи с его состоянием и намерениями; необходимость правоохранительных действий.

В случае недееспособности пациента может возникнуть еще один круг проблем, связанных с взаимоотношениями врача с законным представителем (опекуном) больного. Деликатная проблема может состоять в том, что пациент в силу своего расстройства или же по вполне разумным причинам не доверяет опекуну, а также просит врача не информировать своего законного представителя. Врач в любых обстоятельствах должен действовать в защиту интересов пациента. Ему должно быть безразлично, насколько действия опекуна действительно отражают интересы больного. При необходимости надо обращаться в компетентные органы с целью защиты пациента.

Защита прав лиц с психическими расстройствами. На международном уровне принят ряд основополагающих документов по охране психического здоровья:

- Декларация ООН о правах умственно отсталых лиц (1971);
- Принципы по защите психически больных лиц и улучшению психиатрической помощи (ООН, 1991);
- Мадридская декларация Всемирной психиатрической ассоциации (1996);
- Закон о психиатрической помощи: десять основных принципов (ВОЗ, 1996);
- Руководящие принципы по поощрению прав лиц, страдающих психическими расстройствами (ВОЗ, 1996);
- Рекомендация 1235 по психиатрии и правам человека (ПАСЕ, 1994);
- Рекомендация № 10 Комитета министров Совета Европы «Относительно защиты прав человека и достоинства лиц с психическими расстройствами» (2004).

В отношении этического и правового регулирования психиатрической помощи и защиты прав лиц с психическими расстройствами требуется более широкий контекст, чем просто обеспечение надлежащей медицинской помощи.

Поскольку лица с психическими расстройствами являются уязвимой группой с особыми потребностями, то должны быть приняты специальные меры по защите их от дискриминации, эксплуатации, несправедливости со стороны общества. Помимо качественной медицинской (психиатрической) помощи, они нуждаются также в реабилитации и реинтеграции в общество, обеспечении им равных прав по сравнению с другими людьми, включая права экономические, социальные и культурные. Все это должно быть обеспечено широким комплексом мер политического, юридического, социального характера.

2. Этические проблемы прикладных генетических методов исследования

Генетическое тестирование. Под генетическим тестированием понимают любые исследования (тесты), с помощью которых получают генетические данные об индивидах. Сфера генетического тестирования сейчас активно развивается, становится все доступнее для населения. Более того, согласно ряду международных рекомендаций

(в частности, ВОЗ), генетическое тестирование обязательно должно быть доступно как часть необходимых для населения программ и услуг здравоохранения.

Однако практическое применение генетического тестирования сталкивается с рядом этических проблем. Прежде всего, это проблемы, связанные с такими классическими принципами биоэтики, как благо и непричинение вреда.

Безусловным обоснованием генетического тестирования должна быть польза для пациента, т.е. возможность обеспечить на основе результатов теста эффективную диагностику или профилактику наследственного заболевания. Во многих случаях, однако, тестирование не приносит такой непосредственной пользы. Прежде всего, это ситуации, когда для данного наследственного заболевания не имеется результативного лечения (или профилактики).

Ярким примером предсказания без помощи является хорей Гентингтона – наследственное состояние, которое вызывает прогрессирующую двигательную и когнитивную дисфункцию, начинающуюся где-то в середине жизни. Тестирование на это заболевание дает высоконадежный результат – если у человека (имеющего больного родителя) находят соответствующий генный дефект, то риск болезни практически равен 100%. Однако для болезни Гентингтона нет никакого эффективного лечения или профилактики. Человек, проходящий тестирование на предмет данной болезни, просто узнает неминуемо ждущее его будущее, что, естественно, приносит только страдания.

Опыт показывает, что, например, в Великобритании только пятая часть людей с риском болезни Гентингтона соглашается пройти обследование.

Далее, этически спорным представляется тестирование, которое не может гарантировать надежного прогноза. Таковым является тестирование для обычных заболеваний, которые не являются наследственными в узком смысле слова (как моногенные болезни), а имеют сложную природу, например, сердечно-сосудистые заболевания. Здесь имеющиеся тесты пока неспособны дать достаточно информации, а выявляют лишь определенную вероятность, предрасположенность. Поэтому ценность такого тестирования зависит от того, насколько полученная информация действительно может быть использована для оценки риска развития заболевания у данного индивида и для принятия мер профилактики (например, для коррекции образа жизни, питания и т.п.).

Крайне дискуссионный вопрос – генетическое тестирование несовершеннолетних. Обследование ребенка на предмет предрасположенности к заболеваниям, которые могут развиваться в более отдаленном будущем, вызывает у специалистов ряд возражений, которые могут быть вкратце изложены следующим образом.

Тестирование, проведенное в детстве, лишает человека возможности сделать автономный выбор во взрослом состоянии (взрослый мог бы не решиться на такой тест) и конфиденциальности, которая предоставляется взрослым (относительно самого факта тестирования и его результатов). Более того, знание ребенком своего генетического статуса может изменить его развитие и взаимоотношения внутри семьи и со сверстниками, что, в частности, может привести к стигматизации и дискриминации. Измененные ожидания по поводу умственных способностей ребенка, его будущего состояния здоровья и будущих взаимоотношений могут затронуть глубочайшие уровни его самовосприятия и иметь разрушительные социальные, эмоциональные, психологические, образовательные и другие последствия.

В связи с этим, согласно рекомендациям ВОЗ, проведение генетического тестирования несовершеннолетнего следует считать оправданным только тогда, когда имеется непосредственная польза для него. В иных случаях рекомендуется отложить

тестирование до наступления совершеннолетия и права гражданина на самоопределение.

Еще одна этическая проблема возникает тогда, когда в результате тестирования оказываются затронуты интересы родственников пациента. Например, выявление наследственной болезни у данного индивида может означать такую же проблему (или ее высокую вероятность) у его близких родственников. В связи с этим крайне важно было бы, чтобы они тоже прошли тестирование и приняли необходимые меры в отношении своего здоровья. Однако здесь возникает проблема конфиденциальности медицинских сведений. В прошлом параграфе уже говорилось, что генетическая информация из-за своих особенностей подрывает индивидуалистический характер принципов биоэтики.

В данной ситуации вступают в противоречие принцип *конфиденциальности* (для данного пациента) и принцип *блага* (для его родственников).

По крайней мере, врач обязан сказать пациенту о настоящей потребности ввести в курс дела также его родственников для их блага и постараться убедить его раскрыть необходимые сведения родственникам.

В целом же эта проблема остается недостаточно отрегулированной и требует специальных правовых решений по поводу законного нарушения конфиденциальности без согласия пациента. В некоторых странах такие процедуры уже имеются. Это, по всей видимости, отражает некую новую тенденцию к расширению показаний отхода от принципа конфиденциальности в условиях, когда оказываются затронуты жизненные интересы более широкого круга участников.

Что должны в первую очередь соблюдать медицинские специалисты, проводящие генетическое тестирование?

Особую важность здесь приобретает надлежащее информирование пациента перед тестированием и получение информированного согласия. Пациент должен получить (и усвоить) всю необходимую предварительную информацию, чтобы представлять себе суть обследования и его возможные результаты. В частности, ему нужно сообщить (и довести до его понимания) степень точности данного теста, смысл вероятностного характера ожидаемых результатов, какие последствия (в том числе негативные) для жизненной ситуации пациента могут принести полученные в ходе тестирования данные. Отдельно следует также оговорить возможность сообщения полученной информации родственникам или членам семьи. Сама процедура ИДС должна быть тщательно протоколирована.

Преимплантационная и пренатальная генетическая диагностика.

Развитие методов генетической диагностики привело к появлению таких специальных процедур, как преимплантационная и пренатальная диагностика.

Преимплантационная диагностика проводится в ходе экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) перед внедрением зародыша в матку женщины. Микрохирургическим методом у зародыша получают образец ДНК и далее производят генетическую диагностику на ряд наследственных заболеваний (таких как миодистрофия Дюшенна, гемофилия и др.). При наличии патологии зародыш, как правило, уничтожается.

Пренатальная диагностика – генетическая диагностика зародыша, производимая в ходе беременности. Здесь также выявляется наличие генетической патологии, что далее ведет к принятию решения о сохранении или прерывании беременности. Следует также отметить, что получение необходимых биологических образцов (с помощью такого метода, как амниоцентез) само по себе сопровождается риском повреждения плода, осложнения или прерывания беременности.

Преимплантационная и пренатальная диагностика по существу представляют собой вмешательство в жизнь человека на самых ранних ее стадиях. Наличие этих процедур заставляет общество спорить о моменте начала человеческой жизни, моральном статусе эмбрионов и допустимости евгеники.

Евгеника – довольно сложное понятие, обозначающее комплекс разнообразных представлений о возможностях и способах улучшения человеческой природы. Термин предложил в 1883 г. британский ученый Ф. Гальтон [5].

Евгеника подразделяется на негативную и позитивную. Негативная – это комплекс мер, препятствующих воспроизводству различных менее полноценных членов общества (преступников, психических больных, умственно отсталых и др.). Позитивная – комплекс мер для увеличения в популяции «наиболее ценных людей» (наиболее одаренных, работоспособных и др.).

Сама по себе евгеника имеет долгую историю и в разные исторические периоды проявлялась как система социально-политических мер или как набор научных идей. До сегодняшнего дня евгеника как проект (который постоянно меняется с развитием общества и его мировоззрения) остается крайне дискуссионной темой.

В отношении преимплантационной и пренатальной диагностики важно то, что здесь мы имеем дело с самыми непосредственными прямыми евгеническими процедурами по генетическим основаниям, что вызывает драматические моральные проблемы и дискуссии. Приведем пример.

Один из наиболее авторитетных мыслителей нашего времени, крупнейший немецкий философ Ю. Хабермас посвятил моральным проблемам генетики специальную работу под названием «Будущее природы человека. На пути к либеральной евгенике?». В этой книге он рассматривает некий возможный сценарий развития общества, при котором могут быть узаконены процедуры генетического тестирования и вмешательства (в частности, преимплантационная диагностика).

По мнению Ю. Хабермаса, это может стать новой евгенической утопией, которая недопустима потому, что при этом будут подорваны этические устои общества, разрушено моральное отношение человека к другим (прежде всего, отношения между поколениями), признание их равными себе. Хабермас категорически не принимает легализацию либеральной евгеники, поскольку в результате люди уже не смогут относиться к самим себе как к этически свободным и морально равным существам.

В итоге эти виды диагностики остаются крайне спорными с моральной точки зрения процедурами, а в такой стране, как Германия, преимплантационная диагностика (так же, как и ЭКО) вообще запрещена.

Генетический скрининг. В отличие от тестирования, проводимого индивидуально, скрининг – это исследование распространенности определенного генетического фактора в некоторой популяции или группе. Скрининг обычно проводится в рамках программ общественного здравоохранения. Хорошо обоснованный скрининг может принести значительную пользу обществу, например скрининг новорожденных на излечимые заболевания. Ярким примером является широко практикуемое обследование новорожденных на фенилкетонурию (которое, кстати, проводится довольно простым методом, не требующим ДНК-диагностики).

Проведение программ скрининга может сопровождаться такими негативными эффектами, как риск постановки ошибочного диагноза (ложноположительный результат), выявление заболевания без возможности его лечения, стигматизация и дискриминация лиц с выявленными заболеваниями или генетическим риском, недобровольность выполняемых процедур, разглашение полученных данных третьим лицам (например, работодателям, страховщикам и т.п.) во вред индивиду и др.

Разработка программ генетического скрининга должна базироваться на оценке их пользы для данной популяции или общества в целом, приемлемости технических характеристик скрининга (сложность, точность и др.), социальных, этических, политических следствий, а также экономической эффективности. Кроме того, участникам программы скрининга должно быть обеспечено соблюдение всех прав пациента, что в том числе должно сопровождаться выполнением надлежащих процедур информированного добровольного согласия.

Генетические биобанки. В современных биомедицинских исследованиях важную роль играют биобанки, которые представляют собой специальные системы хранения биологических образцов (таких как клетки, ткани, органы, генетический материал и др.). Сбор генетических образцов и создание генетических биобанков стали очень популярны среди исследователей непосредственно в связи с успехами расшифровки генома человека. Биобанки используются не только для медицинских нужд: например, ряд стран собирают банки ДНК для криминалистических целей. Существуют также национальные базы генетических данных (например, в Великобритании).

Использование баз данных ДНК для судебных целей. Сегодня все шире используются биобанки ДНК для судебных целей. Лидером в этом отношении является Великобритания, где собраны образцы ДНК от 3,4 млн. человек (6% населения) и 263 923 профиля ДНК, собранных с различных криминальных происшествий. Уже сейчас вероятность того, что профиль ДНК нового криминального случая совпадет с профилем индивида, уже имеющимся в базе, составляет примерно 52% (но сюда, конечно, входит и ДНК жертв и других невиновных людей – участников криминальных случаев).

Там, где есть возможность получить образцы ДНК, доля расследованных преступлений, к примеру, возрастает для домашних краж с 16% (это национальный уровень) до 41%, а для краж из автомобилей – с 8 до 63%. Но в целом только около 0,36% преступлений расследуются с помощью ДНК, и это число остается пока постоянным, несмотря на то, что количество хранящихся профилей все возрастает.

Следует отметить ряд этических проблем, связанных с созданием и использованием биобанков:

- проблема сохранения конфиденциальности информации (в тех случаях, когда можно идентифицировать донора образца);
- проблема неправомерного использования образцов (в том числе для различных немедицинских целей);
- проблема получения согласия на долгосрочное использование образцов;
- вопросы обладания собственностью на образцы и др.

Еще одна проблема состоит в так называемых случайных открытиях, когда при обследовании образцов случайно обнаруживается высокий генетический риск заболевания (в ходе исследования, преследующего другие цели), встает вопрос, следует ли сообщать об этом донору образца.

Для решения этих и других проблем необходимо дальнейшее развитие международного и национального регулирования. Одним из важнейших документов в области сбора, хранения и использования генетического материала является Международная декларация о генетических данных человека (ЮНЕСКО, 2003).

Генная терапия. Совокупность методов, направленных на исправление функционирования генов в человеческом организме, называется **генной терапией**. Она находится на экспериментальной стадии, несмотря на то, что уже накоплен определенный опыт ее применения к человеку.

Генная терапия представляет собой яркий пример разрыва между генетическими знаниями и возможностями применить их к реальной медицинской помощи. Изначально она рассматривалась как революционный по своей эффективности способ лечения заболеваний. Несмотря на первые успехи, которые обнадежили исследователей, сейчас энтузиазм экспериментаторов стал слабее.

Различают соматическую и зародышевую (фетальную) генную терапию. *Соматическая генная терапия* – это воздействие на организм взрослого человека, при котором эффекты вмешательства не передаются по наследству. *Зародышевая терапия* (она находится пока лишь в стадии разработки) является воздействием на эмбрион, при котором генетические видоизменения могут коснуться всех клеток развивающегося организма, а также оказаться наследуемыми следующими поколениями.

На проведение генной терапии в отношении половых клеток пациента действует международный запрет [5,42].

В настоящее время эксперименты по генной терапии на человеке проводятся с большой осторожностью, потому что их результаты могут быть непредсказуемыми. В литературе описано немало успешных случаев применения генной терапии как при наследственной, так и иной патологии.

Однако накопились и отрицательные результаты. Нередко лечебные эффекты от введения в человеческий организм терапевтических генов, оказываются нестойкими: искусственные генные конструкции не функционируют в организме надлежащим, клинически значимым образом. Появились данные и о драматических осложнениях генной терапии. При проведении клинических испытаний отмечены случаи развития лейкемии у пациентов, у которых поначалу, как казалось, наблюдались положительные эффекты^[1].

Широкий общественный резонанс вызвал случай в Пенсильванском университете, когда при введении 18-летнему пациенту Дж. Джелсингеру вирусного носителя, содержащего терапевтические гены, возникла острая иммунная реакция, которая проявилась в системном воспалении и завершилась трагическим исходом. Этот случай стал поводом для детальных разбирательств по поводу действительного положения дел с безопасностью клинических испытаний в области генной терапии. Как выяснилось, эксперимент сопровождался многочисленными нарушениями, начиная уже с процедуры получения информированного согласия.

По итогам расследования случая Джелсингера в США была разработана специальная программа обеспечения безопасности и защиты участников исследований^[2].

В настоящее время эксперименты по генной терапии в развитых странах предварительно проходят серьезное обоснование с привлечением независимых экспертов и представителей общественности. Кроме того, назрела необходимость более детальной и строгой международной регуляции проведения экспериментов по генной терапии.

Таким образом, несмотря на многообещающий характер этого направления медицинских вмешательств, по причине множества проблем и опасностей, связанных с генной терапией, данный метод лечения, по всей видимости, еще не скоро будет развит до уровня клинической практики.

Тема 2. 4 Этико-правовые и морально-психологические проблемы СПИДа

Содержание учебного материала:

1. СПИД: морально-этические проблемы

2. Проблема доступа к экспериментальному лечению

1. СПИД: морально-этические проблемы

Эпидемия и этика. Эпидемия ВИЧ-инфекции и СПИДа оказалась глобальным вызовом для медицинской науки и практики, для организации здравоохранения и в развитых, и в бедных странах, законодательства и биоэтики [7, 52].

Само происхождение этой болезни и ее внезапное появление до сих пор окончательно не изучены наукой. Одна из более или менее обоснованных версий происхождения ВИЧ говорит о том, что он возник в Африке из вируса иммунодефицита обезьян путем серии мутаций.

СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита человека; он выступает завершающей стадией развития ВИЧ-инфекции в организме. Впервые случаи СПИДа были зарегистрированы в 1981 г. в США. Вскоре был выделен и вирус, вызывающий эту патологию. Люди, больные СПИДом, погибают от различных тяжелых заболеваний, которые являются следствием глубоко ослабленного иммунитета.

К 80-м гг. XX в. инфекционные болезни (по крайней мере, в развитых странах) уже не представляли основной угрозы, и прорыв нового, к тому же неизлечимого заболевания, стал полной неожиданностью. Масштабы новой эпидемии поражали воображение. К началу XXI в. ВИЧ-инфекция распространилась по всему миру, т.е. приобрела характер пандемии. Только в США, по различным оценкам, к этому времени насчитывалось около 900 тыс. инфицированных; но наиболее тяжелая ситуация в мире сложилась в странах Африки к югу от Сахары.

Проблемы раннего этапа борьбы со СПИДом. К раннему этапу противодействия СПИДу можно отнести приблизительно первое десятилетие эпидемии, т.е. 80-е гг. XX в. На этом этапе были выявлены основные особенности новой эпидемии и новые глобальные опасности, связанные с этим заболеванием. К основным проблемам данного этапа можно отнести следующие.

1. Необходимость выработки срочных мер противодействия новому заболеванию. Повышенная тревога в обществе из-за неизвестного и неизлечимого заболевания стимулировала активный поиск мер как медицинского (поиск методов диагностики, профилактики, лечения), так и организационного содержания.

2. Осознание специфического характера ВИЧ-инфекции в связи с ее эпидемиологическими особенностями. Было обнаружено, что болезнь передается через биологические жидкости организма. Основные пути передачи – половой, инструментальный (через инъекции и другие медицинские манипуляции), гемотрансфузионный, от беременной или кормящей матери к ребенку; возможно также заражение медработников через контакты с кровью и другими жидкостями ВИЧ-инфицированного человека. Эти особенности говорили о том, что эпидемию, в принципе, можно взять под контроль.

Кроме того, было выявлено, что основными группами риска являются в первую очередь маргинальные слои общества: потребители инъекционных наркотиков; гомосексуальные группы; лица, занимающиеся проституцией. Из всего этого напрашивался вывод о жестких и решительных мерах в отношении основных источников угрозы, как путей передачи, так и распространителей инфекции.

3. СПИДофобия. В итоге дискриминация и стигма стали постоянным спутником новой болезни. ВИЧ-инфицированные воспринимались в обществе крайне негативно. Сложился определенный тип мышления в терминах "виновник – жертва". Маргинальные группы воспринимались без сочувствия, как виновники, несущие

наказание за свой образ жизни. Однако были и невинные жертвы, например дети, заразившиеся от матери, или люди, заразившиеся при переливании крови; но отторгали и их. В обществе сформировался панический страх и неприятие людей, зараженных ВИЧ или больных СПИДом – СПИДофобия. В том числе частыми случаями на раннем этапе эпидемии были акты насилия в отношении ВИЧинфицированных.

4. Проблема обязательного тестирования на ВИЧ. С 1985 г. стали доступны методы диагностики ВИЧ-инфекции в организме человека (тест на антитела). Сразу возникли бурные споры по поводу необходимости обязательного тестирования всех людей или обширных популяций в обществе. Проблемность такой меры была связана также с тем, что выявление ВИЧ-носительства самому индивиду ничего, кроме колоссального морального вреда, не приносило, поскольку каких-либо лечебных средств против ВИЧ по-прежнему не было.

Ситуация стала меняться с 1987 г., когда появился первый антивирусный препарат – азидотимидин (AZT). Это дало основания полагать, что тестирование может принести пользу ВИЧ-инфицированному (в виде раннего начала специфической терапии, а также профилактики сопутствующей патологии). Более того, в 1990-е гг. выяснилось, что AZT также снижает риск передачи инфекции от матери к плоду [42].

Результатом дискуссий, а также новых научных открытий стал своеобразный компромисс в отношении проблемы ВИЧ-тестирования. В обществе стали поощрять и пропагандировать *добровольное* ВИЧ-обследование. Однако во многих странах стали вводить обязательное тестирование для определенных контингентов (например, для беременных и доноров крови). При этом тестирование должно проводиться с тщательным соблюдением прав пациента и, прежде всего, с надлежащим информированием.

5. Этический конфликт между интересами индивида и общества. Появление новой и неизлечимой инфекционной болезни стало фактически вызовом всей сложившейся индивидуалистической системе биоэтики с ее защитой прав пациента, уважением автономии больного, информированным добровольным согласием и др. Возникли специфические проблемы принятия мер по защите интересов общества.

Так, помимо проблемы добровольного (обязательного) тестирования, сюда можно отнести проблемы обязательной регистрации новых случаев ВИЧ, проведения эпидемиологических расследований (по выявлению цепочек контактов), извещения сексуальных партнеров лиц с ВИЧ и др. Все эти меры неминуемо нарушали индивидуальные права и свободы.

Учитывая особенности эпидемии ВИЧ, в том числе довольно большое количество инфицированных, а также длительный бессимптомный характер течения болезни, стало все более осознаваться, что массовые принудительные меры могли привести к обширным нарушениям прав человека в современном обществе. И кроме того, оставалось неочевидным, что такие принудительные меры могли бы принести чисто эпидемиологическую пользу, еще более дискриминируя определенные группы общества и усиливая СПИДофобию.

На раннем этапе проходило много дискуссий о необходимости таких мер, в конечном счете они тоже привели к компромиссным решениям (с разными деталями в разных странах). Многие вопросы остаются еще нерешенными, но в целом представления стали сдвигаться в пользу защиты прав ВИЧ-инфицированных лиц.

Защита прав ВИЧ-инфицированных. Уже на раннем этапе борьбы с ВИЧ-инфекцией на фоне продолжающихся дискуссий стала осознаваться важность защиты прав ВИЧ-инфицированных. Усиление дискриминации, применение принудительных мер не только не смогут преодолеть эпидемию, но загонят ее вглубь, что только осложнит решение данной проблемы. Важную роль в осознании этого сыграла в том числе активность правозащитных организаций и общественных движений в защиту прав ВИЧ-инфицированных. На изменение отношения общественности к проблеме ВИЧ повлияли в некоторых странах также трагические истории известных людей (писателей, музыкантов и др.), ставших жертвами новой болезни [42,52] .

Постепенно приходит широкое понимание того, что ВИЧ-инфицированные тоже являются людьми и, независимо от причин заражения и образа жизни, они нуждаются в поддержке общества и соблюдении их законных прав.

На международном и национальном уровнях принимаются важнейшие документы, направленные на недопущение дискриминации и защиту прав и интересов ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. Одним из важнейших документов в этой области являются Международные руководящие принципы «ВИЧ/СПИД и права человека» (Управление Верховного комиссара по правам человека и Объединенная программа ООН по ВИЧ (СПИД) (ЮНЭЙДС), 1996, последняя редакция 2006 г.). В этом документе рекомендованы необходимые системные меры, которые должны принять государства для защиты прав лиц с ВИЧ (СПИДом).

Один из главных выводов, включенных в текст Международных принципов, состоит в следующем. Интересы здоровья общества не вступают в противоречие с индивидуальными правами человека в связи с проблемой ВИЧ. Наоборот, есть убедительные основания полагать, что, когда права человека защищены, инфицируется меньшее количество людей, а сами ВИЧ-инфицированные, больные СПИДом и их семьи лучше справляются с трудностями, связанными с этой инфекцией.

ВИЧ-инфицированные не должны быть отторгнутой и изолированной популяцией в обществе. Они имеют право на уважительное отношение, соблюдение всех прав пациента, а также доступ к медицинской помощи.

Тестирование на ВИЧ-инфекцию должно проводиться добровольно, за исключением четко определенных законом случаев. При добровольном исследовании также возможно, по желанию клиента, анонимное тестирование.

Тестирование совершается при надлежащем информировании до и после процедуры. В частности, при выявлении ВИЧ-инфекции клиенту сообщается о возможностях повторного тестирования (поскольку возможны ошибки), гарантиях соблюдения прав ВИЧ-инфицированного, особенностях течения заболевания без лечения и при лечении, а также необходимости исключить дальнейшее распространение ВИЧ-инфекции.

Недопустимо необоснованное ограничение прав ВИЧ-инфицированных, в том числе дискриминационного характера: увольнение с работы либо отказ в приеме на работу, отказ от медицинской помощи, в приеме в образовательные учреждения и т.п.

Учитывая стигматизирующий характер ВИЧ, необходимо строго соблюдать правило конфиденциальности в отношении ВИЧ-инфицированных и принимать надлежащие меры к неразглашению конфиденциальной информации. В тех случаях, когда данные о пациенте передаются в другие учреждения и органы (например, для регистрации), пациента следует известить об этом, а также о гарантиях неразглашения информации третьим лицам. Соответственно, в медицинских информационных системах необходимо применять надлежащие меры по защите персональных данных пациентов.

Отдельной проблемой является доступ ВИЧ-инфицированных к качественному медицинскому лечению. Уже к середине 1990-х гг. количество препаратов для сдерживания ВИЧ-инфекции расширилось, и к концу XX в. были разработаны и внедрены в практику схемы комбинаторной терапии ВИЧ – высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ). Эти методы позволили сдерживать развитие ВИЧ-инфекции в организме и увеличивать продолжительность и качество жизни пациентов. Однако такое лечение остается слишком дорогим, государственные программы обеспечения препаратами не могут охватить всех нуждающихся, так что эта острая проблема остается открытой.

Конечно, у ВИЧ-инфицированных имеются не только права, но и обязанности. Главная их обязанность – не допускать дальнейшего распространения инфекции в связи с их состоянием. В частности, при выявлении ВИЧ-инфекции индивида должны предупредить об ответственности за создание опасности заражения либо заражение другого лица, а также проконсультировать о необходимых мерах предосторожности. Но в целом обеспечение ответственного поведения ВИЧ-инфицированных – это задача не только медицинских работников, но и общественного здравоохранения, для чего необходимы комплексные программы для широкой общественности и специально для ВИЧ-инфицированных по формированию ответственного поведения для противодействия эпидемии ВИЧ.

2. Проблема доступа к экспериментальному лечению

Эпидемия ВИЧ повлияла и на нормы исследовательской биоэтики. Если до этого основная этическая задача состояла в защите людей от испытаний на них непроверенных препаратов, то уже в 1980-е гг. появились правозащитные движения за право ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом на участие в исследованиях и ускоренный доступ к новому экспериментальному лечению. Это было связано с первыми сообщениями об антивирусном эффекте азидотимидина. Требования активистов из объединений ВИЧ-инфицированных людей сопровождалось переговорами с официальными кругами, лоббированием, публичными демонстрациями и другими акциями.

ВИЧ-инфицированные настаивали на том, что у неизлечимо больных имеются особые права из-за специфики своего состояния. У них есть *право на риск* в их ситуации, и им некогда ждать, когда будет одобрено новое лекарство, поскольку обычные процедуры такого лицензирования слишком длительны.

В итоге в США пришлось ввести такие новые механизмы, как «расширенный доступ» и «ускоренное одобрение». Благодаря этим мерам множество пациентов, не включенных в исследования, получили экспериментальные препараты. Изменение правил одобрения привело к тому, что уже к 1992 г. были беспрецедентно быстро разрешены к использованию антивирусные препараты нового поколения – диданозин и зальцитабин.

Много внимания ассоциации ВИЧ-инфицированных людей уделили активизации дальнейших научных исследований по проблеме ВИЧ и СПИДа и расширению возможности для больных стать их участниками. Это говорит также об определенном изменении взаимоотношений медицины и общества, об активном воздействии общества и его отдельных групп на научные исследования и политику создания новых лекарств. Эта проблема, вероятно, будет появляться также в связи с потребностями других уязвимых групп.

Этические проблемы в связи с профессиональным риском медработников. Медицинские учреждения являются одним из источников опасности заражения ВИЧ-инфекцией. Медработники, контактируя с пациентами (которые потенциально могут быть ВИЧ-инфицированными), оказываются, таким образом, в области

профессионального риска. В настоящее время выяснено, что риск для медработника заразиться при выполнении медицинских процедур (например, случайно поранившись во время операции, получив прямой контакт с кровью пациента и т.п.) не очень велик (по сравнению с другими путями заражения), но все же он имеется. СПИД-фобия не могла не коснуться медработников (и их вполне можно понять). Тем не менее врач не имеет морального права отказывать в помощи ВИЧ-инфицированному [42,52].

В целом проблема обеспечения надежной защиты медработников от профессионального риска в ходе оказания помощи ВИЧ-инфицированным еще не решена. Однако строгое соблюдение всех правил безопасности в любом случае необходимо для избежания заражения не только ВИЧ, но и другими серьезными инфекционными болезнями (например, гепатитом).

Это же касается и профессиональных обязанностей медработников по недопущению заражения других пациентов – при выполнении переливаний крови, операций, инъекций и т.п. Все эти обязанности имели важнейшее значение и раньше, но в эпоху эпидемии ВИЧ приобрели особую актуальность.

Еще одна проблема – нередкое сокрытие ВИЧ-инфицированными своего ВИЧ-статуса в медицинских учреждениях. Медработники (в большинстве случаев) не имеют законных средств обязать пациента раскрыть свой ВИЧ-статус или пройти обследование. Поэтому технические меры профилактики и безопасности остаются здесь главным средством.

Есть также очень сложная проблема в отношении ВИЧ-инфицированных медработников. Что делать медработникам в случае заражения ВИЧ, продолжать ли им дальше свою профессиональную деятельность или осваивать другую профессию? Это прежде всего касается тех видов деятельности, которые предполагают выполнение инвазивных процедур (хирургия, стоматология и др.).

Для медработника этичным было бы информировать пациентов о своем ВИЧ-статусе и предлагать им выбор. Однако, с учетом общественных страхов, это может привести к нежелательной огласке, причинению психотравмы пациентам, а также к дискриминации самого медработника. В этической литературе имеются разные точки зрения по этому поводу, и проблема все еще далека от решения.

Уроки эпидемии ВИЧ. Социальная солидарность и взаимопомощь. Прогресс в области медицинских технологий и организационных мероприятий привели к тому, что за период развития эпидемии ВИЧ многое изменилось в положительную сторону. Были преодолены многие страхи, предрассудки и мифы в отношении ВИЧ (СПИДа) – они если и не исчезли, то перестали быть влиятельными факторами.

Стало ясно, что ВИЧ-инфицированные могут вести полноценную жизнь, быть сознательными и ответственными членами общества, не несут такой опасности, как это казалось в первые десятилетия эпидемии. Новые методы терапии позволили значительно увеличить продолжительность и качество жизни среди ВИЧ-инфицированных.

Сейчас ВОЗ рекомендует использовать термин ЛЖВ (лица, живущие с ВИЧ), поскольку это больше отражает нынешние реалии. «Больной СПИДом» – это сугубо медицинское понятие, которое отражает только заключительные стадии ВИЧ. Не следует также больше воспринимать ЛЖВ в терминах «виновник» или «жертва», так как это совершенно ничего не дает для улучшения ситуации. С помощью многих мероприятий (общественного здравоохранения, общественных движений и др.) были достигнуты заметные успехи в преодолении дискриминации и стигмы в отношении ЛЖВ.

Эпидемия ВИЧ – это проблема не столько сугубо медицинская, сколько комплексная: она включает аспекты политические, социальные, экономические, организационные, правовые, культурные и др. Это проблема общества в целом.

Выяснилось, что общество вполне способно контролировать и сдерживать ВИЧ. Об это свидетельствует ряд успешных программ и стратегий, реализованных в разных странах. Повысилась осведомленность общества в вопросах профилактики заражения ВИЧ. Распространение эпидемии в последние годы замедлилось; хотя, конечно, говорить об облегчении еще очень рано.

Еще один вывод: более эффективными являются не принудительные меры, а комплексные программы, основанные на добровольности, сотрудничестве и доверии, включающие специалистов, волонтеров, широкую общественность, а также ЛЖВ. Важную роль сыграло привлечение самих ЛЖВ и больных СПИДом к различным программам помощи для повышения эффективности и прозрачности действий. В том числе значителен вклад самих ЛЖВ в помощь другим лицам с аналогичным состоянием.

Но огромное множество проблем остается нерешенными (этических, правовых, социальных, экономических, научно-медицинских и др.). Одна из самых острых проблем – сохраняющееся резкое неравенство в глобальном распределении бремени эпидемии, поскольку достигнутые успехи отражают картину в основном лишь в развитых странах. Поэтому фундаментальной этической задачей является организация помощи бедным и наиболее страдающим от ВИЧ странам со стороны развитых стран.

Наступление ВИЧ (СПИДа) ярко высветило ряд специфических проблем биоэтики в области борьбы с эпидемиями. Сходные вопросы возникают и по поводу таких инфекционных заболеваний, как туберкулез, гепатит, новых вирусных эпидемий (например, лихорадки Эбола). Там тоже имеются проблемы дискриминации по статусу здоровья, стигматизации, применения принудительных мер или ограничений в правах. Фундаментальную роль играет конфликт между интересами личности (ее правами и свободами) и интересами охраны здоровья общества. Уроки борьбы с ВИЧ (СПИДом) должны помочь обществу в решении этих проблем «эпидемии и этики».

Тема 2.5 Этико-юридические проблемы трансплантологии и медико-биологических экспериментов

Содержание учебного материала:

1. Моральные проблемы трансплантации органов и тканей
2. Морально-этические проблемы биомедицинских исследований на человеке

1. Моральные проблемы трансплантации органов и тканей

Развитие трансплантологии чрезвычайно расширило возможности медицины и спасло жизни многим людям. Ключевым событием для рождения современной трансплантологии считается 1967 г., когда южноафриканский врач Кристиан Бернارد произвел первую в мире успешную пересадку сердца человеку. После этого трансплантология вступила в эпоху стремительного развития, освоив множество сложных операций и новые возможности сопутствующей иммунологической терапии (с введением в практику иммуносупрессоров с начала 1980-х гг.). Сегодня в мире производятся десятки тысяч операций по пересадке органов. Новейшие достижения трансплантологии связаны с успешной пересадкой уже целых комплексов органов и тканей.

Однако прогресс трансплантационной медицины сопровождается ростом правовых и этических проблем, для решения которых требуются совместные усилия специалистов в области медицины, биологии, права, этики и других дисциплин.

К основным этическим и правовым проблемам трансплантологии следует отнести проблемы:

- определения момента смерти человека;
- изъятия донорского материала (у живого донора или трупа);
- торговли человеческими органами и тканями;
- распределения дефицитных ресурсов (донорских органов и тканей);
- ксенотрансплантации и др.

Проблема определения смерти человека в трансплантологии. Изъятие здоровых органов у человека, у которого диагностирована смерть мозга, представляет собой серьезную проблему, смысл которой состоит в необходимости исключить как ошибки в определении смерти, так и различные злоупотребления.

Как говорилось в прошлом параграфе, по российскому законодательству, диагноз смерти мозга в медицинском учреждении может проводиться только консилиумом, в состав которого входит не менее трех специалистов, включая реаниматолога и невролога с соответствующим опытом работы. Определение смерти мозга проводится путем поочередно выполняемой серии специальных тестов.

Кроме того, для обеспечения объективности и предотвращения конфликта интересов при постановке диагноза смерти мозга медицинские работники не должны быть непосредственно связаны с пересадкой органов. Согласно закону Российской Федерации от 22 декабря 1992 г. № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека», в диагностике смерти в случае предполагаемого использования органов запрещено участие трансплантологов и членов бригад, обеспечивающих деятельность донорской службы и оплачиваемых ею (ст. 9).

Проблемы изъятия донорского материала. В зависимости от того, идет ли речь о заборе органов у живого донора или от умершего организма, эти проблемы различаются.

Прижизненное изъятие органов должно базироваться на следующих двух основных этических принципах [5]:

- 1) минимизация вреда, причиняемого донору;
- 2) добровольное и информированное донорство.

Важность первого принципа обусловлена тем, что в данном случае осуществляемое в отношении донора медицинское вмешательство не только не несет ему никакого блага, но причиняет определенный вред здоровью. Помимо риска, связанного с самой операцией, возможен вред, связанный с лишением органа (когда, например, речь идет о прижизненной пересадке почки). Поэтому необходимо тщательно оценить целесообразность такой операции и ее допустимость с точки зрения здоровья донора.

По российскому законодательству, забор материала у живого донора производится только при отсутствии альтернативных методов лечения, эффективность которых сопоставима с эффективностью пересадки органов или тканей. Условием для забора органов должно быть всестороннее медицинское обследование донора и наличие заключения консилиума специалистов о возможности изъятия у него органов или тканей. Изъятие органов у несовершеннолетнего не допускается (за исключением пересадки костного мозга) (ст. 11 закона РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека»).

У живого донора допускается изъятие только парного органа, части органа или ткани, лишение которых не повлечет необратимого расстройства здоровья (ст. 13

закона РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека»). Как правило, от живых доноров чаще всего пересаживают почки, долю печени и ткани костного мозга.

Донорство должно осуществляться свободно, добровольно, сознательно, недопустимы какие-либо принуждения. Согласие донора означает, что он предупрежден о возможных осложнениях в связи с данным вмешательством и письменно подтверждает свое согласие.

Не допускается изъятие материала у лиц, которые находятся в служебной или иной зависимости от реципиента (ст. 6 закона РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека»).

Вместе с тем врачи должны заботиться также о благе реципиента, поэтому существуют ограничения на круг живых доноров. По действующему закону, донор должен находиться с реципиентом в генетической связи, за исключением случаев пересадки костного мозга (ст. 11 закона РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека»). Изъятие органов не допускается, если донор страдает заболеванием, представляющим опасность для жизни и здоровья реципиента (ст. 6 закона РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека»).

В отношении изъятия донорского материала от трупа возникает вопрос о необходимости получения согласия распоряжаться телом умершего человека. Выделяют две основные модели распоряжения телом умершего: модель презумпции согласия и модель презумпции несогласия (или испрошенного согласия).

Первая модель предполагает, что если человек при жизни не запретил пересадки своих органов или тканей при жизни, то он автоматически «согласен» на изъятие материала после смерти. В противном случае его родственники (законные представители) должны заявить о своем несогласии на забор его органов (тканей).

В соответствии со второй моделью забор материала проводится только в том случае, если при жизни человек явно заявлял о своем согласии на изъятие органа, либо родственники четко выражают согласие на изъятие (в случае, когда умерший не оставил такого заявления). Иными словами, без явно выраженного согласия запрещено изымать органы умершего человека.

Первая модель – презумпция согласия – действует в нашей стране (ст. 8 закона РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека») и в некоторых других странах (Финляндии, Польше и др.). Вторая модель – презумпция несогласия – принята в США, Канаде, Германии, Нидерландах и др. Существуют и промежуточные модели, пытающиеся совместить некоторые черты обеих вышеназванных.

Сравнивая модели презумпции согласия и презумпции несогласия, прежде всего, следует отметить, что эти модели основаны на разных этических системах.

Презумпция согласия основана на коллективистской системе ценностей, согласно которой общество должно основываться на принципах взаимопомощи и взаимной заботы. По еще одна предпосылка презумпции согласия состоит в том, что человек после смерти не властен над своим телом, так что общество может распоряжаться его органами. Презумпция несогласия в большей степени защищает индивидуалистические ценности: автономию личности, ее право на самоопределение, в том числе на распоряжение собственным телом после окончания жизни.

Обе модели имеют свои достоинства и недостатки, которые противоположны друг другу в каждой из моделей.

Презумпция согласия обеспечивает большее количество материала для пересадки (что очень хорошо с точки зрения потребностей системы здравоохранения), а также проста с процедурной точки зрения, так как здесь не нужно получать согласия от родных умершего человека или устанавливать, какова была его прижизненная воля. Один из основных недостатков состоит в том, что облегченная процедура изъятия

органов может способствовать различным злоупотреблениям (например, теневой торговле органами).

Презумпция несогласия привлекательна тем, что защищает фундаментальное право человека на распоряжение своим телом, а также снижает возможности злоупотреблений. Основные недостатки – потенциально меньшее количество органов для пересадки, более сложные процедурные аспекты (таблица 3).

В настоящее время проблема оптимальной модели, регулирующей забор органов, остается открытой и продолжает обсуждаться. Существует также много этических и технических вопросов, как наилучшим образом реализовать ту или иную конкретную модель.

Таблица 3 – Сравнение двух основных моделей посмертного изъятия органов

Название модели	Смысл	Система ценностей	Достоинства	Недостатки
Презумпция согласия (<i>opt-out</i>)	Несогласие на изъятие (отказ) должно быть выражено в явном виде	В большей мере коллективистская	Процедурно проще, больше материала для пересадок	Меньше противостоит злоупотреблениям, не защищает в должной мере право человека на распоряжение своим телом
Презумпция несогласия (<i>opt-in</i>)	Согласие на изъятие должно быть выражено в явном виде	В большей мере индивидуалистическая	Защищает право человека на распоряжение своим телом, противодействует злоупотреблениям	Процедурно сложнее, меньше материала для пересадок

Проблемы распределения донорского материала. Трансплантационная медицина сталкивается с постоянной проблемой острой нехватки донорских органов. По имеющимся оценкам, в развитых странах для пациентов до 65 лет потребность в донорском материале удовлетворена только на 5–6%, причем эта потребность непрерывно растет.

Дефицит донорских органов, разрыв между количеством нуждающихся и числом выполненных пересадок продолжает драматически увеличиваться

В этих условиях особенно напряженной становится проблема справедливого распределения донорских органов. Поскольку донорского материала намного меньше, чем его требуется, то очевидно, что оптимальное решение этого вопроса невозможно технически.

Исходным этическим принципом распределения донорского материала (но, правда, принцип этот имеет, скорее, негативный, запрещающий характер) является следующий. Отбор реципиентов для пересадки не должен проводиться на основе каких-то социальных привилегий или их экономического статуса (способности оплатить трансплантацию). Все нуждающиеся должны иметь равные права.

На практике приоритетным критерием выступает иммунологическая совместимость донора и реципиента, поскольку именно от этого в первую очередь зависит польза пересадки. Для решения этого вопроса имеются специальные базы данных по трансплантологии и процедуры проверки на биологическую совместимость.

Еще один критерий – очередность. Критерий не самый лучший, но позволяющий как-то упорядочить отбор реципиентов. Для этого используют специальные листы ожидания, в которые включены потенциальные реципиенты. Кроме того, следует учитывать такой критерий, как тяжесть состояния (условно говоря, это оценка, кто

может ждать дольше, кто – не может). В некоторых ситуациях учитывается также время доставки органа к месту проведения операции (так как время между изъятием органа и его пересадкой, как правило, очень ограничено).

В итоге решения принимаются на основе совокупности этих критериев и с учетом обстоятельств той или иной ситуации. Конечный выбор также зависит от особенностей национального регулирования, так как оно отличается в разных странах. В целом проблема распределения донорских органов остается весьма драматичной по причине дефицита материала, организационных проблем самой трансплантационной практики, а также из-за сложности обсуждения этических аспектов понятия справедливости как таковой. Поэтому продолжаются постоянные обсуждения и поиск различных механизмов и форм распределения в трансплантационной медицине.

Проблема торговли человеческими органами и тканями. Эта проблема является продолжением и следствием проблемы острого дефицита донорского материала. Международные документы запрещают продажу органов для пересадки. В частности, об этом говорят Декларация ВМА о трансплантации человеческих органов (1987) и Конвенция СЕ о правах человека и биомедицине (1997) (ст. 21).

Запрет на торговлю человеческими органами связан со многими причинами, прежде всего с опасностями развития криминального бизнеса (в том числе связанного с такими преступлениями, как похищение людей, убийства, работорговля, принуждение к изъятию органов и т.п.). Есть и фундаментальная этическая причина запрета коммерциализации пересадок органов – тело человека не должно становиться объектом купли-продажи, так как это пагубно скажется на самих устоях общества и отношениях людей между собой.

Между тем черный рынок донорского материала действительно существует. Предложение этого рынка создают как добровольцы, продающие свои органы (чаще всего это почки), так и преступные организации, занимающиеся насильственным изъятием органов у своих жертв. Этот подпольный рынок имеет огромный оборот, весьма прибылен, и бороться с ним как на национальном, так и на международном уровне, очень сложно. В итоге теневой бизнес приобрел трансграничный характер и создал сеть преступных структур, с помощью которых по криминальным каналам циркулируют части человеческого тела (от бедных стран и социальных слоев к богатым покупателям), закрепляя глобальную несправедливость [42,52].

Конечно, купля-продажа органов запрещена не только этическими документами, но и законом, на чем основываются правоохранные меры по борьбе с этим уродливым явлением. В нашей стране предусмотрено уголовное наказание за преступления, связанные с криминальными трансплантациями (за принуждение к изъятию органов и тканей человека для трансплантации и т.п.).

Однако простой запрет на торговлю органами не решает проблему, поскольку имеются объективные предпосылки для становления этого теневого бизнеса (в том числе обнищание целых регионов, слабость международных правоохранных институтов и др.). Сложность решения этой проблемы даже заставляет некоторых экспертов высказываться в пользу частичной легализации уже существующего рынка органов или хотя бы искать какие-то замены ему, например различные формы материальной компенсации добровольцам, жертвующим свои органы в законном порядке.

Новая проблема трансплантологии: маргинальные органы. Дефицит донорских органов привел к тому, что для пересадки с недавнего времени стали использовать маргинальные органы (от лат. *margo* – край, граница), т.е. органы, которые не подпадают под общепринятые критерии пригодности. Для них применяются так называемые расширительные критерии. Маргинальными считаются органы, взятые у умершего донора старше 60 лет либо у донора более 50 лет, страдавшего при жизни инсультом, гипертонией или нарушенным функционированием почек. Это позволяет несколько уменьшить остроту проблемы дефицита донорских органов, но поднимает ряд новых моральных проблем.

Прежде всего, следует ожидать, что при пересадке маргинального органа уменьшается полезность трансплантации. Кроме того, может прямо возрасти риск, если, например, пересаженная почка имела расстройства функционирования уже при жизни донора. Таким образом, пациент подвергается сложной операции с не очень понятной ожидаемой пользой, что влияет на соотношение блага и риска в неопределенную сторону и противоречит принципам «делай благо» и «не навреди».

Обостряется также проблема информирования реципиента: стоит ли информировать его о маргинальной пересадке, во всех ли случаях информировать и как информировать. Сообщая пациенту о маргинальной трансплантации, мы можем спровоцировать у него серьезный стресс, но и скрывать информацию – тоже является проблематичным с точки зрения общепринятых биоэтических представлений. Кроме того, мы ставим пациента перед сложным выбором (соглашаться или нет), тем более в той ситуации, когда других альтернатив для пересадки может не появиться в обозримом будущем.

Еще одна проблема – если у трансплантологов есть выбор, то кому пересаживать нормальные, а кому маргинальные органы? В основном хирурги придерживаются следующего правила: маргинальные органы пересаживают менее тяжелым больным, а наиболее здоровые – самым тяжелобольным. Но это тоже довольно спорное решение с точки зрения принципа справедливости. Получается, что при распределении органов более здоровый жертвует своим здоровьем в пользу более тяжелобольного и получает менее качественный орган. Существует и противоположное мнение: маргинальные органы следует пересаживать более тяжелым пациентам, а нормальные – более здоровым.

В целом, маргинальная трансплантология – пока недостаточно изученная область исследований; не хватает надежных данных о том, насколько хуже пересадка маргинальных органов по сравнению с нормальными, насколько снижается качество жизни или выживаемость при таких трансплантациях.

В итоге проблема маргинальных органов оказывается еще одной открытой областью научно-медицинских и биоэтических поисков.

Ксенотрансплантация. Пересадка органов между разными биологическими видами называется **ксенотрансплантацией**. В медицине под этим термином понимается пересадка органов и тканей от животного к человеку. Проблему дефицита органов, а также ряд других проблем развития трансплантологии (например, технические и этические сложности забора человеческих органов) можно было бы решить за счет освоения новой области – пересадки органов от животных.

Из немногих проведенных на человеке экспериментов по пересадке целых органов животных пока что опыт имеется только негативный: пересаженный орган живет очень недолго (от нескольких дней до недель).

Случай Бэби Фэй. В медицинском центре университета Лома Линда (Калифорния) 26 октября 1984 г. новорожденной девочке была произведена первая в мире ксенотрансплантация – пересадка сердца бабуина. Сама девочка имела тяжелый

врожденный дефект сердца: так называемый гипопластический синдром левых отделов сердца (при котором отсутствует фактически половина сердца). У этого оперативного вмешательства с самого начала не было шансов на успех. Жизнь новорожденной искусственно поддерживалась множеством медицинских манипуляций: внутривенным питанием, введением гормонов, подключением к аппарату искусственного дыхания, подавлением иммунной реакции отторжения, стимуляцией сердечной деятельности и др.

Тем не менее средства массовой информации широко рекламировали этот эксперимент и преподносили его как великий прорыв в медицине. Средства, затраченные на эксперимент над новорожденной, были колоссальными. Девочка смогла прожить с пересаженным сердцем только 21 день.

Этот случай вызвал бурные этические и правовые дискуссии специалистов и широкой общественности. Был выявлен ряд неприглядных деталей в организации самого эксперимента. До сих пор этот случай поднимает вопросы о том, насколько уместно ставить рискованные и авантюрные эксперименты над людьми, оправдывая их научными целями.

На сегодняшний день в области ксенотрансплантации эксперименты ведутся прежде всего в отношении пересадки человеку клеток и тканей для лечения тех или иных заболеваний.

Основные ксенотрансплантационные проблемы биологического и технического характера: развитие острого иммунологического конфликта; возможность заражения зоовирусами; необходимость массовых поставок животных для изъятия органов и тканей. Высшие приматы, хотя и являются близкими биологическими родственниками человека, не подходят для этих целей по ряду причин.

Наиболее перспективным донором считаются свиньи, которые имеют близкий человеку генотип и анатомическое строение и давно используются в животноводстве. Надежды возлагают на так называемых трансгенных свиней, которым пересажен ген человека; у таких свиней ткани более совместимы с человеческими, менее подвержены иммунному отторжению. Высказываются мнения, что такие исследования имеют большое будущее. Имеются также данные о результатах успешного введения клеток свиней человеку при некоторых заболеваниях, например при сахарном диабете.

Даже если предположить, что могут быть решены все проблемы биологического и технического характера, то остается ряд этических трудностей.

Прежде всего, возникает вопрос о допустимости и границах перепроектирования человеческого тела, так как есть опасность нарушения человеческой идентичности и целостности организма после пересадок биоматериала животных.

В частности, здесь действует тот же аргумент скользкого склона: практика ксенотрансплантации может стать со временем все более массовой, так что человеческое тело одного и того же индивида может в принципе заменяться все большим числом органов и тканей животного. Результаты такой далеко идущей переделки человеческого организма совершенно неопределенны с моральной и культурной точки зрения.

Аргументы против ксенотрансплантаций высказывают также сторонники защиты прав животных, ведь развитие ксенотрансплантологии должно дать поистине неиссякаемый источник биологического сырья. Тем самым возникает новая область эксплуатации животных и новая отрасль их массового потребления.

Пока очень трудно прогнозировать, как успехи ксенотрансплантаций скажутся на состоянии общества, его самовосприятии, отношении к окружающей среде и т.п.

Международное сообщество, в том числе в лице влиятельных медицинских организаций, призывает к осторожности и строгому контролю за проводимыми исследованиями в области ксенотрансплантаций.

Из международных документов в области ксенотрансплантаций: Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения настоятельно призывает государства-члены:

1) разрешать ксеногенную трансплантацию только в том случае, если существуют эффективные национальные механизмы нормативного регулирования и надзора, контролируемые национальными органами здравоохранения;

2) сотрудничать в разработке рекомендаций и руководящих принципов в целях гармонизации практики во всем мире, включая защитные меры, соответствующие принятым в международном плане научным стандартам, для предупреждения риска потенциальной вторичной передачи любого ксеногенного инфекционного агента, который может инфицировать реципиентов ксеногенных трансплантатов или ближайшее окружение реципиентов, в особенности за пределами национальных границ;

3) поддерживать международное сотрудничество и координацию в целях предупреждения и эпиднадзора за инфекциями, возникающими в результате ксеногенной трансплантации (из резолюции WHA57.18 Всемирной ассамблеи здравоохранения, 2004).

Разумеется, после первых убедительных успехов ксенотрансплантологии понадобятся и хорошо обоснованные этические рекомендации и документы.

В завершение обзора этических вопросов трансплантации следует заметить, что проблема дефицита донорских органов и тканей остается очень острой в современной медицине, что побуждает искать новые пути ее решения (Таблица 4).

Таблица 4 – Возможные пути решения проблемы дефицита донорских органов и тканей

Путь решения	Способ решения
Пересадка человеческих органов и тканей	Различные способы поощрения донорства (легализация хорошо контролируемого рынка органов и др.)
	Расширение критериев пригодности для донорских органов («маргинальные органы»)
Альтернативные решения	Ксенотрансплантация (пересадки от животных)
	Стимуляция регенерации (восстановления) органов самого пациента
	Замена искусственными или комбинированными (биомеханическими) органами
	Выращивание органов вне человеческого тела (биотканевая инженерия)
	Другие экспериментальные способы

2. Морально-этические проблемы биомедицинских исследований на человеке

История экспериментирования на человеке. Об экспериментировании на людях в древние времена известно мало. Например, имеются сведения, что в Древнем Египте разрешалось проводить исследования на осужденных преступниках, а представитель александрийской науки Эрасистрат (около 300–262 до н.э.) экспериментировал на рабах. Но следует учесть, что экспериментирование как осознанный научный метод появилось гораздо позже – только с начала Нового времени (конец XVI–XVII в.) [42,52].

Один из первых клинических экспериментов в истории медицины поставил в XVI в. знаменитый французский хирург Амбруаз Маре (1510–1590). Но курьезно то, что этот эксперимент состоялся случайно, сам по себе. В то время полагали, что огнестрельные раны надо прижигать кипящей смолой, дабы уничтожить «пороховой

яд». Во время одного из сражений у А. Паре закончилась смола, и он просто применил чистую повязку. На следующий день он обнаружил лучшее состояние по-новому обработанных ран по сравнению с теми воспаленными и болезненными ранами, которые были обожжены смолой. Но, конечно, до появления методологии сравнения контрольной и экспериментальной групп было еще очень далеко.

В эпоху Нового времени известный английский философ Ф. Бэкон выступает за научное обоснование медицинской практики. Он критикует бездоказательность лечебных методов (из-за чего шарлатаны, например, могут приобретать ничем не оправданную славу и почет). Но при этом Бэкон признает трудности развития экспериментирования на человеке из-за моральных соображений.

В 1754 г. врач британского флота Дж. Линд провел специальное исследование, взяв несколько групп моряков, больных цингой, и назначив каждой разное питание. Результаты были убедительны: только в той группе, где больные получали цитрусовые, наступило выздоровление, тогда как состояние других больных оставалось тяжелым. Этим была доказана связь между режимом питания и здоровьем (хотя витамины тогда еще не были известны). Впоследствии применение цитрусовых вошло в обязательную практику профилактики и лечения цинги.

Первым экспериментом, оказавшим большое влияние на медицинскую науку и практику, было исследование английского врача Эдварда Дженнера (1749–1823), основоположника вакцинации. Дженнер заметил, что сельские доярки часто болеют коровьей оспой, но их болезнь протекает легко, а затем у них появляется невосприимчивость и к человеческой оспе. В 1796 г. Дженнер провел эксперимент на мальчишке, введя ему материал из пузырька больной коровьей оспой. Когда позже мальчишке была проведена прививка натуральной оспы, заболевание не развилось. Дженнер повторил опыты на себе и других людях. Вакцинацию стали применять в европейских странах, и в последующем оспа пошла на убыль.

В течение XIX в. практика экспериментирования расширяется; имеется немало случаев постановки экспериментов врачей на самих себе или своих родственниках.

Немецкий терапевт И. Йорг (1779–1856) испытывал на себе 17 различных лекарств в меняющихся дозировках, чтобы оценить их воздействие на организм. Отечественный врач-инфекционист Г. Н. Минх (1836–1896) прививками на самом себе доказал, что кровь больных возвратным тифом является источником заражения. Знаменитый немецкий хирург Вернер Фореман (1904–1979), лауреат Нобелевской премии, разработал метод катетеризации сердца и в 1929 г. испытал его на себе, чтобы доказать его безопасность: он самостоятельно ввел себе катетер через локтевую вену в правое предсердие.

Основоположник экспериментальной медицины великий французский ученый Клод Бернар (1813–1878) в своих работах поднимает вопросы моральной приемлемости экспериментирования на людях и приходит к выводу, что подвергать людей риску аморально и потребностями научного прогресса нельзя оправдать насилие над благополучием отдельно взятого человека.

Современный этап. Рубежным событием для формирования этики медицинских исследований стал судебный процесс над нацистскими врачами (1946–1947). В ходе международного судебного расследования было вскрыто множество фактов постановки преступных экспериментов над заключенными концентрационных лагерей: умышленное заражение смертоносными инфекциями, погружение людей в ледяную воду, лишение кислорода, воздействия отравляющими газами и др.

Одним из результатов судебного расследования стала разработка положений Нюрнбергского кодекса (1947), в котором впервые были сформулированы

международные этические принципы проведения медицинских исследований на человеке.

На первое место в Кодексе был помещен принцип добровольного согласия субъекта. Лица, проводящие эксперимент, получали личную обязанность гарантировать качество информированного согласия. Кодекс устанавливал также необходимость надежной защиты субъектов исследований от причинения вреда, физических и психических страданий.

Тем не менее Кодекс далеко не сразу стал руководящим документом для проводимых в различных странах исследований на человеке.

В США ситуация стала меняться после выхода в свет в 1966 г. статьи Г. Бичера «Этика и клинические исследования». Генри Бичер – известный американский анестезиолог, физиолог, хирург. В своей статье он привел 22 примера исследований, проводимых с явным риском для жизни и здоровья испытуемых, причем без информирования их об опасностях эксперимента. В частности, это были случаи умышленного заражения умственно отсталых детей гепатитом, введения живых раковых клеток пожилым больным, лишение пациентов со стрептококковой инфекцией лечения пенициллином и др. Г. Бичер пришел к выводу, что проведение аморальных экспериментов является совсем не редкой практикой среди исследователей-медиков.

Таким образом, Нюрнбергский кодекс, который, как могло показаться, был направлен преимущественно против преступлений военного времени и нацистского режима, оказался актуальным и для исследовательской практики демократических стран в условиях мира. Следует заметить также, что в 1964 г. Всемирная медицинская ассоциация приняла так называемую Хельсинскую декларацию, которая продолжала положения Нюрнбергского кодекса, еще раз устанавливая требование информированного согласия, а также другие нормы по защите испытуемого.

Случаи, описанные Г. Бичером, стали широко цитироваться в американской прессе в период с 1966 по 1973 г. Последовали и другие публикации аналогичного содержания, что, наконец, привлекло внимание широкой общественности, а также влиятельных медицинских организаций к этой проблеме.

Действительно, проблема существовала. Было немало случаев проведения исследований на заключенных преступниках, пациентах психиатрических клиник, обитателях домов престарелых. Помимо благородных и драматических экспериментов, врачей на самих себе, имеется немало свидетельств совершенно аморальных экспериментов, например умышленного заражения людей без их ведома теми или иными заболеваниями. Некоторые случаи становились известны и подвергались критике, однако, при этом широкой огласки и привлечения внимания общественности так и не было.

Кстати, в самих США в годы Второй мировой войны были широко развернуты медицинские исследования для нужд военного времени, прежде всего для обеспечения армии (разработка новых лекарств, методов профилактики заболеваний и др.). Причем свободно практиковались исследования на умственно отсталых, душевнобольных, заключенных, солдатах и т.п. Все это оправдывалось суровыми потребностями военного времени. К сожалению, и в послевоенный период, когда США продолжили так называемую войну с болезнями, эта практика в научно-медицинском сообществе не исчезла.

Привлечение внимания общественности к нарушениям этики грозило крупными скандалами. На это отреагировали (опасаясь, что это скажется в том числе на их финансовом положении) две влиятельные организации в США, занимающиеся регулированием научно-медицинской деятельности – Национальный институт здравоохранения (NIH) и Федеральное агентство по контролю пищевых и

лекарственных средств (FDA). Они приложили много усилий для радикальных изменений в сфере регулирования исследований на человеке.

В 1973 г. Конгресс США создает специальную Национальную комиссию по защите людей, участвующих в биомедицинских и поведенческих исследованиях. Хотя Комиссия имела временный характер, она сыграла важнейшую роль в изменении политики научно-медицинских исследований. Большинство выработанных ей рекомендаций стали основой принятых в дальнейшем регуляторных законов.

Кроме того, в 1978 г. Комиссия опубликовала как называемой *отчет Бельмонта* (или Бельмонтский доклад) – важнейший документ, в котором были ясно сформулированы основные принципы проведения исследований на людях. Т. Бичами был привлечен к работе Комиссии (хотя не был официально ее членом) и принял активное участие в написании окончательного документа и в изложении Бельмонтских принципов (однако они были выдвинуты независимо от него участниками Комиссии).

Отчет Бельмонта имел огромное влияние не только на развитие исследовательской этики, но и на формирование биоэтики вообще как самостоятельной дисциплины; аналогичные по содержанию биоэтические принципы стали основой классической принципалистской концепции Бичампа – Чилдреса.

С этого времени разворачивается правовое и этическое регулирование биомедицинских исследований в США, а вслед за этим, в международном сообществе.

Основные документы, регламентирующие исследования на людях. Во второй половине XX в. произошла индустриализация биомедицинских исследований на людях. Сейчас нет такой тесной связи между экспериментатором и испытуемым, которая была в прошлые времена. Исследования проводятся в массовом порядке, крупномасштабно, с большим количеством участников, а также участвующих сторон. Многие исследования проводятся сразу в нескольких странах в международном формате. В исследованиях играют свою роль крупный капитал (прежде всего фармацевтические кампании), частные инвесторы, государственные органы, научные центры, медицинские учреждения и другие участники. Тем актуальнее в этих условиях становятся задачи защиты прав испытуемых и соблюдения основополагающих принципов этики.

За послевоенный период принято немало новых биоэтических документов международного и национального уровня. Вопросами регулирования биомедицинских исследований занимается целый ряд влиятельных международных организаций – ООН, Всемирная медицинская ассоциация (ВМА), ЮНЕСКО, Международный совет медицинских научных обществ (CIOMS), Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и др. Основополагающие принципы Нюрнбергского кодекса были развиты в последующих биоэтических документах.

Хельсинкская декларация ВМА 1964 г., неоднократно обновлявшаяся, устанавливает основные принципы защиты прав и безопасности испытуемых; возлагает на врача ответственность за состояние здоровья исследуемых субъектов; требует, чтобы исследовательский проект получал одобрение комитета по этике на основе предоставления ему информации и доступа к контролю в ходе исследования. Главные положения Хельсинкской декларации были реализованы в национальных законодательствах ряда стран. Этот документ остается одним из самых влиятельных в области регуляции биомедицинских исследований.

Среди основных биоэтических документов, регулирующих проведение биомедицинских исследований, следует назвать также:

- Международные руководящие принципы этики для биомедицинских исследований на человеке (CIOMS, 1982, обновленная версия 2002 г.);

- Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины: Конвенция о нравах человека и биомедицине (ЕС, 1997);

- Директива № 2001/20/ЕС Европейского парламента и Совета Европейского союза «О сближении законодательных, регламентарных и административных положений государств – членов ЕС о надлежащей клинической практике в процессе проведения клинических исследований лекарственных средств для человека» (2001, с изм. и доп. от 18 июня 2009 г.);

- Руководства для работы комитетов по этике, проводящих экспертизу биомедицинских исследований (ВОЗ, 2000).

Этические принципы биомедицинских исследований на человеке (Бельмонтские принципы). В Бельмонтском докладе (1978) были сформулированы основные принципы проведения биомедицинских исследований на человеке. Они вошли в стандартные курсы биоэтики, а также использовались во многих документах по биоэтике. Поэтому их уже можно считать классическими. Это следующие три принципа: уважение личности, благо (благодеяние), справедливость. Конечно, они не исчерпывают собой все этические вопросы биомедицинских исследований, но представляют собой исходный этический каркас для дальнейшего анализа и разработки этической регуляции исследований на человеке.

1. Принцип уважения личности состоит из двух требований:

а) уважение автономии индивидов, которые способны делать самостоятельный выбор и принимать решения:

б) защита лиц, которые имеют ограниченную автономию (т.е. в той или иной степени повышено зависимых от других или особо уязвимых), от различных форм вреда или иных злоупотреблений.

2. Принцип блага (благодеяния) также состоит из двух правил:

а) не причинять вред;

б) необходимо добиваться максимально возможной пользы и сводить к минимуму возможный вред.

Требование непричинения вреда следует понимать прежде всего в том смысле, что недопустимы исследования, ставящие целью умышленное причинение вреда испытуемым.

Принцип блага формулируется в Бельмонтском докладе в строгом смысле как этическое обязательство, которое распространяется на отдельных исследователей и общество в целом. Организаторы и исполнители индивидуальных исследовательских проектов должны заранее заботиться о том, чтобы максимизировать пользу и снизить риск, которые могут быть связаны с данным исследованием. То же касается и исследования, взятого в целом: члены более многочисленного сообщества должны оценить во временной перспективе полезные эффекты и риски, которые могут возникнуть вследствие прироста знаний и развития новых методов.

Важнейшая проблема, связанная с принципом благодеяния, состоит в том, чтобы определить, когда допустимо идти на риск а когда от исследования следует отказаться. Риски исследования должны быть только обоснованными – и в свете ожидаемых выгод, и с точки зрения абсолютного значения того риска, которому подвергается испытуемый.

Случай цитокинового шторма. Добровольцам – участникам научных исследований должны быть обеспечены максимально безопасные условия. Однако, к сожалению, не всегда удается предусмотреть степень риска исходя из предыдущих стадий исследований. Широкое внимание общественности привлек случай, который произошел в 2006 г. в Лондоне. Шести здоровым добровольцам был введен

экспериментальный препарат TGN1412, представляющий собой моноклональные антитела, стимулирующие Th2-лимфоциты. Несмотря на то, что в предыдущих исследованиях на мышах не было выявлено токсических свойств препарата, у всех добровольцев уже через час после его введения стали нарастать различные болезненные симптомы (боль в пояснице, тошнота, лихорадка, сердцебиение, отек шеи и др.).

Выяснилось, что препарат TGN1412 вызывает бурную иммунологическую реакцию организма – так называемый цитокиновый шторм, способный привести к самым тяжелым последствиям. В итоге добровольцев пришлось лечить в реанимационном отделении. Представители фирмы, проводившей исследование, утверждали, что они точно следовали утвержденному протоколу, а побочные реакции (которых не было у животных) были совершенно неожиданными.

Этот случай до сих пор остается спорным, так как ряд экспертов полагают, что исследователи могли и должны были предвидеть эффекты подобного стимулирования иммунной системы.

Реализация принципа благодеяния сталкивается с множеством методологических и этических сложностей. Если обычное медицинское вмешательство направлено непосредственно на благо пациента, то исследование нацелено на выгоду и прирост знаний в будущем, поэтому сравнение актуального риска и потенциальных выгод оказывается трудной задачей. Сами выгоды зачастую нелегко оцепить, особенно на начальных стадиях исследований. Степень риска тоже может быть недостаточно определенной, несмотря на предпринимаемые меры предосторожности. Однако запрет на все исследования, которые превышают минимальный риск и не дают непосредственных выгод для участников исследований (например, для детей), может заблокировать многие перспективные исследования, которые могли бы принести значительную пользу в будущем.

Кроме того, с точки зрения этики риска, риск не является полностью объективизируемой, научно понимаемой категорией. При вовлечении людей в рискованную ситуацию возникают различные позиции риска (риск от первого лица и т.д.), что затрудняет как оценку риска, так и принятие решений о деятельности в его условиях.

3. Требование справедливости связано с тем обстоятельством, что научное исследование кому-то приносит пользу, а кто-то испытывает на себе его тяготы. Но как достичь справедливого баланса тягот и выгод исследования?

Принцип справедливости содержит в себе несколько разных концепций. К основным элементам принципа справедливости относят концепции:

- дистрибутивной (распределительной) справедливости;
- компенсаторной справедливости;
- справедливости как взаимности (взаимного обмена).

Дистрибутивная справедливость означает прежде всего честное распределение выгод и бремени исследования. В Международных руководящих принципах для биомедицинских исследований на человеке (CIOMS, обновление от 2002 г.) говорится, что дистрибутивная справедливость предполагает как минимум следующее:

1) риски исследования не должны быть полностью возложены на группы или популяции, которые не получают выгоды от данного исследования;

2) те, кто участвует в получении пользы от исследования, должны также участвовать и в рисках;

3) различия в распределении выгод и издержек могут быть оправданы только тогда, когда они основаны на каких-то этически важных различиях (например, на особой уязвимости какой-то группы)[42, 52, 53].

Компенсаторная справедливость – субъекты, которые каким-либо образом пострадали от участия в исследовании, заслуживают соответствующей компенсации (в виде адекватного лечения, денежной компенсации и т.п.).

Справедливость как взаимность – участники исследований и группы (общины) заслуживают определенного вознаграждения, после того как исследование завершено, поскольку именно благодаря тому, что они рисковали и испытывали определенные тяготы, были получены полезные, общественно значимые результаты. Например, пациенты – участники исследований вправе получить медицинскую помощь после исследования, если они в ней еще нуждаются.

Признание требования справедливости как взаимности присутствует в Хельсинкской декларации. Так, ст. 19 Декларации устанавливает, что биомедицинское исследование является этически оправданным только тогда, когда имеется разумная вероятность, что группы населения, среди которых проводится исследование, получают выгоду от его результатов. По ст. 30 Декларации, по завершении исследования каждому пациенту, вовлеченному в исследование, должен быть гарантирован доступ к наилучшим методам (лечебным, диагностическим или профилактическим), выявленным в данном исследовании.

Актуальность принципа справедливости постоянно возрастает в связи с тем, что в настоящее время проводится много биомедицинских исследований, которые осуществляют (и спонсируют) представители развитых стран в странах, отстающих в социально-экономическом развитии. Такие исследования, как правило, выгодны для их организаторов и спонсоров по ряду причин. Но здесь возникает множество предпосылок для неравенства и несправедливости. Несправедливо, в частности, когда исследование проводится среди бедных популяций, а его результатами будут пользоваться люди из так называемых среднего или высшего классов общества. Также несправедливо, когда бедные страны не получают никакой пользы от участия в биомедицинских исследованиях.

Проведение межнациональных исследований с участием развивающихся стран – это широко обсуждаемая проблема. Среди основных этических требований, которые оправдали бы проведение исследований представителями богатых стран в развивающихся странах, можно назвать следующие:

Исследования должны проводиться с максимальной защитой прав испытуемых и с уважением культурных традиций стран и общин, где проходят исследования.

Несправедливо, когда исследования в развивающихся странах проводятся полностью в интересах богатых стран. Этически оправдано, когда исследования актуальны также для здравоохранительных нужд стран и популяций, в которых проходят исследования.

Несправедливо, когда по завершению исследовательского проекта люди – участники исследования не получают необходимой помощи, в которой они нуждаются, а также когда представители богатых стран не предоставляют популяциям и сообществам, вовлеченным в исследования, никаких благ и никакого вознаграждения.

Однако запреты на проведение межнациональных исследований в развивающихся странах тоже являются крайностью. Тем самым возникает дискриминация и унижение, развивающиеся страны заранее расцениваются как неспособные к участию в современных исследованиях с соблюдением необходимых правовых и этических требований. Во многих развивающихся странах есть сторонники межнациональных исследований, утверждающие, что в этих странах вполне возможны

цивилизованные научные исследования. Кроме того, важно, что польза от таких исследований для нуждающихся индивидов и популяций может быть достигнута довольно быстро. Это выгоднее, чем ждать, когда аналогичные исследования будут проведены в развитых странах и по истечении длительного времени эти результаты станут доступными (если будут доступны вообще) для жителей бедных стран.

Принцип справедливости должен учитывать не только справедливое распределение тягот в обществе, но и распределение потенциальных выгод от исследований. Не стоит рассматривать во всех случаях участников исследований заранее в качестве рискующих. Например, соображения выгоды от исследования выходят на первый план, если риск не столь значителен (если вообще есть) по сравнению с доступом к помощи, который иными способами данная группа вряд ли получит. К примеру, определенные социальные группы, страдающие туберкулезом или ВИЧ-инфицированные, вообще могут не иметь доступа к медицинской помощи и качественному уходу вне исследования.

Таким образом, справедливым решением было бы в определенных обстоятельствах включение в исследование представителей тех сообществ, которые хотели бы участвовать, так как это для них важная возможность получения лечения и ухода.

Реализация основных этических принципов биомедицинских исследований.

В отчете Бельмонта рассматриваются следующие общие правила, которые необходимы для реализации вышеназванных трех ведущих этических принципов. Как и сами Бельмонтские принципы, они только создают первоначальную рамку для дальнейшего развития и применения исследовательской этики.

1. Информированное добровольное согласие. Это требование выступает средством для выполнения принципа уважения личности. Процедура согласия, в свою очередь, состоит из трех ключевых элементов: информации, понимания и добровольности [52].

Информация. Большинство кодексов устанавливают довольно стандартные темы информирования, которые включают цели исследования, метод, ожидаемые результаты и риски, а также ряд дополнительных пунктов, касающихся организации исследования и прав испытуемого. Однако в отчете Бельмонта подчеркивается, что добровольцу может потребоваться больше данных, чем обычному пациенту, так как он сталкивается с вмешательствами, которые не являются ни необходимыми для его лечения, ни хорошо известными в отношении пользы и рисков. Таким образом, возникает важное отличие от процедуры ИДС в клинической этике. Здесь можно предложить стандарт «разумного добровольца»: информирование должно быть достаточным, для того чтобы доброволец мог осознанно решить, стоит ли ему принимать участие в «приросте знаний», подвергая себя исследовательскому воздействию.

При этом если исследование требует неполного раскрытия информации, это оправданно только тогда, когда:

- 1) неполное информирование необходимо для решения исследовательских задач;
- 2) отсутствуют скрытые риски для испытуемых, превышающие минимальный риск;
- 3) имеется план опроса испытуемых после завершения исследований и распространения среди них результатов исследования.

Понимание. Исследователи обязаны убедиться, что участники исследования адекватно осознают предоставляемую им информацию. Чем серьезнее риски исследования, тем значительнее эта обязанность исследователей. В отдельных случаях

имеет смысл провести специальные тесты на понимание предоставляемой испытуемым информации. Исследователи несут ответственность за утверждение о том, что участники исследования понимают сообщаемые сведения.

В отличие от информирования при обычном медицинском вмешательстве, здесь требуется особое внимание к тому, чтобы информация была адекватно воспринята добровольцем перед принятием решения об участии в исследовании.

В случаях некомпетентности или недостаточной компетентности испытуемого (возраст, незрелость, умственное расстройство и т.п.) каждый разряд исследуемых должен рассматриваться отдельно. По мере возможности следует давать им право выбора, уважая их как личности. Требуется также получение разрешения других сторон в качестве меры защиты испытуемого от причинения вреда. В качестве такой третьей стороны должны выступать люди, способные действовать в интересах участника исследования, наблюдать за исследованием, а также отказаться от дальнейшего участия в исследовании в интересах испытуемого.

Добровольность. Согласие на участие в исследовании должно быть дано добровольно, что означает действительную свободу выбора и отсутствие различных воздействий на индивида (принуждение, давление, манипуляция и др.), которые нарушают его возможность самоопределения и склоняют к принятию решения в пользу заинтересованных лиц, применяющих эти морально недопустимые приемы.

2. Оценка рисков и благ. Это способ реализации второго морального принципа исследовательской этики – принципа блага (благодеяния). Суть этого требования состоит в том, чтобы исследование было обосновано приемлемым соотношением блага и риска.

Благо в отчете Бельмонта понимается как некая позитивная ценность, связанная со здоровьем или благополучием больного. Риск – это возможность причинения различных форм вреда (психологического, физического, юридического, социального и экономического). Риски и блага могут относиться как к индивидуальным участникам исследования, так и к их семьям, отдельным группам людей, обществу в целом. Принцип благодеяния требует, чтобы участники исследований были защищены от вреда, но чтобы при этом не была потеряна значительная польза, которая может быть достигнута данным исследованием.

Оценка рисков и благ должна быть произведена как можно точнее. С наибольшей ясностью необходимо оценить вероятность и степень возможного вреда; эти компоненты соответствуют классической формуле риска. В тех случаях, когда приходится использовать качественные, недостаточно определенные термины, нужно добиваться уточненных оценок.

В отчете Бельмонта приводятся следующие условия оправданности исследования с точки зрения соотношения блага и риска:

- 1) грубое или негуманное обращение с участниками исследования недопустимо всегда;
- 2) следует свести риски к минимально необходимым; кроме того, важно определить, нужно ли вообще использовать человека в исследовании;
- 3) при значительном риске серьезного вреда должно быть проведено особое обоснование рисков (в том числе с учетом вероятности благ для участников исследования или, в редких случаях, очевидной добровольности участия);
- 4) привлечение уязвимых групп требует обоснования целесообразности их участия; для принятия решений в таких случаях необходим ряд критериев, включая природу и степень риска, ситуацию данной группы, сущность ожидаемых благ;

5) действительные блага и риски исследования должны быть тщательно зафиксированы в документах и процедурах, применяемых при информированном согласии.

3. **Отбор участников исследования** служит реализации третьего морального принципа исследовательской этики – принципа справедливости.

Правила отбора должны учитывать, кого и с какой целью мы привлекаем в исследования, насколько справедливым будет распределение рисков и пользы для испытуемых.

Справедливость на индивидуальном уровне означает беспристрастность отбора испытуемых: недопустимо предлагать исследование, несущее благо, пациентам, которые более привлекательны для исследователей, а в более рискованные процедуры включать нежелательных пациентов.

На социальном уровне следует учитывать, какие группы общества вполне могут нести тяготы исследования, а какие и так уже обременены проблемами. Некоторые классы потенциальных участников (например, уязвимые группы) могут вовлекаться в исследование только при наличии обоснования. В исследование, предполагающее в большей степени риски, чем терапевтическую пользу, следовало бы включать менее уязвимые и обремененные слои общества (за исключением специальных исследований, которые прямо направлены на изучение тех или иных целевых групп).

Отдельные уязвимые группы могут с большей вероятностью становиться испытуемыми из-за их доступности, зависимости и удобства для организаторов (например, малоимущие, тяжелобольные и т.п.). Поэтому надо защищать их от несправедливого вовлечения в исследования.

Но правила справедливого отбора реализуют в основном только одну разновидность справедливости – дистрибутивную (распределительную). Другие виды справедливости – компенсаторная и справедливость как взаимность – не были отражены в должном виде среди Бельмонтских принципов. Поэтому к правилам справедливого отбора требуются дополнения.

В отношении компенсаторной справедливости и справедливости как взаимности основополагающим требованием является использование справедливых условий самого исследования (с которыми испытуемые должны быть ознакомлены в процессе информированного согласия). Для компенсаторной справедливости это значит, что условия исследования должны включать необходимые гарантии компенсации для испытуемых. Справедливость как взаимность реализуется через заранее спланированные компоненты исследовательского проекта, предполагающие определенные вознаграждения для участников исследований и (или) для общественных групп по завершению исследования[42,52].

Для того чтобы суммировать вышесказанное, сведем рассмотренные моральные принципы, их составные части и реализующие их правила в таблицу (таблица 5).

Таблица 5 – Принципы и правила биомедицинских исследований на человеке

Принципы	Составные части принципов	Правила
Уважение личности	Уважение автономии. Защита лиц с ограничением автономии	Информированного добровольного согласия
Благо (благодеяние)	Непричинение вреда. Максимизация пользы, минимизация вреда	Оценка рисков и благ
Справедливость	Распределительная. Компенсаторная. Справедливость как взаимность	Отбор участников исследований. Справедливые условия исследования

Методология клинических исследований. Клинические исследования, или клинические испытания, – широко распространенный в современной медицине вид научных исследований. Клинические исследования (точнее, контролируемые клинические исследования) – это экспериментальные исследования, проводимые на людях, в специально спланированных контролируемых условиях с целью оценки медицинских вмешательств (их эффективности, безопасности и других свойств).

При проведении научно-медицинских исследований, в том числе клинических испытаний, используют конкретные методологические схемы, которые также называют дизайном исследования. **Дизайн исследования** – это определенная система условий, требований и методологических приемов, спланированная для достижения заданных исследовательских целей.

Наиболее строгим дизайном, дающим наиболее надежные доказательства в отношении проверяемых медицинских вмешательств, считается дизайн так называемого рандомизированного клинического исследования (RCT – *randomized controlled trial*). По современным представлениям, оно должно служить стандартом клинического испытания вообще.

Из истории RCT. Один из первых отчетов об исследовании эффективности лечения с помощью метода рандомизированного контролируемого испытания (RCT, РКП) появился в 1952 г. В этой работе изучалась эффективность лечения туберкулеза стрептомицином – первым препаратом, который оказался действенным антитуберкулезным средством. Одним из авторов статьи был известный английский эпидемиолог и медицинский статистик Остин Брэдфорд Хилл, который сам в свое время перенес туберкулез. Широкое признание РКП как наиболее надежного способа доказательства эффективности медицинских вмешательств приходит позже, начиная только с 1970-х гг., во многом благодаря влиянию шотландского эпидемиолога Арчибалда Кокрана (Кохрейна) (1906–1988), который учился статистике у О. Б. Хилла.

А. Кокран призвал медицинское сообщество к строгим проверкам медицинских технологий с помощью метода РКП как золотого стандарта. Кроме того, он настаивал на необходимости вести методическую проверку и реферирование всей выходящей научной литературы, в которой описываются результаты научных исследований и апробаций медицинских вмешательств.

В 1993 г. была образована международная некоммерческая организация – Кокрановское сотрудничество (*Cochrane Collaboration*), которая активно воплощает в жизнь идеи А. Кокрана. В том числе эта организация регулярно готовит систематизированные обзоры выходящих статей по различным проблемам медицины.

Смысл рандомизированного клинического испытания состоит в том, чтобы сравнить две как можно более одинаковые (с точки зрения исходного риска, прогностических факторов и даже прочих неучтенных переменных) группы пациентов: одна группа получает экспериментальное лечение, другая выступает в качестве контрольной. Рандомизация состоит в распределении пациентов по группам таким способом, чтобы они распределялись случайно и имели равную вероятность попадания в обе группы, без каких-либо предпочтений (рисунок 4). Для этого используются специальные технические приемы, например таблицы случайных чисел.



Рисунок 4 – Схема рандомизированного клинического исследования

Кроме того, для повышения надежности исследования используют метод маскировки, основанный на том требовании, чтобы участники испытаний (испытуемые) не знали, какая из групп получает экспериментальное, а какая – контрольное лечение. Часто контрольным воздействием выступает имитация лечения – плацебо.

Сегодня используют сложные схемы маскировки, например такие, когда об условиях испытания не осведомлены ни пациенты, ни участвующий медицинский персонал (двойное слепое испытание), а иногда также и лица, непосредственно обрабатывающие полученные данные (тройное слепое испытание). Дизайн замаскированного рандомизированного клинического испытания, по современным представлениям, позволяет избежать ошибок в выводах и добиться более высокой надежности результатов.

Выделяют четыре стандартные фазы, или стадии клинического исследования. Но исследование может быть завершено раньше (например, при обнаружении высокого риска причинения вреда, о чем должно быть обязательно сообщено научному сообществу). Перед проведением исследований на людях обязательно проводят исследования на лабораторных животных (так называемые доклинические испытания), основной целью которых является оценка токсичности препарата.

Первая фаза клинического исследования – проверка безопасности данного метода, а также получение других начальных данных: проводится на небольшом числе добровольцев, чаще всего это здоровые люди.

Вторая фаза – оцениваются дальнейшие характеристики данного метода, в том числе на пациентах, для которых он предназначен. Основная цель – проверка эффективности и безопасности лечения. Число участников может достигать нескольких сотен.

Третья фаза, как правило, представляет собой собственно рандомизированное контролируемое испытание, которое может быть довольно масштабным и включать от нескольких сотен до тысяч участников – пациентов. Исследуемый метод сравнивается либо с неким стандартным методом, либо с плацебо (плацебо-контроль). Если по результатам проведенного РСТ новый метод признается удовлетворяющим основным требованиям (эффективности, безопасности и др.), то исследование считается завершенным, и его организаторы могут заниматься далее вопросами формального одобрения (лицензирования и т.п.) для его применения на практике.

Четвертая фаза (постмаркетинговые исследования) состоит в изучении практического применения нового метода, а также его эффектов. Исследования могут включать проверку безопасности, долговременных эффектов его действия, оценку различных дозировок, наблюдение за различными группами пациентов, к которым применялся данный метод и т.п.

Этические проблемы рандомизации. Клиническое равновесие.

Рандомизация как ключевая процедура в клиническом испытании сама по себе создает этические проблемы. Представим, что клиническое исследование нового препарата проводится в группе пациентов, действительно нуждающихся в медицинской помощи. При каких условиях врач, имея обязательства блага по отношению к пациенту, вправе использовать своих больных для клинического исследования, в том числе с применением случайного распределения их по группам?

Концепция клинического равновесия является попыткой ответить на этот вопрос. Понятие клинического равновесия (*clinical equipoise*) ввел Бенджамин Фридмен в 1987 г. С этого времени данная концепция является развивающейся и широко обсуждаемой темой в биоэтической литературе, хотя, конечно, имеет и своих критиков. Вкратце ее основные положения состоят в следующем.

Условием для включения пациентов в клиническое исследование является существенная неопределенность по поводу того, какой из двух методов лечения (стандартный или новый) является более эффективным. Разумеется, если есть надежные данные в пользу какого-то метода (т.е. неравновесие), то врачебная этика требует, чтобы лечащий врач назначал своим пациентам более эффективное лечение.

Собственно, цель клинического испытания в том и состоит, чтобы нарушить исходную неопределенность сдвинуть равновесие в ту или другую сторону.

Неопределенность или сомнения должны существовать внутри профессионального медицинского сообщества. Сам врач, конечно, может иметь собственные предпочтения в пользу того или иного лечения, но он должен принимать во внимание существенное разногласие на уровне медицинского сообщества (рисунок 5).

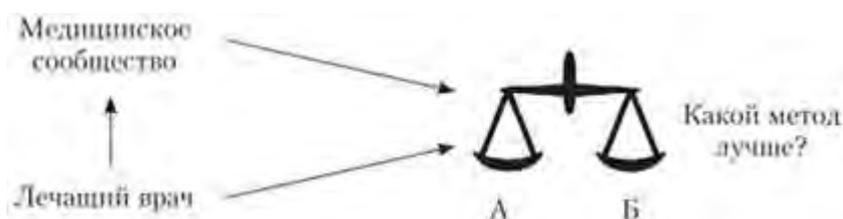


Рисунок 5 – Клиническое равновесие:
А – новый метод; Б – стандартный метод

Как участник исследования, врач обязан добиваться чистоты эксперимента. Для этого ему следует сдерживать собственное мнение и следовать всем методологически строгим процедурам участия в эксперименте. Он формально должен поддерживать предположение о клиническом равновесии при проведении клинического исследования.

В этих условиях процедура рандомизации не только выражает требование научной методологии, но также оправдана этически, поскольку врач дает равные шансы своим пациентам получить тот или иной вариант лечения. Тем самым он реализует моральный принцип **справедливости** в отношении своих пациентов. Но еще раз следует обратить внимание на то, что клиническое исследование должно быть вызвано научной необходимостью и наличием значимой неопределенности в медицинском сообществе (а не какими-то другими соображениями, например коммерческими).

Лечащий врач и исследователь: конфликт ролей. Выше было описано различие медицинской практики и научного исследования. Из-за существенной разницы в ценностях, целях, методах этих двух сфер деятельности у врача, когда он

выступает по отношению к своим пациентам одновременно и как лечащий врач, и как исследователь, может наступить определенный конфликт ролей, в том числе включающий конфликт этических принципов.

Врачу, вовлеченному в исследование, нужно следить за тем, чтобы исследование проводилось по стандартам научной методологии, но при этом с соблюдением всех требований медицинской этики и с защитой интересов пациента.

Одна из главных сложностей этой двойной роли состоит в том, что врачу в ходе исследования зачастую приходится принимать и врачебные решения в пользу пациента. К примеру, если врач участвует в «двойном слепом» клиническом испытании, то он находится в неведении, какой препарат получают его больные, что может сказаться на его принятии решений и на состоянии здоровья пациента.

В итоге страдают либо интересы исследования, либо качество лечения (либо и то и другое).

К основным задачам врача, вовлеченного в клинические исследования, следует отнести следующие:

- 1) убедиться, что исследование оправдано научной необходимостью и следует необходимым методологическим нормам;
- 2) заботиться о максимальном снижении риска для пациентов;
- 3) в любых ситуациях стремиться прежде всего к благу для пациентов, в том числе при необходимости выводить больного из исследования;
- 4) противодействовать любым способам эксплуатации участников исследований, а также несправедливому распределению благ и рисков;
- 5) соблюдать все нормы исследовательской этики в отношении защиты прав испытуемых.

Этические проблемы применения плацебо в клинических исследованиях

Плацебо – это фармацевтический продукт, который имитирует исследуемый препарат (по форме, цвету, вкусу и т.п.), но не содержит активного фармакологического компонента.

Применение плацебо в клинических исследованиях (для сравнения с оцениваемым препаратом) представляет собой проблему, поскольку тем самым пациенты оказываются лишены лечения, что противоречит принципу блага.

Правила использования плацебо были введены в ст. 29 Хельсинкской декларации и разъяснены к ней. Там говорится, что предпочтительным является сравнение нового метода с наилучшим из имеющихся (т.е. со стандартом); плацебо же должно применяться с особой осторожностью и лишь в случаях отсутствия действительно эффективной терапии.

Однако применение плацебо этически допустимо (даже при наличии эффективной терапии) в случаях:

- 1) когда применение плацебо безусловно необходимо для оценки эффективности или безопасности какого-либо медицинского метода;
- 2) когда пациенты не будут подвергаться дополнительному риску серьезного или необратимого вреда, поскольку изучается медицинский метод в отношении незначительного заболевания.

При этом должны соблюдаться все другие этические нормы, в том числе проведение соответствующей этической и научной экспертизы.

В дополнение к этим правилам следует добавить, что перед использованием плацебо испытуемые должны быть полноценно проинформированы о сути исследования, в том числе о том, что им может в случайном порядке достаться плацебо, а не активный препарат, о степени риска для здоровья в случае получения плацебо

вместо лечения, а также о том, что они сохраняют право на качественное лечение после завершения исследования.

Вообще говоря, в программу клинических исследований должны быть встроены процедуры, которые позволяют вмешаться в исследование, если состояние испытуемого ухудшается.

Контрольные вопросы к разделу:

1. В чем заключаются морально-этические проблемы аборта, контрацепции и искусственного оплодотворения? Приведите примеры
2. В чем заключаются философские, этические и правовые проблемы смерти?
3. В чем заключаются морально-этические проблемы оказания психиатрической помощи?
4. В чем заключаются этические проблемы прикладных генетических методов исследования? Приведите примеры.
5. В чем заключаются этико-правовые и морально-психологические проблемы СПИДа?
6. В чем заключаются этико-юридические проблемы трансплантологии и медико-биологических экспериментов?
7. В чем заключаются морально-этические проблемы биомедицинских исследований на человеке? Приведите примеры.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амиров Н.Х., Альбицкий В.Ю., Нежметдинова Ф.Т. Медицинская биоэтика как наука и предмет преподавания // Казанский медицинский журнал. 1998. № 2.
2. Аристотель. Большая этика // Собр. соч.: В 4 т. – М., 1983. — Т. 4; Аристотель. Никомахова этика. Там же.
3. Архимандрит Платон. Православное нравственное богословие. – М., 1994. – С. 32.
4. Биоэтика: проблемы, трудности, перспективы // Вопр. философии. — 1992. — № 10. См., также: Огурцов А.П. Этика жизни или биоэтика: аксиологические альтернативы // Вопр. философии. — 1994. — № 3; Тищенко П.Д. К началам биоэтики // Вопр. философии. — 1994. — № 3 и др.
5. В.П. Эфроимсон. Генетика и этика. — СПб., 1995.
6. Войтыла К. (папа Иоанн Павел II). Основания этики // Вопр. философии. — 1991. — № 1.
7. Авдохиев Г.И., Кот М.Л., Беломестнова О.В. Биомедицинская этика; Учебно-методическое пособие.- Чита, 2009.-216с
8. Гартман Ф. Жизнь Парацельса и сущность его учения. М., 2001. Грязин И.Н. Иеремия Бентам (1748-1832). Таллинн, 1990.
9. Гиппократ. Избранные книги. М., 1936.
10. Грандо А.А. Врачебная этика и медицинская деонтология. Киев, 1988.
11. Гусейнов А.А., Апресян Р.Г. Этика. – М., 1998. – С. 26 — 28.
12. Даль В. Толковый словарь живого великорусского языка: В 4 т. – М., 1989. – Т. 1. – С. 7.
13. Дж. Ролз. Теория справедливости. – Новосибирск, 1995. — С. 103 — 108.
14. Достоевский Ф.М.. «Записки из подполья», «Кроткая», «Братья Карамазовы», «Бесы» и др.
15. Дробницкий О.Г. Понятие морали. – М., 1974; Гусейнов А.А. Социальная природа нравственности. – М., 1974.
16. Журнал Московской патриархии. – 1971. — № 6.- С. 5 — 7; Поместный Собор Русской Православной Церкви 30 мая — 2 июля 1971 года: Документы, материалы, хроника.- М., 1972. — С. 129-131.
17. Журнал Московской патриархии. – 1988. — № 8. — С. 14.
18. Забузов О.Н Моральные ценности и их роль в стандартах поведения государственных и муниципальных служащих// Проблемный анализ и государственно-управленческое проектирование/ Выпуск №3 (47), том 9, 2016
19. Иллюстрированный энциклопедический словарь (ИЭС). – М., 1995. – С. 447.
20. Кант И. Критика практического разума // Соч.: В 6 т. – М., 1965. – Т. 4. Ч. 1. – С. 413.
21. Кант И. Критика практического разума // Соч.: В 6 т. – М., 1964. – Т. 4. Ч. 1 — С. 454.
22. Кант И. Критика чистого разума // Соч.: В 6 т. – М., 1964. – Т. 3. — С. 661.
23. Корженьянц Б. Парацельс // Мир огненный. 1994. № 5.
24. Кропоткин П.А. Этика. — М., 1991. – С. 34.
25. Лавриненко В.Н. Психология и этика делового общения 2005 https://studme.org/1584072027255/psihologiya/psihologiya_i_etika_delovogo_obscheniya
26. Лоренц К. Агрессия. — М., 1994; Эфроимсон В.П. Генетика и этика. — СПб., 1995.
27. Лосский Н.О. Условия абсолютного добра. – М., 1991. – С. 101.
28. Марксистская этика. — М., 1986. – Гл. 1, 4.
29. Мур Дж. Принципы этики. – М., 1984.

30. Ницше Ф. Так говорил Заратустра // Соч.: В 2 т. – М., 1990. – Т. 2.
31. О христианско-православной точке зрения на проблемы биоэтики см.: Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. XII // Служба коммуникации ОВЦС МП. – М., 2000. <http://www.russian-orthodox-church.org.ru>
32. Ожегов С.И. и Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка. – М., 1993. — С. 433.
33. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. IV.2. // Служба коммуникации ОВЦС МП. – М., 2000. <http://www.russian-orthodox-church.org.ru>
34. Подопригора М.Г. Деловая этика Учебное пособие. Таганрог: Изд-во ТТИ ЮФУ, 2012. – 116 с. <http://www.aup.ru/books/m243/11.htm>
35. Полный православный энциклопедический словарь. — М., 1992. — Т. 1. — С. 68.
36. Прот. А. Мень. История религии: В 7 т. – М., 1991. – Т. 1. – С. 139.
37. Св. Игнатий Брянчанинов. Аскетические опыты // Творения святителя Игнатия Брянчанинова: В 7 т. — М., 1991. — Т. 1 — 2; Св. Тихон Задонский. О истинном христианстве // Творения св. Тихона Задонского: В 5 т. — Изд. Псково-Печорского монастыря. – 1994. – Т. 2 — 3; Св. Феофан Затворник. Указ. соч. — Т. 1 — 2; Арх. Платон. Православное нравственное богословие. – Свято-Троицкая Сергиева Лавра. 1994.
38. Св. Феофан Затворник. Начертание христианского нравоучения // Творения иже во святых отца нашего Феофана Затворника: В 2 т. — М., 1994. — Т.1. — С. 7.
39. Синицына Н.В. К истории русского раскола XVII века // Макарий, митрополит Московский и Коломенский. История Русской Церкви. Кн. 7. Приложение.
40. Соловьёв Вл. С. Оправдание добра // Соч.: В 2 т. — М., 1988. Т. 1. — С. 241.
41. Толстой Л.Н. Так что же нам делать? // Собр. соч.: В 22 т. – М., 1983. – Т. 16. – С. 209.
42. Ушакова Е.В. Биоэтика https://studme.org/97840/etika_i_estetika/drugie_vidy_issledovaniy_uchastiem_cheloveka
43. Фрейд З. «Я» и «Оно» // Основной инстинкт – М., 1997. – С. 358.
44. Фромм Эрих. Психоанализ и этика. — М., 1993; Он же. Анатомия человеческой деструктивности. – М., 1994 и др.
45. Хайдеггер М. Вещь // Время и бытие. — М., 1993. — С. 319.
46. Христианство // Энцикл. слов. — М., 1993. — Т. 1. — С. 41.
47. Швейцер А. Культура и этика. — М., 1973. — С 307 — 308.
48. Шопенгауэр А. Мир как воля и представления. – М., 1993. – Т. 1 — 2.
49. Юркевич П.Д. Сердце и его значение в духовной жизни человека, по учению слова Божия // Философские произведения. – М., 1990.
50. Яровинский М.Я. Лекции по курсу «Медицинская этика» (биоэтика). М., 1999.
51. Биомедицинская этика: учебник и практикум для академического бакалавриата / И. В. Силуянова. — М. : Издательство Юрайт, 2016. — 312 с. — Серия :Бакалавр. Академический курс
52. Капитонова Е. А., Романовская О. В., Романовский Г. Б. Правовое регулирование трансплантологии. М.: Проспект, 2016.
53. Закон РФ от 22 декабря 1992 г. № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека»
54. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. 28.11.2011. № 48. Ст. 6724.

55. . Постановление Правительства РФ от 20 сентября 2012 г. № 950 «Об утверждении Правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека» // Рос. газета. № 220. 25.09.2012

2 ПРАКТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

2.1 Структура и краткое содержание семинарских занятий

Семинарское занятие № 1. Тема: «Предмет и основные этапы истории биомедицинской этики»

Цель:

1. Ознакомиться с историей возникновения и развития основных этических теорий и принципов биомедицинской этики.
2. Изучить основные модели взаимоотношений в системе врач-пациент.
3. Освоить основные правила биомедицинской этики.
4. Узнать, что входит в понятие «права пациента», «врачебная тайна» и др.
5. Освоить навыки поведения в различных ситуациях.
7. Ознакомиться с современными тенденциями в биомедицинской этике.

Темы рефератов:

1. Проблема предмета врачебной (медицинской) этики.
2. Медицинская этика – исторически первая разновидность профессиональной этики, преломление общеэтических принципов и категорий в профессиональных особенностях врачебной деятельности.
3. Этика, медицинская этика: понятия, история вопроса. Особенности правовой и моральной регуляции.
4. Исторические модели медицинской этики. Гиппократова модель (принцип «не навреди»). «Клятва Гиппократа» – непреходящая основа всех новейших кодексов врачебной этики.
5. Исторические модели медицинской этики. Модель Парацельса (принцип «делай благо»).
6. Исторические модели медицинской этики. Деонтологическая модель (принцип «соблюдения долга»). Соотношение врачебной этики и медицинской деонтологии.
7. Медицинская деонтология – пограничная область врачебной этики, медицинского права, медицинской психологии и научной организации труда в лечебно-профилактических учреждениях.
8. История медицинской этики в России: М.Я. Мудров, Н.И. Пирогов, В.А. Манассеин, В.В. Вересаев, Н.Н. Петров и др.
9. Биоэтическая модель медицинской этики (принцип уважения прав и достоинств пациента). Причины и факторы возникновения биоэтики. Цель биоэтики, ее назначение в обществе
10. Правдивость как необходимое условие нормального общения и социального взаимодействия.
11. Врачебная тайна и право больного быть информированным о состоянии своего здоровья и прогнозе заболевания.
12. Врачебная тайна: определение понятия, возможность и этические проблемы ее разглашения без согласия больного.
13. Право больного на информацию о состоянии его здоровья. Информированное согласие как обязательное условие медицинского вмешательства.
14. Понятие компетентности и автономии больного. Различные подходы (стандарты) в предоставлении информации.
15. Модели взаимоотношений между медицинским работником и пациентом: патерналистическая, информационная, совещательная, контрактная

Рекомендуемая литература:

1. Иванюшкин А.Я. Введение в биоэтику / А. Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатъев, Р.В.Коротких. - М. : Медицина, 1998. - 384 с.
2. Засухина В.И. Основы консервативной биоэтики. – Чита : Забайкал. Гос. гум.-пед. ун-т, 2008. - 113 с.
3. Программа по биоэтики. Общий курс : метод. рекомендации (МЗ РФ ГОУ ВУНМЦ; Сост. Ю.М. Лопухин и др.) – М., 2001. - 39 с.
4. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский. – М. : Медицина, 1997. – 352 с.
5. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский, Ю.М. Лопухин. - М. : Медицина, 1999. - Вып. 2. – 374 с.
6. Власов В.В. Основы современной биоэтики / В.В. Власов. – Саратов, 1998. – 96 с.
7. Акопов В.И. Общество, медицина, закон / В.И. Акопов, А.А. Бова // Сборник докладов первой международной конференции. – 1999. - С. 5-6.
8. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве / М.Н. Малеина. - М., 1995. – С. 69-75.

Семинарское занятие № 2. Тема: «Категории медицинской этики: профессиональный долг, совесть, такт, честь и достоинства медработника»

Цель:

1. Освоить понятия этических категорий медицинской этики. Характеристика понятий нравственного сознания, основы этического поведения в коллективе и элементы профессиональной нравственности.
2. Освоить понятие этического поведения медработника с пациентами, основы этического поведения в коллективе, в общении с родственниками пациентов.
3. Научиться применять этические принципы, которые формируют теоретическую основу этической науки в практической деятельности медработника

Темы рефератов:

1. Медицинская этика и деонтология: исторические аспекты. Определения, основные причины формирования деонтологии и медицинской этики. Исторические и современные модели моральной медицины. Процесс трансформации традиционной и биологической этики.
2. Основные требования этических категорий в медицинской профессиональной деятельности (понятия долга, совести, такта, чести и достоинства медработника).
3. Профессиональный долг и совесть как чувство моральной необходимости и основа нравственного сознания личности медицинского работника.
4. Честь и достоинство (Человек чести) медицинского работника.
5. Такт в работе медицинского работника.
6. Поступок как исходный элемент нравственного поведения.
7. Свобода выбора и моральная ответственность. Суть этической свободы.
8. Положительная и отрицательная форма чувства ответственности.
9. Ответственность и безответственность поведения.
10. Понятия добра и зла. Добро и польза. Диалектика добра и зла в современном мире.
11. Этический Кодекс медицинской сестры как руководство к действию: права и обязанности медсестры, профессиональная компетентность, гуманное отношение к пациенту, прежде всего – «не навреди!».
12. Требования к врачу в современном обществе. Этический кодекс российского врача. Клятва российского врача.

13. Международный этический кодекс. Женевская декларация.
14. Этические аспекты оплаты труда медицинского работника (гонорар, благодарность, подарок и т.д.)

Рекомендуемая литература:

1. Иванюшкин А.Я. Введение в биоэтику / А. Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатъев, Р.В.Коротких. - М. : Медицина, 1998. - 384 с.
2. Засухина В.И. Основы консервативной биоэтики. – Чита : Забайкал. Гос. гум.-пед. ун-т, 2008. - 113 с.
3. Программа по биоэтики. Общий курс : метод. рекомендации (МЗ РФ ГОУ ВУНМЦ; Сост. Ю.М. Лопухин и др.) – М., 2001. - 39 с.
4. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский. – М. : Медицина, 1997. – 352 с.
5. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский, Ю.М. Лопухин. - М. : Медицина, 1999. - Вып. 2. – 374 с.
6. Власов В.В. Основы современной биоэтики / В.В. Власов. – Саратов, 1998. – 96 с.
7. Акопов В.И. Общество, медицина, закон / В.И. Акопов, А.А. Бова // Сборник докладов первой международной конференции. – 1999. - С. 5-6.
8. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве / М.Н. Малеина. - М., 1995. – С. 69-75.
9. Айслер – Мертц К. Язык жестов – М.: ФАИР-ПРЕСС, 2003-160с.
10. Биркенбил В. Язык интонации, мимики, жестов.
11. Брудный А.А. Понимание и общение. – М., 1989.
12. Горелов И.Н. Невербальные компоненты коммуникации. – М.: Наука, 1980.
13. Лабунская В.А. Невербальное поведение. – Ростов-на-Дону, 1986.
14. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. – М., 1972.
15. Леонтьев А.А. Психология общения. – М.: Смысл, 1997.
16. Леонтьев А.Н. Избранные психологические произведения: В 2-х т.Т.2 / . Под ред. В.В. Давыдова и др.- М.: Педагогика, 1983.
17. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения. – М., 1986.
18. Ломов Б.Ф. Общение как проблема общей психологии // Методологические проблемы социальной психологии. – М., 1975.
19. Мещеряков Б.Г., Зинченко В.П., Большой психологический словарь.
20. Миникес Л. Искусство делового общения.

Семинарское занятие № 3. Тема: «Принципы и основные модели взаимоотношений медицинского работника и пациента»

Цель:

1. Закрепить знания о понятии общения в медицинской деятельности, роли общения в психическом и физическом здоровье человека.
2. Ознакомиться с моральными и этическими нормами общения в медицинском коллективе.
3. Ознакомиться с нормами и правилами поведения и общения в деловой профессиональной обстановке.
4. Разобрать способы установления здорового морального климата в медицинском коллективе.

Темы рефератов:

1. Сущность общения. Средства, виды и формы общения. Умение слушать, значение обратной связи в процессе общения.

2. Определение понятий «делового общения», «деловое партнерство». Универсальные и этические правила делового общения. Психологические аспекты делового общения. Этические нормы взаимоотношений. Деловой этикет и культура поведения.

3. Психология общения с пациентом. Терапевтическое и нетерапевтическое общение. Цель и средства терапевтического общения: пристальное внимание, терапевтическое прикосновение, контакт глаз и др. Нетерапевтические средства общения. Десять «да» терапевтического общения. Десять «нет» терапевтического общения. Контакт с пациентами, неспособными к вербальному общению.

4. Речевое воздействие на пациента. Заражение как способ воздействия. Внушение как способ воздействия. Убеждение как способ воздействия.

5. Индивидуальные особенности личности пациента (характер, темперамент) при общении.

6. Особенности общения: с больными детьми, с подростками, с больными пожилого возраста и тяжело больными, с родственниками пациента.

7. Значение «эмпатии» и «аттракции» для эффективного общения.

8. Барьеры общения и их значение в коммуникативном процессе.

9. Манипуляция в общении. Защита от манипуляций. Манипуляции пациентов и их нейтрализация медработниками.

10. Этические аспекты взаимоотношений в медицинском коллективе

11. Типы коммуникации в медицинских организациях. Социально-психологический климат в организациях, осуществляющих медицинскую деятельность.

12. Деловой имидж медицинского работника: костюм, прическа, макияж.

13. Деловой конфликт: виды, структура и стадии развития. Предпосылки конфликтов. Пути и средства разрешения деловых конфликтов. Профилактика конфликтов в организациях, осуществляющих медицинскую деятельность.

14. Типы коммуникации в медицинских организациях. Социально-психологический климат в организациях, осуществляющих медицинскую деятельность.

Рекомендуемая литература:

1. Иванюшкин А.Я. Введение в биоэтику / А. Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатъев, Р.В.Коротких. - М. : Медицина, 1998. - 384 с.

2. Засухина В.И. Основы консервативной биоэтики. – Чита : Забайкал. Гос. гум.-пед. ун-т, 2008. - 113 с.

3. Программа по биоэтики. Общий курс : метод. рекомендации (МЗ РФ ГОУ ВУНМЦ; Сост. Ю.М. Лопухин и др.) – М., 2001. - 39 с.

4. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский. – М. : Медицина, 1997. – 352 с.

5. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский, Ю.М. Лопухин. - М. : Медицина, 1999. - Вып. 2. – 374 с.

6. Власов В.В. Основы современной биоэтики / В.В. Власов. – Саратов, 1998. – 96 с.

7. Акопов В.И. Общество, медицина, закон / В.И. Акопов, А.А. Бова // Сборник докладов первой международной конференции. – 1999. - С. 5-6.

8. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве / М.Н. Малеина. - М., 1995. – С. 69-75.

Семинарское занятие № 4. Тема: «Типологическая классификация медицинских сестер по отношению к своей работе. Врачебные ошибки и профессиональные правонарушения»

Цель:

1. Изучить типологическую классификацию медицинских сестер по отношению к своей работе.
2. Ознакомиться с основными правами и обязанностями врача и медицинской сестры.
3. Узнать о влиянии индивидуальных особенностях личности медицинского работника на профессиональную деятельность.
4. Научиться пользоваться простыми приемами саморегуляции поведения в процессе профессиональной деятельности.
5. Освоить понятия «ятрогения», врачебные ошибки, разобрать правовые аспекты в работе медика.

Темы рефератов:

1. Психологические типы медицинских работников по классификации Харди. Медсестра как педагог. Медсестра-менеджер (руководитель).
2. Условия трудовой деятельности медсестры. Профессиональные обязанности медицинской сестры.
3. Индивидуальные особенности, составляющие личность: темперамент, характер, личностные качества медсестры: внимательность, чуткость, терпение.
4. Саморегуляция эмоционального состояния медицинского работника. Ответственность за свое эмоциональное состояние.
5. Профессионализм. Фазы развития профессионализма: оптанта (оптации), адепта, адаптанта (адаптации), интернала, мастера (мастерства), авторитета, наставника
6. Определение понятия «ятрогения». Типичные причины ятрогений. Виды ятрогений: соррогении, эгогении, эгтрогении, немые ятрогении, индуцированный диагноз. Правила Гринсона в профилактике ятрогений.
7. Принцип врачевания «Не навреди» и моральный выбор оптимальных для пациентов решений; специфика риска в клинической медицине.
8. Понятия «здоровье» и «болезнь», их значение для медицины. Объективный и ценностный подходы к определению понятий здоровья и болезни.
9. Понятия нормы и патологии. Болезнь и патологический процесс. Норма как мера здоровья. Норма и индивидуальность.
10. Этические и юридические аспекты врачебных ошибок. Неблагоприятный исход, врачебная ошибка, халатность, профессиональные правонарушения – моральная и правовая ответственность.
11. Врачебные ошибки на примерах из практики.
12. Врачебный долг и ответственность, их значение в обществе. Обязанности врача по отношению к больным и коллегам.
13. Деловая переписка в медицине. Защита документов и персональных данных, в том числе и информации о пациентах. Правовые аспекты в работе с медицинской документацией.

Рекомендуемая литература:

1. Иванюшкин А.Я. Введение в биоэтику / А. Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатъев, Р.В.Коротких. - М. : Медицина, 1998. - 384 с.
2. Засухина В.И. Основы консервативной биоэтики. – Чита : Забайкал. Гос. гум.-пед. ун-т, 2008. - 113 с.
3. Программа по биоэтики. Общий курс : метод. рекомендации (МЗ РФ ГОУ ВУНМЦ; Сост. Ю.М. Лопухин и др.) – М., 2001. - 39 с.
4. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский. – М. : Медицина, 1997. – 352 с.
5. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский, Ю.М. Лопухин. - М. : Медицина, 1999. - Вып. 2. – 374 с.

6. Власов В.В. Основы современной биоэтики / В.В. Власов. – Саратов, 1998. – 96 с.

7. Акопов В.И. Общество, медицина, закон / В.И. Акопов, А.А. Бова // Сборник докладов первой международной конференции. – 1999. - С. 5-6.

8. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве / М.Н. Малеина. - М., 1995. – С. 69-75.

Семинарское занятие № 5. Тема: «Морально-этические проблемы аборта, контрацепции и искусственного оплодотворения»

Цель занятия:

1. Ознакомиться с историей развития отношения к правам женщин.
2. Изучить способы искусственного оплодотворения и морально-этические проблемы пренатальной диагностики.
3. Ознакомиться с морально-этическими проблемами бездетного брака.
4. Ознакомиться с правовым статусом донора в репродуктивных технологиях.

Темы рефератов:

1. Методы и средства планирования семьи: контрацепция, стерилизация.
2. Социально-этические аспекты медицинских мер по контролю над рождаемостью
3. Краткая история проблемы искусственного аборта. Морально-этические проблемы искусственного аборта
4. Либеральная, консервативная позиции и умеренных подход к проблеме искусственного аборта
5. Искусственный аборт: религиозных традиций различных концессий, морали современного российского общества, существующей правовой практики.
6. Бездетный брак. Репродуктивные технологии.
7. Этическая и правовая компоненты в вопросах репродуктивных технологий: искусственная инсеминация, методы экстракорпорального оплодотворения и трансплантации эмбриона, суррогатное материнство.
8. Основные моральные аспекты использования новых репродуктивных технологий: проблема выбора пола ребенка, судьба «избыточных» оплодотворенных яйцеклеток, социальное и правовое положение ребенка, проблема материнства при донорстве яйцеклетки и др.
9. Общественная и правовая поддержка, взгляды представителей различных мировых религий на новые репродуктивные технологии.
10. Правовой статус донора в репродуктивных технологиях (анонимность, согласие супруга донора и т.д.).

Рекомендуемая литература:

1. Иванюшкин А.Я. Введение в биоэтику / А. Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатъев, Р.В.Коротких. - М. : Медицина, 1998. - 384 с.
2. Засухина В.И. Основы консервативной биоэтики. – Чита : Забайкал. Гос. гум.-пед. ун-т, 2008. - 113 с.
3. Программа по биоэтики. Общий курс : метод. рекомендации (МЗ РФ ГОУ ВУНМЦ; Сост. Ю.М. Лопухин и др.) – М., 2001. - 39 с.
4. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский. – М. : Медицина, 1997. – 352 с.
5. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский, Ю.М. Лопухин. - М. : Медицина, 1999. - Вып. 2. – 374 с.
6. Власов В.В. Основы современной биоэтики / В.В. Власов. – Саратов, 1998. – 96 с.

7. Акопов В.И. Общество, медицина, закон / В.И. Акопов, А.А. Бова // Сборник докладов первой международной конференции. – 1999. - С. 5-6.

8. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве / М.Н. Малеина. - М., 1995. – С. 69-75.

Семинарское занятие № 6. Тема: «Философские, этические и правовые проблемы смерти»

Цель занятия:

1. Изучить историю отношения врача к умирающему больному.
2. Освоить основные этические проблемы, связанные с оказанием помощи неизлечимым и умирающим больным.

Темы рефератов:

1. Мозг и психика. Психика и сознание.
2. Смерть мозга – этические и медицинские проблемы. Правила констатации факта смерти мозга, возможности и ограничения клинической реаниматологии.
3. Этико-деонтологические аспекты отношения к умирающим и неизлечимым больным. Отношение врача и больного к боли. Качество жизни пациентов.
4. Право пациента на достойную смерть. Вопросы эвтаназии: этический и правовой компоненты, историческая справка.
5. Виды эвтаназии. Эвтаназия за рубежом (Голландский опыт, Дж. Кеворкян).
6. Отношение в эвтаназии в нашей стране, правовое регулирование, ответственность.

7. Медицинская, социальная, психологическая поддержка больных в терминальной стадии. Права личности: «право на жизнь» и «право на смерть» как частный случай права отказа от лечения.

8. Хосписы и хосписные движения, «социальные койки» в медицинских учреждениях. Паллиативное лечение.

9. Отношение к эвтаназии основных мировых религий.

Рекомендуемая литература:

1. Иванюшкин А.Я. Введение в биоэтику / А. Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатъев, Р.В.Коротких. - М. : Медицина, 1998. - 384 с.

2. Засухина В.И. Основы консервативной биоэтики. – Чита : Забайкал. Гос. гум.-пед. ун-т, 2008. - 113 с.

3. Программа по биоэтики. Общий курс : метод. рекомендации (МЗ РФ ГОУ ВУНМЦ; Сост. Ю.М. Лопухин и др.) – М., 2001. - 39 с.

4. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский. – М. : Медицина, 1997. – 352 с.

5. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский, Ю.М. Лопухин. - М. : Медицина, 1999. - Вып. 2. – 374 с.

6. Власов В.В. Основы современной биоэтики / В.В. Власов. – Саратов, 1998. - 96с.

7. Акопов В.И. Общество, медицина, закон / В.И. Акопов, А.А. Бова // Сборник докладов первой международной конференции. – 1999. - С. 5-6.

8. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве / М.Н. Малеина. - М., 1995. – С. 69-75.

Семинарское занятие № 7. Тема: «Морально-этические проблемы медицинской генетики и оказания психиатрической помощи»

Цель занятия:

1. Разобрать моральные проблемы, возникающие в результате прогресса медицинской генетики.
2. Усвоить основные этические проблемы реализации международного проекта «Геном человека».
3. Изучить возникшие нравственные изменения в обществе в связи с появлением клонирования.
4. Разобрать понятие «проблемной ситуации» в психиатрии.
5. История формирования правовой защиты душевнобольных.
6. Ознакомиться с основными правовыми аспектами оказания психиатрической помощи.

Темы рефератов:

1. Этические и правовые проблемы медицинской генетики: наследственные заболевания, доступность, открытость и конфиденциальность в генетических исследованиях.
2. Моральные проблемы получения и использования медико-генетической информации. Правовое регулирование применения методов генетического контроля.
3. Генная инженерия и правовые гарантии защиты личности от угрозы генетических манипуляций.
4. Программа «Геном человека», этические, правовые и социальные аспекты проекта.
5. Клонирование: за и против. Отечественный и зарубежный опыт.
6. Евгеника и неоевгеника: история вопроса, проблемы современности. Методы «позитивной» и «негативной» евгеники.
7. История развития психиатрии, морально-этические аспекты врачевания больных.
8. Недобровольная госпитализация психических больных. Принцип «не навреди» в психиатрии.
9. О злоупотреблениях в психиатрии. Защита конфиденциальности психически больных.

Рекомендуемая литература:

1. Севастьянов Александр Никитич, «Евгеника: вчера, сегодня, завтра».
2. Журнал «Человек» №1, 1996 г, С.М. Гершензон, Т.И. Бужиевская, «Евгеника: 100 лет спустя».
3. Журнал «Человек» №2, 2007 г, Л.И. Корочкин, Л.Г. Романова «Генетика поведения человека и евгеника».
4. Журнал «Человек» №3, 2006 г, Ю.В. Хен, «Евгеника: основатели и продолжатели».
5. Московское общество испытателей природы, М.М. Асланян, Т.П. Шкурат, «Евгеника - соблазн остаётся».
6. Ануфриев А.А., «Современные направления развития неоевгеники».
7. Иванюшкин А.Я. Введение в биоэтику / А. Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатъев, Р.В., Коротких. - М. : Медицина, 1998. - 384 с.
8. Засухина В.И. Основы консервативной биоэтики. – Чита : Забайкал. Гос. гум.-пед. ун-т, 2008. - 113 с.
9. Программа по биоэтики. Общий курс : метод. рекомендации (МЗ РФ ГОУ ВУНМЦ; Сост. Ю.М. Лопухин и др.) – М., 2001. - 39 с.
10. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский. – М. : Медицина, 1997. – 352 с.
11. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский, Ю.М. Лопухин. - М. : Медицина, 1999. - Вып. 2. – 374 с.

12. Власов В.В. Основы современной биоэтики / В.В. Власов. – Саратов, 1998. – 96 с.

13. Акопов В.И. Общество, медицина, закон / В.И. Акопов, А.А. Бова // Сборник докладов первой международной конференции. – 1999. - С. 5-6.

14. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве / М.Н. Малеина. - М., 1995. – С. 69-75.

Семинарское занятие № 8. Тема: «Этико-правовые и морально-психологические проблемы СПИДа»

Цель занятия:

1. Разобрать основные профилактические и противоэпидемические мероприятия в отношении ВИЧ-инфекции.

2. Ознакомиться с правом человека на эпидемическую ситуацию.

3. Рассмотреть моральные проблемы ВИЧ-инфицированных.

Темы рефератов:

1. СПИД: моральные проблемы. Краткая история проблемы СПИДа.

2. Специфика заболевания и контингентов заболевших. Мифы о СПИДе. Феномен «спидофобии».

3. Отношение общества к больным. СПИД и нарушение прав человека. Ассоциации по вопросам, связанным с ВИЧ-инфекцией.

4. Этические проблемы, связанные с ВИЧ-инфекцией. Нарушение традиционных основ медицинской этики.

5. Этическая и юридическая ответственность медицинского работника за ятрогенно возникшее ВИЧ-инфицирование.

6. Меры по профилактике распространения СПИДа.

7. СПИД: должна ли расовая принадлежность рассматриваться как фактор риска?

8. Планирование семьи ВИЧ-инфицированных, передача ВИЧ от матери к ребенку.

9. Вопросы социальной справедливости в вопросах лечения ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом.

10. Права и обязанности пациентов с ВИЧ – инфекцией в Российской Федерации.

11. ВИЧ как преступление.

12. Риск заболевания СПИДом медицинских работников во время профессиональной деятельности и их социальная защита.

Рекомендуемая литература:

1. Иванюшкин А.Я. Введение в биоэтику / А. Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатъев, Р.В.Коротких. - М. : Медицина, 1998. - 384 с.

2. Засухина В.И. Основы консервативной биоэтики. – Чита : Забайкал. Гос. гум.-пед. ун-т, 2008. - 113 с.

3. Программа по биоэтики. Общий курс : метод. рекомендации (МЗ РФ ГОУ ВУНМЦ; Сост. Ю.М. Лопухин и др.) – М., 2001. - 39 с.

4. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский. – М. : Медицина, 1997. – 352 с.

5. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский, Ю.М. Лопухин. - М. : Медицина, 1999. - Вып. 2. – 374 с.

6. Власов В.В. Основы современной биоэтики / В.В. Власов. – Саратов, 1998. – 96 с.

7. Акопов В.И. Общество, медицина, закон / В.И. Акопов, А.А. Бова // Сборник докладов первой международной конференции. – 1999. - С. 5-6.

8. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве / М.Н. Малеина. - М., 1995. – С. 69-75.

Семинарское занятие № 9. Тема: «Этико-юридические проблемы трансплантологии и медико-биологических экспериментов»

Цель занятия:

1. Изучить историческое развитие и причины возникновения основных проблем, связанных с проведением научных исследований на человеке и животных.

2. Ознакомиться с моральными и этическими нормами проведения экспериментов.

3. Усвоить международные правила, регламентирующие проведение научных экспериментов на людях и животных.

4. Ознакомиться с основными этическими и правовыми аспектами трансплантологии.

Темы рефератов:

1. Эмпирическое и теоретическое знание в медицине. Научная теория и ее познавательная функция в медицине. Эмпиризм и проблема теоретической нагруженности эмпирического знания. Понятие доказательной медицины.

2. История биомедицинских экспериментов на человеке и животных.

3. Этико-правовое регулирование биомедицинских исследований на человеке.

4. Этические проблемы, связанные с проведением экспериментов на животных.

5. Биомедицинские исследования - правила планирования, организации, проведения. Контроль за проведением биомедицинские исследования в медицинском вузе/НИИ. Требования, предъявляемые к исследователю: этическая и правовая составляющая.

6. Этапы научного исследования. Качественная лабораторная практика. Качественная клиническая практика. Требования к публикациям

7. Протокол исследовательского проекта — что это? Правила написания, юридическая основа, ответственность исследователя. Статистическая достоверность и ее обеспечение при планировании и проведении БМИ.

8. Правило минимизации вреда и пути его реализации. Информированное согласие больного/здорового участника исследовательского проекта — содержание и процесс получения, обратная связь, взаимные обязательства участников исследовательского проекта.

9. Эксперимент и моделирование, их роль в медицинском познании. Возрастание роли прибора в медицине. Методологические проблемы измерений в медицине.

10. Трансплантология, история развития. Возможность изъятия органов после смерти для трансплантации.

11. Этические и юридические проблемы трансплантологии, нейротрансплантологии.

Рекомендуемая литература:

1. Иванюшкин А.Я. Введение в биоэтику / А. Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатъев, Р.В.Коротких. - М. : Медицина, 1998. - 384 с.

2. Засухина В.И. Основы консервативной биоэтики. – Чита : Забайкал. Гос. гум.-пед. ун-т, 2008. - 113 с.

3. Программа по биоэтики. Общий курс : метод. рекомендации (МЗ РФ ГОУ ВУНМЦ; Сост. Ю.М. Лопухин и др.) – М., 2001. - 39 с.

4. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский. – М. : Медицина, 1997. – 352 с.
5. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский, Ю.М. Лопухин. - М. : Медицина, 1999. - Вып. 2. – 374 с.
6. Власов В.В. Основы современной биоэтики / В.В. Власов. – Саратов, 1998. – 96 с.
7. Акопов В.И. Общество, медицина, закон / В.И. Акопов, А.А. Бова // Сборник докладов первой международной конференции. – 1999. - С. 5-6.
8. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве / М.Н. Малеина. - М., 1995. – С. 69-75.

2.2 Технологические карты учебных занятий

Технологическая карта № 1

Тема занятия: Предмет и основные этапы истории биомедицинской этики

Вид занятия: лекция

Тип занятия: усвоение новых знаний и способов действия

Длительность занятия: 90 минут

Цели занятия:

Дидактические: формировать теоретическую основу знаний студентов по теме, изложив основные понятия профессиональной этики, медицинской этики как профессиональной этики, модели медицинской этики:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях, нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

Развивающие: создать условия для формирования умения высказывать аргументированно свою точку зрения; использовать примеры из практики; давать оценку приобретенных знаний в соответствии с личным опытом; организовывать собственную деятельность; осуществлять выбор типовых методов и способов для решения поставленных задач.

Воспитательные: привлечь внимание студентов к рассматриваемым вопросам; формировать современное критическое мировоззрение и собственной жизненной позиции; формировать бережные отношения к природе.

Место проведения: лекционный зал колледжа.

Оснащение: методическая разработка лекционного занятия, мультимедийная презентация, дидактические средства контроля и тренажа: вопросы для закрепления лекционного материала.

Методы обучения и формы их реализации:

Методы обучения	Форма реализации метода
Репродуктивный: информационно-рецептивный: - объяснительно-иллюстративное изложение, - повествовательное изложение	Пояснительно-иллюстративная лекция; рассказ.
Продуктивный: - эвристический диалог	Эвристическая беседа.

В результате изучения темы студент должен **уметь:**

- усвоить материал лекции, фиксировать внимание на новых данных, сообщаемых лектором;
- выделять и конспектировать узловые моменты лекции;
- участвовать в коллективном обсуждении предлагаемых проблем.

знать:

- основные понятия профессиональной этики;
- этические профессиональные кодексы;
- медицинская этика как вид профессиональной этики;
- модели медицинской этики.

Уровни освоения учебного материала: 1

1 - ознакомительный (узнавание ранее изученных объектов, свойств).

Междисциплинарные связи:

- ОГСЭ. 01 Философия
- ОГСЭ.02 История

Внутридисциплинарные связи:

- Философия как наука: основные вопросы, категории и понятия. Специфика философского знания.
- Мирозренческие основы философии. Философия и медицина: общие проблемы и ценности.
- Предмет этики как науки

Список рекомендуемой литературы для студентов:

Основные источники:

1. Иванюшкин А.Я. Введение в биоэтику / А. Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатъев, Р.В.Коротких. - М. : Медицина, 1998. - 384 с.
2. Засухина В.И. Основы консервативной биоэтики. – Чита : Забайкал. Гос. гум.-пед. ун-т, 2008. - 113 с.
3. Программа по биоэтики. Общий курс : метод. рекомендации (МЗ РФ ГОУ ВУНМЦ; Сост. Ю.М. Лопухин и др.) – М., 2001. - 39 с.
4. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский. – М. : Медицина, 1997. – 352 с.
5. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский, Ю.М. Лопухин. - М. : Медицина, 1999. - Вып. 2. – 374 с.
6. Власов В.В. Основы современной биоэтики / В.В. Власов. – Саратов, 1998. – 96 с.
7. Акопов В.И. Общество, медицина, закон / В.И. Акопов, А.А. Бова // Сборник докладов первой международной конференции. – 1999. - С. 5-6.
8. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве / М.Н. Малеина. - М., 1995. – С. 69-75.

Интернет источники:

1. Балалыкин, Д. А. История и современные вопросы развития биоэтики : учебное пособие / Д. А. Балалыкин, А. С. Киселев. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 144 с. — ISBN 978-5-9704-2057-7. — Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. URL: <http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420577.html> (дата обращения: 11.12.2020). — Режим доступа: по подписке.
2. Введение в биоэтику : учебное пособие / А. Я. Иванюшкин [и др.] ; ред. Б. Г. Юдин. — 2-е изд. — Москва : Прогресс-Традиция, 2017. — 384 с. — ISBN 978-5-89826-532-8. — Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. — URL: <http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785898265328.html> (дата обращения: 24.11.2020). — Режим доступа: по подписке.
3. Седова, Н. Н. Биоэтика : учебник / Н. Н. Седова. — Москва : КноРус, 2019. — 216 с. — ISBN 978-5-406-07184-7. — Текст : электронный // ЭБС «Book.ru» : [сайт]. — URL: <http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=https://www.book.ru/book/931753> (дата обращения: 24.11.2020). — Режим доступа: по подписке.
4. Ушаков, Е. В. Биоэтика : учебник и практикум для вузов / Е. В. Ушаков. — Москва : Юрайт, 2020. — 306 с. — ISBN 978-5-534-01550-8. — Текст : электронный // ЭБС «Юрайт» : [сайт]. — URL: <http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=https://www.urait.ru/book/bioetika-450513> (дата обращения: 24.11.2020). — Режим доступа: по подписке.

Ход занятия

№ п/п	Содержание	Обоснование методических приемов	Время (мин)
I.	Организационный момент: приветствие, проверка присутствующих и готовности студентов к учебному занятию.	Формировать ОК 1, 2. Мобилизовать внимание студентов. Создать рабочую атмосферу на занятии.	5
II.	Вводная часть: формулирование задач, целей, краткая характеристика проблемы, мотивация изучения темы.	Формировать ОК 1, 2, 8. Активизировать познавательно-мыслительную деятельность студентов. Показать теоретическую и практическую значимость изучаемого материала.	5
III.	Основная часть: формирование новых знаний.	Формировать ОК 1, 2, 9. Сформировать основу теоретических знаний студентов по теме. Обеспечить усвоение понятий. Доказать важность теоретических знаний и их связь с практикой. Формировать профессионально важные качества студентов (ответственность, способность работать в коллективе, способность к саморазвитию).	70
	План изложения лекционного материала: 1. Основные понятия профессиональной этики. 2. Этические профессиональные кодексы. 3. Медицинская этика как вид профессиональной этики. Модели медицинской этики.		
IV.	Закрепление изложенного материала: 1. Обобщение материала лекции.	Формировать ОК 1, 2, 4, 9 Систематизировать знания, определить степень усвоения материала.	6

	2. Студентам предлагается завершить определение соответствующим понятием для закрепления лекционного материала (Лекция 1).		
V.	Заключительная часть: формулирование основного вывода, установка для самостоятельной работы.		2
VI.	Домашнее задание: знать материал лекции.		2
Итого:			90

Технологическая карта № 2

Тема занятия: Этика взаимоотношений медицинского работника и пациента

Вид занятия: лекция

Тип занятия: усвоение новых знаний и способов действия

Длительность занятия: 90 минут

Цели занятия:

Дидактические: формировать теоретическую основу знаний студентов по теме, изложив основные правила биомедицинской этики, права и моральные обязанности врачей и пациентов, этика взаимоотношений медицинского работника и пациента:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях, нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

Развивающие: создать условия для формирования умения высказывать аргументированно свою точку зрения; использовать примеры из практики; давать оценку приобретенных знаний в соответствии с личным опытом; организовывать

собственную деятельность; осуществлять выбор типовых методов и способов для решения поставленных задач.

Воспитательные: привлечь внимание студентов к рассматриваемым вопросам; формировать современное критическое мировоззрение и собственной жизненной позиции; формировать бережные отношения к природе.

Место проведения: лекционный зал колледжа.

Оснащение: методическая разработка лекционного занятия, мультимедийная презентация, дидактические средства контроля и тренажа: вопросы для закрепления лекционного материала.

Методы обучения и формы их реализации:

	Форма реализации метода
Репродуктивный: информационно-рецептивный: - объяснительно-иллюстративное изложение, - повествовательное изложение	Пояснительно-иллюстративная лекция; рассказ.
Продуктивный: - эвристический диалог	Эвристическая беседа.

В результате изучения темы студент должен **уметь:**

- усвоить материал лекции, фиксировать внимание на новых данных, сообщаемых лектором;
- выделять и конспектировать узловые моменты лекции;
- участвовать в коллективном обсуждении предлагаемых проблем.

знать:

- основные правила биомедицинской этики
- права и моральные обязанности врачей
- этика взаимоотношений врачей и пациентов

Уровни освоения учебного материала: 1

1 - ознакомительный (узнавание ранее изученных объектов, свойств).

Междисциплинарные связи:

- ОГСЭ. 01 Философия
- ОГСЭ.02 История

Внутридисциплинарные связи:

- Философия как наука: основные вопросы, категории и понятия. Специфика философского знания.
- Мировоззренческие основы философии. Философия и медицина: общие проблемы и ценности.
- Предмет этики как науки

Список рекомендуемой литературы для студентов:

Основные источники:

1. Иванюшкин А.Я. Введение в биоэтику / А. Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатъев, Р.В.Коротких. - М. : Медицина, 1998. - 384 с.
2. Засухина В.И. Основы консервативной биоэтики. – Чита : Забайкал. Гос. гум.-пед. ун-т, 2008. - 113 с.
3. Программа по биоэтики. Общий курс : метод. рекомендации (МЗ РФ ГОУ ВУНМЦ; Сост. Ю.М. Лопухин и др.) – М., 2001. - 39 с.
4. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский. – М. : Медицина, 1997. – 352 с.
5. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский, Ю.М. Лопухин. - М. : Медицина, 1999. - Вып. 2. – 374 с.

6. Власов В.В. Основы современной биоэтики / В.В. Власов. – Саратов, 1998. - 96 с.

7. Акопов В.И. Общество, медицина, закон / В.И. Акопов, А.А. Бова // Сборник докладов первой международной конференции. – 1999. - С. 5-6.

8. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве / М.Н. Малеина. - М., 1995. – С. 69-75.

Интернет источники:

1. Балалыкин, Д. А. История и современные вопросы развития биоэтики : учебное пособие / Д. А. Балалыкин, А. С. Киселев. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 144 с. — ISBN 978-5-9704-2057-7. — Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. —

URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420577.html> (дата обращения: 11.12.2020). — Режим доступа: по подписке.

2. Введение в биоэтику : учебное пособие / А. Я. Иванюшкин [и др.] ; ред. Б. Г. Юдин. — 2-е изд. — Москва : Прогресс-Традиция, 2017. — 384 с. — ISBN 978-5-89826-532-8. — Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. — URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785898265328.html> (дата обращения: 24.11.2020). — Режим доступа: по подписке.

3. Седова, Н. Н. Биоэтика : учебник / Н. Н. Седова. — Москва : КноРус, 2019. — 216 с. — ISBN 978-5-406-07184-7. — Текст : электронный // ЭБС «Book.ru» : [сайт]. —

URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=https://www.book.ru/book/931753> (дата обращения: 24.11.2020). — Режим доступа: по подписке.

4. Ушаков, Е. В. Биоэтика : учебник и практикум для вузов / Е. В. Ушаков. — Москва : Юрайт, 2020. — 306 с. — ISBN 978-5-534-01550-8. — Текст : электронный // ЭБС «Юрайт» : [сайт]. —

URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=https://www.urait.ru/book/bioetika-450513> (дата обращения: 24.11.2020). — Режим доступа: по подписке.

Ход занятия

№ п/п	Содержание	Обоснование методических приемов	Время (мин)
I.	Организационный момент: приветствие, проверка присутствующих и готовности студентов к учебному занятию.	Формировать ОК 1, 2. Мобилизовать внимание студентов. Создать рабочую атмосферу на занятии.	5
II.	Вводная часть: формулирование задач, целей, краткая характеристика проблемы, мотивация изучения темы.	Формировать ОК 1, 2, 8. Активизировать познавательно-мыслительную деятельность студентов. Показать теоретическую и практическую значимость изучаемого материала.	5
III.	Основная часть: формирование новых знаний.	Формировать ОК 1, 2, 9. Сформировать основу теоретических знаний студентов по теме. Обеспечить усвоение понятий. Доказать важность теоретических знаний и их связь с практикой. Формировать профессионально важные качества студентов (ответственность, способность работать в коллективе, способность к саморазвитию).	70

	План изложения лекционного материала: 1. Основные правила биомедицинской этики. 2. Права и моральные обязанности врачей. 3. Этика взаимоотношений врачей и пациентов.	
IV.	Закрепление изложенного материала: 1. Обобщение материала лекции. 2. Студентам предлагается завершить определение соответствующим понятием для закрепления лекционного материала (Лекция 2).	Формировать ОК 1, 2, 4, 9 Систематизировать знания, определить степень усвоения материала.
V.	Заключительная часть: формулирование основного вывода, установка для самостоятельной работы.	2
VI.	Домашнее задание: знать материал лекции.	2
Итого:		90

Технологическая карта № 3

Тема занятия: Морально-этические проблемы аборта, контрацепции и искусственного оплодотворения

Вид занятия: лекция

Тип занятия: усвоение новых знаний и способов действия

Длительность занятия: 90 минут

Цели занятия:

Дидактические: формировать теоретическую основу знаний студентов по теме, изложив основные понятия репродуктивной этики, искусственного прерывания беременности, искусственного оплодотворения, суррогатного материнства и связанные с ними этические проблемы:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях, нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

Развивающие: создать условия для формирования умения высказывать аргументированно свою точку зрения; использовать примеры из практики; давать оценку приобретенных знаний в соответствии с личным опытом; организовывать собственную деятельность; осуществлять выбор типовых методов и способов для решения поставленных задач.

Воспитательные: привлечь внимание студентов к рассматриваемым вопросам; формировать современное критическое мировоззрение и собственной жизненной позиции; формировать бережные отношения к природе.

Место проведения: лекционный зал колледжа.

Оснащение: методическая разработка лекционного занятия, мультимедийная презентация, дидактические средства контроля и тренажа: вопросы для закрепления лекционного материала.

Методы обучения и формы их реализации:

Методы обучения	Форма реализации метода
Репродуктивный: информационно-рецептивный: - объяснительно-иллюстративное изложение, - повествовательное изложение	Пояснительно-иллюстративная лекция; рассказ.
Продуктивный: - эвристический диалог	Эвристическая беседа.

В результате изучения темы студент должен **уметь:**

- усвоить материал лекции, фиксировать внимание на новых данных, сообщаемых лектором;
- выделять и конспектировать узловые моменты лекции;
- участвовать в коллективном обсуждении предлагаемых проблем.

знать:

- понятие репродуктивной этики;
- этические проблемы искусственного прерывания беременности;
- этические проблемы искусственного оплодотворения;
- этические проблемы суррогатного материнства;
- этические проблемы контрацепции.

Уровни освоения учебного материала: 1

1 - ознакомительный (узнавание ранее изученных объектов, свойств).

Междисциплинарные связи:

- ОГСЭ. 01 Философия
- ОГСЭ.02 История

Внутридисциплинарные связи:

- Философия как наука: основные вопросы, категории и понятия. Специфика философского знания.
- Мировоззренческие основы философии. Философия и медицина: общие проблемы и ценности.
- Предмет этики как науки.

Список рекомендуемой литературы для студентов:

Основные источники:

1. Иванюшкин А.Я. Введение в биоэтику / А. Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатъев, Р.В.Коротких. - М. : Медицина, 1998. - 384 с.

2. Засухина В.И. Основы консервативной биоэтики. – Чита : Забайкал. Гос. гум.-пед. ун-т, 2008. - 113 с.
3. Программа по биоэтики. Общий курс : метод. рекомендации (МЗ РФ ГОУ ВУНМЦ; Сост. Ю.М. Лопухин и др.) – М., 2001. - 39 с.
4. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский. – М. : Медицина, 1997. – 352 с.
5. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский, Ю.М. Лопухин. - М. : Медицина, 1999. - Вып. 2. – 374 с.
6. Власов В.В. Основы современной биоэтики / В.В. Власов. – Саратов, 1998. - 96
7. Акопов В.И. Общество, медицина, закон / В.И. Акопов, А.А. Бова // Сборник докладов первой международной конференции. – 1999. - С. 5-6.
8. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве / М.Н. Малеина. - М., 1995. – С. 69-75.

Интернет источники:

1. Балалыкин, Д. А. История и современные вопросы развития биоэтики : учебное пособие / Д. А. Балалыкин, А. С. Киселев. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 144 с. — ISBN 978-5-9704-2057-7. — Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. — URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420577.html> (дата обращения: 11.12.2020). — Режим доступа: по подписке.
2. Введение в биоэтику : учебное пособие / А. Я. Иванюшкин [и др.] ; ред. Б. Г. Юдин. — 2-е изд. — Москва : Прогресс-Традиция, 2017. — 384 с. — ISBN 978-5-89826-532-8. — Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. — URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785898265328.html> (дата обращения: 24.11.2020). — Режим доступа: по подписке.
3. Седова, Н. Н. Биоэтика : учебник / Н. Н. Седова. — Москва : КноРус, 2019. — 216 с. — ISBN 978-5-406-07184-7. — Текст : электронный // ЭБС «Book.ru» : [сайт]. — URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=https://www.book.ru/book/931753> (дата обращения: 24.11.2020). – Режим доступа: по подписке.

Ход занятия

	Содержание	Обоснование методических приемов	Время (мин)
I.	Организационный момент: приветствие, проверка присутствующих и готовности студентов к учебному занятию.	Формировать ОК 1, 2. Мобилизовать внимание студентов. Создать рабочую атмосферу на занятии.	5
II.	Вводная часть: формулирование задач, целей, краткая характеристика проблемы, мотивация изучения темы.	Формировать ОК 1, 2, 8. Активизировать познавательно-мыслительную деятельность студентов. Показать теоретическую и практическую значимость изучаемого материала.	5
III.	Основная часть: формирование новых знаний.	Формировать ОК 1, 2, 9. Сформировать основу теоретических знаний студентов по теме. Обеспечить усвоение понятий. Доказать важность теоретических знаний и их связь с практикой. Формировать профессионально важные качества студентов (ответственность, способность	70

		работать в коллективе, способность к саморазвитию).	
	План изложения лекционного материала: 1 Понятие репродуктивной этики. 2 Этические проблемы контрацепции. 3 Этические проблемы искусственного прерывания беременности. 4 Этические проблемы искусственного оплодотворения. 5 Этические проблемы суррогатного материнства.		
IV.	Закрепление изложенного материала: 1. Обобщение материала лекции. 2. Студентам предлагается завершить определение соответствующим понятием для закрепления лекционного материала (Лекция 3).	Формировать ОК 1, 2, 4, 9 Систематизировать знания, определить степень усвоения материала.	6
V.	Заключительная часть: формулирование основного вывода, установка для самостоятельной работы.		2
VI.	Домашнее задание: знать материал лекции.		2
Итого:			90

Технологическая карта № 4

Тема занятия: Философские, этические и правовые проблемы смерти

Вид занятия: лекция

Тип занятия: усвоение новых знаний и способов действия

Длительность занятия: 90 минут

Цели занятия:

Дидактические: формировать теоретическую основу знаний студентов по теме, изложив основные критерии смерти, проблему отказа от лечебных мероприятий, понятий: вегетативное состояние, эвтанази, паллиативной помощи населению:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях, нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

Развивающие: создать условия для формирования умения высказывать аргументированно свою точку зрения; использовать примеры из практики; давать оценку приобретенных знаний в соответствии с личным опытом; организовывать собственную деятельность; осуществлять выбор типовых методов и способов для решения поставленных задач.

Воспитательные: привлечь внимание студентов к рассматриваемым вопросам; формировать современное критическое мировоззрение и собственной жизненной позиции; формировать бережные отношения к природе.

Место проведения: лекционный зал колледжа.

Обснащение: методическая разработка лекционного занятия, мультимедийная презентация, дидактические средства контроля и тренажа: вопросы для закрепления лекционного материала.

Методы обучения и формы их реализации:

Методы обучения	Форма реализации метода
Репродуктивный: информационно-рецептивный: - объяснительно-иллюстративное изложение, - повествовательное изложение	Пояснительно-иллюстративная лекция; рассказ.
Продуктивный: - эвристический диалог	Эвристическая беседа.

В результате изучения темы студент должен **уметь:**

- усвоить материал лекции, фиксировать внимание на новых данных, сообщаемых лектором;

- выделять и конспектировать узловые моменты лекции;
- участвовать в коллективном обсуждении предлагаемых проблем.

знать:

- основные критерии смерти
- основные проблемы отказа от лечебных мероприятий,
- этические проблемы вегетативного состояния пациента,
- этические проблемы эвтаназии
- оказание паллиативной помощи населению

Уровни освоения учебного материала: 1

1 - ознакомительный (узнавание ранее изученных объектов, свойств).

Междисциплинарные связи:

- ОГСЭ. 01 Философия
- ОГСЭ.02 История

Внутридисциплинарные связи:

- Философия как наука: основные вопросы, категории и понятия. Специфика философского знания.
- Мировоззренческие основы философии. Философия и медицина: общие проблемы и ценности.

- Предмет этики как науки

Список рекомендуемой литературы для студентов:

Основные источники:

1. Иванюшкин А.Я. Введение в биоэтику / А. Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатъев, Р.В.Коротких. - М. : Медицина, 1998. - 384 с.
2. Засухина В.И. Основы консервативной биоэтики. – Чита : Забайкал. Гос. гум.-пед. ун-т, 2008. - 113 с.
3. Программа по биоэтики. Общий курс : метод. рекомендации (МЗ РФ ГОУ ВУНМЦ; Сост. Ю.М. Лопухин и др.) – М., 2001. - 39 с.
4. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский. – М. : Медицина, 1997. – 352 с.
5. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский, Ю.М. Лопухин. - М. : Медицина, 1999. - Вып. 2. – 374 с.
6. Власов В.В. Основы современной биоэтики / В.В. Власов. – Саратов, 1998. - 96 с.
7. Акопов В.И. Общество, медицина, закон / В.И. Акопов, А.А. Бова // Сборник докладов первой международной конференции. – 1999. - С. 5-6.
8. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве / М.Н. Малеина. - М., 1995. – С. 69-75.

Интернет источники:

1. Балалыкин, Д. А. История и современные вопросы развития биоэтики : учебное пособие / Д. А. Балалыкин, А .С. Киселев. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 144 с. — ISBN 978-5-9704-2057-7. — Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. — URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420577.html> (дата обращения: 11.12.2020). — Режим доступа: по подписке.
2. Введение в биоэтику : учебное пособие / А. Я. Иванюшкин [и др.] ; ред. Б. Г. Юдин. — 2-е изд. — Москва : Прогресс-Традиция, 2017. — 384 с. — ISBN 978-5-89826-532-8. — Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. — URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785898265328.html> (дата обращения: 24.11.2020). — Режим доступа: по подписке.
3. Седова, Н. Н. Биоэтика : учебник / Н. Н. Седова. — Москва : КноРус, 2019. — 216 с. — ISBN 978-5-406-07184-7. — Текст : электронный // ЭБС «Book.ru» : [сайт]. — URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=https://www.book.ru/book/931753> (дата обращения: 24.11.2020). – Режим доступа: по подписке.

Ход занятия

№ п/п	Содержание	Обоснование методических приемов	Время (мин)
I.	Организационный момент: приветствие, проверка присутствующих и готовности студентов к учебному занятию.	Формировать ОК 1, 2. Мобилизовать внимание студентов. Создать рабочую атмосферу на занятии.	5
II.	Вводная часть: формулирование задач, целей, краткая характеристика проблемы, мотивация изучения темы.	Формировать ОК 1, 2, 8. Активизировать познавательно-мыслительную деятельность студентов. Показать теоретическую и практическую значимость изучаемого материала.	5
III.	Основная часть: формирование новых знаний.	Формировать ОК 1, 2, 9. Сформировать основу теоретических знаний студентов по теме. Обеспечить усвоение понятий. Доказать важность теоретических знаний и их связь с	70

		практикой. Формировать профессионально важные качества студентов (ответственность, способность работать в коллективе, способность к саморазвитию).	
	План изложения лекционного материала: 1 Основные критерии смерти. 2 Основные проблемы отказа от лечебных мероприятий. 3 Этические вопросы при вегетативном состоянии пациента. 4 Проблемы эвтаназии. 5 Оказание паллиативной помощи населению.		
IV.	Закрепление изложенного материала: 1. Обобщение материала лекции. 2. Студентам предлагается завершить определение соответствующим понятием для закрепления лекционного материала (Лекция 4).	Формировать ОК 1, 2, 4, 9 Систематизировать знания, определить степень усвоения материала.	6
V.	Заключительная часть: формулирование основного вывода, установка для самостоятельной работы.		2
VI.	Домашнее задание: знать материал лекции.		2
Итого:			90

Технологическая карта № 5

Тема занятия: Морально-этические проблемы медицинской генетики и оказания психиатрической помощи

Вид занятия: лекция

Тип занятия: усвоение новых знаний и способов действия

Длительность занятия: 90 минут

Цели занятия:

Дидактические: формировать теоретическую основу знаний студентов по теме, изложив основные морально-этические проблемы оказания психиатрической помощи, проблемы жестокого обращения с душевнобольными, особенности клинической этики в работе психиатра и этические проблемы прикладных генетических методов исследования (генетическое тестирование, евгеника, генетический скрининг, генетические биобанки, генная терапия):

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях, нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

Развивающие: создать условия для формирования умения высказывать аргументированно свою точку зрения; использовать примеры из практики; давать оценку приобретенных знаний в соответствии с личным опытом; организовывать собственную деятельность; осуществлять выбор типовых методов и способов для решения поставленных задач.

Воспитательные: привлечь внимание студентов к рассматриваемым вопросам; формировать современное критическое мировоззрение и собственной жизненной позиции; формировать бережные отношения к природе.

Место проведения: лекционный зал колледжа.

Оснащение: методическая разработка лекционного занятия, мультимедийная презентация, дидактические средства контроля и тренажа: вопросы для закрепления лекционного материала.

Методы обучения и формы их реализации:

Методы обучения	Форма реализации метода
Репродуктивный: - информационно-рецептивный: - объяснительно-иллюстративное изложение, - повествовательное изложение	Пояснительно-иллюстративная лекция; рассказ.
Продуктивный: - эвристический диалог	Эвристическая беседа.

В результате изучения темы студент должен **уметь:**

- усвоить материал лекции, фиксировать внимание на новых данных, сообщаемых лектором;
- выделять и конспектировать узловые моменты лекции;
- участвовать в коллективном обсуждении предлагаемых проблем.

знать:

- основные морально-этические проблемы оказания психиатрической помощи: проблемы жестокого обращения с душевнобольными, особенности клинической этики в работе психиатра
- этические проблемы прикладных генетических методов исследования (генетическое тестирование, евгеника, генетический скрининг, генетические биобанки, геновая терапия)

Уровни освоения учебного материала: 1

1 - ознакомительный (узнавание ранее изученных объектов, свойств).

Междисциплинарные связи:

- ОГСЭ. 01 Философия

- ОГСЭ.02 История

Внутридисциплинарные связи:

- Философия как наука: основные вопросы, категории и понятия. Специфика философского знания.
- Мироззренческие основы философии. Философия и медицина: общие проблемы и ценности.
- Предмет этики как науки.

Список рекомендуемой литературы для студентов:

Основные источники:

1. Иванюшкин А.Я. Введение в биоэтику / А. Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатъев, Р.В.Коротких. - М. : Медицина, 1998. - 384 с.
2. Засухина В.И. Основы консервативной биоэтики. – Чита : Забайкал. Гос. гум.-пед. ун-т, 2008. - 113 с.
3. Программа по биоэтики. Общий курс : метод. рекомендации (МЗ РФ ГОУ ВУНМЦ; Сост. Ю.М. Лопухин и др.) – М., 2001. - 39 с.
4. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский. – М. : Медицина, 1997. – 352 с.
5. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский, Ю.М. Лопухин. - М. : Медицина, 1999. - Вып. 2. – 374 с.
6. Власов В.В. Основы современной биоэтики / В.В. Власов. – Саратов, 1998. - 96 с.
7. Акопов В.И. Общество, медицина, закон / В.И. Акопов, А.А. Бова // Сборник докладов первой международной конференции. – 1999. - С. 5-6.
8. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве / М.Н. Малеина. - М., 1995. – С. 69-75.

Интернет источники:

Балалыкин, Д. А. История и современные вопросы развития биоэтики : учебное пособие / Д. А. Балалыкин, А .С. Киселев. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 144 с. — ISBN 978-5-9704-2057-7. — Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт].

URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420577.html> (дата обращения: 11.12.2020). — Режим доступа: по подписке.

Введение в биоэтику : учебное пособие / А. Я. Иванюшкин [и др.] ; ред. Б. Г. Юдин. — 2-е изд. — Москва : Прогресс-Традиция, 2017. — 384 с. — ISBN 978-5-89826-532-8. — Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. — URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785898265328.html> (дата обращения: 24.11.2020). — Режим доступа: по подписке.

Седова, Н. Н. Биоэтика : учебник / Н. Н. Седова. — Москва : КноРус, 2019. — 216 с. — ISBN 978-5-406-07184-7. — Текст : электронный // ЭБС «Book.ru» : [сайт].

— URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=https://www.book.ru/book/931753> (дата обращения: 24.11.2020). — Режим доступа: по подписке.

Ход занятия

№ п/п	Содержание	Обоснование методических приемов	Время (мин)
I.	Организационный момент: приветствие, проверка присутствующих и готовности студентов к учебному занятию.	Формировать ОК 1, 2. Мобилизовать внимание студентов. Создать рабочую атмосферу на занятии.	5
II.	Вводная часть: формулирование	Формировать ОК 1, 2, 8.	5

	задач, целей, краткая характеристика проблемы, мотивация изучения темы.	Активизировать познавательно-мыслительную деятельность студентов. Показать теоретическую и практическую значимость изучаемого материала.	
III.	Основная часть: формирование новых знаний.	Формировать ОК 1, 2, 9. Сформировать основу теоретических знаний студентов по теме. Обеспечить усвоение понятий. Доказать важность теоретических знаний и их связь с практикой. Формировать профессионально важные качества студентов (ответственность, способность работать в коллективе, способность к саморазвитию).	70
	План изложения лекционного материала: 1 Основные морально-этические проблемы оказания психиатрической помощи: проблемы жестокого обращения с душевнобольными, особенности клинической этики в работе психиатра 2 Этические проблемы прикладных генетических методов исследования (генетическое тестирование, евгеника, генетический скрининг, генетические биобанки, генная терапия).		
IV.	Закрепление изложенного материала: 1. Обобщение материала лекции. 2. Студентам предлагается завершить определение соответствующим понятием для закрепления лекционного материала (Лекция 5).	Формировать ОК 1, 2, 4, 9 Систематизировать знания, определить степень усвоения материала.	8
V.	Заключительная часть: формулирование основного вывода, установка для самостоятельной работы.		2
VI.	Домашнее задание: знать материал лекции.		2
Итого:			90

Технологическая карта № 6

Тема занятия: Этико-правовые и морально-психологические проблемы СПИДа

Вид занятия: лекция

Тип занятия: усвоение новых знаний и способов действия

Длительность занятия: 90 минут

Цели занятия:

Дидактические: формировать теоретическую основу знаний студентов по теме, изложив основные морально-этические проблемы СПИДа, проблемы раннего этапа борьбы со СПИДом, этические проблемы защиты прав ВИЧ-инфицированных, этические проблемы профессионального риска медицинских работников:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях, нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

Развивающие: создать условия для формирования умения высказывать аргументированно свою точку зрения; использовать примеры из практики; давать оценку приобретенных знаний в соответствии с личным опытом; организовывать собственную деятельность; осуществлять выбор типовых методов и способов для решения поставленных задач.

Воспитательные: привлечь внимание студентов к рассматриваемым вопросам; формировать современное критическое мировоззрение и собственной жизненной позиции; формировать бережные отношения к природе.

Место проведения: лекционный зал колледжа.

Оснащение: методическая разработка лекционного занятия, мультимедийная презентация, дидактические средства контроля и тренажа: вопросы для закрепления лекционного материала.

Методы обучения и формы их реализации:

Методы обучения	Форма реализации метода
Репродуктивный: - информационно-рецептивный; - объяснительно-иллюстративное изложение, - повествовательное изложение	Пояснительно-иллюстративная лекция; рассказ.
Продуктивный: - эвристический диалог	Эвристическая беседа.

В результате изучения темы студент должен **уметь:**

- усвоить материал лекции, фиксировать внимание на новых данных, сообщаемых лектором;
- выделять и конспектировать узловые моменты лекции;
- участвовать в коллективном обсуждении предлагаемых проблем.

знать:

- основные морально-этические проблемы СПИДа, проблемы раннего этапа борьбы со СПИДом
- этические проблемы защиты прав ВИЧ-инфицированных

– этические проблемы профессионального риска медицинских работников

Уровни освоения учебного материала: 1

1 - ознакомительный (узнавание ранее изученных объектов, свойств).

Междисциплинарные связи:

- ОГСЭ. 01 Философия

- ОГСЭ.02 История

Внутридисциплинарные связи:

- Философия как наука: основные вопросы, категории и понятия. Специфика философского знания.

- Мирозренческие основы философии. Философия и медицина: общие проблемы и ценности.

- Предмет этики как науки

Список рекомендуемой литературы для студентов:

Основные источники:

1. Иванюшкин А.Я. Введение в биоэтику / А. Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатъев, Р.В.Коротких. - М. : Медицина, 1998. - 384 с.

2. Засухина В.И. Основы консервативной биоэтики. – Чита : Забайкал. Гос. гум.-пед. ун-т, 2008. - 113 с.

3. Программа по биоэтики. Общий курс : метод. рекомендации (МЗ РФ ГОУ ВУНМЦ; Сост. Ю.М. Лопухин и др.) – М., 2001. - 39 с.

4. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский. – М. : Медицина, 1997. – 352 с.

5. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский, Ю.М. Лопухин. - М. : Медицина, 1999. - Вып. 2. – 374 с.

6. Власов В.В. Основы современной биоэтики / В.В. Власов. – Саратов, 1998. - 96 с.

7. Акопов В.И. Общество, медицина, закон / В.И. Акопов, А.А. Бова // Сборник докладов первой международной конференции. – 1999. - С. 5-6.

8. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве / М.Н. Малеина. - М., 1995. – С. 69-75.

Интернет источники:

1. Балалыкин, Д. А. История и современные вопросы развития биоэтики : учебное пособие / Д. А. Балалыкин, А. С. Киселев. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 144 с. — ISBN 978-5-9704-2057-7. — Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. —

URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420577.html> (дата обращения: 11.12.2020). — Режим доступа: по подписке.

2. Введение в биоэтику : учебное пособие / А. Я. Иванюшкин [и др.] ; ред. Б. Г. Юдин. — 2-е изд. — Москва : Прогресс-Традиция, 2017. — 384 с. — ISBN 978-5-89826-532-8. — Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. — URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785898265328.html> (дата обращения: 24.11.2020). — Режим доступа: по подписке.

3. Седова, Н. Н. Биоэтика : учебник / Н. Н. Седова. — Москва : КноРус, 2019. — 216 с. — ISBN 978-5-406-07184-7. — Текст : электронный // ЭБС «Book.ru» : [сайт]. —

URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=https://www.book.ru/book/931753> (дата обращения: 24.11.2020). – Режим доступа: по подписке.

Ход занятия

№ п/п	Содержание	Обоснование методических приемов	Время (мин)
I.	Организационный момент: приветствие, проверка присутствующих и готовности студентов к учебному занятию.	Формировать ОК 1, 2. Мобилизовать внимание студентов. Создать рабочую атмосферу на занятии.	5
II.	Вводная часть: формулирование задач, целей, краткая характеристика проблемы, мотивация изучения темы.	Формировать ОК 1, 2, 8. Активизировать познавательно-мыслительную деятельность студентов. Показать теоретическую и практическую значимость изучаемого материала.	5
III.	Основная часть: формирование новых знаний.	Формировать ОК 1, 2, 9. Сформировать основу теоретических знаний студентов по теме. Обеспечить усвоение понятий. Доказать важность теоретических знаний и их связь с практикой. Формировать профессионально важные качества студентов (ответственность, способность работать в коллективе, способность к саморазвитию).	70
План изложения лекционного материала:			
1 Основные морально-этические проблемы СПИДа, проблемы раннего этапа борьбы со СПИДом.			
2 Этические проблемы защиты прав ВИЧ-инфицированных.			
3 Этические проблемы профессионального риска медицинских работников.			
IV.	Закрепление изложенного материала: 1. Обобщение материала лекции. 2. Студентам предлагается завершить определение соответствующим понятием для закрепления лекционного материала (Лекция 6).	Формировать ОК 1, 2, 4, 9 Систематизировать знания, определить степень усвоения материала.	6
V.	Заключительная часть: формулирование основного вывода, установка для самостоятельной работы.		2
VI.	Домашнее задание: знать материал лекции.		2
Итого:			90

Технологическая карта № 7

Тема занятия: Этико-юридические проблемы трансплантологии и медико-биологических экспериментов

Вид занятия: лекция

Тип занятия: усвоение новых знаний и способов действия

Длительность занятия: 90 минут

Цели занятия:

Дидактические: формировать теоретическую основу знаний студентов по теме, изложив основные морально-этические проблемы определения смерти в трансплантологии, проблемы изъятия донорского материала, проблемы распределения донорского материала, этические проблемы торговли человеческими органами и тканями, морально-этические проблемы биомедицинских исследований на человеке (история развития экспериментирования на человеке, этические принципы биомедицинских исследований на человеке, морально-этический конфликт ролей: лечащего врача и исследователя):

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях, нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

Развивающие: создать условия для формирования умения высказывать аргументированно свою точку зрения; использовать примеры из практики; давать оценку приобретенных знаний в соответствии с личным опытом; организовывать собственную деятельность; осуществлять выбор типовых методов и способов для решения поставленных задач.

Воспитательные: привлечь внимание студентов к рассматриваемым вопросам; формировать современное критическое мировоззрение и собственной жизненной позиции; формировать бережные отношения к природе.

Место проведения: лекционный зал колледжа.

Оснащение: методическая разработка лекционного занятия, мультимедийная презентация, дидактические средства контроля и тренажа: вопросы для закрепления лекционного материала.

Методы обучения и формы их реализации:

Методы обучения	Форма реализации метода
Репродуктивный: - информационно-рецептивный; - объяснительно-иллюстративное изложение, - повествовательное изложение	Пояснительно-иллюстративная лекция; рассказ.
Продуктивный: - эвристический диалог	Эвристическая беседа.

В результате изучения темы студент должен **уметь:**

- усвоить материал лекции, фиксировать внимание на новых данных, сообщаемых лектором;
- выделять и конспектировать узловые моменты лекции;
- участвовать в коллективном обсуждении предлагаемых проблем.

знать:

- морально-этические проблемы определения смерти в трансплантологии
- проблемы изъятия донорского материала, проблемы распределения донорского материала, этические проблемы торговли человеческими органами и тканями
- морально-этические проблемы биомедицинских исследований на человеке (история развития экспериментирования на человеке, этические принципы биомедицинских исследований на человеке, морально-этический конфликт ролей: лечащего врача и исследователя)

Уровни освоения учебного материала: 1

1 - ознакомительный (узнавание ранее изученных объектов, свойств).

Междисциплинарные связи:

- ОГСЭ.01 Философия
- ОГСЭ.02 История

Внутридисциплинарные связи:

- Философия как наука: основные вопросы, категории и понятия. Специфика философского знания.
- Мировоззренческие основы философии. Философия и медицина: общие проблемы и ценности.
- Предмет этики как науки.

Список рекомендуемой литературы для студентов:

Основные источники:

1. Иванюшкин А.Я. Введение в биоэтику / А. Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатъев, Р.В.Коротких. - М. : Медицина, 1998. - 384 с.
2. Засухина В.И. Основы консервативной биоэтики. – Чита : Забайкал. Гос. гум.-пед. ун-т, 2008. - 113 с.
3. Программа по биоэтики. Общий курс : метод. рекомендации (МЗ РФ ГОУ ВУНМЦ; Сост. Ю.М. Лопухин и др.) – М., 2001. - 39 с.
4. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский. – М. : Медицина, 1997. – 352 с.

5. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский, Ю.М. Лопухин. - М. : Медицина, 1999. - Вып. 2. – 374 с.

6. Власов В.В. Основы современной биоэтики / В.В. Власов. – Саратов, 1998. - 96

7. Акопов В.И. Общество, медицина, закон / В.И. Акопов, А.А. Бова // Сборник докладов первой международной конференции. – 1999. - С. 5-6.

8. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве / М.Н. Малеина. - М., 1995. – С. 69-75.

Интернет источники:

1. Балалыкин, Д. А. История и современные вопросы развития биоэтики : учебное пособие / Д. А. Балалыкин, А .С. Киселев. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 144 с. — ISBN 978-5-9704-2057-7. — Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. —

URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420577.html> (дата обращения: 11.12.2020). — Режим доступа: по подписке.

2. Введение в биоэтику : учебное пособие / А. Я. Иванюшкин [и др.] ; ред. Б. Г. Юдин. — 2-е изд. — Москва : Прогресс-Традиция, 2017. — 384 с. — ISBN 978-5-89826-532-8. — Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. — URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785898265328.html> (дата обращения: 24.11.2020). — Режим доступа: по подписке.

Ход занятия

№ п/п	Содержание	Обоснование методических приемов	Время (мин)
I.	Организационный момент: приветствие, проверка присутствующих и готовности студентов к учебному занятию.	Формировать ОК 1, 2. Мобилизовать внимание студентов. Создать рабочую атмосферу на занятии.	5
II.	Вводная часть: формулирование задач, целей, краткая характеристика проблемы, мотивация изучения темы.	Формировать ОК 1, 2, 8. Активизировать познавательно-мыслительную деятельность студентов. Показать теоретическую и практическую значимость изучаемого материала.	5
III.	Основная часть: формирование новых знаний.	Формировать ОК 1, 2, 9. Сформировать основу теоретических знаний студентов по теме. Обеспечить усвоение понятий. Доказать важность теоретических знаний и их связь с практикой. Формировать профессионально важные качества студентов.	70
	План изложения лекционного материала: 1 Морально-этические проблемы определения смерти в трансплантологии. 2 Проблемы изъятия донорского материала, проблемы распределения донорского материала, этические проблемы торговли человеческими органами и тканями. 3 Морально-этические проблемы биомедицинских исследований на человеке (история развития экспериментирования на человеке, этические принципы биомедицинских исследований на человеке, морально-этический конфликт ролей: лечащего врача и исследователя).		
IV.	Закрепление изложенного материала:	Формировать ОК 1, 2, 4, 9 Систематизировать знания, определить	6

	1. Обобщение материала лекции. 2. Студентам предлагается завершить определение соответствующим понятием для закрепления лекционного материала (Лекция 7).	степень усвоения материала.	
V.	Заключительная часть: формулирование основного вывода, установка для самостоятельной работы.		2
VI.	Домашнее задание: знать материал лекции.		2
Итого:			90

Технологическая карта № 8

Тема занятия: Предмет и основные этапы истории биомедицинской этики

Вид занятия: семинар

Тип занятия: углубленное изучение систематического курса

Длительность занятия: 90 минут

Цели занятия:

Дидактические: формировать теоретическую основу знаний студентов по теме, изложив основные понятия профессиональной этики, медицинской этики как профессиональной этики, модели медицинской этики:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях, нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

Развивающие: создать условия для формирования умения высказывать аргументированно свою точку зрения; использовать примеры из практики; давать оценку приобретенных знаний в соответствии с личным опытом; организовывать

собственную деятельность; осуществлять выбор типовых методов и способов для решения поставленных задач.

Воспитательные: привлечь внимание студентов к рассматриваемым вопросам; формировать современное критическое мировоззрение и собственной жизненной позиции; формировать бережные отношения к природе.

Место проведения: лекционный зал колледжа.

Оснащение: методическая разработка семинарского занятия, мультимедийная презентация, дидактические средства контроля: вопросы для закрепления материала семинара.

Методы обучения и формы их реализации:

Методы обучения	Форма реализации метода
Репродуктивный: - информационно-рецептивный; - объяснительно-иллюстративное изложение, - повествовательное изложение	Пояснительно-иллюстративный семинар; рассказ.
Продуктивный: - эвристический диалог	Эвристическая беседа.

В результате изучения темы студент должен **уметь:**

- усвоить материал семинара, фиксировать внимание на новых данных, сообщаемых лектором;
- выделять и конспектировать узловые моменты семинара;
- участвовать в коллективном обсуждении предлагаемых проблем.

знать:

- основные понятия профессиональной этики;
- этические профессиональные кодексы;
- медицинская этика как вид профессиональной этики;
- модели медицинской этики.

Уровни освоения учебного материала: 1

1 - ознакомительный (узнавание ранее изученных объектов, свойств).

Междисциплинарные связи:

- ОГСЭ. 01 Философия
- ОГСЭ.02 История

Внутридисциплинарные связи:

- Философия как наука: основные вопросы, категории и понятия. Специфика философского знания.
- Мировоззренческие основы философии. Философия и медицина: общие проблемы и ценности.
- Предмет этики как науки

Список рекомендуемой литературы для студентов:

Основные источники:

1. Иванюшкин А.Я. Введение в биоэтику / А. Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатъев, Р.В.Коротких. - М. : Медицина, 1998. - 384 с.
2. Засухина В.И. Основы консервативной биоэтики. – Чита : Забайкал. Гос. гум.-пед. ун-т, 2008. - 113 с.
3. Программа по биоэтики. Общий курс : метод. рекомендации (МЗ РФ ГОУ ВУНМЦ; Сост. Ю.М. Лопухин и др.) – М., 2001. - 39 с.
4. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский. – М. : Медицина, 1997. – 352 с.
5. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский, Ю.М. Лопухин. - М. : Медицина, 1999. - Вып. 2. – 374 с.

6. Власов В.В. Основы современной биоэтики / В.В. Власов. – Саратов, 1998. - 96

7. Акопов В.И. Общество, медицина, закон / В.И. Акопов, А.А. Бова // Сборник докладов первой международной конференции. – 1999. - С. 5-6.

8. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве / М.Н. Малеина. - М., 1995. – С. 69-75.

Интернет источники:

1. Балалыкин, Д. А. История и современные вопросы развития биоэтики : учебное пособие / Д. А. Балалыкин, А .С. Киселев. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 144 с. — ISBN 978-5-9704-2057-7. — Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. — URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420577.html> (дата обращения: 11.12.2020). — Режим доступа: по подписке.

2. Введение в биоэтику : учебное пособие / А. Я. Иванюшкин [и др.] ; ред. Б. Г. Юдин. — 2-е изд. — Москва : Прогресс-Традиция, 2017. — 384 с. — ISBN 978-5-89826-532-8. — Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. — URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785898265328.html> (дата обращения: 24.11.2020). — Режим доступа: по подписке.

3. Седова, Н. Н. Биоэтика : учебник / Н. Н. Седова. — Москва : КноРус, 2019. — 216 с. — ISBN 978-5-406-07184-7. — Текст : электронный // ЭБС «Book.ru» : [сайт]. —

URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=https://www.book.ru/book/931753> (дата обращения: 24.11.2020). – Режим доступа: по подписке.

Ход занятия

№ п/п	Содержание	Обоснование методических приемов	Время (мин)
I.	Организационный момент: приветствие, проверка присутствующих и готовности студентов к учебному занятию.	Формировать ОК 1, 2. Мобилизовать внимание студентов. Создать рабочую атмосферу на занятии.	5
II.	Вводная часть: формулирование задач, целей, краткая характеристика проблемы, мотивация изучения темы.	Формировать ОК 1, 2, 8. Активизировать познавательно-мыслительную деятельность студентов. Показать теоретическую и практическую значимость изучаемого материала.	5
III.	Основная часть: формирование новых знаний.	Формировать ОК 1, 2, 9. Сформировать основу теоретических знаний студентов по теме. Обеспечить усвоение понятий. Доказать важность теоретических знаний и их связь с практикой. Формировать профессионально важные качества студентов (ответственность, способность работать в коллективе, способность к саморазвитию).	70
План изложения семинарского материала: 1. Ознакомиться с историей возникновения и развития основных этических теорий и принципов биомедицинской этики. 2. Изучить основные модели взаимоотношений в системе врач-пациент. 3. Освоить основные правила биомедицинской этики. 4. Узнать, что входит в понятие «права пациента», «врачебная тайна» и др.			

	5. Освоить навыки поведения в различных ситуациях. 7. Ознакомиться с современными тенденциями в биомедицинской этике.	
IV.	Закрепление изложенного материала: 1. Обобщение материала семинара. 2. Студентам предлагается ответить на тестовые вопросы для закрепления материала семинара.	Формировать ОК 1, 2, 4, 9 Систематизировать знания, определить степень усвоения материала.
V.	Заключительная часть: формулирование основного вывода, установка для самостоятельной работы.	2
VI.	Домашнее задание: написать эссе: 1. Этика как наука и этика науки. 2. Биомедицинская этика и медицинское право: проблема взаимоотношения. 3. Биомедицинская этика как форма профессиональной защиты личности врача. 4. Понятие долга в нравственной философии Канта. 5. Гедонизм, цинизм, прагматизм и утилитаризм: сравнительная характеристика. 6. Принцип полезности в утилитаризме. 7. Патернализм и современные модели взаимоотношения врача и пациента. 8. Проблема справедливости в медицине и здравоохранении. 9. Милосердие. Проблема границ обязательности милосердия в медицине. 10. Этические кодексы в медицине («Нюрнбергский кодекс», Конвенция Совета Европы «О правах человека и биомедицине»).	2
Итого:		90

Технологическая карта № 9

Тема занятия: Категории медицинской этики: профессиональный долг, совесть, такт, честь и достоинство медработника

Вид занятия: семинар

Тип занятия: углубленное изучение систематического курса

Длительность занятия: 90 минут

Цели занятия:

Дидактические: формировать теоретическую основу знаний студентов по теме, изложив основные понятия профессиональной этики, медицинской этики как профессиональной этики, модели медицинской этики:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях, нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

Развивающие: создать условия для формирования умения высказывать аргументированно свою точку зрения; использовать примеры из практики; давать оценку приобретенных знаний в соответствии с личным опытом; организовывать собственную деятельность; осуществлять выбор типовых методов и способов для решения поставленных задач.

Воспитательные: привлечь внимание студентов к рассматриваемым вопросам; формировать современное критическое мировоззрение и собственной жизненной позиции; формировать бережные отношения к природе.

Место проведения: учебный кабинет колледжа.

Оснащение: методическая разработка семинарского занятия, мультимедийная презентация, дидактические средства контроля: вопросы для закрепления материала семинара.

Методы обучения и формы их реализации:

Методы обучения	Форма реализации метода
Репродуктивный: - информационно-рецептивный; - объяснительно-иллюстративное изложение, - повествовательное изложение	Пояснительно-иллюстративный семинар; рассказ.
Продуктивный: - эвристический диалог	Эвристическая беседа.

В результате изучения темы студент должен **уметь:**

- усвоить материал семинара, фиксировать внимание на новых данных, сообщаемых лектором;

- выделять и конспектировать узловые моменты семинара;
- участвовать в коллективном обсуждении предлагаемых проблем.

знать:

- основные понятия профессиональной этики;
- этические профессиональные кодексы;
- медицинская этика как вид профессиональной этики;
- модели медицинской этики.

Уровни освоения учебного материала: 1

1 - ознакомительный (узнавание ранее изученных объектов, свойств).

Междисциплинарные связи:

- ОГСЭ. 01 Философия
- ОГСЭ.02 История

Внутридисциплинарные связи:

- Философия как наука: основные вопросы, категории и понятия. Специфика философского знания.

- Мироззренческие основы философии. Философия и медицина: общие проблемы и ценности.

- Предмет этики как науки

Список рекомендуемой литературы для студентов:

Основные источники:

1. Иванюшкин А.Я. Введение в биоэтику / А. Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатъев, Р.В.Коротких. - М. : Медицина, 1998. - 384 с.

2. Засухина В.И. Основы консервативной биоэтики. – Чита : Забайкал. Гос. гум.-пед. ун-т, 2008. - 113 с.

3. Программа по биоэтики. Общий курс : метод. рекомендации (МЗ РФ ГОУ ВУНМЦ; Сост. Ю.М. Лопухин и др.) – М., 2001. - 39 с.

4. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский. – М. : Медицина, 1997. – 352 с.

5. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский, Ю.М. Лопухин. - М. : Медицина, 1999. - Вып. 2. – 374 с.

Интернет источники:

1. Балалыкин, Д. А. История и современные вопросы развития биоэтики : учебное пособие / Д. А. Балалыкин, А .С. Киселев. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 144 с. — ISBN 978-5-9704-2057-7. — Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. — URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420577.html> (дата обращения: 11.12.2020). — Режим доступа: по подписке.

2. Введение в биоэтику : учебное пособие / А. Я. Иванюшкин [и др.] ; ред. Б. Г. Юдин. — 2-е изд. — Москва : Прогресс-Традиция, 2017. — 384 с. — ISBN 978-5-89826-532-8. — Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. — URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785898265328.html> (дата обращения: 24.11.2020). — Режим доступа: по подписке.

Ход занятия

№ п/п	Содержание	Обоснование методических приемов	Время (мин)
I.	Организационный момент: приветствие, проверка присутствующих и готовности студентов к учебному занятию.	Формировать ОК 1, 2. Мобилизовать внимание студентов. Создать рабочую атмосферу на занятии.	5
II.	Вводная часть: формулирование задач, целей, краткая характеристика проблемы, мотивация изучения темы.	Формировать ОК 1, 2, 8. Активизировать познавательно-мыслительную деятельность студентов. Показать теоретическую и практическую значимость изучаемого материала.	5
III.	Основная часть: формирование новых знаний.	Формировать ОК 1, 2, 9. Сформировать основу теоретических знаний студентов по теме. Обеспечить усвоение понятий. Доказать важность теоретических знаний и их связь с практикой. Формировать профессионально важные качества студентов (ответственность, способность работать в коллективе, способность к саморазвитию).	70

	План изложения семинарского материала: 1. Освоить понятия этических категорий медицинской этики. Характеристика понятий нравственного сознания, основы этического поведения в коллективе и элементы профессиональной нравственности. 2. Освоить понятие этического поведения медработника с пациентами, основы этического поведения в коллективе, в общении с родственниками пациентов. 3. Научиться применять этические принципы, которые формируют теоретическую основу этической науки в практической деятельности медработника		
IV.	Закрепление изложенного материала: 1. Обобщение материала семинара. 2. Студентам предлагается ответить на тестовые вопросы для закрепления материала семинара.	Формировать ОК 1, 2, 4, 9 Систематизировать знания, определить степень усвоения материала.	8
V.	Заключительная часть: формулирование основного вывода, установка для самостоятельной работы.		2
VI.	Домашнее задание: подготовиться к семинару.		2
Итого:			90

Технологическая карта № 10

Тема занятия: Принципы и основные модели взаимоотношений медицинского работника и пациента

Вид занятия: семинар

Тип занятия: углубленное изучение систематического курса

Длительность занятия: 90 минут

Цели занятия:

Дидактические: формировать теоретическую основу знаний студентов по теме, изложив основные правила биомедицинской этики, права и моральные обязанности врачей и пациентов, этика взаимоотношений медицинского работника и пациента:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях, нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

Развивающие: создать условия для формирования умения высказывать аргументированно свою точку зрения; использовать примеры из практики; давать оценку приобретенных знаний в соответствии с личным опытом; организовывать собственную деятельность; осуществлять выбор типовых методов и способов для решения поставленных задач.

Воспитательные: привлечь внимание студентов к рассматриваемым вопросам; формировать современное критическое мировоззрение и собственной жизненной позиции; формировать бережные отношения к природе.

Место проведения: учебный кабинет колледжа.

Оснащение: методическая разработка семинарского занятия, мультимедийная презентация, дидактические средства контроля: вопросы для закрепления материала семинара.

Методы обучения и формы их реализации:

Методы обучения	Форма реализации метода
Репродуктивный: - информационно-рецептивный; - объяснительно-иллюстративное изложение, - повествовательное изложение	Пояснительно-иллюстративный семинар; рассказ.
Продуктивный: - эвристический диалог	Эвристическая беседа.

В результате изучения темы студент должен **уметь:**

- усвоить материал семинара, фиксировать внимание на новых данных, сообщаемых лектором;
- выделять и конспектировать узловые моменты семинара;
- участвовать в коллективном обсуждении предлагаемых проблем.

знать:

- права врачей и пациентов основные правила биомедицинской этики;
- права и моральные обязанности врачей;
- этика взаимоотношений.

Уровни освоения учебного материала: 1

1 - ознакомительный (узнавание ранее изученных объектов, свойств).

Междисциплинарные связи:

- ОГСЭ. 01 Философия
- ОГСЭ.02 История

Внутридисциплинарные связи:

- Философия как наука: основные вопросы, категории и понятия. Специфика философского знания.
- Мировоззренческие основы философии. Философия и медицина: общие проблемы и ценности.
- Предмет этики как науки

Список рекомендуемой литературы для студентов:

Основные источники:

1. Иванюшкин А.Я. Введение в биоэтику / А. Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатъев, Р.В.Коротких. - М. : Медицина, 1998. - 384 с.
2. Засухина В.И. Основы консервативной биоэтики. – Чита : Забайкал. Гос. гум.-пед. ун-т, 2008. - 113 с.
3. Программа по биоэтики. Общий курс : метод. рекомендации (МЗ РФ ГОУ ВУНМЦ; Сост. Ю.М. Лопухин и др.) – М., 2001. - 39 с.
4. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский. – М. : Медицина, 1997. – 352 с.
5. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский, Ю.М. Лопухин. - М. : Медицина, 1999. - Вып. 2. – 374 с.
6. Власов В.В. Основы современной биоэтики / В.В. Власов. – Саратов, 1998. - 96 с.
7. Акопов В.И. Общество, медицина, закон / В.И. Акопов, А.А. Бова // Сборник докладов первой международной конференции. – 1999. - С. 5-6.
8. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве / М.Н. Малеина. - М., 1995. – С. 69-75.

Интернет источники:

1. Балалыкин, Д. А. История и современные вопросы развития биоэтики : учебное пособие / Д. А. Балалыкин, А. С. Киселев. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 144 с. — ISBN 978-5-9704-2057-7. — Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. — URL: <http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420577.html> (дата обращения: 11.12.2020). — Режим доступа: по подписке.
2. Введение в биоэтику : учебное пособие / А. Я. Иванюшкин [и др.] ; ред. Б. Г. Юдин. — 2-е изд. — Москва : Прогресс-Традиция, 2017. — 384 с. — ISBN 978-5-89826-532-8. — Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. — URL: <http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785898265328.html> (дата обращения: 24.11.2020). — Режим доступа: по подписке.
3. Седова, Н. Н. Биоэтика : учебник / Н. Н. Седова. — Москва : КноРус, 2019. — 216 с. — ISBN 978-5-406-07184-7. — Текст : электронный // ЭБС «Book.ru» : [сайт]. — URL: <http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=https://www.book.ru/book/931753> (дата обращения: 24.11.2020). – Режим доступа: по подписке.

Ход занятия

№ п/п	Содержание	Обоснование методических приемов	Время (мин)
I.	Организационный момент: приветствие, проверка присутствующих и готовности студентов к учебному занятию.	Формировать ОК 1, 2. Мобилизовать внимание студентов. Создать рабочую атмосферу на занятии.	5
II.	Вводная часть: формулирование задач, целей, краткая характеристика проблемы, мотивация изучения темы.	Формировать ОК 1, 2, 8. Активизировать познавательно-мыслительную деятельность студентов. Показать теоретическую и практическую значимость изучаемого материала.	5
III.	Основная часть: формирование новых знаний.	Формировать ОК 1, 2, 9. Сформировать основу теоретических знаний студентов по теме. Обеспечить усвоение понятий. Доказать важность теоретических знаний и их связь с	70

		практикой. Формировать профессионально важные качества студентов (ответственность, способность работать в коллективе, способность к саморазвитию).	
	План изложения семинарского материала: 1. Закрепить знания о понятии общения в медицинской деятельности, роли общения в психическом и физическом здоровье человека 2. Ознакомиться с моральными и этическими нормами общения в медицинском коллективе. 3. Ознакомиться с нормами и правилами поведения и общения в деловой профессиональной обстановке. 4. Разобрать способы установления здорового морального климата в медицинском коллективе.		
IV.	Закрепление изложенного материала: 1. Обобщение материала семинара. 2. Студентам предлагается ответить на тестовые вопросы для закрепления материала семинара.	Формировать ОК 1, 2, 4, 9 Систематизировать знания, определить степень усвоения материала.	6
V.	Заключительная часть: формулирование основного вывода, установка для самостоятельной работы.		2
VI.	Домашнее задание: подготовиться к семинару.		2
Итого:			90

Технологическая карта № 11

Тема занятия: Типологическая классификация медицинских сестер по отношению к своей работе. Врачебные ошибки и профессиональные правонарушения

Вид занятия: семинар

Тип занятия: углубленное изучение систематического курса

Длительность занятия: 90 минут

Цели занятия:

Дидактические: формировать теоретическую основу знаний студентов по теме, изложив основные правила биомедицинской этики, права и моральные обязанности врачей и пациентов, этика взаимоотношений медицинского работника и пациента, понятие врачебной ошибки и профессиональных правонарушений:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях, нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

Развивающие: создать условия для формирования умения высказывать аргументированно свою точку зрения; использовать примеры из практики; давать оценку приобретенных знаний в соответствии с личным опытом; организовывать собственную деятельность; осуществлять выбор типовых методов и способов для решения поставленных задач.

Воспитательные: привлечь внимание студентов к рассматриваемым вопросам; формировать современное критическое мировоззрение и собственной жизненной позиции; формировать бережные отношения к природе.

Место проведения: учебный кабинет колледжа.

Оснащение: методическая разработка семинарского занятия, мультимедийная презентация, дидактические средства контроля: вопросы для закрепления материала семинара.

Методы обучения и формы их реализации:

Методы обучения	Форма реализации метода
Репродуктивный: - информационно-рецептивный; - объяснительно-иллюстративное изложение, - повествовательное изложение	Пояснительно-иллюстративный семинар; рассказ.
Продуктивный: - эвристический диалог	Эвристическая беседа.

В результате изучения темы студент должен **уметь:**

- усвоить материал семинара, фиксировать внимание на новых данных, сообщаемых лектором;
- выделять и конспектировать узловые моменты семинара;
- участвовать в коллективном обсуждении предлагаемых проблем.

знать:

- права врачей и пациентов основные правила биомедицинской этики;
- права и моральные обязанности врачей;
- этика взаимоотношений;
- врачебные ошибки и профессиональные правонарушения.

Уровни освоения учебного материала: 1

1 - ознакомительный (узнавание ранее изученных объектов, свойств).

Междисциплинарные связи:

- ОГСЭ. 01 Философия
- ОГСЭ.02 История

Внутридисциплинарные связи:

- Философия как наука: основные вопросы, категории и понятия. Специфика философского знания.
- Мировоззренческие основы философии. Философия и медицина: общие проблемы и ценности.
- Предмет этики как науки.

Список рекомендуемой литературы для студентов:

Основные источники:

1. Иванюшкин А.Я. Введение в биоэтику / А. Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатъев, Р.В.Коротких. - М. : Медицина, 1998. - 384 с.
2. Засухина В.И. Основы консервативной биоэтики. – Чита : Забайкал. Гос. гум.-пед. ун-т, 2008. - 113 с.
3. Программа по биоэтики. Общий курс : метод. рекомендации (МЗ РФ ГОУ ВУНМЦ; Сост. Ю.М. Лопухин и др.) – М., 2001. - 39 с.
4. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский. – М. : Медицина, 1997. – 352 с.
5. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский, Ю.М. Лопухин. - М. : Медицина, 1999. - Вып. 2. – 374 с.
6. Власов В.В. Основы современной биоэтики / В.В. Власов. – Саратов, 1998. - 96 с.
7. Акопов В.И. Общество, медицина, закон / В.И. Акопов, А.А. Бова // Сборник докладов первой международной конференции. – 1999. - С. 5-6.
8. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве / М.Н. Малеина. - М., 1995. – С. 69-75.

Интернет источники:

1. Балалыкин, Д. А. История и современные вопросы развития биоэтики : учебное пособие / Д. А. Балалыкин, А .С. Киселев. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 144 с. — ISBN 978-5-9704-2057-7. — Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. — URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420577.html> (дата обращения: 11.12.2020). — Режим доступа: по подписке.
2. Введение в биоэтику : учебное пособие / А. Я. Иванюшкин [и др.] ; ред. Б. Г. Юдин. — 2-е изд. — Москва : Прогресс-Традиция, 2017. — 384 с. — ISBN 978-5-89826-532-8. — Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. — URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785898265328.html> (дата обращения: 24.11.2020). — Режим доступа: по подписке.
3. Седова, Н. Н. Биоэтика : учебник / Н. Н. Седова. — Москва : КноРус, 2019. — 216 с. — ISBN 978-5-406-07184-7. — Текст : электронный // ЭБС «Book.ru» : [сайт]. — URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=https://www.book.ru/book/931753> (дата обращения: 24.11.2020). – Режим доступа: по подписке.

Ход занятия

№ п/п	Содержание	Обоснование методических приемов	Время (мин)
I.	Организационный момент: приветствие, проверка присутствующих и готовности студентов к учебному занятию.	Формировать ОК 1, 2. Мобилизовать внимание студентов. Создать рабочую атмосферу на занятии.	5
II.	Вводная часть: формулирование задач, целей, краткая характеристика	Формировать ОК 1, 2, 8. Активизировать познавательно-	5

	проблемы, мотивация изучения темы.	мыслительную деятельность студентов. Показать теоретическую и практическую значимость изучаемого материала.	
III.	Основная часть: формирование новых знаний.	Формировать ОК 1, 2, 9. Сформировать основу теоретических знаний студентов по теме. Обеспечить усвоение понятий. Доказать важность теоретических знаний и их связь с практикой. Формировать профессионально важные качества студентов (ответственность, способность работать в коллективе, способность к саморазвитию).	70
	План изложения семинарского материала: 1. Изучить типологическую классификацию медицинских сестер по отношению к своей работе. 2. Ознакомиться с основными правами и обязанностями медицинского работника и пациента. 3. Узнать о влиянии индивидуальных особенностей личности медицинского работника на профессиональную деятельность. 4. Научиться пользоваться простыми приемами саморегуляции поведения в процессе профессиональной деятельности 5. Освоить понятия «ятрогения», врачебные ошибки, разобрать правовые аспекты в работе медика		
IV.	Закрепление изложенного материала: 1. Обобщение материала семинара. 2. Студентам предлагается ответить на тестовые вопросы для закрепления материала семинара.	Формировать ОК 1, 2, 4, 9 Систематизировать знания, определить степень усвоения материала.	6
V.	Заключительная часть: формулирование основного вывода, установка для самостоятельной работы.		2
VI.	Домашнее задание: подготовиться к семинару.		2
Итого:			90

Технологическая карта № 12

Тема занятия: Морально-этические проблемы аборта, контрацепции и искусственного оплодотворения

Вид занятия: семинар

Тип занятия: углубленное изучение систематического курса

Длительность занятия: 90 минут

Цели занятия:

Дидактические: формировать теоретическую основу знаний студентов по теме, изложив основные понятия репродуктивной этики, искусственного прерывания беременности, искусственного оплодотворения, суррогатного материнства и связанные с ними этические проблемы:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях, нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

Развивающие: создать условия для формирования умения высказывать аргументированно свою точку зрения; использовать примеры из практики; давать оценку приобретенных знаний в соответствии с личным опытом; организовывать собственную деятельность; осуществлять выбор типовых методов и способов для решения поставленных задач.

Воспитательные: привлечь внимание студентов к рассматриваемым вопросам; формировать современное критическое мировоззрение и собственной жизненной позиции; формировать бережные отношения к природе.

Место проведения: учебный кабинет колледжа.

Обснащение: методическая разработка семинарского занятия, мультимедийная презентация, дидактические средства контроля: вопросы для закрепления материала семинара.

Методы обучения и формы их реализации:

Методы обучения	Форма реализации метода
Репродуктивный: информационно-рецептивный: - объяснительно-иллюстративное изложение, - повествовательное изложение	Пояснительно-иллюстративный семинар; рассказ.
Продуктивный: - эвристический диалог	Эвристическая беседа.

В результате изучения темы студент должен **уметь:**

- усвоить материал семинара, фиксировать внимание на новых данных, сообщаемых лектором;
- выделять и конспектировать узловые моменты семинара;
- участвовать в коллективном обсуждении предлагаемых проблем.

знать:

- понятие репродуктивной этики;
- этические проблемы искусственного прерывания беременности;
- этические проблемы искусственного оплодотворения;
- этические проблемы суррогатного материнства;
- этические проблемы контрацепции.

Уровни освоения учебного материала: 1

1 - ознакомительный (узнавание ранее изученных объектов, свойств).

Междисциплинарные связи:

- ОГСЭ. 01 Философия
- ОГСЭ.02 История

Внутридисциплинарные связи:

- Философия как наука: основные вопросы, категории и понятия. Специфика философского знания.
- Мироззренческие основы философии. Философия и медицина: общие проблемы и ценности.
- Предмет этики как науки

Список рекомендуемой литературы для студентов:

Основные источники:

1. Иванюшкин А.Я. Введение в биоэтику / А. Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатъев, Р.В.Коротких. - М. : Медицина, 1998. - 384 с.
2. Засухина В.И. Основы консервативной биоэтики. – Чита : Забайкал. Гос. гум.-пед. ун-т, 2008. - 113 с.
3. Программа по биоэтики. Общий курс : метод. рекомендации (МЗ РФ ГОУ ВУНМЦ; Сост. Ю.М. Лопухин и др.) – М., 2001. - 39 с.
4. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский. – М. : Медицина, 1997. – 352 с.
5. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский, Ю.М. Лопухин. - М. : Медицина, 1999. - Вып. 2. – 374 с.
6. Власов В.В. Основы современной биоэтики / В.В. Власов. – Саратов, 1998. - 96 с.
7. Акопов В.И. Общество, медицина, закон / В.И. Акопов, А.А. Бова // Сборник докладов первой международной конференции. – 1999. - С. 5-6.
8. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве / М.Н. Малеина. - М., 1995. – С. 69-75.

Интернет источники:

1. Балалыкин, Д. А. История и современные вопросы развития биоэтики : учебное пособие / Д. А. Балалыкин, А .С. Киселев. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 144 с. — ISBN 978-5-9704-2057-7. — Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. — URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420577.html> (дата обращения: 11.12.2020). — Режим доступа: по подписке.
2. Введение в биоэтику : учебное пособие / А. Я. Иванюшкин [и др.] ; ред. Б. Г. Юдин. — 2-е изд. — Москва : Прогресс-Традиция, 2017. — 384 с. — ISBN 978-5-89826-532-8. — Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. — URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785898265328.html> (дата обращения: 24.11.2020). — Режим доступа: по подписке.
3. Седова, Н. Н. Биоэтика : учебник / Н. Н. Седова. — Москва : КноРус, 2019. — 216 с. — ISBN 978-5-406-07184-7. — Текст : электронный // ЭБС «Book.ru» : [сайт]. —

URL: <http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=https://www.book.ru/book/931753> (дата обращения: 24.11.2020). – Режим доступа: по подписке.

Ход занятия

№ п/п	Содержание	Обоснование методических приемов	Время (мин)
I.	Организационный момент: приветствие, проверка присутствующих и готовности студентов к учебному занятию.	Формировать ОК 1, 2. Мобилизовать внимание студентов. Создать рабочую атмосферу на занятии.	5
II.	Вводная часть: формулирование задач, целей, краткая характеристика проблемы, мотивация изучения темы.	Формировать ОК 1, 2, 8. Активизировать познавательно-мыслительную деятельность студентов. Показать теоретическую и практическую значимость изучаемого материала.	5
III.	Основная часть: формирование новых знаний.	Формировать ОК 1, 2, 9. Сформировать основу теоретических знаний студентов по теме. Обеспечить усвоение понятий. Доказать важность теоретических знаний и их связь с практикой. Формировать профессионально важные качества студентов.	70
План изложения семинарского материала:			
1. Ознакомиться с историей развития отношения к правам женщин. 2. Изучить способы искусственного оплодотворения и морально-этические проблемы пренатальной диагностики. 3. Ознакомиться с морально-этическими проблемами бездетного брака. 4. Ознакомиться с правовым статусом донора в репродуктивных технологиях.			
IV.	Закрепление изложенного материала: 1. Обобщение материала семинара. 2. Студентам предлагается ответить на тестовые вопросы для закрепления материала семинара.	Формировать ОК 1, 2, 4, 9 Систематизировать знания, определить степень усвоения материала.	6
V.	Заключительная часть: формулирование основного вывода, установка для самостоятельной работы.		2
VI.	Домашнее задание: написать эссе: 1. Этические проблемы начала человеческой жизни: проблема статуса эмбриона. 2. Использование стволовых клеток в медицине проблемы и перспективы. 3. Медицина и особенности демографических процессов в России. 4. Медицинская сексология и нравственная антропология: причины несовместимости.		VI.
Итого:			90

Технологическая карта № 13

Тема занятия: Философские, этические и правовые проблемы смерти

Вид занятия: семинар

Тип занятия: углубленное изучение систематического курса

Длительность занятия: 90 минут

Цели занятия:

Дидактические: формировать теоретическую основу знаний студентов по теме, изложив основные критерии смерти, проблему отказа от лечебных мероприятий, понятий: вегетативное состояние, эвтаназии, паллиативной помощи населению:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях, нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

Развивающие: создать условия для формирования умения высказывать аргументированно свою точку зрения; использовать примеры из практики; давать оценку приобретенных знаний в соответствии с личным опытом; организовывать собственную деятельность; осуществлять выбор типовых методов и способов для решения поставленных задач.

Воспитательные: привлечь внимание студентов к рассматриваемым вопросам; формировать современное критическое мировоззрение и собственной жизненной позиции; формировать бережные отношения к природе.

Место проведения: учебный кабинет колледжа.

Оснащение: методическая разработка лекционного занятия, мультимедийная презентация, дидактические средства контроля: вопросы для закрепления материала семинара.

Методы обучения и формы их реализации:

Методы обучения	Форма реализации метода
Репродуктивный: информационно-рецептивный: - объяснительно-иллюстративное изложение, - повествовательное изложение	Пояснительно-иллюстративный семинар; рассказ.
Продуктивный:	

В результате изучения темы студент должен **уметь**:

- усвоить материал семинара, фиксировать внимание на новых данных, сообщаемых лектором;
- выделять и конспектировать узловые моменты семинара;
- участвовать в коллективном обсуждении предлагаемых проблем.

знать:

- основные критерии смерти;
- основные проблемы отказа от лечебных мероприятий;
- этические проблемы вегетативного состояния пациента;
- этические проблемы эвтаназии;
- оказание паллиативной помощи населению.

Уровни освоения учебного материала: 1

1 - ознакомительный (узнавание ранее изученных объектов, свойств).

Междисциплинарные связи:

- ОГСЭ. 01 Философия
- ОГСЭ.02 История

Внутридисциплинарные связи:

- Философия как наука: основные вопросы, категории и понятия. Специфика философского знания.
- Мировоззренческие основы философии. Философия и медицина: общие проблемы и ценности.
- Предмет этики как науки.

Список рекомендуемой литературы для студентов:

Основные источники:

1. Иванюшкин А.Я. Введение в биоэтику / А. Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатъев, Р.В.Коротких. - М. : Медицина, 1998. - 384 с.
2. Засухина В.И. Основы консервативной биоэтики. – Чита : Забайкал. Гос. гум.-пед. ун-т, 2008. - 113 с.
3. Программа по биоэтики. Общий курс : метод. рекомендации (МЗ РФ ГОУ ВУНМЦ; Сост. Ю.М. Лопухин и др.) – М., 2001. - 39 с.
4. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский. – М. : Медицина, 1997. – 352 с.
5. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский, Ю.М. Лопухин. - М. : Медицина, 1999. - Вып. 2. – 374 с.
6. Власов В.В. Основы современной биоэтики / В.В. Власов. – Саратов, 1998. - 96 с.
7. Акопов В.И. Общество, медицина, закон / В.И. Акопов, А.А. Бова // Сборник докладов первой международной конференции. – 1999. - С. 5-6.
8. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве / М.Н. Малеина. - М., 1995. – С. 69-75.

Интернет источники:

1. Балалыкин, Д. А. История и современные вопросы развития биоэтики : учебное пособие / Д. А. Балалыкин, А .С. Киселев. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 144 с. — ISBN 978-5-9704-2057-7. — Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. — URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420577.html> (дата обращения: 11.12.2020). — Режим доступа: по подписке.

2. Введение в биоэтику : учебное пособие / А. Я. Иванюшкин [и др.] ; ред. Б. Г. Юдин. — 2-е изд. — Москва : Прогресс-Традиция, 2017. — 384 с. — ISBN 978-5-89826-532-8. — Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. — URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785898265328.html> (дата обращения: 24.11.2020). — Режим доступа: по подписке.

3. Седова, Н. Н. Биоэтика : учебник / Н. Н. Седова. — Москва : КноРус, 2019. — 216 с. — ISBN 978-5-406-07184-7. — Текст : электронный // ЭБС «Book.ru» : [сайт]. —

URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=https://www.book.ru/book/931753> (дата обращения: 24.11.2020). — Режим доступа: по подписке.

Ход занятия

№ п/п	Содержание	Обоснование методических приемов	Время (мин)
I.	Организационный момент: приветствие, проверка присутствующих и готовности студентов к учебному занятию.	Формировать ОК 1, 2. Мобилизовать внимание студентов. Создать рабочую атмосферу на занятии.	5
II.	Вводная часть: формулирование задач, целей, краткая характеристика проблемы, мотивация изучения темы.	Формировать ОК 1, 2, 8. Активизировать познавательно-мыслительную деятельность студентов. Показать теоретическую и практическую значимость изучаемого материала.	5
III.	Основная часть: формирование новых знаний.	Формировать ОК 1, 2, 9. Сформировать основу теоретических знаний студентов по теме. Обеспечить усвоение понятий. Доказать важность теоретических знаний и их связь с практикой. Формировать профессионально важные качества студентов (ответственность, способность работать в коллективе, способность к саморазвитию).	70
	План изложения семинарского материала: 1. Изучить историю отношения врача к умирающему больному 2. Освоить основные этические проблемы, связанные с оказанием помощи неизлечимым и умирающим больным 3. Изучить основные этические проблемы эвтаназии 4. Изучить основные принципы оказания паллиативной помощи населению		
IV.	Закрепление изложенного материала: 1. Обобщение материала семинара. 2. Студентам предлагается ответить на тестовые вопросы для закрепления материала семинара.	Формировать ОК 1, 2, 4, 9 Систематизировать знания, определить степень усвоения материала.	6
V.	Заключительная часть: формулирование основного вывода, установка для самостоятельной работы.		2
VI.	Домашнее задание: подготовиться к семинару.		2
		Итого:	90

Технологическая карта № 14

Тема занятия: Морально-этические проблемы медицинской генетики и оказания психиатрической помощи

Вид занятия: семинар

Тип занятия: углубленное изучение систематического курса

Длительность занятия: 90 минут

Цели занятия:

Дидактические: формировать теоретическую основу знаний студентов по теме, изложив основные морально-этические проблемы оказания психиатрической помощи, проблемы жестокого обращения с душевнобольными, особенности клинической этики в работе психиатра и этические проблемы прикладных генетических методов исследования (генетическое тестирование, евгеника, генетический скрининг, генетические биобанки, генная терапия):

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях, нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

Развивающие: создать условия для формирования умения высказывать аргументированно свою точку зрения; использовать примеры из практики; давать оценку приобретенных знаний в соответствии с личным опытом; организовывать собственную деятельность; осуществлять выбор типовых методов и способов для решения поставленных задач.

Воспитательные: привлечь внимание студентов к рассматриваемым вопросам; формировать современное критическое мировоззрение и собственной жизненной позиции; формировать бережные отношения к природе.

Место проведения: учебный кабинет колледжа.

Оснащение: методическая разработка семинарского занятия, мультимедийная презентация, дидактические средства контроля: вопросы для закрепления материала семинара.

Методы обучения и формы их реализации:

Методы обучения	Форма реализации метода
Репродуктивный: - информационно-рецептивный; - объяснительно-иллюстративное изложение, - повествовательное изложение	Пояснительно-иллюстративный семинар; рассказ.
Продуктивный: - эвристический диалог	Эвристическая беседа.

В результате изучения темы студент должен **уметь:**

- усвоить материал семинара, фиксировать внимание на новых данных, сообщаемых лектором;
- выделять и конспектировать узловые моменты семинара;
- участвовать в коллективном обсуждении предлагаемых проблем.

знать:

- основные морально-этические проблемы оказания психиатрической помощи: проблемы жестокого обращения с душевнобольными, особенности клинической этики в работе психиатра
- этические проблемы прикладных генетических методов исследования (генетическое тестирование, евгеника, генетический скрининг, генетические биобанки, генная терапия)

Уровни освоения учебного материала: 1

1 - ознакомительный (узнавание ранее изученных объектов, свойств).

Междисциплинарные связи:

- ОГСЭ. 01 Философия
- ОГСЭ.02 История

Внутридисциплинарные связи:

- Философия как наука: основные вопросы, категории и понятия. Специфика философского знания.
- Мировоззренческие основы философии. Философия и медицина: общие проблемы и ценности.
- Предмет этики как науки

Список рекомендуемой литературы для студентов:

Основные источники:

1. Иванюшкин А.Я. Введение в биоэтику / А. Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатъев, Р.В.Коротких. - М. : Медицина, 1998. - 384 с.
2. Засухина В.И. Основы консервативной биоэтики. – Чита : Забайкал. Гос. гум.-пед. ун-т, 2008. - 113 с.
3. Программа по биоэтики. Общий курс : метод. рекомендации (МЗ РФ ГОУ ВУНМЦ; Сост. Ю.М. Лопухин и др.) – М., 2001. - 39 с.
4. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский. – М. : Медицина, 1997. – 352 с.
5. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский, Ю.М. Лопухин. - М. : Медицина, 1999. - Вып. 2. – 374 с.
6. Власов В.В. Основы современной биоэтики / В.В. Власов. – Саратов, 1998. - 96
7. Акопов В.И. Общество, медицина, закон / В.И. Акопов, А.А. Бова // Сборник

докладов первой международной конференции. – 1999. - С. 5-6.

8. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве / М.Н. Малеина. - М., 1995. – С. 69-75.

Интернет источники:

1. Балалыкин, Д. А. История и современные вопросы развития биоэтики : учебное пособие / Д. А. Балалыкин, А .С. Киселев. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 144 с. — ISBN 978-5-9704-2057-7. — Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. —

URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420577.html> (дата обращения: 11.12.2020). — Режим доступа: по подписке.

2. Введение в биоэтику : учебное пособие / А. Я. Иванюшкин [и др.] ; ред. Б. Г. Юдин. — 2-е изд. — Москва : Прогресс-Традиция, 2017. — 384 с. — ISBN 978-5-89826-532-8. — Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. — URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785898265328.html> (дата обращения: 24.11.2020). — Режим доступа: по подписке.

Ход занятия

№ п/п	Содержание	Обоснование методических приемов	Время (мин)
I.	Организационный момент: приветствие, проверка присутствующих и готовности студентов к учебному занятию.	Формировать ОК 1, 2. Мобилизовать внимание студентов. Создать рабочую атмосферу на занятии.	5
II.	Вводная часть: формулирование задач, целей, краткая характеристика проблемы, мотивация изучения темы.	Формировать ОК 1, 2, 8. Активизировать познавательно-мыслительную деятельность студентов. Показать теоретическую и практическую значимость изучаемого материала.	5
III.	Основная часть: формирование новых знаний.	Формировать ОК 1, 2, 9. Сформировать основу теоретических знаний студентов по теме. Обеспечить усвоение понятий. Доказать важность теоретических знаний и их связь с практикой. Формировать профессионально важные качества студентов (ответственность, способность работать в коллективе, способность к саморазвитию).	70
	План изложения семинарского материала: 1. Разобрать моральные проблемы, возникающие в результате прогресса медицинской генетики 2. Усвоить основные этические проблемы реализации международного проекта «Геном человека» 3. Изучить возникшие нравственные изменения в обществе в связи с появлением клонирования 4. Разобрать понятие «проблемной ситуации» в психиатрии 5. История формирования правовой защиты душевнобольных 6. Ознакомиться с основными правовыми аспектами оказания психиатрической помощи		
IV.	Закрепление изложенного	Формировать ОК 1, 2, 4, 9	6

	материала: 1. Обобщение материала семинара. 2. Студентам предлагается ответить на тестовые вопросы для закрепления материала семинара.	Систематизировать знания, определить степень усвоения материала.	
V.	Заключительная часть: формулирование основного вывода, установка для самостоятельной работы.		2
VI.	Домашнее задание: подготовиться к семинару.		2
Итого:			90

Технологическая карта № 15

Тема занятия: Этико-правовые и морально-психологические проблемы СПИДа

Вид занятия: семинар

Тип занятия: углубленное изучение систематического курса

Длительность занятия: 90 минут

Цели занятия:

Дидактические: формировать теоретическую основу знаний студентов по теме, изложив основные морально-этические проблемы СПИДа, проблемы раннего этапа борьбы со СПИДом, этические проблемы защиты прав ВИЧ-инфицированных, этические проблемы профессионального риска медицинских работников:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях, нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

Развивающие: создать условия для формирования умения высказывать аргументированно свою точку зрения; использовать примеры из практики; давать

оценку приобретенных знаний в соответствии с личным опытом; организовывать собственную деятельность; осуществлять выбор типовых методов и способов для решения поставленных задач.

Воспитательные: привлечь внимание студентов к рассматриваемым вопросам; формировать современное критическое мировоззрение и собственной жизненной позиции; формировать бережные отношения к природе.

Место проведения: учебный кабинет колледжа.

Оснащение: методическая разработка семинарского занятия, мультимедийная презентация, дидактические средства контроля: вопросы для закрепления материала семинара.

Методы обучения и формы их реализации:

Методы обучения	Форма реализации метода
Репродуктивный: - информационно-рецептивный; - объяснительно-иллюстративное изложение, - повествовательное изложение	Пояснительно-иллюстративный семинар; рассказ.
Продуктивный: - эвристический диалог	Эвристическая беседа.

В результате изучения темы студент должен **уметь:**

- усвоить материал семинара, фиксировать внимание на новых данных, сообщаемых лектором;
- выделять и конспектировать узловые моменты семинара;
- участвовать в коллективном обсуждении предлагаемых проблем.

знать:

- основные морально-этические проблемы СПИДа, проблемы раннего этапа борьбы со СПИДом
- этические проблемы защиты прав ВИЧ-инфицированных
- этические проблемы профессионального риска медицинских работников

Уровни освоения учебного материала: 1

1 - ознакомительный (узнавание ранее изученных объектов, свойств).

Междисциплинарные связи:

- ОГСЭ. 01 Философия
- ОГСЭ.02 История

Внутридисциплинарные связи:

- Философия как наука: основные вопросы, категории и понятия. Специфика философского знания.
- Мировоззренческие основы философии. Философия и медицина: общие проблемы и ценности.
- Предмет этики как науки

Список рекомендуемой литературы для студентов:

Основные источники:

1. Иванюшкин А.Я. Введение в биоэтику / А. Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатъев, Р.В.Коротких. - М. : Медицина, 1998. - 384 с.
2. Засухина В.И. Основы консервативной биоэтики. – Чита : Забайкал. Гос. гум.-пед. ун-т, 2008. - 113 с.
3. Программа по биоэтики. Общий курс : метод. рекомендации (МЗ РФ ГОУ ВУНМЦ; Сост. Ю.М. Лопухин и др.) – М., 2001. - 39 с.
4. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский. – М. : Медицина, 1997. – 352 с.

5. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский, Ю.М. Лопухин. - М. : Медицина, 1999. - Вып. 2. – 374 с.

6. Власов В.В. Основы современной биоэтики / В.В. Власов. – Саратов, 1998. - 96 с.

7. Акопов В.И. Общество, медицина, закон / В.И. Акопов, А.А. Бова // Сборник докладов первой международной конференции. – 1999. - С. 5-6.

8. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве / М.Н. Малеина. - М., 1995. – С. 69-75.

Интернет источники:

1. Балалыкин, Д. А. История и современные вопросы развития биоэтики : учебное пособие / Д. А. Балалыкин, А .С. Киселев. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 144 с. — ISBN 978-5-9704-2057-7. — Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. —

URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420577.html> (дата обращения: 11.12.2020). — Режим доступа: по подписке.

2. Введение в биоэтику : учебное пособие / А. Я. Иванюшкин [и др.] ; ред. Б. Г. Юдин. — 2-е изд. — Москва : Прогресс-Традиция, 2017. — 384 с. — ISBN 978-5-89826-532-8. — Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. — URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785898265328.html> (дата обращения: 24.11.2020). — Режим доступа: по подписке.

3. Седова, Н. Н. Биоэтика : учебник / Н. Н. Седова. — Москва : КноРус, 2019. — 216 с. — ISBN 978-5-406-07184-7. — Текст : электронный // ЭБС «Book.ru» : [сайт]. —

URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=https://www.book.ru/book/931753> (дата обращения: 24.11.2020). – Режим доступа: по подписке.

4. Ушаков, Е. В. Биоэтика : учебник и практикум для вузов / Е. В. Ушаков. — Москва : Юрайт, 2020. — 306 с. — ISBN 978-5-534-01550-8. — Текст : электронный // ЭБС «Юрайт» : [сайт]. —

URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=https://www.urait.ru/book/bioetika-450513> (дата обращения: 24.11.2020). – Режим доступа: по подписке.

Ход занятия

№ п/п	Содержание	Обоснование методических приемов	Время (мин)
I.	Организационный момент: приветствие, проверка присутствующих и готовности студентов к учебному занятию.	Формировать ОК 1, 2. Мобилизовать внимание студентов. Создать рабочую атмосферу на занятии.	5
II.	Вводная часть: формулирование задач, целей, краткая характеристика проблемы, мотивация изучения темы.	Формировать ОК 1, 2, 8. Активизировать познавательно-мыслительную деятельность студентов. Показать теоретическую и практическую значимость изучаемого материала.	5
III.	Основная часть: формирование новых знаний.	Формировать ОК 1, 2, 9. Сформировать основу теоретических знаний студентов по теме. Обеспечить усвоение понятий. Доказать важность теоретических знаний и их связь с	70

		практикой. Формировать профессионально важные качества студентов (ответственность, способность работать в коллективе, способность к саморазвитию).	
	План изложения семинарского материала: 1. Разобрать основные профилактические и противоэпидемические мероприятия в отношении ВИЧ-инфекции. 2. Рассмотреть этические проблемы защиты прав ВИЧ-инфицированных 3. Рассмотреть этические проблемы профессионального риска медицинских работников		
IV.	Закрепление изложенного материала: 1. Обобщение материала семинара. 2. Студентам предлагается ответить на тестовые вопросы для закрепления материала семинара.	Формировать ОК 1, 2, 4, 9 Систематизировать знания, определить степень усвоения материала.	6
V.	Заключительная часть: формулирование основного вывода, установка для самостоятельной работы.		2
VI.	Домашнее задание: подготовиться к семинару.		2
Итого:			90

Технологическая карта № 16

Тема занятия: Этико-юридические проблемы трансплантологии и медико-биологических экспериментов

Вид занятия: семинар

Тип занятия: углубленное изучение систематического курса

Длительность занятия: 90 минут

Цели занятия:

Дидактические: формировать теоретическую основу знаний студентов по теме, изложив основные морально-этические проблемы определения смерти в трансплантологии, проблемы изъятия донорского материала, проблемы распределения донорского материала, этические проблемы торговли человеческими органами и тканями, морально-этические проблемы биомедицинских исследований на человеке (история развития экспериментирования на человеке, этические принципы биомедицинских исследований на человеке, морально-этический конфликт ролей: лечащего врача и исследователя):

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях, нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

Развивающие: создать условия для формирования умения высказывать аргументированно свою точку зрения; использовать примеры из практики; давать оценку приобретенных знаний в соответствии с личным опытом; организовывать собственную деятельность; осуществлять выбор типовых методов и способов для решения поставленных задач.

Воспитательные: привлечь внимание студентов к рассматриваемым вопросам; формировать современное критическое мировоззрение и собственной жизненной позиции; формировать бережные отношения к природе.

Место проведения: учебный кабинет колледжа.

Оснащение: методическая разработка семинарского занятия, мультимедийная презентация, дидактические средства контроля: вопросы для закрепления материала семинара.

Методы обучения и формы их реализации:

Методы обучения	Форма реализации метода
Репродуктивный: - информационно-рецептивный: - объяснительно-иллюстративное изложение, - повествовательное изложение	Пояснительно-иллюстративный семинар; рассказ.
Продуктивный: - эвристический диалог	Эвристическая беседа.

В результате изучения темы студент должен **уметь:**

- усвоить материал семинара, фиксировать внимание на новых данных, сообщаемых лектором;
- выделять и конспектировать узловые моменты семинара;
- участвовать в коллективном обсуждении предлагаемых проблем.

знать:

- морально-этические проблемы определения смерти в трансплантологии
- проблемы изъятия донорского материала, проблемы распределения донорского материала, этические проблемы торговли человеческими органами и тканями
- морально-этические проблемы биомедицинских исследований на человеке (история развития экспериментирования на человеке, этические принципы

биомедицинских исследований на человеке, морально-этический конфликт ролей: лечащего врача и исследователя)

Уровни освоения учебного материала: 1

1 - ознакомительный (узнавание ранее изученных объектов, свойств).

Междисциплинарные связи:

- ОГСЭ. 01 Философия

- ОГСЭ.02 История

Внутридисциплинарные связи:

- Философия как наука: основные вопросы, категории и понятия. Специфика философского знания.

- Мировоззренческие основы философии. Философия и медицина: общие проблемы и ценности.

- Предмет этики как науки

Список рекомендуемой литературы для студентов:

Основные источники:

1. Иванюшкин А.Я. Введение в биоэтику / А. Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатьев, Р.В.Коротких. - М. : Медицина, 1998. - 384 с.

2. Засухина В.И. Основы консервативной биоэтики. – Чита : Забайкал. Гос. гум.-пед. ун-т, 2008. - 113 с.

3. Программа по биоэтики. Общий курс : метод. рекомендации (МЗ РФ ГОУ ВУНМЦ; Сост. Ю.М. Лопухин и др.) – М., 2001. - 39 с.

4. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский. – М. : Медицина, 1997. – 352 с.

5. Покровский В.И. Биомедицинская этика / В.И. Покровский, Ю.М. Лопухин. - М. : Медицина, 1999. - Вып. 2. – 374 с.

6. Власов В.В. Основы современной биоэтики / В.В. Власов. – Саратов, 1998. - 96

7. Акопов В.И. Общество, медицина, закон / В.И. Акопов, А.А. Бова // Сборник докладов первой международной конференции. – 1999. - С. 5-6.

8. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве / М.Н. Малеина. - М., 1995. – С. 69-75.

Интернет источники:

1. Балалыкин, Д. А. История и современные вопросы развития биоэтики : учебное пособие / Д. А. Балалыкин, А. С. Киселев. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 144 с. — ISBN 978-5-9704-2057-7. — Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. —

URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420577.html> (дата обращения: 11.12.2020). — Режим доступа: по подписке.

2. Введение в биоэтику : учебное пособие / А. Я. Иванюшкин [и др.] ; ред. Б. Г. Юдин. — 2-е изд. — Москва : Прогресс-Традиция, 2017. — 384 с. — ISBN 978-5-89826-532-8. — Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. — URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785898265328.html> (дата обращения: 24.11.2020). — Режим доступа: по подписке.

3. Седова, Н. Н. Биоэтика : учебник / Н. Н. Седова. — Москва : КноРус, 2019. — 216 с. — ISBN 978-5-406-07184-7. — Текст : электронный // ЭБС «Book.ru» : [сайт]. —

URL:<http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=https://www.book.ru/book/931753> (дата обращения: 24.11.2020). – Режим доступа: по подписке.

Ход занятия

№ п/п	Содержание	Обоснование методических приемов	Время (мин)
I.	Организационный момент: приветствие, проверка присутствующих и готовности студентов к учебному занятию.	Формировать ОК 1, 2. Мобилизовать внимание студентов. Создать рабочую атмосферу на занятии.	5
II.	Вводная часть: формулирование задач, целей, краткая характеристика проблемы, мотивация изучения темы.	Формировать ОК 1, 2, 8. Активизировать познавательно-мыслительную деятельность студентов. Показать теоретическую и практическую значимость изучаемого материала.	5
III.	Основная часть: формирование новых знаний.	Формировать ОК 1, 2, 9. Сформировать основу теоретических знаний студентов по теме. Обеспечить усвоение понятий. Доказать важность теоретических знаний и их связь с практикой. Формировать профессионально важные качества студентов (ответственность, способность работать в коллективе, способность к саморазвитию).	70
	План изложения семинарского материала: 1. Изучить историческое развитие и причины возникновения основных проблем, связанных с проведением научных исследований на человеке и животных. 2. Ознакомиться с моральными и этическими нормами проведения экспериментов. 3. Усвоить международные правила, регламентирующие проведение научных экспериментов на людях и животных. 4. Ознакомиться с основными этическими и правовыми аспектами трансплантологии		
IV.	Закрепление изложенного материала: 1. Обобщение материала семинара. 2. Студентам предлагается ответить на тестовые вопросы для закрепления материала семинара.	Формировать ОК 1, 2, 4, 9 Систематизировать знания, определить степень усвоения материала.	6
V.	Заключительная часть: формулирование основного вывода, установка для самостоятельной работы.		2
VI.	Домашнее задание: подготовиться к семинару.		2
		Итого:	90

3. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Тема занятия: Предмет и основные этапы истории биомедицинской этики

Тесты для самоконтроля

Вариант 1

1. Медицинская этика – это:

- А) раздел философии, который изучает совокупность норм и нравственности;
- Б) совокупность норм морали и поведения медицинских сестер, врачей;
- В) учение о законах, правилах регулирования поведения медицинских работников на рабочем месте.

2. К категориям медицинской этики относятся:

- А) совесть, смысл жизни, долг, такт, достоинство, честь;
- Б) меры равенства и неравенства;
- В) не навреди, делай благо, делай добро.

3. Медицинская этика изучает:

- А) комплекс медицинских услуг, направленных на восстановление здоровья пациента
- Б) отношения между членами коллектива и родственниками пациентов
- В) особенности развития и зависимости морального поведения медицинского работника от условий его практической деятельности.

4. Понятие медицинская этика включает в себя:

- А) представление об оптимальной деятельности медицинских работников;
- Б) научный раздел, включающий в себя этические и нравственные аспекты деятельности работников здравоохранения;
- В) достижения в области современной медицины.

5. Термин «медицинская этика» - отражает:

- А) взаимоотношение между персоналом и пациентами в пределах норм, установленных нравственностью, моралью;
- Б) медицинскую тайну;
- В) отношение к человеку с отсутствием болезни.

6. Мораль – это:

- А) форма общественного сознания, в которой заключены идеи, представления о поведении людей в обществе;
- Б) общепринятые и повторяющиеся формы поведения человека;
- В) духовно-нравственные правила человеческого существования.

7. Впервые термин этика для обозначения науки применил:

- А) Пифагор;
- Б) Сократ;
- В) Аристотель.

8. Биоэтика – это:

- А) социальные, этические последствия применения биомедицинских технологий;
- Б) защита автономии человека;
- В) поддержание престижа профессии врача и медсестры.

9. Деонтология – это:

- А) наука, изучающая ответственность медицинских работников;

- Б) наука о должном поведении с учетом морали, этики;
- В) наука о новейших достижениях в медицине.

10. Впервые обозначил этику и деонтологию как науку:

- А) Гиппократ;
- Б) Аристотель;
- В) Бентам.

Вариант 2

1. Медицину и этику объединяет:

- А) человек как предмет изучения
- Б) методы исследования
- В) овладение приемами преодоления конфликтов в человеческих взаимоотношениях
- Г) стремление к знанию механизмов человеческого поведения и к управлению им

2. Правильным определением этики как науки является:

- А) этика -наука об отношении живых существ между собой
- Б) этика -наука о природе и смысле моральных взаимоотношений и нравственных принципов
- В) этика -наука о минимизировании зла в человеческих отношениях
- Г) этика -наука об умении правильно себя вести в обществе
- Д) этика - умение оценить своего собеседника

3. Медицинская этика изучает:

- А) комплекс медицинских услуг, направленных на восстановление здоровья пациента
- Б) отношения между членами коллектива и родственниками пациентов
- В) особенности развития и зависимости морального поведения медицинского работника от условий его практической деятельности

4. Основателем античной этики считается:

- А) Фалес;
- Б) Сократ;
- В) Платон;
- Г) Аристотель.

5. Система принципов и правил, регулирующая поведение и общение людей в обществе:

- А) идеология;
- Б) эстетика;
- В) философия;
- Г) этика

6. Биоэтика – это:

- А) социальные, этические последствия применения биомедицинских технологий;
- Б) защита автономии человека;
- В) поддержание престижа профессии врача и медсестры.

7. Деонтология – это:

- А) наука, изучающая ответственность медицинских работников;
- Б) наука о должном поведении с учетом морали, этики;
- В) наука о новейших достижениях в медицине.

8. Мораль – это:

А) форма общественного сознания, в которой заключены идеи, представления о поведении людей в обществе;

Б) общепринятые и повторяющиеся формы поведения человека;

В) духовно-нравственные правила человеческого существования.

9. Субъектом нравственности в биоэтике выступает:

А) пациент

Б) медицинский работник

В) каждый человек

Г) родственники пациента

10. Основным отличительным признаком профессиональной этики врача является:

А) право на отклоняющееся поведение

Б) осознанный выбор моральных принципов и правил поведения

В) уголовная ответственность за несоблюдение профессиональных этических норм

Г) безусловная необходимость подчинять личные интересы корпоративным

Д) приоритет интересов медицинской науки над интересами конкретного больного

Эталон ответов

1 вариант		2 вариант	
вопрос	правильный ответ	вопрос	правильный ответ
1	Б	1	А
2	А	2	Б
3	В	3	В
4	Б	4	Г
5	А	5	Г
6	А	6	А
7	В	7	Б
8	А	8	А
9	Б	9	В
10	В	10	Б

Ситуационные задачи

ЗАДАЧА 1. В небольшую больницу были одновременно доставлены молодой человек, чеченец по национальности, и русский майор милиции, которые в криминальной ситуации травмировали друг друга. Общее состояние пострадавших было примерно одинаковым. Русские по национальности врачи оказали полноценную медицинскую помощь майору милиции и фактически отказали без уважительных причин в оказании полноценной помощи молодому человеку, ограничившись лишь остановкой наружного кровотечения. Неоказание медицинской помощи пострадавшему привело к развитию у него опасного для жизни состояния.

Вопрос: есть ли в действиях врачей нарушение этических принципов? Поясните.

ЗАДАЧА 2. Среди врачей, особенно неврологов, существовала традиция осматривать пациентов полностью обнаженными. Эта традиция сохранилась и поныне. Вместе с тем, подобный осмотр, в частности, если врач-мужчина осматривает молодую красивую женщину, порождает ряд понятных проблем. Со стороны истеричных пациенток часты были обвинения сексуального характера в адрес врачей, поэтому

врачи «страховали» себя, производя осмотр больной в присутствии близких родственников. /Фрейд З. Толкование сновидений. М.,1998/

Вопрос: в чем заключалась этическая противоречивость «понятных проблем»?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

задача	ответ
1	<p>Действия врачей в данном случае демонстрируют расхождение «должного» и «сущего». Этический кодекс российского врача (ст.1) обязует врача оказывать медицинскую помощь любому гражданину вне зависимости от пола, расовой и национальной принадлежности, а также иных немедицинских факторов, включая материальное положение. В ситуации, когда «состояние пострадавших было примерно одинаковым», выбор очередности оказания медицинской помощи пациентам был обусловлен социально-этническим фактором. Здесь «сущее» получило приоритет перед «должным».</p> <p>С правовой точки зрения: нарушение законодательства - неоказание медицинской помощи в полном объеме.</p>
2	<p>Противоречивость «понятных проблем» носила этический характер и заключалась в том, что, во времена З.Фрейда, долг врача-невролога, требовавший полного осмотра пациента, сталкивался со стыдливостью пациенток и их опасением того, что полный осмотр медицински не оправдан, а является только выражением сексуального интереса со стороны врача. Эта традиция на сегодня во многом не сохранилась. И хотя пропедевтика предписывает осмотр по системам, пациент, зачастую, обследуется «узко» в зависимости от специализации врача или жалоб больного.</p>

Тема занятия: Этика взаимоотношений медицинского работника и пациента

Тесты для самоконтроля

Вариант 1

1. Отличительные признаки профессиональной этики медицинских работников является:

- А) Приоритет медицинской науки над интересами пациентов;
- Б) Право на поведение, отклоненное от нормы;
- В) Осознанный выбор правил поведения.

2. К ятрогенным заболеваниям относятся:

- А) Влияние «слова» врача или медицинской сестры;
- Б) Изменение психики, которые вызваны врачебной деятельностью;
- В) Все перечисленное верно.

3. К формам регуляции деятельности медицинского персонала не относится:

- А) Искусство;
- Б) Мораль;
- В) Право.

4. Оказание медицинской помощи пациенту может осуществляться:

- А) На основании показаний;
- Б) На основании информативного согласия;

В) На основании желания родственников.

5. под понятие преступление попадают следующие действия медицинского работника:

А) Бездействие, когда была нужна помощь больному;

Б) Заражение опасной инфекцией;

В) Все ответы верны.

6. Основным принципом современной модели профессиональной этики, является:

А) Приоритета прав и уважения достоинств пациента;

Б) Принцип приоритета науки;

В) Принцип исполнения долга.

7. Врачебная тайна соответствует:

А) Принципу справедливости;

Б) принципу конфиденциальности;

В) Принципу доброты.

8. Кто обязан сохранять врачебную тайну, кроме врача:

А) санитарки;

Б) Медицинские сестры;

В) Все ответы верны.

9. Незаконная выдача больничных рецептов расценивается, как:

А) Корусть;

Б) Уголовная ответственность;

В) Проступок.

10. Впервые обозначил этику и деонтологию как науку:

А) Гиппократ;

Б) Аристотель;

В) Бенгам.

Вариант 2

1. Этическое запрещение разглашение вопросов интимной жизни, болезни, которые доверяются медицинским работникам – это:

А) Эгротогения;

Б) Врачебная тайна;

В) Канцерофобия.

2. Классическая модель медицинской этики не включает:

А) Добровольное согласие на процедуры;

Б) Прерывание беременности;

В) Эвтаназия.

3. Проявляется в поступках медицинского персонала, представляет практическое применение медико-этических принципов – это:

А) Эвтаназия;

Б) Мораль;

В) Деонтология.

4. Один из принципов медицинской деонтологии:

А) Действия медицинского работника должны быть направлены на благо пациента;

Б) В процессе работы с пациентом должен быть подучен опыт;

В) Помощь пациенту должна быть оказана с учетом окружающей обстановки.

5. Поддержание на должном уровне авторитета и репутации профессии, относится к следующему принципу:

А) Не навреди;

- Б) Уважение к профессии;
- В) Взаимоотношение с коллегами.

6. Участие в осуществлении коллективных мер, направленных на совершенствование методов борьбы с болезнями, относится к:

- А) Моральному долгу;
- Б) Психологическому подходу;
- В) Невербальному способу.

7. К одному из документов в сфере медицинской этики относится:

- А) Международный кодекс медицинской этики;
- Б) Нормы медицинской этики;
- В) Ответственность и право.

8. После смерти пациента врач имеет право:

- А) Разглашать информацию о диагнозе, личной жизни пациента;
- Б) Сохранять тайну, как при жизни пациента;
- В) Нет правильных ответов.

9. Этические нормы поведения медицинской сестры отражены в документе:

- А) Сестринская карта истории больного;
- Б) Этический кодекс медицинской сестры России;
- В) Этическое взаимоотношение сестры, врача и пациента.

10. Клятвы, в которых отражаются этические нормы поведения:

- А) Врачебная клятва;
- Б) Клятва медицинской сестры России;
- В) Все ответы верны.

Эталон ответов

1 вариант		2 вариант	
вопрос	правильный ответ	вопрос	правильный ответ
1	В	1	Б
2	В	2	А
3	А	3	В
4	Б	4	А
5	В	5	Б
6	А	6	А
7	Б	7	А
8	В	8	Б
9	Б	9	Б
10	В	10	В

ЗАДАЧА 1. Оказание помощи посредством установления профессиональных взаимоотношений медсестры и пациента

Клиническая ситуация:

У 20-летней девушки была определена беременность на сроке 12 недель; беременность была желанной. При проведении необходимых анализов был также установлен положительный ВИЧ-статус. Женщина почувствовала полную беспомощность и тревогу, она не могла принять решения о сохранении или прерывании беременности, т.к. не обладала достаточной информацией о ВИЧ, методах лечения, влиянии заболевания на течение беременности и здоровье малыша. Она не видела будущего, не знала, что сказать родственникам. Что в этой ситуации может сделать медсестра?

В центре анализа:

В данной ситуации молодой женщине требуется профессиональная помощь и поддержка со стороны медицинской сестры. Уточним, что ситуация не представляет этической дилеммы. Тем не менее, разрешение этой ситуации дает возможность показать эффективность этических принципов милосердия, автономии, полноты оказания помощи для установления профессиональных сестринских взаимоотношений с пациенткой. Таким образом, перед нами этой случай ставит следующий вопрос: как медицинской сестре помочь пациентке в получении более полной информации о диагнозе, как медсестра может помочь пациентке справиться с переживаниями и адаптироваться к жизни с ВИЧ и беременности. Анализ этой ситуации также позволит продемонстрировать, что сестринский уход способен оказать существенное положительное влияние на состояние пациента.

Контекст этического анализа

Обзор этических принципов	Роль медсестры; профессиональные взаимоотношения медсестры-пациента, которые помогают обучить, поддержать, скоординировать процесс оказания помощи
<p><u>Полнота медицинской помощи</u> – этический императив^[1] профессионального развития и соответствия профессиональной компетенции, выполнения стандартов сестринской помощи. Согласно нему следует строго соблюдать принцип конфиденциальности, не допускать чрезмерного влияния/конфликта интересов, сообщать пациенту правду о его состоянии</p> <p>Милосердие – этический императив, обязывающий нести пациенту добро посредством его излечения или облегчения состояния, что позволило бы пациенту в максимальной степени сохранить качество своей жизни.</p> <p><u>Автономия</u> – этический императив, согласно которому следует уважать каждого человека, не использовать кого бы то ни было как средство для достижения целей, соблюдать право каждого на принятие собственных решений, уважать выбор пациентов с ограниченными возможностями принятия собственных решений, уважать и стремиться понять влияние культурных и религиозных убеждений на жизнь человека.</p> <p><u>Справедливость/не причинение вреда</u> – Этическое обязательство соблюдения принципа равенства во взаимоотношениях, правильного распределения ресурсов здравоохранения, внимание к положению</p>	<p><u>Взаимоотношения медсестры-пациента.</u> Медицинская сестра оказывает пациенту помощь в рамках устанавливаемых с ним/его родственниками профессиональных взаимоотношений. Профессиональные взаимоотношения требуют, чтобы внимание медицинской сестры было сосредоточено на потребностях пациента и его семьи. В контексте этих взаимоотношений сестринский уход направлен на то, чтобы пациент получал лечение, назначенное врачом. Кроме того, помощь медсестры должна быть направлена и на предоставление информации/обучение пациента/его родственников. Ниже будут приведены задачи медсестры при обучении пациента. Эти задачи играют ключевую роль в установлении профессиональных взаимоотношений медсестры с пациентом и членами его семьи, для чего требуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. выслушать вопросы и беспокойства пациента и его родственников, чтобы оценить потребность в информации 2. помочь пациенту/его родственникам определить волнующие их вопросы, связанные с дополнительной информацией о диагнозе и/или выборе лечения, и затем помочь им адресовать свои вопросы врачу 3. помочь пациенту лучше понять

<p>третьих лиц (родственников), адекватное восприятие рисков и обязательств по защите пациента и окружающих от этих рисков.</p>	<p>свой диагноз и альтернативные методы лечения. В то время как врач несет ответственность за сообщение пациенту диагноза и методов лечения, задача медсестры состоит в том, чтобы оценить, какую информацию врач сообщил пациенту/родственникам, и помочь им понять эту информацию, а также определить потребность в дополнительных сведениях.</p> <p>4. помочь пациенту использовать информацию о своем диагнозе и лечении, чтобы легче принять их. Зачастую именно медсестра помогает пациенту/его родственникам понять, как следует использовать информацию о диагнозе и лечении, которую пациенту предоставил врач.</p> <p>5. сохранять бдительность, дабы обеспечить безопасность пациента, соблюдать ход выполнения врачебных назначений и реагировать на беспокойства пациента. реагирование на вербальные и поведенческие беспокойства пациента необходимо, чтобы вовремя предоставить пациенту дополнительную информацию, поговорить с пациентом, помочь ему понять новую информацию. Медсестра может содействовать пациенту в достижении правильного понимания своего состояния с помощью советов, это также поможет пациенту принять правильное решение. После того, как решение пациентом принято, медсестра может содействовать ему в разработке плана выполнения этого решения, связанном с ним лечении и новом образе жизни.</p> <p>6. координировать уход. Координация ухода играет ключевую роль в получении пациентом информации от врачей и других медработников в тот момент, когда она необходима. Координация позволяет обеспечивать непрерывность процесса оказания помощи, получения пациентом информации и медицинских услуг и их использования пациентом.</p>
---	--

Анализ ситуации

Установление взаимоотношений медсестры и пациента.

В ситуации с этой молодой женщиной основная задача медсестры состоит в установлении с пациенткой профессиональных взаимоотношений. Это в принципе является главной задачей медсестры при работе с каждым пациентом. Сформированные профессиональные взаимоотношения станут впоследствии основой для выслушивания пациента, советов, поддержки, обучения, координации предложенных медицинских услуг.

Цели, этапы и пояснения по установлению профессиональных взаимоотношений с пациентом.

Из клинической ситуации следует, что медсестра сталкивается с пациенткой в тот момент, когда та узнает ожидаемую новость о своей беременности и другую, не ожидаемую – о положительном статусе ВИЧ. Важно, чтобы в этот момент медсестра правильно установила с пациенткой взаимодействие. Медсестра обязана объяснить пациентке, что обязательно поможет ей: 1) получить необходимую информацию; 2) обдумать варианты своих действий и 3) разработать план того, как сообщить членам семьи о своей беременности и ВИЧ. Рассказывая пациентке о своих задачах, медсестра также должна объяснить, что устанавливаемые взаимоотношения помогут ей справиться с чувствами бессилия и отчаяния, а также выполнить все лечебные рекомендации. Медсестра должна объяснить, что ее задача в этот момент и состоит в том, чтобы помочь пациентке справиться с новой информацией и негативными эмоциями. Координируя оказание помощи этой пациентке, медсестра также должна помочь ей правильно сформулировать вопросы к врачу, возможно даже задать их лечащему врачу или врачам, донести до специалистов волнения и беспокойства молодой женщины.

Темпы обучения, консультирования и поддержки устанавливаются пациентом.

Скорее всего, эта медсестра будет оказывать помощь пациентке в течение длительного периода времени, все будет зависеть от принятых женщиной решений. Поэтому, медсестра должна позволить пациентке самой установить темп оказания этой помощи. Медсестра при этом должна оценивать, как пациентка воспринимает и реализует получаемую информацию о своем состоянии и планах лечения. Иными словами, медсестра должна видеть, понимает ли пациентка поступающую информацию, не задает ли она все время одни и те же вопросы. Повторные вопросы возникают весьма часто и позволяют пациенту полностью воспринять новую для него реальность. Полезным для медсестры в случае взаимодействия с такими молодыми пациентами будет начало общения с вопросов: что вас волнует и беспокоит больше всего?, что вам не совсем понятно? Так пациент получит своего рода разрешение на то, чтобы задавать волнующие его вопросы и продвигаться на пути понимания своего состояния.

Иногда может показаться, что пациенту необходима вся информация сразу (и очень часто медсестры стремятся к тому, чтобы сразу предоставить пациенту полную и исчерпывающую информацию за один раз). Тем не менее, в подобных ситуациях информирование пациента влечет массу негативных эмоций и переживаний, что не позволит пациенту все запомнить и сразу все понять. Неспособность запомнить и понять предоставленную информацию лишь усугубит ощущение беспомощности и неспособности принять решение. Поэтому, медсестра должна повторять информацию, спрашивать у пациентки, что она думает, все ли ей понятно.

Основное содержание помощи – консультирование, поддержка, обучение.

Полезным для медсестры может стать разработка модели общения с пациентом. В модель могут войти определенные вопросы относительно самочувствия пациентки в

целом и в связи с ее состоянием. Медсестра при этом должна внимательно выслушать ответы. При этом разговоре медсестра должна проявлять чуткость и бдительность. Слушая пациентку и реагируя на ее беспокойства, медсестра сможет правильно определить, какую дополнительную информация пациентка готова воспринять во время этой беседы. На основе сигналов, исходящих от пациентки, медсестра сможет продвигаться в ее обучении. Во время некоторых разговоров медсестра сможет на основе достигнутого понимания помочь пациентке в решении ее проблем. В иные моменты разговоры будут всецело сконцентрированы на чувствах пациентки, и медсестра сможет помочь, только выслушав ее и успокоив. Но будут и такие моменты, когда пациентка будет ощущать больше сил для борьбы с ситуацией и их надо использовать для активного информирования и обучения, но ограниченными порциями, такими, чтобы пациентка могла все понять, запомнить и выполнить.

Координация помощи.

Медсестра является связующим звеном между пациенткой, лечащим врачом и другими специалистами, способными оказать ей помощь. Поэтому, от участия медсестры зависит понимание потребностей пациентки ее врачом, реакция пациентки на лечение, любые его изменения и дополнения, вносимые врачом. Поскольку оказание помощи ВИЧ-инфицированным является продолжительным, необходимость в координации помощи никогда не снижается, а напротив, может только возрастать. Кроме координации взаимоотношений пациентки с медперсоналом, медсестра может помочь ей и в общении с родственниками – как и что им сообщать, какая помощь и поддержка от них может потребоваться.

Соотношение помощи пациентке с этическими принципами

Следование медсестрой описанным выше технологиям составляет основу сестринского ухода, в центре которого находится пациент. Концепция помощи, организованной вокруг потребностей пациента, нацелена на решение индивидуальных проблем и должна соответствовать предпочтениям и ценностям самого пациента. Реализуя эту концепцию на практике, медсестра следует требованиям принципов милосердия и автономии. Более того, установление с пациентом профессиональных взаимоотношений, выслушивание, поддержка, обучение, советы, бдительность требуют от медсестры глубоких знаний и навыков. Компетентная реализация медсестрой своей роли согласуется с этическим принципом полноты оказания помощи.

Соотношение этой ситуации к рассмотренным ранее.

В предыдущих публикациях этической колонки в центре нашего внимания были такие вопросы, как:

- Обеспечение пациента полной и необходимой ему информацией для принятия решения (ситуации пациентов с желчекаменной болезнью и раком молочной железы)
- Сообщение правды (ситуации с заболеванием ТБ)
- Передача информации о пациенте другим медработникам или членам семьи (ситуации с пациенткой с диагнозом рак желудка, абсцессом у ВИЧ-инфицированного грудного ребенка)
- Обеспечение безопасности пациента (случай с маленьким ребенком, которому была назначена чрезвычайно высокая доза препарата)

Во всех этих ситуациях была показана существенная роль медсестры в правильном обращении с информацией. Пациенты нуждаются в правдивой и точной информации о своем состоянии, чтобы принимать правильные решения о лечении. Обеспечение пациентов такой информацией соответствует этическому принципу автономии. Кроме того, пациенты имеют право на то, чтобы достоверная информация о состоянии их здоровья и этапах лечения была в ведении только тех лиц, деятельность

которых направлена на их лечение, т.е., во благо пациентам и в отношении иных лиц соблюдалось бы требование конфиденциальности. В ситуациях, когда речь идет о неправильном и опасном для пациента назначении лекарственных препаратов, требуется передача информации руководству, администрации учреждения, с тем чтобы предотвратить возможный вред. Во всех ранее проанализированных ситуациях этические принципы милосердия, автономии, полноты оказания помощи позволяли разрешить сложившиеся этические дилеммы.

Более того, в каждой ситуации мы стремились проанализировать и особую, уникальную роль медицинской сестры. Непрерывно мы выделяли особенности задач, стоящих перед сестринским персоналом по установлению профессиональных взаимоотношений с пациентами, выполнению долга по обучению, поддержке, консультированию пациентов, оказывающих существенное благоприятное влияние на эффективность медицинского вмешательства. В ситуации, проанализированной в последней статье, мы совместили все аспекты взаимодействия медсестры с пациентом. Мы показали, как правильно строить профессиональное взаимодействие, на чем должны при этом основываться действия медсестры. Этические принципы милосердия, автономии, полноты оказания помощи, а также Этический кодекс российской медсестры создают сегодня прочную основу для реализации медицинскими сестрами своей роли и оказания помощи своим пациентам и членам их семей в контексте российской системы здравоохранения.

ЗАДАЧА 2. Установление профессиональных взаимоотношений медсестры и врача.

В отделении новорожденных работает молодой специалист педиатр. В истории болезни его было сделано назначение новорожденному ребенку – раствор сульфата магния 25% 6 мл., внутримышечно. Опытная медицинская сестра обратила её внимание на слишком высокую дозу препарата, на что получила ответ, что все назначено правильно, и что медсестре следует выполнить это назначение. После такого ответа медицинская сестра обратилась к заведующему отделением.

Заведующий отделением вызвал врача педиатра, указал на допущенную в дозировке препарата ошибку. Доза препарата была исправлена с 6 мл. на 0,6 мл. Правильно ли поступила медицинская сестра, обратившись за разрешением этической дилеммы к заведующему отделением?

Обзор этических принципов	Роль медсестры – Ответственность специалиста
<p><u>Полнота медицинской помощи</u> – этический императив разработки и соответствия профессиональной компетенции, выполнения стандартов сестринской помощи. Согласно нему следует строго соблюдать принцип конфиденциальности, не допускать чрезмерного влияния/конфликта интересов, сообщать пациенту правду о его состоянии</p> <p>Милосердие– этический императив, обязывающий нести пациенту добро посредством его излечения или облегчения состояния, что позволило бы пациенту в максимальной степени</p>	<p>Медицинская сестра. Обеспечение безопасности пациента является частью сестринской профессии. Профессиональная ответственность медсестры подразумевает и её бдительность в вопросах ухода за пациентом.</p> <p>Бдительность^[3] следует рассматривать как:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Внимание и определение клинически значимых симптомов, сигналов и знаков • Расчет возможных рисков, связанных с оказанием медицинской помощи • Готовность правильно и эффективно действовать, чтобы предотвратить

<p>сохранить качество своей жизни.</p> <p><u>Автономия</u> – этический императив, согласно которому следует уважать каждого человека, не использовать кого бы то ни было как средство для достижения целей, соблюдать право каждого на принятие собственных решений, уважать выбор пациентов с ограниченными возможностями принятия собственных решений, уважать и стремиться понять влияние культурных и религиозных убеждений на жизнь человека.</p> <p><u>Справедливость/не причинение вреда</u> – Этическое обязательство соблюдения принципа равенства во взаимоотношениях, правильного распределения ресурсов здравоохранения, внимание к положению третьих лиц (родственников), адекватное восприятие рисков и обязательств по защите пациента и окружающих от этих рисков.</p>	<p>вред, свести к минимуму риск и отразить возможные угрозы состоянию пациента.</p> <p>Профессионализм и компетентность медицинской сестры выступают неизменным условием бдительности, ответственности и адекватных действий при оказании помощи пациенту. Бдительность требует от медсестры постоянного мониторинга состояния пациента и внесения необходимых изменений в свои действия.</p>
--	---

Этический анализ ситуации

Итак, правильно ли поступила медицинская сестра, обратившись к заведующему отделением за разрешением возникшей у нее этической дилеммы? При осуществлении практики медицинская сестра должна руководствоваться принципом «Не навреди!». С этой точки зрения медицинская сестра несет ответственность по обеспечению безопасности пациента. Защита пациента от вреда является основным обязательством медицинской сестры. Поэтому действия медсестры, направленные на снижение дозы лекарственного препарата, выписанного новорожденному, и связанные с обращением к заведующему отделением, являются абсолютно правильными. Стремление медсестры обезопасить ребенка также полностью соответствуют принципам и нормам, заложенным в Этический кодекс медицинской сестры России. Роль медицинской сестры по обеспечению безопасности пациента, в том числе и от вреда, который может нанести лечение, предписанное врачом или другим медицинским работником, признается повсеместно.

Действия медицинской сестры в данном случае были абсолютно профессиональны и с той точки зрения, что первым человеком, к которому она обратилась за разъяснением, стала сделавшая неверное назначение врач. После того, как врач отказалась изменить назначение, медицинская сестра снова продемонстрировала должный профессионализм, когда обратилась к заведующему отделением. В стремлении разрешить ситуацию медсестра по очереди обращалась к тем специалистам, от которых зависит принятие решения. Обратившись сначала к самому врачу, а затем к заведующему отделением, медсестра смогла соблюсти существующую иерархию должностей, и выполнила именно то, что от нее требовалось.

Здесь также важно отметить, что большую роль в благополучном разрешении ситуации сыграли знания медицинской сестры. Поэтому очень важно помнить, что основой профессионализма и соблюдения этических принципов является постоянное

пополнение своих знаний – о медикаментах, способах лечения, возможных последствиях.

С течением времени медицинская помощь усложняется, поэтому принцип обеспечения безопасности пациента превращается в императив сестринской профессии, и именно медсестер все чаще рассматривают как специалистов, ответственных за безопасность пациентов. Проблемы безопасности в здравоохранении обсуждаются достаточно давно; эксперты стремятся создать в клиниках такую систему безопасности, которая могла бы своевременно предупреждать медсестер, привлекать их внимание к критическим ситуациям, влекущим угрозу для пациента.

В рассмотренном случае ничего не сказано о том, последовало ли какое-то поощрение медсестры, была ли публично озвучена благодарность в ее адрес со стороны заведующего отделением и главной медсестры. Будем надеяться, что именно так и было. Это признание и благодарность еще раз напомнили бы медсестрам, что их работа чрезвычайно важна, а вмешательство в лечебный процесс, если оно направлено на обеспечение безопасности пациента, руководством клиники приветствуется и одобряется. Такое поощрение напомнило бы всем медсестрам и врачам, что они должны действовать согласованно и ответственно, чтобы сводить к минимуму риск для пациентов

Данная ситуация представляет этическую дилемму для медсестры, т.к. профессиональная задача медсестры состоит в строгом выполнении врачебных назначений, но в конкретном случае выполнение профессиональных обязанностей и введение завышенной дозы лекарства могло нанести вред маленькому пациенту. Должна ли была медсестра выполнить назначение или ее долг состоял в выяснении ситуации и разговоре с заведующим отделением? На этом примере мы видим, что этические дилеммы часто возникают вследствие конфликта между моральными и должностными обязанностями. Выполнение одних обязательств при этом влечет нарушение других. В связи с тем, что дилемма касается двух обязательств, исключительно важно проанализировать оба варианта действий. Правильное разрешение возникшей дилеммы зависит от того, правильно ли сделаем вывод относительно преимущества одних обязательств над другими.

Тема занятия: Морально-этические проблемы аборта, контрацепции и искусственного оплодотворения

Тесты для самоконтроля

Вариант 1

1. Основанием допустимости аборта в либеральной идеологии является:

- А) отрицание личностного статуса плода
- Б) права ребенка
- В) неприкосновенность частной жизни
- Г) существование медицинской операции по искусственному прерыванию беременности
- Д) ничего из перечисленного

2. В христианской этике аборт, как вынужденная мера, допустим, поскольку:

- А) эмбрион является телом матери
- Б) зародыш не может говорить
- В) уничтожение жизни становится убийством только после рождения ребенка
- Г) человек «начинается» с первого вдоха

Д) в случае внематочной беременности эмбрион изначально обречен на гибель

3. На признание этической допустимости сурrogатного материнства при искусственном оплодотворении *in vitro* (ЭКО) в исламе влияет:

А) допущение, что вынашивающей матерью может быть вторая жена мужа

Б) запрещение донорство яйцеклеток

В) оценка сурrogатного материнства как морально недопустимого явления

Г) отсутствие одушевленности плода в первый триместр беременности

Д) допустимость торговли людьми

4. Использование пренатальной диагностики в евгенических целях

исламская этика:

А) признает

Б) осуждает

В) относится нейтрально, полагаясь на собственное мнение человека

Г) карает

Д) все перечисленное

5. Вспомогательные репродуктивные технологии запрещается

использовать: а) в целях выбора пола будущего ребенка; б) для предотвращения наследования тяжелого заболевания, сцепленного с полом; в) в целях продолжения рода лиц с нетрадиционной сексуальной ориентацией.

А) а Б) б В) в Г) а, в Д) ни одно из описанных

6. Массовое внедрение контрацепции не имеет своей целью: а) утверждение права человека планировать численность своей семьи; б) противостояние религиозным моральным ценностям; в) выполнение различных государственных заказов и международных проектов по поддержанию определенной численности народонаселения в различных регионах мира; г) утверждение библейской заповеди «плодитесь и размножайтесь»; д) сохранение традиционных взглядов на брак и семью

А) а Б) б, в В) а, в Г) б Д) г, д

7. Консервативное отрицательное отношение к контрацепции определяется всеми перечисленными факторами, кроме:

А) разрушения традиционных представлений о предназначении семьи

Б) подавления функции продолжения рода

В) связанного с ней культивирования «освобожденной сексуальности»

Г) ориентации на малодетным и бездетные семьи

Д) права государства или международных организаций по социально-политическому контролю над рождаемостью в стране

8. Этическая неприемлемость «аномальной техники деторождения» связана:

А) с нарушением права ребенка быть рожденным в традиционном браке естественным путем

Б) с признанием и осуждением неполноценности супруга (супруги) и попыткой найти ему (ей) замену (в случае использования донорских половых клеток)

В) с легализацией неполных и нетрадиционных семей

Г) с уничтожением «лишних» человеческих эмбрионов

Д) со всеми перечисленными факторами

9. Возникновение современной медицинской сексологии связано:

А) с морально-мировоззренческими процессами -распространением этического нигилизма, вульгарного фрейдизма, с внедрением идеологии прав человека

Б) с развитием фармацевтической промышленности (эра контрацептивов и антибиотиков)

- В) с научно-технической революцией
- Г) с развитием порно-и сексбизнеса
- Д) со всеми перечисленными факторами

10. Европейская история пережила следующее число сексуальных революций (периодов переоценки сексуальности человека):

- А) две (первая - в эпоху распада Римской империи, вторая - 2-ая половина XX века)
- Б) одну, связанную с возникновением медицинской сексологии во 2-й половине XX века
- В) одну, связанную с формированием христианской культуры в первых веках европейской истории
- Г) три – распад матриархата в доисторические времена, распад Римской империи и появление сексологии во второй половине XX века
- Д) ни одно из перечисленного

Вариант 2

1. В России искусственное прерывание беременности только по желанию женщины проводится на сроке:

- А) До 10 недель
- Б) До 12 недель
- В) До 16 недель
- Г) До 22 недель
- Д) До 28 недель

2. Укажите возраст, с которого в России может проводиться стерилизация граждан с целью контрацепции.

- А) с 18 лет;
- Б) с 25 лет;
- В) с 35 лет;
- Г) с 40 лет;
- Д) с 45 лет.

3. Основанием допустимости аборта в либеральной идеологии является:

- А) свобода женщины и отрицание личностного статуса плода;
- Б) права ребенка;
- В) неприкосновенность частной жизни;
- Г) существование медицинской операции по искусственному прерыванию беременности;
- Д) ничего из перечисленного.

4. Основанием допустимости аборта в либеральной идеологии является:

- А) отрицание личностного статуса плода
- Б) права ребенка
- В) неприкосновенность частной жизни
- Г) существование медицинской операции по искусственному прерыванию беременности
- Д) ничего из перечисленного

5. В христианской этике аборт, как вынужденная мера, допустим, поскольку:

- А) эмбрион является телом матери
- Б) зародыш не может говорить
- В) уничтожение жизни становится убийством только после рождения ребенка
- Г) человек «начинается» с первого вдоха
- Д) в случае внематочной беременности эмбрион изначально обречен на гибель

6. На признание этической допустимости суррогатного материнства при искусственном оплодотворении *in vitro* (ЭКО) в исламе влияет:

- А) допущение, что вынашивающей матерью может быть вторая жена мужа

- Б) запрещение донорство яйцеклеток
- В) оценка суррогатного материнства как морально недопустимого явления
- Г) отсутствие одушевленности плода в первый триместр беременности
- Д) допустимость торговли людьми

7. Этическая неприемлемость «аномальной техники деторождения»

связана:

- А) с нарушением права ребенка быть рожденным в традиционном браке естественным путем
- Б) с признанием и осуждением неполноценности супруга (супруги) и попыткой найти ему (ей) замену (в случае использования донорских половых клеток)
- В) с легализацией неполных и нетрадиционных семей
- Г) с уничтожением «лишних» человеческих эмбрионов
- Д) со всеми перечисленными факторами

8. Возникновение современной медицинской сексологии связано:

- А) с морально-мировоззренческими процессами -распространением этического нигилизма, вульгарного фрейдизма, с внедрением идеологии прав человека
- Б) с развитием фармацевтической промышленности (эра контрацептивов и антибиотиков)
- В) с научно-технической революцией
- Г) с развитием порно-и сексбизнеса
- Д) со всеми перечисленными факторами

9. Вспомогательные репродуктивные технологии запрещается

использовать: а) в целях выбора пола будущего ребенка; б) для предотвращения наследования тяжелого заболевания, сцепленного с полом; в) в целях продолжения рода лиц с нетрадиционной сексуальной ориентацией.

- А) а
- Б) б
- В) в
- Г) а, в
- Д) ни одно из описанных

10. Массовое внедрение контрацепции не имеет своей целью:

а) утверждение права человека планировать численность своей семьи; б) противостояние религиозным моральным ценностям; в) выполнение различных государственных заказов и международных проектов по поддержанию определенной численности народонаселения в различных регионах мира; г) утверждение библейской заповеди «плодитесь и размножайтесь»; д) сохранение традиционных взглядов на брак и семью

- А) а
- Б) б, в
- В) а, в
- Г) б
- Д) г, д

Эталон ответов

1 вариант		2 вариант	
вопрос	правильный ответ	вопрос	правильный ответ
1	А	1	Б
2	Д	2	В
3	А	3	А
4	Б	4	А
5	А	5	Д
6	А	6	А
7	А	7	Г
8	Г	8	Д
9	Д	9	А
10	А	10	А

ВОПРОСЫ ДЛЯ ЭВРИСТИЧЕСКОЙ БЕСЕДЫ

1. Основные доводы движения против аборта.

2. Этические аргументы движения за легализацию аборта.
3. Правовые аспекты аборта по международному праву.
4. Этический аспект аборта.
5. Религиозный аспект аборта.
6. Стерилизация женщин, правовой, этический аспекты.
7. Стерилизация мужчин, правовой, этический аспекты.
8. Искусственная инсеминация, морально-этические проблемы.
9. Этический аспект, связанный с определением «статуса» эмбриона.
10. «Суррогатное материнство», морально-этические проблемы.
11. Этический аспект в выборе пола.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Основные доводы движения против аборта

- Каждое человеческое существо, даже ребёнок в утробе матери, получает право на жизнь непосредственно от Бога.
- Человеческие существа не имеют права отнимать жизнь у других безвинных человеческих существ.
 - Жизнь человека начинается в момент зачатия, аборт даже в самом начале беременности является убийством плода.
 - Производить аборт на любой стадии беременности – значит, лишить жизни безвинное человеческое существо.
 - Аборт является социальным злом.
 - Женщина, прибегнувшая к аборту, теряет свободу и утрачивает дар быть матерью.

2. Этические аргументы движения за легализацию аборта

- Только сама женщина должна решать, становится ли ей матерью.
- Никто не вправе принуждать женщину к сохранению беременности против её воли.
 - Не следует производить на свет нежеланных детей.
 - Если женщина не вправе контролировать репродуктивные функции, то у неё вообще нет реальной свободы.
 - Право женщины распоряжаться своим телом.
 - Отрицание личности статуса эмбриона.

3. Правовые аспекты аборта по международному праву

- Репродуктивное право женщины – это право на репродуктивное здоровье.
- Ни одно медицинское действие не должно быть выполнено без осознанного и добровольного согласия пациента.

4. Этический аспект аборта

- Без согласия матери врач не может сделать аборт, даже если считает, что эта операция отвечает интересам матери будущего ребёнка.
 - На любой стадии своего развития эмбрион является носителем человеческого достоинства и потому любые действия по отношению к нему подлежат моральным оценкам.
 - Каждый случай аборта рассматривается как «зло» и его нельзя считать морально-нравственным явлением.

5. Религиозный аспект аборта

- Католицизм: аборт категорически запрещается как грубейшее нарушение естественного морального закона и рассматривается как одна из форм убийства. Однако аборт допустим для сохранения здоровья матери.

- Православие: понимает искусственное прерывание беременности как убийство начавшейся жизни.

- Мусульманство: запрещает аборт, однако признаёт медицинские показатели к аборту.

- Иудейская религия: категорически запрещает аборт.

- Буддизм: аборт является страшным грехом «не отнимай ничьей жизни».

6. Стерилизация женщин, правовой, этический аспекты

- Международное право: не содержит ни норм, ни принципов, конкретно относящихся к добровольной стерилизации.

- Этика: специального международного деонтологического документа по этому вопросу нет.

- Религия: католическая запрещает, остальные религии допускают с различными оговорками.

7. Стерилизация мужчин, правовой, этический аспекты

- Международное право разрешает проводить стерилизацию.

- Этика: специального деонтологического документа нет.

- Религия: католическая разрешает только по медицинским показаниям, протестантская, буддийская – разрешает, мусульманская, иудейская – запрещает.

8. Искусственная инсеминация, морально-этические проблемы

- Анонимность донора и реципиентов.

- Согласие мужа и жены.

- Разрешается проведение искусственной инсеминации женщинам фертильного возраста, не состоящим в браке.

- Право совершеннолетних детей иметь информацию о «биологическом отце».

- Возрастной предел для донора.

9. Этические аспекты, связанные с определением «статуса» эмбриона

- Большинство врачей допускают использование эмбриона человека для лечения бесплодия.

- Религия не допускает этого, поскольку считается, что жизнь человека начинается с момента зачатия и поэтому нельзя манипулировать эмбрионом.

- Допускается не дольше 14 дней после оплодотворения проводить имплантацию эмбриона, поскольку после этого эмбрион рассматривается как личность, обладающая правом и защищённая законодательством.

10. «Суррогатное материнство» морально-этические проблемы

- Религия: все религии относятся отрицательно.

- Противники: превращение женщины в инкубатор, торговля своим телом.

- Защитники: гуманное отношение к проблемам сохранения семьи.

- Суррогатная мать.

11. Этический аспект в выборе пола

В настоящее время многие исследователи не рекомендуют специалистам положительно решать вопрос о выборе пола ребёнка без наличия медицинских показаний, так как это может привести к изменению

естественного соотношения полов и трудно предсказуемым последствиям.

Международное право так же запрещает выбор пола без медицинского показания.

Тема занятия: Философские, этические и правовые проблемы смерти

Тесты для самоконтроля

1. Недопустимость эвтаназии с позиций нравственной антропологии христианства связана с:

- А) нарушением заповеди «не убий»
- Б) спасительностью страданий
- В) возможностью приобщения человека к опыту воскресения
- Г) возможностью постижения смысла жизни
- Д) все перечисленное

2. Необоснованность эвтаназии с медицинской точки зрения определяется:

- А) шансом на выздоровление и возможностью изменения решения пациента
- Б) нарушением предназначения врача спасать и сохранять человеческую жизнь
- В) нарушением моральной заповеди «не убий»
- Г) со всеми перечисленными факторами

3. Активная эвтаназия отличается от пассивной:

А) отсутствием согласия или просьбы пациента о лишении жизни
Б) приоритетностью решения врача перед решением пациента о прекращении жизни пациента

В) отсутствием согласия или просьбы родственников пациента о лишении жизни пациента

Г) активным, деятельным, вмешательством врача в процесс прекращения жизни по просьбе пациента

Д) умышленным или преднамеренным лишением жизни человека

4. Решение о допущении пассивной эвтаназии, либо о начале интенсивной терапии зависит от:

А) определения мотивов деятельности и поступка врача

Б) характера объяснения принятого решения врача

В) объективной картины заболевания

Г) универсального права человека на жизнь

Д) техническими медицинскими средствами и ситуационными возможностями

5. Использование реанимационного оборудования для пациента, находящегося в критическом состоянии, является:

А) злоупотреблением терапевтическими средствами

Б) реализацией принципа «борьбы за человеческую жизнь до конца»

В) признаком низкой квалификации специалиста

Г) отсутствием у врача нравственного чувства и этической культуры

Д) обязательным при наличии у пациента страхового полиса

6. Право больного человека отказаться от лечения основывается на: а) осознании ограниченности финансовых возможностей; б) признании ограниченности медицинских средств; в) праве на спокойную естественную смерть; г) принятии воли Божией

А) а Б) б В) а, б Г) в, г Д) ни одно из перечисленного

7. Определяющим регулятором решения врачом сложных этических проблем в профессиональной деятельности является все, кроме:

А) международного права

Б) принципов профессиональной этики

В) национального законодательства

Г) традиционной религиозной морали

Д) личной выгоды

8. Традиционным критерием смерти является:

А) гибель всего головного мозга

Б) остановка дыхания и сердцебиения

В) отсутствие сознания

Г) потеря крови

9. Применение эвтаназии в нашей стране:

А) разрешено;

Б) запрещено;

В) ничем не регулируется;

медицины

В) уважение чести и достоинства человека

Г) все вышеперечисленное

8. В нашей страны современный критерий смерти введен законом:

А) «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан»

Б) «О трансплантации органов и (или) тканей человека»

В) «О медицинском страховании граждан РФ»

Г) во всех вышеперечисленных

9. Современным критерием смерти в медицине является:

А) остановка дыхания и сердцебиения

Б) гибель всего головного мозга

В) потеря крови

Г) отсутствие сознания

10. К аргументам противников эвтаназии относится:

А) человек должен быть защищен от жестокого, негуманного лечения, если оно приносит или продляет ему страдания, поэтому он может отдать предпочтения смерти

Б) человек имеет право быть альтруистом по отношению к своим близким, освободив их от бремени

В) жизнь – главная ценность и никто не имеет права на нее посягать

Г) лучше направить экономические ресурсы тем, кому реально можно помочь и вылечить.

Эталон ответов

1 вариант		2 вариант	
вопрос	правильный ответ	вопрос	правильный ответ
1	А	1	Г
2	Г	2	Д
3	Г	3	Б
4	В	4	Б
5	Б	5	А
6	Г	6	А
7	Д	7	Б
8	Б	8	Б
9	Б	9	Б
10	Б	10	Б

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА № 1. Неизлечимый больной, 72 лет, страдающий раком прямой кишки, неоднократно просил врача ускорить наступление его смерти. Родственники из сострадания обещали врачу вознаграждение за процедуру эвтаназии. Врач отказался выполнить акт эвтаназии сам, но проконсультировал сына больного о способе введения и дозе яда. В отсутствие врача больному (с его согласия) была введена смертельная доза инсулина.

Вопрос: имела ли место эвтаназия в данном случае? Поясните.

ЗАДАЧА № 2. В суде г. Белая Калитва был осужден гр. Н. за убийство своей парализованной матери. Ухаживая за ней и узнав от врачей, что вылечить мать, они не могут, он предложил ей прекратить мучения. Якобы заручившись ее согласием, он пытался задушить ее руками, но, не достигнув смерти, он нанес ей кухонным ножом несколько проникающих в грудь ран. На суде, заявив, что знает об эвтаназии, решил ее

применить из сострадания. И хотя суд не признал этот мотив смягчающим убийство обстоятельством, журналисты обсуждали в печати его возможность.

Вопрос: можно ли признать действия гр.Н. эвтаназией? Поясните.

ЗАДАЧА № 3. Молодой человек, 19 лет, термические ожоги лица, дыхательных путей, ампутированные руки, полностью ослепший. Лечение не помогает. Мать-врач по профессии, ухаживая за ним, постоянно испытывала муки от беспомощности, так как обезболивающие препараты не помогали, а сын одолевал ее просьбами помочь уйти из жизни, которая стала для него невыносимой. В конце концов, мать поддалась на уговоры, написала завещание, сделав сыну смертельный укол, сама в целях самоубийства выпила горсть таблеток снотворного. Ее спасли и возбудили уголовное дело за умышленное убийство, но после расследования, ссылаясь на психическое расстройство, оно было прекращено.

Вопрос: можно ли оценить действия матери как эвтаназию?

ЗАДАЧА № 4. Больная девочка: возраст – 1 год и 8 месяцев, рост - 58 см., масса тела – 9 кг. Диагноз: гидроцефалия, лихорадка неясной этиологии. Один раз в неделю ребенку «выкачивали» жидкость из головы, но она становилась все больше и еще быстрее увеличивалась в размерах. Ежедневно внутривенно капельно вводились растворы через подключечный катетер, плюс лекарственные препараты, поддерживающие жизнедеятельность головного мозга. Девочка день ото дня слабела. Глаза она уже почти не открывала, внутричерепное давление было постоянно повышено. По просьбе матери жидкость из головы перестали выкачивать. Через три с половиной месяца девочка умерла.

Вопрос: означает ли прекращение выкачивания жидкости из головы ребенка проведение эвтаназии? Поясните.

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ

задача	ответ
1	Да, имела. Это разновидность эвтаназии называется – ассистированный врачом суицид. Врач выступает в роли консультанта (ассистента), подсказавшего или выписавшего препарат и способ его введения.
2	Нет, это убийство. Во-первых, в России эвтаназия запрещена законом: ст. 45-я «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» (1993). Во-вторых, если отвлечься от правовой нормы, условиями эвтаназии выступают: просьба пациента; безнадежность его состояния; безболезненный уход из жизни; сострадание как мотив лица, проводящего эвтаназию; проводится медицинским работником. Все эти условия отсутствовали в действиях гражданина Н.
3	Да. Это активная эвтаназия. Налицо - настойчивая просьба пациента, его страдания и безнадежность состояния, безболезненная смерть, мотив действий матери – сострадание, мать молодого человека – врач. Поскольку в России эвтаназия запрещена законом, постольку против матери было возбуждено уголовное дело.
4	Да, означает. Прекращение выкачивания жидкости из головы пациентки есть нечто иное, как отказ от оказания медицинской помощи. Следствием отказа явилась смерть пациентки. Здесь имеет место пассивная эвтаназия. Просьбу об отказе от лечебных мероприятий высказала мама несовершеннолетней пациентки. Действия врачей соответствуют правовой норме, закрепленной статьей 33-й «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» (1993).

Б) злоупотреблений, связанных с применением под видом лечения психотропных средств в немедицинских целях

В) злоупотреблений психиатром своим служебным положением

Г) +все вышеперечисленное

9. Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» направлен на решение следующих задач:

А) защита прав и законных интересов граждан от необоснованного вмешательства в их жизнь при оказании им психиатрической помощи

Б) защита лиц, страдающих психическими расстройствами, от необоснованной дискриминации в обществе, а также общества от возможных опасных действий психически больных

В) защита врачей и медицинского персонала

Г) +всё вышеперечисленное

10. Дифференциация моделей отношений врача-психиатра с больными определяется:

А) материальной заинтересованностью врача

Б) +степенью психического расстройства пациента

В) формами оказания психиатрической помощи

Г) условиями оказания психиатрической помощи

Вариант 2

1. В древности психическое расстройство считали:

А) +проклятием бога

Б) +порождением дьявола

В) результат заболевания мозга

2. В средние века душевнобольные содержались:

А) +в монастырях

Б) в специальных лечебницах

В) в тюрьмах

3. Возможно ли проведение экспериментов на душевнобольных пациентах:

А) согласно Нюрнбернскому кодексу –нет

Б) согласно Хельсинской декларации –да

В) согласно Гавайской декларации -да

Г) +да, но только в особых случаях

Д) все указанное неверно

4. Дифференциация моделей отношений врача-психиатра с больными определяется:

А) материальной заинтересованностью врача

Б) +степенью психического расстройства пациента

В) формами оказания психиатрической помощи

Г) условиями оказания психиатрической помощи

5. Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» направлен на решение следующих задач:

А) защита прав и законных интересов граждан от необоснованного вмешательства в их жизнь при оказании им психиатрической помощи

Б) защита лиц, страдающих психическими расстройствами, от необоснованной дискриминации в обществе, а также общества от возможных опасных действий психически больных

В) защита врачей и медицинского персонала

Г) +всё вышеперечисленное

ЗАДАЧА 2. Ребенку с тяжелой нервной кахексией врач назначает анаболический гормон в малой дозе для увеличения мышечной массы. Этот препарат имеет побочные эффекты, о которых врач подробно рассказывает матери. Врач говорит, что, если не пролечить ребенка этим лекарством, ребенок останется слабым из-за своего истощения.

Вопрос: добровольным ли было полученное согласие?

ЗАДАЧА 3. В стационаре находится ребенок, не требующий лечения в данный момент. Его состояние является стабильно тяжелым на протяжении всей жизни (умственная отсталость тяжелой степени). Он не говорит, не имеет двигательных навыков, не сформированы навыки опрятности. Такой ребенок по закону о психиатрической помощи является «социальным» (т. е. нуждается только в уходе, а лечение бесполезно). Однако врач, зная об этом, сознательно назначает ему лечение, т. к. мать очень просит об этом.

Вопрос: каким принципом руководствуется врач, когда идет навстречу матери?

ЗАДАЧА 4. В клинике на вопросы о состоянии больных, задаваемые по телефону, пусть даже ближайшими родственниками, никогда не даётся ответов, а родственники настоятельно приглашаются в больницу для беседы с лечащим врачом.

Вопрос: какой принцип биомедицинской этики лежит в основе данной практики?

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ

задача	ответ	задача	ответ
1	Правдивости	3	Милосердия
2	Информированного согласия	4	Конфиденциальности

Тема занятия: Этико-правовые и морально-психологические проблемы СПИДа

Тесты для самоконтроля

Вариант 1

1. Какие правила необходимо соблюдать после установления диагноза СПИД:

- А) сохранение нейтралитета
- Б) сохранение врачебной тайны
- В) принцип невмешательства
- Г) уведомление правоохранительных органов
- Д) принцип «пяти свобод»

2. Врач, оказывающий медицинскую помощь и узнав, что пациент болен ВИЧ, должен:

- А) Сообщить родственникам
- Б) сообщить работодателю
- В) сообщить вышестоящим органам
- Г) передать дело в правоохранительные органы
- Д) ничего из перечисленного

3. Скрининг-тест на наличие антител к СПИД может быть:

- А) положительным
- Б) отрицательным
- В) ложноположительным
- Г) ложноотрицательным
- Д) все перечисленные

4. Тест на наличие антител ВИЧ проводится в следующем порядке:

- А) добровольном
- Б) Принудительном
- В) Обязательном

3. Заболевание ВИЧ на сегодня является:

- А) полностью излечимым заболеванием
- Б) наследственным заболеванием
- В) частично излечимым заболеванием
- Г) патологией дыхательной системы
- Д) полностью неизлечимым заболеванием

4. Так как ВИЧ на сегодня является неизлечимым заболеванием, следовательно:

- А) данных пациентов лечить не нужно
- Б) данных пациентов нужно изолировать от общества
- В) необходимо проводить принудительную эвтаназию
- Г) таких пациентов нужно лечить, т.к. это их неотъемлемое право
- Д) лечить их необходимо только на коммерческой основе

5. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия пациента или его законного представителя допускается во всех случаях, кроме:

- А) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений
- Б) +при наличии у пациента ВИЧ-инфекции
- В) по запросу органов дознания и следствия, прокуратуры и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством
- Г) в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования родителей или законных представителей
- Д) в целях обследования и лечения пациента, не способного из-за своего состояния выразить свою волю.

6. Если у пациента с терминальной стадией СПИД развилась агония, что ВЫ сделаете:

- А) проведете необходимые реанимационные мероприятия
- Б) не будете проводить реанимационные мероприятия
- В) не будете проводить реанимационные мероприятия, т.к. пациент вернется в состояние медленного умирания
- Г) не будете проводить реанимационные мероприятия, т.к. предварительно данная ситуация была обсуждена и письменно оформлена

7. Спидофобия :

- А) имела место в начальном периоде выявления ВИЧ-инфекции, а в настоящее время отсутствует
- Б) наблюдается в настоящее время
- В) не отмечалась в прошлом
- Г) прогнозируется ее наличие в будущем

8. При работе с больными, инфицированными ВИЧ, необходимо:

- А) соблюдение конфиденциальности;
- Б) информированное согласие;
- В) соблюдение прав личности;
- Г) соблюдение всего вышеуказанного.

9. Нарушение норм биомедицинской этики по ВИЧ-инфекции в России связано с:

- А) ненадлежащим финансированием лечения пациентов
- Б) падением нравственности в стране
- В) дискриминацией больных СПИДом
- Г) всеми этими факторами

10. Законодательство РФ по проблемам ВИЧ-инфекции позволяет:

А) сохранять принцип добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство, но, одновременно, нарушать принцип конфиденциальности

Б) соблюдать принцип справедливости

В) соблюдать принцип конфиденциальность

Г) ничего не соблюдать

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ

1 вариант		2 вариант	
вопрос	правильный ответ	вопрос	правильный ответ
1	Б	1	Г
2	Д	2	Б
3	Д	3	Д
4	А	4	Г
5	Б	5	Б
6	Б	6	А
7	А	7	А
8	Д	8	Г
9	А	9	Г
10	Г	10	А

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА 1. Проблемы сохранения конфиденциальности в эпоху эпидемии СПИДа: Этическая задача для сестринского персонала

Трехмесячному ребенку, рожденному ВИЧ-инфицированной матерью, в соответствии с национальным календарем прививок была введена вакцина против коклюша, дифтерии и скарлатины. В связи с ослабленной иммунной системой в месте введения вакцины образовался абсцесс. О положительном ВИЧ статусе ребенка известно только его матери. Ребенок проживает совместно с бабушкой, которая чрезвычайно обеспокоена состоянием его здоровья и обрушивается с обвинениями в нарушении мер асептики и антисептики на сестринский персонал. Может ли медицинская сестра объяснить бабушке истинную причину образования абсцесса?

Этические принципы	Роль медсестры; профессиональные взаимоотношения медсестры-пациента
<p><u>Полнота медицинской помощи</u> – этический императив^[4] профессионального развития и соответствия профессиональной компетенции, выполнения стандартов сестринской помощи. Согласно нему следует строго соблюдать принцип конфиденциальности, не допускать чрезмерного влияния/конфликта интересов, сообщать пациенту правду о его состоянии</p> <p>Милосердие – этический императив, обязывающий нести пациенту добро посредством его излечения или облегчения состояния, что позволило бы пациенту в</p>	<p><u>Взаимоотношения медсестры-пациента.</u> Медицинская сестра оказывает пациенту помощь в рамках устанавливаемых с ним/его родственниками профессиональных взаимоотношений. Профессиональные взаимоотношения требуют, чтобы внимание медицинской сестры было сосредоточено на потребностях пациента и его семьи. В контексте этих взаимоотношений сестринский уход направлен на то, чтобы пациент получал лечение, назначенное врачом. Кроме того, помощь медсестры должна быть направлена и на предоставление информации/обучение</p>

<p>максимальной степени сохранить качество своей жизни.</p> <p>Автономия – этический императив, согласно которому следует уважать каждого человека, не использовать кого бы то ни было как средство для достижения целей, соблюдать право каждого на принятие собственных решений, уважать выбор пациентов с ограниченными возможностями принятия собственных решений, уважать и стремиться понять влияние культурных и религиозных убеждений на жизнь человека.</p> <p>Справедливость/не причинение вреда – Этическое обязательство соблюдения принципа равенства во взаимоотношениях, правильного распределения ресурсов здравоохранения, внимание к положению третьих лиц (родственников), адекватное восприятие рисков и обязательств по защите пациента и окружающих от этих рисков.</p>	<p>пациента/его родственников. Ниже будут приведены задачи медсестры при обучении пациента. Эти задачи играют ключевую роль в установлении профессиональных взаимоотношений медсестры с пациентом и членами его семьи, для чего требуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. выслушать вопросы и беспокойства пациента и его родственников, чтобы оценить потребность в информации 2. помочь пациенту/его родственникам определить волнующие их вопросы, связанные с дополнительной информацией о диагнозе и/или выборе лечения, и затем помочь им адресовать свои вопросы врачу 3. помочь пациенту лучше понять свой диагноз и альтернативные методы лечения. В то время как врач несет ответственность за сообщение пациенту диагноза и методов лечения, задача медсестры состоит в том, чтобы оценить, какую информацию врач сообщил пациенту/родственникам, и помочь им понять эту информацию, а также определить потребность в дополнительных сведениях. 4. помочь пациенту использовать информацию о своем диагнозе и лечении, чтобы легче принять их. Зачастую именно медсестра помогает пациенту/его родственникам понять, как следует использовать информацию о диагнозе и лечении, которую пациенту предоставил врач
---	--

Этический анализ ситуации

Анализ этой ситуации требует дополнительных комментариев. Эта информация включает описание основных этических норм и ценностей, а также профессиональное определение конфиденциальности и долга, состоящего в необходимости предупреждать об опасности.

Защита личной информации напрямую проистекает из принципа автономии, она является весьма важным компонентом принципа конфиденциальности и занимает одну из ведущих позиций во взаимоотношениях медицинской сестры и пациента. Смысл принципа конфиденциальности заключается в защите попадания информации, доверенной профессионалам, к тем лицам, которые не наделены правом обладания этой информацией. Иными словами, конфиденциальность позволяет медперсоналу устанавливать с пациентом доверительные отношения, что является условием

открытого и честного диалога. В свою очередь, такой диалог ведет к установлению точного диагноза, более эффективному лечению и адекватному обучению пациента.

Традиция сохранения конфиденциальности уходит в глубь веков; в клятве Гиппократов говорится: «Что бы я не увидел или не услышал во время лечения,.... Это навсегда останется со мной и никогда не будет высказано кому бы то ни было».

Тем не менее, в связи с беспрецедентным усложнением медицинской помощи, современность ставит перед нами вопрос – является ли конфиденциальность абсолютным правилом, которое нельзя нарушить ни при каких обстоятельствах? Именно так была озвучена данная проблема Всемирной медицинской ассоциацией в 1949 г. в Международном кодексе медицинской этики. Иными словами, специалисты задались вопросом – является ли защита конфиденциальности первоочередным долгом медицинского работника? Должна ли защита конфиденциальности распространяться на все без исключения ситуации до тех пор, пока не произойдет столкновения с равным по значению или более весомым профессиональным долгом?

По моему убеждению, а также по признанию большинства этических кодексов, конфиденциальность не является абсолютным принципом и, поэтому, в определенных обстоятельствах, может быть нарушена. Иными словами, в тех случаях, когда встает вопрос о сохранении конфиденциальности, обязанностью медсестры является анализ и сопоставление всех противоречивых ценностей и обязанностей, включая сохранение конфиденциальности. Тем не менее, далеко не все специалисты в области этики согласятся с данным утверждением; некоторые настаивают на непреложном соблюдении принципа конфиденциальности. Еще меньше согласия специалистов мы обнаружим по вопросу о том, в каких обстоятельствах оправдано нарушение принципа конфиденциальности. В частности, одним из острейших дискутируемых вопросов является сохранение конфиденциальности в отношении ВИЧ-положительных пациентов, ведь в ряде обстоятельств профессионалы должны обеспечить защиту от возможного вреда третьих лиц, даже посредством разглашения тайны пациента.

Важно осознавать, что нарушение конфиденциальности в отношении пациентов с ВИЧ, прежде всего, грозит им дискриминацией, изоляцией, гонениями и стигмой. Тем не менее, многие специалисты склоняются к выводу о том, что такое нарушение конфиденциальности возможно, особенно если речь идет о высокой степени опасности заражения других людей, следовательно, о необходимости предупредить их и уберечь от такой опасности.

Итак, естественным законом признается, что взаимоотношения медсестры и пациента являются основанными на доверии, в связи с чем, медсестра обязана соблюдать принцип конфиденциальности. Но этот долг не носит абсолютного характера. Если медсестра на практике сталкивается с ситуацией, когда сохранение конфиденциальности способно нанести вред больший, чем разглашение информации, она может отступить от принципа сохранения в тайне данных о пациенте. Если медсестра обладает информацией, которая может обезопасить кого-то от серьезного вреда, то долг ее состоит в разглашении этой информации, даже в нарушение доверия пациента.

Возвращаясь к анализу нашей ситуации важно отметить, что вирус иммунодефицита человека приводит к тому, что организм не может самостоятельно справиться с заболеваниями и даже легкими недомоганиями. Исследования показали, что в результате заражения ВИЧ любой человек в конечном итоге заболевает СПИДом (у него развивается синдром приобретенного иммунодефицита), который на данное время является неизлечимым, т.е. смертельным заболеванием. Вирус ВИЧ распространяется через сексуальные контакты, а также при попадании крови зараженного человека в организм здорового.

Принимая во внимание все рассмотренные обстоятельства, мы должны отметить следующее: поскольку «основную часть времени ребенок проживает вместе с бабушкой», именно бабушка является основным человеком, оказывающим ему помощь. Очевидно, что при тесном ежедневном контакте бабушка подвергается риску заражения в самых разных бытовых ситуациях – порезы, падения, уколы. Незнание о положительном ВИЧ статусе ребенка превращает риск в настоящую опасность для бабушки, т.к. она не догадывается о том, что должна соблюдать определенные меры предосторожности.

Поэтому, следуя мнению большинства специалистов по этике и предписанию большинства этических кодексов, медицинская сестра с точки зрения этики, обязана проинформировать бабушку о ВИЧ-положительном статусе ребенка, даже в нарушение принципа конфиденциальности.

Тема занятия: Этико-юридические проблемы трансплантологии и медико-биологических экспериментов

Вид занятия: информационная лекция

Тесты для самоконтроля

Вариант 1

1. Противоречие между принципами *не навреди* и *благодеяние* в трансплантологии заключается в:

- А) религиозной оценке процедуры забора органов от трупа
- Б) торговле человеческими органами и тканями в трансплантологической практике
- В) хирург, забирая ткани или органы у донора, наносит ему травму и подвергает его жизнь риску, преследуя при этом благую цель – спасение жизни реципиента
- Г) интересы общества и науки превалируют над интересами и благом отдельного человека

2. Взятие органов и тканей от мертвого донора осуществляется в Российской Федерации:

- А) согласно принципу «презумпция согласия»
- Б) беспрепятственно в интересах науки и общества
- В) в соответствии с морально-религиозными ценностями
- Г) согласно принципу «презумпция несогласия»

4. Трансплантация может проводиться без согласия донора, если донор:

- А) особо опасный преступник, приговоренный к высшей мере наказания
- Б) донор болен неизлечимой болезнью
- В) донор – умерший человек, причем ни он при жизни, ни его родственники не протестовали против использования его органов
- Г) человек без определенного места жительства

5. Согласно закону РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека», изъятие органов и (или) тканей у живого донора для трансплантации не допускается, если он:

- А) не достиг 18 лет либо признан в установленном порядке недееспособным
- Б) страдает болезнью, представляющую опасность для жизни и здоровья реципиента

- В) находится в служебной или иной зависимости от реципиента
- Г) все вышеперечисленное

6. Купля-продажа органов и (или) тканей человека в РФ:

- А) разрешена
- Б) запрещена
- В) наложен мораторий
- Г) ничем не регулируется

7. Медикализация смерти – это:

А) наделение медицинских работников правом определения момента смерти человека

Б) принятие решения об использовании реанимационного оборудования для пациента, находящегося в безнадежном состоянии

В) решение проблемы определения границ между пассивной эвтаназией и интенсивной терапией

Г) все вышеперечисленное

8. Определяющим фактором в формировании современного медицинского критерия смерти человека является:

А) религиозные убеждения людей

Б) развитие медицинской техники и потребности трансплантационной медицины

В) уважение чести и достоинства человека

Г) все вышеперечисленное

9. В нашей страны современный критерий смерти введен законом:

А) «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан»

Б) «О трансплантации органов и (или) тканей человека»

В) «О медицинском страховании граждан РФ»

10. Современным критерием смерти в медицине является:

А) остановка дыхания и сердцебиения

Б) гибель всего головного мозга

В) потеря крови

Г) отсутствие сознания

10. При проведении медицинского эксперимента с участием больного необходимо:

А) получение добровольного информированного согласия от больного

Б) получение такого же согласия от его родственников

В) эксперимент может быть проведен без согласия больного при его недееспособности

Г) достаточно желания экспериментатора

11. Этические комитеты — это:

А) законодательные учреждения по выработке документов биомедицинской этики

Б) общественные организации по контролю за соблюдением моральных норм в сфере медицинского обслуживания и при проведении медицинских экспериментов

В) профессиональные медицинские объединения

Г) профессиональные объединения для защиты профессиональных рисков медработников

12. Этические комитеты обладают правами:

А) законодательными

Б) обязательными к исполнению

В) рекомендательными

Г) права различны в разных странах

13. Создание этических комитетов в медицинских лечебных и научных учреждениях России:

- А) обязательно
- Б) обязательность не закреплена законодательно
- В) решается на основе подзаконных актов
- Г) вопрос не решен окончательно

14. Одним из условий проведения клинических испытаний на несовершеннолетних является

- А) отсутствие результатов клинических исследований на несовершеннолетних
- Б) добровольность участия пациента в клиническом исследовании информированное согласие несовершеннолетнего, не имеющего родителей
- В) разрешение органов опеки на участие несовершеннолетнего на участие в клиническом исследовании

Вариант 2

1. С этических и правовых позиций эксперимент может проводиться на

- А) умственно отсталых лицах
- Б) заключенных под стражу, военнопленных
- В) медиках, биологах, компетентных «немедиках», с их письменного согласия
- Г) психических больных
- Д) детях до 15 лет

2. Положение об этических комитетах впервые появилось в

- А) Хельсинской декларации ВМА
- Б) Нюрнбергском кодексе
- В) Декларации в области обеспечения прав пациента в Европе
- Г) декларации в области обеспечения прав пациента в Европе конституции РФ
- Д) Конвенции о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины

3. К основным этическим принципам проведения Исследований с участием человека не относится

- А) научное обоснование проекта
- Б) низкий социальный статус пациента
- В) соотношение риска и пользы
- Г) информирование пациента
- Д) получение согласия

4. Если связанные с экспериментом на человеке опасности превышают потенциальные выгоды, то врач обязан:

- А) продолжить эксперимент без информирования больного
- Б) прекратить эксперимент
- В) проинформировать испытуемого, и после получения согласия продолжить эксперимент
- Г) обмануть испытуемого и продолжить эксперимент
- Д) проинформировать испытуемого, и после получения отказа прекратить эксперимент

5. Если участник научного исследования находится в зависимом положении от врача-исследователя, согласие должен получить

- А) другой врач, участвующий в исследовании
- Б) научный руководитель проекта

- В) представитель администрации
- Г) несколько врачей
- Д) врач, не участвующий в исследовании

6. Трансплантация - это

- А) применение низких температур для консервации органов или тканей
- Б) операция без применения обезболивающих средств
- В) репродуктивная технология
- Г) пересадка органов или тканей
- Д) вид лечебного учреждения

7. Трансплантация может проводиться без согласия донора, если донор

- А) особо опасный преступник, осужденный на пожизненное заключение
- Б) умственно отсталый
- В) гражданин другого государства
- Г) болен неизлечимой болезнью
- Д) умерший человек, который при жизни не оставил документа на предмет использования его органов

8. В России пересадка органов

- А) запрещена
- Б) регулируется концепцией «испрошенного согласия»
- В) регулируется презумпцией согласия (концепцией «не испрошенного согласия»)
- Г) ничем не регулируется
- Д) регулируется концепцией «рутинного изъятия»

9. В соответствии с отечественным законодательством забор органов и тканей от трупа осуществляется

- А) беспрепятственно в интересах науки
- Б) согласно принципу «презумпция согласия»
- В) согласно принципу «презумпция несогласия»
- Г) согласно принципу «не навреди»

10. Гетерологическая трансплантация (ксенотрансплантация) - это пересадка от

- А) организма одного вида
- Б) человека к животному
- В) животного к человеку
- Г) кролика к собаке

11. Этичность изъятия органов от мертвого донора предполагает

- А) отсутствие моральных и законодательных ограничений
- Б) условие высказанного при жизни и юридически оформленного согласия донора
- В) условие отсутствия высказанных донором при жизни возражений против забора органов у его трупа
- Г) условие согласия родственников
- Д) беспрепятственность в интересах науки и общества

12. Изъятие органов и тканей от мертвого донора осуществляется в Российской Федерации:

- А) беспрепятственно в интересах науки и общества
- Б) согласно принципу «презумпция несогласия»
- В) согласно принципу «презумпция согласия»
- Г) в соответствии с морально-религиозными ценностями

13. Принцип «Делай добро» реализуется в трансплантологии относительно:

- А) донора
- Б) реципиента
- В) врача-реаниматолога

Г) родственников пациента

Д) врача-хирурга

14. Распределение донорских органов производится в соответствии с принципом:

А) конфиденциальности

Б) информированного согласия

В) справедливости

Г) правдивости

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ

1 вариант		2 вариант	
вопрос	правильный ответ	вопрос	правильный ответ
1	В	1	В
2	В	2	Г
3	В	3	Б
4	Г	4	Д
5	Б	5	Б
6	А	6	Г
7	Б	7	Д
8	Б	8	В
9	А	9	Б
10	Б	10	В
11	Б	11	Б
12	В	12	В
13	Б	13	Б
14	В	14	В

ВОПРОСЫ ДЛЯ ЭВРИСТИЧЕСКОЙ БЕСЕДЫ

1. Общие этические принципы медицинской генетики.
2. Евгеника, определение, понятие.
3. Религия и трансплантология.
4. Специфика деонтологических принципов в трансплантологии.
5. Принципы трансплантации.
6. Этический аспект трансфузиологии (донор).
7. Этический аспект трансфузиологии (реципиент).
8. Принципы медицинских исследований и информированное согласие пациента для участия в эксперименте.
9. Основные международные документы, регламентирующие эксперименты с участием человека.
10. Требования к проведению исследований на животных.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Общие этические принципы в медицинской генетике

- Генетическая помощь должна быть доступна всем и в первую очередь нуждающимся.
- Все виды генетической помощи должны быть добровольными.
- Клинически важная информация о здоровье человека или плода должна быть полностью раскрыта пациенту.
- Должна быть соблюдена конфиденциальность генетической информации.
- Генетическая информация должна быть защищена от третьей заинтересованной стороны (работодатели, страховые агенты, школы).
- Перинатальная диагностика должна проводиться только по медицинским показаниям, связанным со здоровьем плода, для выявления генетических заболеваний и пороков развития.

- Выбор метода для генетического обследования должен осуществляться на добровольной основе.

2. Евгеника, определение, понятие

Евгеника (греч. eugenes – хорошего рода) – учение о предупреждении возможного ухудшения наследственных качеств человека, об условиях и методах влияния на совершенствование этих качеств в перспективе. Большинство учёных считают, что понятие «евгеника» несовместимо с научным мировоззрением. Другие признают евгенику, но усматривают ее реакционную сущность в теории о неполноценности отдельных рас, народов и социальных групп (рассовая теория). Третьи считают, что разумные средства евгеники необходимо использовать рационально.

3. Религия и трансплантология

- Католическая церковь является сторонницей трансплантации считая, что это милосердный акт и нравственный долг.
- Протестанты выступают за трансплантацию, но за бесплатную передачу органов, в противном случае – это аморально.
- Православная церковь не запрещает трансплантацию, но в нравственном отношении предостерегает рассматривать тело человека в качестве набора запасных частей.
- Конфуцианство (Китай): тело человека считается неприкосновенным, принадлежащим предкам и потомкам.

4. Специфика деонтологических принципов в трансплантологии

- Хирургический коллектив должен быть высокопрофессиональным.
- Полная и исчерпывающая информация пациентам, которым будет проведена трансплантация, и их родственникам о бесперспективности жизни без пересадки органа от погибшего человека.
- Оперировать только таких больных, которые дают шанс на благополучный исход.
- В основе решения использовать органы донора лежит констатация смерти его головного мозга и согласие родственников, а также запрет на куплю и продажу органов.

5. Принципы трансплантации

- Взятие органов проводят медицинские учреждения, установленные министерством здравоохранения и находящиеся на уровне, который гарантирует, что констатация смерти потенциального донора будет соответствовать наивысшему профессиональному уровню.
- Коллектив, лечащий предполагаемого донора и устанавливающий смерть, должен быть строго изолирован от трансплантационного коллектива.
- Момент смерти определяет комиссия, во главе которой стоит руководитель реанимационного отделения, и в которую входит несколько специалистов. Констатация смерти должна быть едино-гласной.

6. Этические аспекты трансфузиологии (донор)

- Сдача крови должна быть добровольной, на донора нельзя оказывать психологическое давление.
- В донорстве не допустима дискриминация по национальному, рассовому, половому признаку или вероисповеданию.
- Необходимо соблюдать анонимность донора.
- Донор несёт моральную ответственность за информацию о состоянии своего здоровья.

- Обязательное тестирование донорской крови на СПИД, гепатиты и венерические заболевания.

7. Этический аспект трансфузиологии (реципиент)

- Цель переливания крови и её компонентов – предоставить реципиенту наиболее эффективную и максимально безопасную помощь (больной должен получить пользу, а побочные и вредные воздействия процедуры должны быть сведены к минимуму).

- Кровь могут сдать родственники и друзья больного («направленное донорство»).

- Кровь может сдать сам пациент перед операцией – «аутодонорство».

8. Принципы медицинских исследований и информированное согласие пациента для участия в эксперименте

- Обязанность врача, участвующего в медицинском исследовании – защищать жизнь, здоровье, неприкосновенность частной жизни и достоинство испытуемого.

- Медицинские эксперименты с участием человека должны соответствовать общепринятым научным принципам, основываться на глубоком знании научной литературы, результатах лабораторных исследований.

- При проведении эксперимента с животными необходимо заботиться об их благополучии.

- При проведении эксперимента должен быть составлен протокол, который представляется для рассмотрения в этический комитет.

- Медицинское исследование с участием человека должно проводиться только лицами, имеющими научную квалификацию.

- Ответственность за испытуемого должна возлагаться на лицо, проводящее эксперимент.

- Испытуемые должны быть добровольными и информированными участниками эксперимента.

- Испытуемый имеет право отказаться от участия в эксперименте.

9. Основные международные документы, регламентирующие эксперименты с участием человека

- Конвенция Совета Европы – призвана обеспечить уважительное отношение медицинского персонала к больному, минимизировать возможный моральный и материальный ущерб при проведении эксперимента и повысить ответственность медицинских работников за моральное и физическое благополучие испытуемого.

10. Требования к проведению исследований на животных

- Животные, выбранные для эксперимента, должны использоваться в минимальном количестве.

- Необходимо обеспечить надлежащее содержание животных и минимизировать дискомфорт, стресс, боль.

- Процедуры, которые могут вызвать боль или стресс, должны выполняться с применением обезболивающих и успокаивающих средств.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА 1 Женщина, 40 лет. Скончалась в результате несчастного случая.

Следует ли, на Ваш взгляд, испрашивать разрешение семьи на немедленный забор роговицы для пересадки?

Вопрос: что по этому поводу предписывает законодательство?

ЗАДАЧА 2. Гетерозиготные близнецы женского пола 3 лет. Поликистозное заболевание почки у одного из близнецов, гепатомегалия и спленомегалия. Имеется

согласие семьи на пересадку одного из парных органов от здоровой сестры в виду отсутствия донорской почки и необходимости срочного проведения операции.

Вопрос: каким образом в данном случае разрешается конфликт между правом на жизнь одной сестры и правом на физическую неприкосновенность и здоровье в будущем - другой (здоровой)?

ЗАДАЧА 3. Мужчина, 20 лет, тяжелейшая черепно-мозговая травма; жизнь поддерживается искусственным путем с целью забора органов для пересадки. Смерть констатирована бригадой врачей, независимой от трансплантологов; на забор органов имеется согласие одних членов семьи и возражение других.

Вопрос: какая линия поведения рекомендуется врачам со стороны морали и права?

ЗАДАЧА 4. Мужчина, 40 лет, находится в посткоматозном состоянии; жизнь поддерживается искусственным путем с целью забора органов для пересадки. Имеется согласие семьи, но действует религиозный фактор (мусульманская вера).

Вопрос: может ли быть произведен забор органа? Ваше отношение как врача к подобной операции?

ЗАДАЧА 5. К доктору К., терапевту в небольшом провинциальном городке, обратились со стороны крупной фармацевтической фирмы с предложением участвовать в клинических испытаниях нового нестероидного противовоспалительного средства для лечения остеоартрита. Доктору была предложена определенная сумма денег за каждого пациента, который будет участвовать в испытаниях. Представитель фирмы заверяет доктора, что проект испытания прошел все необходимые формальности, включая разрешение со стороны комиссии по этике. Доктор К. никогда ранее не участвовала в испытаниях препаратов. Она рада представившейся возможности и перспективе дополнительного заработка. Доктор выражает согласие без выяснения научной, либо этической стороны вопроса. (США)

Вопрос: права ли доктор, дав быстрое согласие на участие в клинических испытаниях?

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ

задача	ответ
1	В РФ действует принцип «презумпции согласия», закрепленный законом РФ «О трансплантации», в соответствии с которым согласие у родственников врачи могут не получать.
2	Изъятие органа для трансплантации у живого донора возможно, если донор достиг 18-летнего возраста.
3	В РФ действует принцип «презумпции согласия», закрепленный законом РФ «О трансплантации», в соответствии с которым согласие у родственников врачи могут не получать. Моральный подход к данной проблеме предполагает получения согласия родственников. Врачам необходимо попытаться заручиться согласием всех родственников
4	По закону РФ «О трансплантации» орган может быть изъят. Но родственники могут апеллировать к закону РФ «О погребении и похоронном деле», в котором указывается на то, забор органа должен осуществляться после согласия родственников.
5	Столь быстрое согласие на участие в исследовании недопустимо. Доктор К.должна сама убедиться в том, что исследование проводится в интересах ее пациентов. Ей следовало бы познакомиться с протоколом исследования, соответствие его этическим нормам и утверждением его этическим

комитетом. Если возникли сомнения в своих способностях оценить проект, нужно обратиться за советом к коллегам. Ожидаемое денежное вознаграждение не должно быть выше интересов ее пациентов.
--

Тема занятия: Предмет и основные этапы истории биомедицинской этики

Вид занятия: проблемный семинар

Тесты для самоконтроля

1. Главной целью профессиональной деятельности врача является:

- А) спасение и сохранение жизни человека
- Б) социальное доверие к профессии врача
- В) уважение коллег
- Г) материальная выгода
- Д) познание нового

2. Основным отличительным признаком профессиональной этики врача является:

- А) право на отклоняющееся поведение
- Б) осознанный выбор моральных принципов и правил поведения
- В) уголовная ответственность за несоблюдение профессиональных этических норм
- Г) безусловная необходимость подчинять личные интересы корпоративным
- Д) приоритет интересов медицинской науки над интересами конкретного больного

3. Медицину и этику объединяет:

- А) человек как предмет изучения
- Б) методы исследования
- В) овладение приемами преодоления конфликтов в человеческих взаимоотношениях
- Г) стремление к знанию механизмов человеческого поведения и к управлению им
- Д) ориентация на достижение финансового благосостояния человека

4. Правильным определением этики как науки является:

- А) этика -наука об отношении живых существ между собой
- Б) +этика -наука о природе и смысле моральных взаимоотношений и нравственных принципов
- В) этика -наука о минимизировании зла в человеческих отношениях
- Г) этика -наука об умении правильно себя вести в обществе
- Д) этика –умение оценить своего собеседника

5. Мораль –это:

- А) отклассифицированные культурой по критерию «добро-зло» отношения и нравы людей
- Б) совокупность научных фактов
- В) философское учение
- Г) строгое соблюдение законов и конституции
- Д) форма «коллективного бессознательного», которая указывает на должное

6. Немецкий психиатр и философ К. Ясперс под феноменом «преступной государственности» понимает:

- А) выраженные в законе права народа

- Б) узаконенную свободу действия человека
 - В) +принятие государством закона, противоречащего моральным нормам
 - Г) аппарат, принуждающий человека к соблюдению норм права
 - Д) любой авторитарный режим
- 7. Ценность человеческой жизни в биомедицинской этике определяется:**
- А) возрастом (количество прожитых лет)
 - Б) психической и физической полноценностью
 - В) расовой и национальной принадлежностью
 - Г) финансовой состоятельностью
 - Д) уникальностью и неповторимостью личности
- 8. Добро это все перечисленное, кроме:**
- А) умение и готовность помочь ближнему
 - Б) благо, которое ценно и значимо само по себе
 - В) индивидуальное здоровье
 - Г) +недостижимый идеал
 - Д) имущество и достаток
- 9. Зло - это то, что перечислено, кроме:**
- А) смерть
 - Б) нарушение божественного порядка
 - В) связано с пороком и нравственным растлением
 - Г) что может приносить прибыль и выгоду
 - Д) интеллектуальная фикция
- 10. Соотношение добра и зла заключается в том, что:**
- А) добро самодостаточно и самозначимо
 - Б) добро существует независимо и отдельно от зла
 - В) зло самодостаточно
 - Г) зло есть отсутствие добра
 - Д) добро и зло имеют взаимную обусловленность

Вариант 2

- 1. Нравственный идеал—это:**
- А) образ высшего совершенства и высшего блага
 - Б) образец профессионального мастерства
 - В) герой, пожертвовавший собой ради спасения жизни другого человека
 - Г) президент великой страны
 - Д) лидер парламентской фракции
- 2. Благотворительность —это:**
- А) бескорыстная деятельность, посредством которой частные ресурсы добровольно распределяются их обладателями в целях содействия нуждающимся
 - Б) платоновская идея.
 - В) результат равенства
 - Г) языческая добродетель
 - Д) удовлетворение корыстного чувства
- 3. Понятие «милосердие» включает в себя все, кроме:**
- А) чувства и способности сострадания
 - Б) готовность оказать помощь тому, кто в ней нуждается
 - В) снисходительность
 - Г) готовность выполнить любую просьбу человека
 - Д) готовность на материальные жертвы

4. К историческим и логическим моделям биомедицинской этики нельзя отнести одну из перечисленных форм профессионального этического сознания:

- А) модель Гиппократ
- Б) модель Парацельса
- В) деонтологическая модель
- Г) биоэтика
- Д) фашистская медицина

5. В гиппократовской модели биомедицинской этики основным принципом является:

- А) не навреди
- Б) не убий
- В) приоритет интересов науки
- Г) принцип автономии личности
- Д) главенство религии

6. Для врачебной этики Парацельса основным принципом является:

- А) делай добро
- Б) не лжесвидетельствуй
- В) не укради
- Г) «знание – сила»
- Д) принцип автономии личности

7. Для деонтологической модели отношений врач-пациент основным принципом является:

- А) исполняй долг
- Б) не прелюбодействуй
- В) храни врачебную тайну
- Г) помоги коллеге
- Д) принцип невмешательства

8. Для современной модели биоэтики основным принципом является:

- А) принцип «соблюдения долга»
- Б) принцип «не навреди»
- В) принцип приоритета науки
- Г) принцип приоритета прав и уважения достоинства пациента
- Д) принцип невмешательства

9. Определяющим регулятором решения врачом сложных этических проблем в профессиональной деятельности является все, кроме:

- А) международного права
- Б) принципов профессиональной этики
- В) национального законодательства
- Г) традиционной религиозной морали
- Д) личной выгоды

10. Ценность человеческой жизни в традиционной христианской нравственной антропологии определяется:

- А) возрастом (количество прожитых лет)
- Б) социальным положением
- В) психической и физической полноценностью
- Г) финансовой состоятельностью
- Д) уникальностью и неповторимостью личности

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ

1 вариант		2 вариант	
вопрос	правильный ответ	вопрос	правильный ответ
1	А	1	А
2	Б	2	А
3	А	3	В
4	Б	4	Д
5	А	5	А
6	В	6	А
7	Д	7	А
8	Г	8	Г

9	Д	9	Д
10	А	10	Д

ВОПРОСЫ ДЛЯ ЭВРИСТИЧЕСКОЙ БЕСЕДЫ

1. Этика, понятие, определение.
2. Медицинская этика, определение.
3. Деонтология, медицинская деонтология, определение.
4. Биоэтика, ее определение.
5. Принципы биоэтики.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Этика, понятие, определение

Этика (греч. *ethos* – обычай, нрав, характер) – философская дисциплина, изучающая вопросы морали и нравственности. Этика основана на морально-нравственных категориях: совесть, долг, честь, достоинство.

2. Медицинская этика, определение

Медицинская этика – раздел этики, изучающий вопросы морально-нравственных аспектов медицины. Это система морально-нравственных представлений, взглядов, традиций и норм, относящихся к биологии и медицине.

3. Деонтология, медицинская деонтология, определение

Деонтология – это совокупность этических норм поведения человека. Медицинская деонтология – совокупность этических норм выполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей.

4. Биоэтика, ее определение

Биоэтика – это соединение биологических знаний и человеческих ценностей, междисциплинарная область знаний, которая изучает философские, моральные, правовые и социальные проблемы.

5. Принципы биоэтики

- Не навреди: вред, вызванный бездействием, неоказанием медицинской помощи, небрежностью или злым умыслом, неверными или неквалифицированными действиями врача.
- Делай добро: сострадание больному, предотвращение вреда и обеспечение блага пациента.
- Уважение автономии пациента: право личности на невмешательство и контроль действий врача.
- Справедливость.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА 1. Ничто так не облагораживает человека как сохранение тайны. Это придает всей жизни человека особый смысл. Это освобождает его от суетного отношения к окружающему миру, его тайна – его благословение, даже если тайна весьма болезненна. (Кьеркегор С.)

Вопрос: какими правовыми документами защищена «болезненная» тайна российских граждан?

ЗАДАЧА 2. Врач, принимая клятву Гиппократу, обещал: «Чтобы при лечении, а также вне лечения я ни увидел или ни услышал о жизни людей такого, чего не следует болтать, о том я умолчу, считая все это постыдным для разглашения».

Вопрос: о каких сведениях должен «умолчать» врач, то есть, какие сведения составляют врачебную тайну?

ЗАДАЧА 3. Доктор Вернер рассказывает Печорину: «...у нее прекрасный желудок, но кровь испорчена; на щеках красные пятна...Она любит соблазнительные анекдоты. Она мне объявила, что дочь ее невинна как голубь. Княжна лечится от ревматизма, а дочь бог знает от чего; я велел обеим пить по два стакана в день кислосерной воды.» (Лермонтов М.Ю. «Герой нашего времени».1841)

Вопрос: нарушил ли врачебную тайну доктор Вернер? Поясните.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

задача	ответы
1	Конституция РФ (ст. 23), Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан (ст. 61), Уголовный кодекс РФ (ст.137 «Нарушение неприкосновенности частной жизни»).
2	Врачебная тайна – это сведения о пациенте, полученные при его медицинском обследовании, лечении и не подлежащие разглашению без согласия пациента. К ним относят: факт обращения в лечебное учреждение, сведения о - диагнозе и прогнозе, функциональных и физических недостатках организма, наследственных заболеваниях, вредных привычках, состоянии здоровья родственников, семейной и интимной жизни пациента, усыновлении или удочерении; сведения немедицинского характера: завещание, коллекция, ценности и др.
3	Нет. Дело в том, что Врачебный устав, один из параграфов которого обязывал получившего «учено-практическую медицинскую степень» подписать Факультетское обещание, был утвержден указом императора в 1845 году. Разговор же Вернера и Печорина датируется по сюжету 1841 годом. С 1845 года выпускники медицинских факультетов давали обещание, в частности, «свято хранить вверяемые мне семейные тайны».

Тема занятия: Категории медицинской этики: профессиональный долг, совесть, такт, честь и достоинство медработника

Вид занятия: проблемный семинар

Тесты для самоконтроля

Вариант 1

1. Долг –это то, что исполняется в силу:

- А) профессиональных обязанностей
- Б) требования совести и следствия морального идеала
- В) приказа начальника
- Г) обоюдной выгоды
- Д) требования близких людей

2. Мораль –это:

- А) отклассифицированные культурой по критерию «добро-зло» отношения и нравы людей
- Б) совокупность научных фактов
- В) философское учение
- Г) строгое соблюдение законов и конституции
- Д) форма «коллективного бессознательного», которая указывает на должное

3. Моральное регулирование медицинской деятельности от правового отличает:

- А) свобода выбора действия
- Б) произвольность мотива деятельности
- В) уголовная безнаказанность
- Г) социальное одобрение
- Д) наличие денежной заинтересованности

4. Понятие «честь» человека включает в себя все перечисленное, кроме:

- А) физиологические и психические особенности человека
- Б) следование данному слову
- В) чувство ответственности за совершенный поступок
- Г) социальное происхождение (аристократическое, дворянское)
- Д) непричастность к греху

5. Понятие «достоинство» человека включает в себя все перечисленные смыслы, кроме: а) чистота помыслов и намерений, мотивов поступка; б) образ и подобие Божие; в) здоровье; г) физиологические характеристики человеческого организма; д) свобода; е) экономический и финансовый успех; ж) общественное признание, популярность; з) критическая самооценка, вера в себя; и) наличие способностей и талантов человека; к) осознание особого предназначения человека в жизни.

- А) б, д, ж, и
- Б) в, г, е
- В) б, е, и,
- Г) а, б
- Д) д

6. К верному определению справедливости относится:

- А) справедливость – это преимущественно принцип распределения материальных благ и денежных средств
- Б) справедливость – это равенство
- В) справедливость – это праведность, исполнение закона и ответ добром на зло
- Г) справедливость – это принцип, регулирующий отношения между людьми
- Д) справедливость - это ситуационная польза, действие, результат

7. Добро это все перечисленное, кроме:

- А) умение и готовность помочь ближнему
- Б) благо, которое ценно и значимо само по себе
- В) индивидуальное здоровье
- Г) недостижимый идеал
- Д) имущество и достаток

8. Зло - это то, что перечислено, кроме:

- А) смерть
- Б) нарушение божественного порядка
- В) связано с пороком и нравственным растлением
- Г) что может приносить прибыль и выгоду
- Д) интеллектуальная фикция

9. Соотношение добра и зла заключается в том, что:

- А) добро самодостаточно и самозначимо
- Б) добро существует независимо и отдельно от зла
- В) зло самодостаточно
- Г) зло есть отсутствие добра
- Д) добро и зло имеют взаимную обусловленность

10. Долг -это то, что исполняется в силу:

- А) профессиональных обязанностей
- Б) требования совести и следствия морального идеала
- В) приказа начальника

- Г) обоюдной выгоды
- Д) требования близких людей

11. К совести человека относятся перечисленные свойства, кроме:

- А) внутреннее знание добра и зла
- Б) нравственное чувство, побуждающее к добру и отвращающее от зла
- В) способность распознавать качество поступка
- Г) вектор нравственной жизни, направленный на должное
- Д) симптом психического расстройства

12. Свобода отличается от произвола:

- А) осознанием ответственности за совершенный поступок
- Б) оправданием греховности человека
- В) признанием возможности человека делать все, что он хочет
- Г) неспособностью человека подчинить волю требованию нравственного закона
- Д) индифферентностью к способности человека к нравственному совершенствованию

13. С каким именем связана этическая модель, построенная на милосердии и любви к ближнему.

- А) Юм
- Б) Юнг
- В) Бентам
- Г) +Парацельс
- Д) Гиппократ

14. Кем был предложен термин «биоэтика»?

- А) Поттером
- Б) Фрейдом
- В) Персивалем
- Г) Кантом

15. Функциями морали являются:

- А) оценочная
- Б) познавательно-воспитательная
- Г) регулятивная
- Д) все вышеперечисленные

16. Наиболее полно суть и содержание биоэтики отражает определение:

- А) Биоэтика – медицина в контексте моральных норм и прав человека
- Б) Биоэтика - морально-нравственное отношение ко всему живому на земле
- В) Биоэтика - совокупность принципов и способов

человеческих взаимоотношений

Г) Биоэтика - интегральная область знания, включающая науку и социальную практику, ценностные ориентации культуры по отношению к жизни и смерти человека, в которой перекрещиваются интересы медицины, философии, биологии, теологии, юридических наук

17. Инженерная (техническая) модель отношений «врач-больной» предполагает следующую систему отношений:

- А) врач и больной выступают в общении как равноправные партнеры
- Б) отношение между врачом и больным строится на профессиональной
- В) основе без учета личностного фактора
- Г) отношение между врачом и больным напоминают отеческое отношение
- Д) родителя к ребенку

18. Патерналистская модель сложилась:

- А) современная модель взаимоотношения врача и больного
- Б) используется с глубокой древности до настоящего времени
- В) сложилась в XIX столетии
- Г) модель давно ушла в историю

19. Патерналистская модель взаимоотношений врача и больного:

- А) одна из лучших моделей;
- Б) устарела и требует незамедлительной замены;
- В) долго сохранится в практике врачевания отечественной медицины;
- Г) уйдет в историю в ближайшее время.

20. Впервые термин «мораль» ввёл:

- А) Цицерон Б) Аристотель В) И. Кант Г) Поттер

Вариант 2

1. Определение понятия «удовольствие» связано со всем перечисленным, кроме:

- А) удовлетворение потребностей
Б) избавление от страданий
В) биологическая адаптационная функция
Г) выражение интереса социальной группы
Д) болезнь

2. Выберите правильное определение справедливости:

а) чувственная и разумная; б) распределительная и воздающая; в) социальная и асоциальная; г) идеальная и реальная.

- А) а, в Б) в В) г Г) б, г

3. Нравственное совершенство человека предполагает наличие:

а) утопической веры; б) способностей человека; в) обладания высшей властью; г) богатства; д) интеллектуальных размышлений; е) знания о цели и смысле человеческого существования; ж) профессионализма.

- А) б, е Б) а, ж В) д Г) г, д Д) в, г

4. Нравственный идеал—это:

- А) образ высшего совершенства и высшего блага
Б) образец профессионального мастерства
В) герой, пожертвовавший собой ради спасения жизни другого человека
Г) президент великой страны
Д) лидер парламентской фракции

5. Консервативную этическую традицию в биомедицинской этике формируют два основных учения: а) гедонизм, б) традиционное христианское мировоззрение, в) прагматизм, г) этика Канта, д) фрейдизм.

- А) а Б) б, г В) в Г) а, д Д) д

6. Либеральная позиция в биомедицинской этике опирается на: а) ветхозаветную мораль, б) учение Ф. Ницше, в) прагматизм, г) стоицизм, д) платонизм.

- А) а Б) г В) б, в Г) а, д Д) д

7. К историческим и логическим моделям биомедицинской этики нельзя отнести одну из перечисленных форм профессионального этического сознания:

- А) модель Гиппократов Б) модель Парацельса
В) деонтологическая модель Г) биоэтика Д) фашистская медицина

8. В гиппократовской модели биомедицинской этики основным принципом является:

- А) не навреди Б) не убий В) приоритет интересов науки
Г) принцип автономии личности Д) главенство религии

9. Для врачебной этики Парацельса основным принципом является:

- А) делай добро Б) не лжесвидетельствуй В) не укради
Г) «знание –сила» Д) принцип автономии личности

10. Для деонтологической модели отношений врач-пациент основным принципом является:

- А) исполняй долг Б) не прелюбодействуй В) храни врачебную тайну

Г) помощи коллеге Д) принцип невмешательства

11. Для современной модели биоэтики основным принципом является:

А) принцип «соблюдения долга»

Б) принцип «не навреди»

В) принцип приоритета науки

Г) принцип приоритета прав и уважения достоинства пациента

Д) принцип невмешательства

12. К общецивилизационным основаниям биоэтического знания относятся все перечисленные факторы, кроме:

А) возникновение и применение в практическом здравоохранении новых биомедицинских технологий

Б) демократизация общественных отношений

В) ценностно-мировоззренческий плюрализм

Г) международная деятельность Совета Европы

Д) экспериментальный характер современного медицинского знания

13. Изобретатель принципа «делай благо!»?

А) Пифагор Б) Бентам В) Аристотель Г) Парацельс Д) Мудров

14. Впервые термин «мораль» ввёл:

А) Цицерон

Б) Аристотель

В) И. Кант

Д) Поттер

15. Моральная норма – это:

А) основные человеческие ценности

Б) требование, выработанное исторически обществом и обязательное для исполнения индивидами

В) обычай

Г) религиозный обряд

15. Биомедицинская этика – это:

А) интегральная область знания, включающая науку и социальную практику, ценностные ориентации культуры по отношению к жизни и смерти человека, в которой перекрещиваются интересы медицины, философии, биологии, теологии, юридических наук.

Б) разновидность профессиональной этики, включающая совокупность морально-нравственных правил оказания медицинской помощи;

В) часть медицины, которая занимается проблемами должного поведения медика при непосредственном выполнении им своих профессиональных

Г) обязанностей.

Д) все вышеперечисленное.

16. Ценность человеческой жизни в биомедицинской этике определяется:

А) психической и физической полноценностью;

Б) финансовой состоятельностью;

В) уникальностью и неповторимостью личности;

Г) достижением блага для индивидуума.

17. В патерналистской модели главную роль играет:

А) врач

Б) больной человек

В) родственники больного

Г) близкие люди

18. Модель информированного согласия предусматривает:

А) равноправие врача и больного в вопросах обследования и лечения

Б) больной прислушивается к советам родственников

В) права больного не учитываются

Г) врач остается главной фигурой в обследовании и лечении

19. Наиболее полно суть и содержание биоэтики отражает определение:

- А) Биоэтика – медицина в контексте моральных норм и прав человека
- Б) Биоэтика - морально-нравственное отношение ко всему живому на земле
- В) Биоэтика - совокупность принципов и способов человеческих взаимоотношений
- Г) Биоэтика - интегральная область знания, включающая науку и социальную практику, ценностные ориентации культуры по отношению к жизни и смерти человека, в которой перекрещиваются интересы медицины, философии, биологии, теологии, юридических наук

20. Инженерная (техническая) модель отношений «врач-больной» предполагает следующую систему отношений:

- А) врач и больной выступают в общении как равноправные партнеры
- Б) отношение между врачом и больным строится на профессиональной
- В) основе без учета личностного фактора
- Г) отношение между врачом и больным напоминают отеческое отношение
- Д) родителя к ребенку

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ

1 вариант		2 вариант	
вопрос	правильный ответ	вопрос	правильный ответ
1	Б	1	Д
2	А	2	Г
3	А	3	А
4	А	4	А
5	Б	5	Б
6	Г	6	В
7	Г	7	Д
8	Д	8	А
9	А	9	А
10	Б	10	В
11	Д	11	Г
12	А	12	Д
13	Г	13	Г
14	А	14	А
15	А	15	Б
16	Б	16	В
17	Б	17	А
18	Б	18	А
19	В	19	Б
20	А	20	Б

ВОПРОСЫ ДЛЯ ЭВРИСТИЧЕСКОЙ БЕСЕДЫ

1. Морально-нравственные категории.
2. Биоэтические модели по Гиппократу.
3. Биоэтические модели по Парацельсу.
4. Деонтологическая модель.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Морально-нравственные категории

Нравственность – это внутренний код, определяющий человеческие отношения.

Совесть – сознание и чувство моральной ответственности человека за свои действия перед обществом, народом и отдельными людьми, моральная самооценка личности своих поступков и мыслей, ставших внутренним убеждением человека.

Долг – обязанности человека по отношению к обществу, родине, государству или отдельным лицам.

Честь – сложившееся мнение окружающих о личном достоинстве человека, его нравственных и моральных качествах.

Достоинство – осознание человеком своего общественного значения.

Счастье – ощущение полноты жизни.

2. Биоэтические модели по Гиппократу

Модель Гиппократа – часть медицинской этики, которая рассматривает взаимоотношения врача и пациента с точки зрения социальных гарантий и профессиональных обязательств медицинского сообщества.

3. Деонтологическая модель

Деонтологическая модель – это совокупность «должных» правил, соответствующих той или иной конкретной области медицинской практики (терапии, хирургии, педиатрии и т. д.).

4. Биоэтические модели по Парацельсу

Модель Парацельса – форма врачебной этики, в рамках которой нравственное отношение с пациентом рассматривается как составляющая терапевтической стратегии поведения врача.

Тема занятия: Принципы и основные модели взаимоотношений медицинского работника и пациента

Вид занятия: проблемный семинар

Тесты для самоконтроля

Вариант 1

1. Для деонтологической модели отношений врач-пациент основным принципом является:

- А) исполняй долг
- Б) не прелюбодействуй
- В) храни врачебную тайну
- Г) помоги коллеге
- Д) принцип невмешательства

2. Для современной модели профессиональной морали - биоэтики, основным принципом является

- А) принцип приоритета прав и уважения достоинства пациента
- Б) принцип «соблюдения долга»
- В) принцип «не навреди»
- Г) принцип приоритета науки
- Д) принцип невмешательства

3. В классификацию типов взаимоотношений по р. Витчу не входит

- А) модель коллегияльная

- Б) модель инженерная
- В) модель патерналистская
- Г) модель Гиппократ
- Д) модель контрактная

4. При коллегиальной (информированного согласия) модели между врачами и пациентами возникают отношения по типу отношений

- А) отца и сына
- Б) начальника и подчиненного
- В) мужа и жены
- Г) коллег друг к другу

5. При патерналистской (пастырской, авторитарной) модели между врачами и пациентами возникают отношения по типу отношений

- А) продавца и покупателя
- Б) мужа и жены
- В) инженера и механизма
- Г) коллег друг к другу
- Д) отца и сына

6. При инженерной модели между врачами и пациентами возникают отношения по типу отношений

- А) инженера и механизма
- Б) отца и сына
- В) друзей друг к другу
- Г) мужа и жены
- Д) коллег друг к другу

7. При контрактной модели между врачами и пациентами возникают отношения по типу отношений

- А) отца и сына
- Б) мужа и жены
- В) инженера и механизма
- Г) продавца и покупателя
- Д) коллег друг к другу

8. К общецивилизационным основаниям биоэтического знания не относятся:

- А) возникновение и применение в практическом здравоохранении новых биомедицинских технологий
- Б) международная деятельность совета Европы
- В) демократизация общественных отношений
- Г) ценностно-мировоззренческий плюрализм
- Д) экспериментальный характер современного медицинского знания

9. Впервые термин «деонтология» ввел в научный оборот:

- А) Гиппократ
- Б) Бэкон
- В) Маймонид
- Г) Пирогов
- Д) Петров

10. В классификации типов взаимоотношений между врачами и пациентами р. Витчу относится:

- А) модель Гиппократ
- Б) модель Парацельса
- В) коллегиальная модель
- Г) биоэтика деонтология

Вариант 2

1. К классификации типов взаимоотношений между врачами и пациентами Р. Витчу относится:

- А) модель Гиппократ
- Б) патерналистская модель
- В) биоэтика
- Г) модель Парацельса

2. В клятве Гиппократ содержится обязательство

- А) перед родителями
- Б) перед обществом
- В) перед детьми

- Г) перед учителями
- Д) перед представителями власти

3. К классификации типов взаимоотношений между врачами и пациентами

Р. Витчу относится:

- А) модель Гиппократова
- Б) биоэтика
- В) модель Парацельса
- Г) контрактная модель
- Д) деонтология

4. Обязательство «я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от всякого вреда содержится в:

- А) Клятве врача Российской Федерации
- Б) Международном кодексе медицинской этике
- В) Факультетском обещании
- Г) клятве Гиппократова
- Д) Присяге врача России

5. К классификации типов взаимоотношений между врачами и пациентами Р. Витчу относится

- А) модель Гиппократова
- Б) биоэтика
- В) модель Парацельса
- Г) инженерная модель
- Д) деонтология

6. По окончании медицинского вуза выпускники дают

- А) Клятву Гиппократова
- Б) Клятву врача РФ
- В) Клянутся на конституции РФ
- Г) присягу врача РФ
- Д) Подписывают юридические документы

7. Основным принципом биоэтики является принцип:

- А) не убий
- Б) уважения прав и достоинства человека
- В) твори любовь
- Г) делай добро
- Д) исполняй долг

8. Для инженерной модели взаимоотношений врач- пациент по Р.Витчу характерен принцип:

- А) равноправия
- Б) общественного договора
- В) технократический
- Г) любовь, милосердие

9. Для патерналистской модели взаимоотношений врач- пациент по Р.Витчу характерен принцип:

- А) равноправия
- Б) общественного договора
- В) любовь, милосердие
- Г) технократический
- Д) финансовый договор

10. Для коллегальной модели взаимоотношений врач- пациент по Р.Витчу характерен принцип:

- А) равноправия
- Б) общественного договора
- В) технократический
- Г) любовь, милосердие
- Д) справедливости

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ

1 вариант		2 вариант	
вопрос	правильный ответ	вопрос	правильный ответ
1	А	1	Б
2	А	2	Г
3	Г	3	Г
4	Г	4	Г
5	Д	5	Г

6	А	6	Г
7	Г	7	Б
8	Б	8	В
9	Д	9	В
10	В	10	Д

ВОПРОСЫ ДЛЯ ЭВРИСТИЧЕСКОЙ БЕСЕДЫ

1. Модели взаимоотношений врача с пациентом.
2. Патерналистская модель поведения, определение.
3. Антипатерналистская модель поведения, определение, причины.
4. Автономия пациента, определение.
5. Информированное согласие.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Модели взаимоотношения врача с пациентом

Существует две модели взаимоотношения врача с пациентом: патерналистская и антипатерналистская.

2. Патерналистская модель поведения, определение

Патерналистская модель основана на том, что врач принимает на себя обязанность действовать на благо пациента и сам определяет, в чём это благо заключается.

3. Антипатерналистская модель поведения, определение, причины

В антипатерналистских моделях врач должен уважать права пациента, считаться с его мнением и мнением родственников. Причины:

- возникновение страховой и частной медицины;
- новые медицинские технологии;
- растущий образовательный уровень населения;
- требования автономии пациента;
- юридические нормы лечения;
- установление правового статуса пациента.

4. Автономия пациента, определение

Автономия пациента – это право выбора пациентом или его родственниками метода лечения и контроля за медицинским вмешательством.

5. Информированное согласие

Информированное согласие подразумевает то, что каждый человек считается хозяином своего тела и может, находясь в здравом уме, разрешить или запретить любое медицинское вмешательство.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА 1. Больной поступил в отделение с субкомпенсацией внутриглазного давления правого глаза. Из анамнеза известно, что больной страдает глаукомой в течение 5 лет. Все это время он находился на гипотензивном лечении одним препаратом. Больному для компенсации внутриглазного давления может быть предложено изменение или усиление капельного режима, что может потребовать дополнительных материальных затрат, антиглаукоматозная операция, позволяющая освободить больного от закапывания капель, или лазерное вмешательство, не освобождающее больного от закапывания капель, однако являющееся более щадящим,

чем хирургическая операция. Больному разъясняются все положительные и отрицательные стороны того или иного метода лечения.

Вопрос. Назовите принцип взаимоотношения между врачом и пациентом, в данной ситуации, если больной сам выбирает вид вмешательства?

ЗАДАЧА 2. В больницы часто поступают люди, которые живут на улице, так называемые лица БОМЖ. Иногда эти люди, несмотря на то, что находятся в тяжелом состоянии, в течение нескольких дней лежат в коридоре без внимания со стороны врачей и младшего медицинского персонала. Врачи и медсестры брезгают подходить к ним. Нередко первую помощь они получают от других пациентов.

Вопрос. Какой принцип отношения медицинского персонала к больным при этом нарушается?

ЗАДАЧА 3. В приёмное отделение поступил больной Т., 80 лет с инсультом. Состояние пациента тяжелое, находится в глубоком сопоре. Но в госпитализации в реанимационное отделение было отказано. Родственники больного были сильно возмущены и потребовали объяснения дежурного врача. Своё решение он мотивировал тем, что он не хочет тратить своё время напрасно, так как пациент пожилой и прогноз его заболевания плохой, а в любой момент может поступить молодой больной, у которого больше вероятность благоприятного исхода.

Вопрос. Какие этические нормы нарушил врач?

ЗАДАЧА 4. Девушка 16 лет, обратилась в женскую консультацию по месту жительства с просьбой о прерывании беременности. Врач, узнав возраст пациентки, начал возмущаться: «В наше время такого не было! У Вас что, головы нет на плечах? Нужно думать о последствиях. Пожалуй, я буду вынужден рассказать родителям». Девушка посчитала выходку врача не этичной, и написала жалобу в администрацию.

Вопрос. Нарушил ли врач этику профессиональной деятельности?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

задача	ответ
1	Принцип информированного согласия
2	Принцип милосердия
3	Отказ врача в госпитализации больного не может быть мотивирован предпочтением одного пациента другому на основании какого-либо признака (национальность, возраст, прогноз заболевания и т.п.), что нарушает базовые этические и деонтологические правила в медицине. Он обязан был оказать неотложную медицинскую помощь как можно быстрее, рассмотрев возможность применения тромболитической терапии.
4	По действующему законодательству оказание медицинской помощи больному после 15 лет не требует согласия родителей или других законных его представителей. Врач занимается оказанием медицинской помощи, а не воспитывает своих пациентов. Он мог бы провести психо-образовательную беседу по способам предохранения и профилактике болезней, передающихся половым путем. Кроме того по принятым НПА обязан провести беседу о последствиях прерывания беременности и направить к психологу.

Тема занятия: Типологическая классификация медицинских сестер по отношению к своей работе. Врачебные ошибки и профессиональные правонарушения

Вид занятия: проблемный семинар

Тесты для самоконтроля Вариант 1

1. Врачебная (медицинская) ошибка это:

- А) неблагоприятный исход лечения, связанный с отказом компетентного больного от адекватного обследования
- Б) неблагоприятный исход лечения, связанный со случайными обстоятельствами, которые добросовестный врач не мог предвидеть и предотвратить
- В) добросовестное заблуждение врача в диагностике, технике лечения, операции
- Г) неблагоприятный исход лечения, связанный с отказом компетентного больного от адекватного лечения
- Д) халатное выполнение врачом своих обязанностей

2. Наиболее часто совершаются врачебные ошибки

- А) лечебно-тактические
- Б) диагностические
- В) лечебно-технические
- Г) организационные
- Д) связанные с заполнением медицинской документации

3. Несчастный случай - это

- А) неблагоприятный исход лечения, связанный с отказом компетентного больного от адекватного обследования
- Б) неблагоприятный исход лечения, связанный со случайными обстоятельствами, которые добросовестный врач не мог предвидеть и предотвратить
- В) добросовестное заблуждение врача в диагностике, технике лечения, операции
- Г) неблагоприятный исход лечения, связанный с отказом компетентного больного от адекватного лечения
- Д) халатное выполнение врачом своих обязанностей

4. Наиболее частой причиной врачебных ошибок является

- А) несовершенство медицины сегодняшнего дня
- Б) несоблюдение правил клинического исследования и лечения
- В) тяжелое состояние больного
- Г) скрытое течение болезни
- Д) атипичное течение заболевания

5. Врачебные диагностических ошибки реже всего совершают:

- А) морфолог Б) эндоскопист В) врач УЗИ-диагностики
- Г) рентгенолог Д) лечащий врач

6. К факторам затрудняющим диагностику и лечение больных не относятся

- А) большой объем и прогрессирующий рост медицинской информации подлежащих усвоению и освоению врачом
- Б) ошибки, допускаемые инструментальными и лабораторными методами диагностики и лечения
- В) снижение иммунитета населения
- Г) рост удельного веса больных пожилого и старческого возраста
- Д) внедрение новых биомедицинских технологий в практику здравоохранения

7. К методам снижения врачебных ошибок не относятся

- А) «чтение - вот лучшее учение»
- Б) «опыт увеличивает нашу мудрость» (Б.Шоу)
- В) умение учиться на своих ошибках и ошибках коллег
- Г) адекватное наказание за ошибки

Д) сокрытие фактов врачебных ошибок

8. Врачебная ошибка (по И. Давыдовскому) - это результат действия врача по причине:

А) неосторожности Б) невезения В) добросовестного заблуждения

Г) атипичного течения болезни Д) халатного отношения к своим обязанностям

9. С позиций действующего уголовного кодекса РФ под понятие «несчастный случай» подпадают:

А) умышленное причинение тяжкого вреда здоровью

Б) заражение ВИЧ-инфекцией

В) смерть в результате активизации дремлющей инфекции

Г) принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации

Д) неоказание помощи больному

10. С позиций действующего уголовного кодекса РФ под понятие «преступление» подпадают:

А) смерть в результате активизации дремлющей инфекции

Б) халатное отношение к своим обязанностям

В) остановка сердечной деятельности при ФДГС

Г) аллергическая реакция на введение контрастных препаратов для производства рентгенологического исследования

Д) летальные исходы при переливании крови, хотя нарушений в действиях медперсонала выявлено не было

Вариант 2

1. В классификацию врачебных ошибок Ю.Я. Грицмана включены:

А) ошибки связанные с несовершенством знаний

Б) объективные ошибки

В) диагностические ошибки

Г) переоценка данных дополнительных исследований

Д) ошибки зависящие от тяжелого состояния больного

2. Наука о б ошибках называется

А) экология

Б) эрология

В) ятрогения

Г) валеология

Д) биоэтика

3. В классификацию причин врачебных ошибок Н.Н. Петрова включены причины

А) объективные

Б) субъективные

В) связанные с диагностическим процессом

Г) зависящие от несоблюдения правил клинического обследования □ связанные с лечебным процессом

4. К факторам затрудняющим диагностику и лечение больных не относятся

А) большой объем и прогрессирующий рост медицинской информации подлежащих усвоению и освоению врачом

Б) ошибки, допускаемые инструментальными и лабораторными методами диагностики и лечения

В) снижение иммунитета населения

Г) рост удельного веса больных пожилого и старческого возраста
Д) внедрение новых биомедицинских технологий в практику здравоохранения

5. К методам снижения врачебных ошибок не относятся

- А) «чтение - вот лучшее учение»
- Б) «опыт увеличивает нашу мудрость» (Б.Шоу)
- В) умение учиться на своих ошибках и ошибках коллег
- Г) адекватное наказание за ошибки
- Д) сокрытие фактов врачебных ошибок

6. Врачебная ошибка (по и. Давыдовскому) - это результат действия врача по причине:

- А) неосторожности
- Б) невезения
- В) добросовестного заблуждения
- Г) атипичного течения болезни
- Д) халатного отношения к своим обязанностям

7. С позиций действующего уголовного кодекса РФ под понятие «несчастный случай» подпадают:

- А) умышленное причинение тяжкого вреда здоровью
- Б) заражение ВИЧ-инфекцией
- В) смерть в результате активизации дремлющей инфекции
- Г) принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации
- Д) неоказание помощи больному

8. Ятрогении:

- А) вызывают психическую депривацию пациента
- Б) вызывают проф. деформацию медработника
- В) обостряют течение болезни
- Г) среди утверждений нет верного

9. С позиций действующего уголовного кодекса РФ под понятие «несчастный случай» подпадают:

- А) умышленное причинение тяжкого вреда здоровью
- Б) заражение ВИЧ-инфекцией
- В) смерть в результате активизации дремлющей инфекции
- Г) принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации
- Д) неоказание помощи больному

10. С позиций действующего уголовного кодекса РФ под понятие «преступление» подпадают:

- А) смерть в результате активизации дремлющей инфекции
- Б) халатное отношение к своим обязанностям
- В) остановка сердечной деятельности при ФДГС
- Г) аллергическая реакция на введение контрастных препаратов для производства рентгенологического исследования
- Д) летальные исходы при переливании крови, хотя нарушений в действиях медперсонала выявлено не было

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ

1 вариант		2 вариант	
вопрос	правильный ответ	вопрос	правильный ответ
1	Д	1	Б

2	В	2	В
3	Б	3	Г
4	Б	4	А
5	Б	5	Д
6	А	6	Д
7	Д	7	В
8	Д	8	В
9	В	9	В
10	Д	10	Д

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА 1. Во время отдыха на территории Крыма гражданин Российской Федерации госпитализирован в городскую больницу г. Ялта с диагнозом «обострение двустороннего хронического отита». За лечение с него была взята плата.

Вопрос: законно ли взятие платы с пациента?

ЗАДАЧА 2. Гражданин России житель г. Владивосток (застрахованный по ОМС по месту регистрации г. Владивосток), находившийся в командировке в г. Москве, обратился за медицинской помощью по поводу обострившейся язвенной болезни в городскую больницу. Дежурным врачом медицинская помощь ему не была оказана по причине того, что он не имеет постоянной регистрации в г. Москве.

Вопрос: законен ли отказ в медицинской помощи?

ЗАДАЧА 3. Заведующий лабораторией отказался перевести 16-летнюю девушку, которая работала с концентрированными препаратами и сослалась на ухудшение здоровья, на другую работу, мотивируя это тем, что на данную работу он не может найти желающих.

Вопрос: нарушены ли права девушки?

ЗАДАЧА 4. Повторяю в который раз для всех – у нас в клинике свой кодекс о труде: врач работает столько, сколько нужно для больного. Начало – ровно в девять, конец – когда будет сделана вся работа. Второе: если врач не годится – он должен уйти. Сам, без вмешательства дирекции и профсоюза. Вопрос о соответствии решаю я. (Амосов Н.М., 1976, с.50)

Вопрос: прав ли в своих утверждениях известный кардиохирург?

ЗАДАЧА 5 В 20 горбольницу г. Ростова обратился гр-н К., житель города Майкопа Краснодарского края, в связи с приступом почечнокаменной болезни. Дежурный врач, изучив его документы (паспорт, страховое свидетельство и справку больницы г. Майкопа), с учетом удовлетворительного состояния гр-на К. и отсутствия экстренных показаний, отказал в оказании медицинской помощи на том основании, что он не является жителем г. Ростова и страховое свидетельство выдано по его месту жительства. Однако ночью состояние больного резко ухудшилось, и вызванная скорая помощь, после оказания первой помощи, увезла его в БСМП-2, где он был прооперирован.

Вопрос: как можно квалифицировать с правовой точки зрения действия врача 20 больницы?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

задача	ответ
1	Да, законно. В соответствии с Соглашением об оказании медицинской помощи гражданам государств-участников Содружества Независимых

	Государств (Москва, 27.03. 1997), оказание плановой медицинской помощи гражданам на территории государства временного пребывания осуществляется на платной основе за счет средств пациента.
2	Действия дежурного врача незаконны (противоправны). Вина врача состоит в умышленном неоказании медицинской помощи. При получении медицинской помощи по ОМС гражданам обеспечиваются права, установленные федеральными законами «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» (1993) и «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (1991). В случае возникновения вреда здоровью пациента наступает гражданско-правовая ответственность, а в случае вреда средней тяжести, тяжкого вреда или смерти пациента, то наряду с гражданско-правовой может наступить и уголовная ответственность по ст. 124 УК РФ.
3	Не нарушены. Обосновать свое право на «труд в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья и исключающих воздействие на них неблагоприятных факторов» («Основы...». Ст.24) необходимо документально. Например, предоставить заведующему медицинское заключение об ухудшении здоровья, обусловленное работой с концентрированными препаратами. В то же время, апелляция заведующего к отсутствию желающих работать на данном месте незаконна. Если бы документы были представлены девушкой, то вероятно, что конфликтная ситуация не возникла бы.
4	Не прав. Перед нами авторитарная модель отношений между руководителем и подчиненными. Утверждаемые автором условия работы врача неизбежно приведут к синдрому «выгорания» специалиста. Врач, как и любой другой специалист, должен иметь возможность восстановить свои физические, психические, в конце концов, социокультурные качества. Служение профессии не должно вступать в противоречие с правом врача на соответствующий график работы, отдых. Все эти вопросы не только этические, но и правовые
5	В соответствии с Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан, с законом РФ "О медицинском страховании граждан в РФ" и Положении об обеспечении прав граждан, застрахованных в РФ по обязательному медицинскому страхованию врач 20 больницы обязан был оказать помощь, так как больной является гражданином России и имеет свидетельство об ОМС. Действия врача противоправны и могут расцениваться как преступление по статье 124 УК РФ "Неоказание помощи больному", а в случае причинения среднего или тяжкого вреда по статье 118 УК РФ "Причинение среднего или тяжкого вреда по неосторожности". Гр-н может также подать гражданский иск на возмещение причиненного ему материального и морального вреда в соответствии с Гражданским кодексом РФ.

Тема занятия: Морально-этические проблемы аборта, контрацепции и искусственного оплодотворения

Вид занятия: проблемный семинар

Тесты для самоконтроля Вариант 1

1. Юридической санкцией для врача, производящего искусственное прерывание беременности по желанию женщины, является:

- А) желание женщины
- Б) статья 36 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан»
- В) этическая декларация о медицинских абортах вма (1983г.)
- Г) медицинские показания
- Д) личные этические убеждения врача
- Е) моральное право на отказ от производства аборта

2. Критериями, определяющими начало человеческой жизни являются:

- А) формирование нервной ткани плода
- Б) формирование дыхательной системы плода первое сердцебиение
- В) моральный статус человеческого эмбриона, включенного в систему нравственных взаимоотношений между людьми, слияние женской и мужской половых клеток.
- Г) формирование первичной полоски

3. Ценность человеческой жизни в традиционной Христианской нравственной антропологии определяется:

- А) возрастом (количество прожитых лет)
- Б) социальным положением
- В) психической и физической полноценностью
- Г) уникальностью и неповторимостью личности
- Д) финансовой состоятельностью

4. Отношение к аборту в традиционной христианской нравственной антропологии не определяется:

- А) неисполнением заповеди любви
- Б) учением о переселении душ (метемпсихоз)
- В) несводимостью личности к свойствам психофизической природы человека
- Г) грехом
- Д) нарушением заповеди «не убий»

5. Основанием допустимости аборта в либеральной Идеологии является:

- А) отрицание личностного статуса плода
- Б) права ребенка
- В) неприкосновенность частной жизни
- Г) существование медицинской операции по искусственному прерыванию беременности

6. В христианской этике аборт, как вынужденная мера, допустим, поскольку:

- А) в случае внематочной беременности эмбрион изначально обречен на гибель
- Б) эмбрион является телом матери
- В) зародыш не может говорить
- Г) уничтожение жизни становится убийством только после рождения ребенка
- Д) человек «начинается» с первого вдоха

7. К факторам, влияющим на снижение рождаемости можно отнести

- А) возрождение религии
- Б) возрождение и укрепление системы моральных ценностей
- В) распространение и укрепление в обществе консервативных взглядов на вопросы пола

Г) социальная поддержка многодетных семей
Д) утрату традиционных устоев крепкой семьи, потеря мужчиной роли главы семьи

8. К факторам, влияющим на снижение рождаемости можно отнести:

- А) отторжение народа от религии и морали
- Б) возрождение религии
- В) возрождение и укрепление системы моральных ценностей
- Г) распространение и укрепление в обществе консервативных взглядов на

вопросы пола

Д) социальная поддержка многодетных семей

9. К факторам, влияющим на снижение рождаемости можно отнести

- А) насаждение «массовой культуры»
- Б) возрождение религии
- В) возрождение и укрепление системы моральных ценностей
- Г) распространение и укрепление в обществе консервативных взглядов на

вопросы пола

Д) социальная поддержка многодетных семей

10. К факторам, влияющим на снижение рождаемости можно отнести:

- А) высокий социальный статус женщины
- Б) возрождение религии возрождение и укрепление системы моральных ценностей
- В) распространение и укрепление в обществе консервативных взглядов на

вопросы пола

Г) социальная поддержка многодетных семей

Вариант 2

1. К факторам, влияющим на снижение рождаемости можно отнести:

- А) высокий финансовый статус женщины
- Б) возрождение религии
- В) возрождение и укрепление системы моральных ценностей
- Г) распространение и укрепление в обществе консервативных взглядов на

вопросы пола

Д) социальная поддержка многодетных семей

2. К факторам, влияющим на снижение рождаемости можно отнести:

- А) перегруженность отрицательной информацией, создающей гнетущую и тревожную атмосферу в обществе
- Б) возрождение религии
- В) возрождение и укрепление системы моральных ценностей
- Г) распространение и укрепление в обществе консервативных взглядов на

вопросы пола

Д) социальная поддержка многодетных семей

3. К факторам, влияющим на снижение рождаемости можно отнести:

- А) экономический кризис
- Б) Возрождение религии
- В) Возрождение и укрепление системы моральных ценностей
- Г) Распространение и укрепление в обществе консервативных взглядов на

вопросы пола

Д) Социальная поддержка многодетных семей

4. Суррогатное материнство – это:

А) вид эвтаназии
Б) решение женщины дать жизнь ребенку без дальнейшего выполнения материнских обязанностей

- В) генетическое исследование
Г) вид клонирования
Д) метод трансплантации

5. Суррогатное материнство в России:

- А) разрешено законом
Б) не разрешено законом
В) законодательство по этой проблеме отсутствует
Г) закон об суррогатном материнстве находится на стадии обсуждения
Е) разрешено законом, но не реализовано в практическом здравоохранении

6. Первый ребенок, зачатый путем экстракорпорального оплодотворения родился в:

- А) 1901 г. Б) 1978 г. В) 1990 г. Г) 2001 г. Д) 1988 г.

7. Экстракорпоральное оплодотворение (эко) в нашей стране впервые было проведено

- А) В 1900 г. Б) В 1960 г. В) в 1986 г. Г) В 1996 г. Д) В 2000 г.

8. Вспомогательные репродуктивные технологии запрещается использовать

- А) в целях выбора пола будущего ребенка
Б) для предотвращения наследования тяжелого заболевания, сцепленного с полом
В) при аномалиях развития половых органов
Г) при мужском бесплодии
Д) при женском бесплодии

9. Яйцеклетки, не использованные в процедуре экстракорпорального оплодотворения могут быть

- А) уничтожены с согласия донора
Б) уничтожены без согласия донора
В) подвергнуты криоконсервации без согласия донора
Г) оплодотворены и подвергнуты криоконсервации без согласия донора
Д) использованы в научных целях без согласия донора

10. Незаконное проведение искусственного оплодотворения и переноса эмбрионов влечет за собой:

- А) административную ответственность
Б) гражданскую ответственность
В) уголовную ответственность
Г) моральную ответственность
Д) дисциплинарную ответственность

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ

1 вариант		2 вариант	
вопрос	правильный ответ	вопрос	правильный ответ
1	Г	1	А
2	Б	2	А
3	Г	3	А
4	Д	4	Б
5	В	5	А

6	А	6	Б
7	Д	7	В
8	А	8	А
9	А	9	А
10	А	10	В

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА 1. В небольшом поселке изнасиловали 19-летнюю девушку. Потерпевшая о половом насилии никому не сообщила, кроме родителей и врача. К врачу она обратилась, имея беременность сроком 6 недель с просьбой сделать аборт на дому во избежание огласки. Врач отказал ей. Потерпевшая впала в депрессию и покончила с жизнью. Родители обвинили врача в доведении до самоубийства, а когда врач в процессе его допроса сообщил подробности обстоятельств, правоохранительным органам – в разглашении врачебной тайны.

Вопрос: прав ли врач с юридической точки зрения, когда отказал девушке в аборте и когда «сообщил подробности» на допросе?

ЗАДАЧА 2. Совершеннолетний неженатый мужчина обращается с просьбой о перевязке семенных канатиков для того, чтобы иметь возможность вести более свободную половую жизнь. Часто имеет дело со случайными партнерами.

Вопрос: допустима ли законом стерилизация мужчины в данном случае?

ЗАДАЧА 3. Замужняя женщина, имеющая детей, обращается с просьбой о перевязывании маточных труб.

Вопрос: имеет ли женщина право на стерилизацию в данном случае? Поясните.

ЗАДАЧА 4. Белая женщина обратилась в центр искусственной репродукции для оплодотворения спермой донора. Желанная беременность наступила, но родившийся ребенок оказался «черным». Мать предъявила к центру репродукции требование о возмещении ей морального вреда, указывая в исковом заявлении, что она любит своего ребенка, но отношение к нему окружающих будет причинять ей нравственные страдания.

(США)

Вопрос: какое право отстаивает женщина в своем иске?

ЗАДАЧА 5. Женщина имплантировала эмбрионы, несмотря на протесты бывшего мужа. Он подал в суд на врача, так как было нарушено его репродуктивное право «быть или не быть отцом». (США)

Вопрос: прав ли бывший муж в своих претензиях?

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ

задача	ответ
1	Врач прав, что отказался от проведения криминального аборта, так как аборт должен проводиться в больничных условиях. Информировать органы дознания врач обязан в соответствии с пунктом 5 статьи 61 «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан»(1993).
2	В соответствии со ст. 37-й «Основ...» медицинская стерилизация может быть проведена только по письменному заявлению гражданина не моложе 35 лет или имеющего не менее 2-х детей, а при наличии медицинских показаний и согласию гражданина – независимо от возраста и наличия детей. В данном случае мужчина – холостяк, не имеет детей, то есть, второе условие закона не выполнено. Если возраст мужчины более 35 лет, то стерилизация допустима.

3	Да, имеет. В соответствии со ст. 37-й «Основ...» медицинская стерилизация может быть проведена только по письменному заявлению гражданина не моложе 35 лет или имеющего не менее 2-х детей, а при наличии медицинских показаний и согласию гражданина – независимо от возраста и наличия детей. В данном случае мужчина – холостяк, не имеет детей, то есть, второе условие закона не выполнено. Если возраст мужчины более 35 лет, то стерилизация допустима.
4	Женщина отстаивает право на репродуктивный выбор. Это право было нарушено, так как по закону женщина-реципиент имеет право на информацию о национальности и о внешнем виде донора спермы. Требование компенсации морального ущерба вполне законно.
5	Отечественное законодательство не регламентирует отношения лиц в подобных ситуациях. Это связано с недостаточно развитой практикой пересадки и криоконсервации эмбрионов и юридической неразработанностью личного статуса эмбриона. В представляемом случае из медицинской практики США, муж, вероятно, прав в своих претензиях: его право на репродуктивный выбор нарушено. Разрешение конфликта возможно на пути отказа мужа от прав владения на эмбрионы, если в тамошнем законодательстве нет нормы о потере прав на эмбрионы после развода супругов.

Тема занятия: Философские, этические и правовые проблемы смерти

Вид занятия: проблемный семинар

Тесты для самоконтроля

Вариант 1

1. Недопустимость эвтаназии с позиций нравственной антропологии христианства не связана

- А) с нарушением заповеди «не убий»
- Б) со спасительностью страданий
- В) с возможностью приобщения человека к опыту воскресения
- Г) с возможностью постижения смысла жизни
- Д) с утверждением права личности на автономию

2. Аргументом против эвтаназии с медицинской точки зрения является:

- А) шанс на выздоровление и возможностью изменения решения пациента
- Б) нарушение предназначения врача спасать и сохранять человеческую жизнь
- В) нарушение моральной заповеди «не убий»
- Г) блокирование морального стимула развития и совершенствования медицинского знания и медицинских средств борьбы со смертью
- Д) право на автономию личности

3. Активная эвтаназия отличается от пассивной:

- А) отсутствием согласия или просьбы пациента о лишении жизни
- Б) приоритетностью решения врача перед решением пациента о прекращении
- В) жизни пациента

Г) активным, деятельным, вмешательством врача в процесс прекращения жизни по просьбе пациента

Д) умышленным или преднамеренным лишением жизни человека

4. Решение о допущении пассивной эвтаназии, либо о начале интенсивной терапии зависит от:

А) определения мотивов деятельности и поступка врача

Б) характера объяснения принятого решения врача

В) объективной картины заболевания

Г) универсального права человека на жизнь

Д) техническими медицинскими средствами и ситуационными возможностями

5. Аргументом против эвтаназии является:

А) абсолютная автономия человека

Б) милосердие («последнее лекарство»)

В) экономический

Г) опасность криминализации медицины

Д) евгеника (генетическая селекция)

6. Аргументом за эвтаназию является:

А) несовместимость с врачебным призванием

Б) вероятность врачебной ошибки

В) адаптационные возможности человека

Г) евгеника (генетическая селекция)

Д) опасность криминализации медицины

7. Эвтаназия называется добровольной с юридических и моральных позиций, когда:

А) умерщвляется новорожденный с фатальным диагнозом

Б) умерщвляется больной со смертью мозга

В) +компетентный больной дает письменное согласие на его умерщвление

Г) компетентный больной дает устное согласие на умерщвление

Д) компетентный больной умерщвляется без его согласия

8. Какое государство первым легализовало эвтаназию?

А) Китай Б) Израиль В) Бельгия Г) +Нидерланды Г) Австралия

9. Церковно-общественный совет по биомедицинской этике московского патриархата считает, что применение эвтаназии приведет:

А) к реализации права человека на автономию

Б) к утверждению принципа милосердия в обществе

В) к криминализации медицины и потере социального доверия к институту здравоохранения

Г) к ускорению темпов развития медицины

Д) к утверждению принципа бесценности человеческой жизни

10. Аргументом против эвтаназии является:

А) абсолютная автономия человека

Б) милосердие («последнее лекарство»)

В) экономический

Г) +несовместимость с врачебным призванием

Д) евгеника (генетическая селекция)

Вариант 2

1. Церковно-общественный совет по биомедицинской этике московского патриархата считает, что применение эвтаназии приведет:

- А) к реализации права человека на автономию
- Б) к утверждению принципа милосердия в обществе
- В) +к снижению темпов развития медицинского знания
- Г) к ускорению темпов развития медицины
- Д) к утверждению принципа бесценности человеческой жизни

2. Аргументом против эвтаназии является:

- А) абсолютная автономия человека
- Б) милосердие («последнее лекарство»)
- В) экономический
- Г) +адаптационные возможности человека
- Д) евгеника (генетическая селекция)

3. Эвтаназия – это:

- А) право врача на умерщвление безнадежного больного
- Б) убийство по воле больного, по согласованию с ним
- В) удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами
- Г) счастливая смерть без страданий и мучений
- Д) акт преднамеренного лишения жизни пациента по просьбе самого пациента или на основании обращения с подобной просьбой его близких

4. В соответствии со статьей 45 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» эвтаназия – это:

- А) право врача на умерщвление безнадежного больного
- Б) убийство по воле больного, по согласованию с ним
- В) +удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами
- Г) счастливая смерть без страданий и мучений
- Д) акт преднамеренного лишения жизни пациента по просьбе самого пациента или на основании обращения с подобной просьбой его близких

5. Аргументом против эвтаназии является:

- А) абсолютная автономия человека
- Б) милосердие («последнее лекарство»)
- В) экономический
- Г) опасность криминализации медицины
- Д) евгеника (генетическая селекция)

6. Аргументом за эвтаназию является:

- А) несовместимость с врачебным призванием
- Б) вероятность врачебной ошибки
- В) адаптационные возможности человека
- Г) евгеника (генетическая селекция)
- Д) опасность криминализации медицины

7. Эвтаназия называется добровольной с юридических и моральных позиций, когда:

- А) умерщвляется новорожденный с фатальным диагнозом
- Б) умерщвляется больной со смертью мозга
- В) компетентный больной дает письменное согласие на его умерщвление
- Г) компетентный больной дает устное согласие на умерщвление
- Д) компетентный больной умерщвляется без его согласия

8. Какое государство первым легализовало эвтаназию?

- А) Китай Б) Израиль В) Бельгия Г) +Нидерланды Д) Австралия

9. В соответствии с «Декларацией об эвтаназии», эвтаназия

- А) неэтична
- Б) этична всегда
- В) этична в исключительных случаях
- Г) неэтична в исключительных случаях
- Д) несовместима с врачебным призванием

10. С позиций сторонников эвтаназии показанием к умерщвлению неизлечимого страдающего больного могут быть:

- А) запреты на эвтаназию
- Б) возможность совершения диагностических ошибок
- В) относительность понятия «неизлечимое» заболевание относительно
- Г) криминализации общества после легализации эвтаназии
- Д) моральное и юридическое право больного распоряжаться своей жизнью

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1 вариант		2 вариант	
вопрос	правильный ответ	вопрос	правильный ответ
1	Д	1	В
2	Г	2	Г
3	Г	3	Д
4	В	4	В
5	Г	5	Г
6	Г	6	Г
7	В	7	В
8	Г	8	Г
9	В	9	А
10	Г	10	Д

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА 1. Больная, страдавшая тяжелой формой полиомиелита в течение 20 лет, находилась на искусственном дыхании в нейрореанимационном отделении. Она была почти полностью обездвижена, могла двигать только одним пальцем ноги. И, тем не менее, она ни разу не выразила желаний умереть, наоборот – очень хотела жить, боялась смерти в связи с отказом в работе дыхательного аппарата. Она смотрела телевизионные передачи, виделась с сыном, \своими коллегами по работе. (Деонтология в медицине: В 2-х т.-М.,1988. Т.1, с. 282)

Вопрос: относится ли больная к категориям пациентов, от которых может поступить просьба об эвтаназии? Поясните.

ЗАДАЧА 2. «...если попытка реанимации действительно представляет для семьи тягость, которая не может быть им (врачом) осознана, а ею (семьей) может, семье дозволено, законом, настаивать на прекращении реанимационных мероприятий, а врачу в таком случае полагается подчиниться ей». (Папа Пий Х11,1957 г.)

Вопрос: каково отношение к эвтаназии папы Пия Х11?

ЗАДАЧА 3. Больная девочка: возраст – 1 год и 8 месяцев, рост - 58 см., масса тела – 9 кг. Диагноз: гидроцефалия, лихорадка неясной этиологии. Один раз в неделю ребенку «выкачивали» жидкость из головы, но она становилась все больше и еще быстрее увеличивалась в размерах. Ежедневно внутривенно капельно вводились

растворы через подключечный катетер, плюс лекарственные препараты, поддерживающие жизнедеятельность головного мозга. Девочка день ото дня слабела. Глаза она уже почти не открывала, внутричерепное давление было постоянно повышено. По просьбе матери жидкость из головы перестали выкачивать. Через три с половиной месяца девочка умерла.

Вопрос: означает ли прекращение выкачивания жидкости из головы ребенка проведение эвтаназии? Поясните.

ЗАДАЧА 4. Из сострадания к мукам безнадежно больного Н. и по его просьбе родственники упростили врача сделать больному инъекцию лекарства в смертельной дозе. Врач исполнил просьбу родственников. Больной умер.

Вопрос: как следует квалифицировать действия врача?

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ

задача	ответ
1	Да, больная относится к категории больных, от которых может поступить просьба об эвтаназии. «Может», но не обязательно поступит. Данный случай как раз это и подтверждает.
2	Католическая церковь одна из первых выработала свою позицию относительно биомедицинских проблем. В словах папы Пия Х11 выражено осторожное допущение пассивной эвтаназии (в форме прекращения реанимационных мероприятий). Если семья пациента настаивает на прекращении реанимационных мероприятий, то врачу полагается «подчиниться» просьбе семьи.
3	Да, означает. Прекращение выкачивания жидкости из головы пациентки есть нечто иное, как отказ от оказания медицинской помощи. Следствием отказа явилась смерть пациентки. Здесь имеет место пассивная эвтаназия. Просьбу об отказе от лечебных мероприятий высказала мама несовершеннолетней пациентки. Действия врачей соответствуют правовой норме, закрепленной статьей 33-й «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» (1993).
4	В соответствии со статьей 45 «Основ...» и статьей 105 УК РФ действия врача можно квалифицировать как убийство, то есть умышленное причинение смерти другому человеку. В тоже время в действиях врача есть признаки активной эвтаназии: наличие просьбы пациента и близких, безнадежное состояние пациента, легкая смерть, мотив – сострадание, выполнивший эти действия – врач.

Тема занятия: Морально-этические проблемы медицинской генетики и оказания психиатрической помощи

Вид занятия: проблемный семинар

Тесты для самоконтроля

Вариант 1

1. Геном – это:

- А) генетический код человека Б) название болезни В) молекула ДНК
 Г) вид трансплантации Д) название репродуктивной технологии

2. Генетика как наука возникла:

- А) в 19 веке Б) в 18 веке В) в 20 веке
Г) на рубеже 18 и 19 веков Д) на рубеже 19 и 20 веков

3. Конвенция о правах человека и биомедицине (1997 г.) использование медицинских технологий в целях выбора пола ребенка:

- А) допускает по желанию женщины
Б) допускает в рамках реализации научных проектов
В) допускает по желанию родителей
Г) допускает для предотвращения наследования ребенком заболевания, связанного с полом
Д) запрещает в любом случае

4. Геном человека расшифрован:

- А) в январе 1999 г. Б) в июне 2000 г. В) не расшифрован
Г) в 1900 г. Д) в 2003 г.

5. Морально-этические проблемы медицинской генетики (диагностика, лечение, профилактика, прогнозирование) не имеют отношения к:

- А) исключительно пациенту
Б) интересам семьи и родственников пациента
В) благополучию потомства и здоровью грядущих поколений
Г) качеству жизни общества
Д) предшествующим поколениям

6. При выявлении наследственного заболевания у развивающегося плода судьбу этого плода (продолжение беременности или аборт) в праве решать:

- А) только врачи-профессионалы
Б) только родители
В) семейные врачи
Г) религиозные объединения
Д) государственные органы здравоохранения

7. Недирективный характер медико-генетической помощи не включает в себя:

- А) объективную подачу информации
Б) информирование о вероятностном характере данных генетического консультирования
В) «компетентное влияние» на решение и выбор пациентов

8. Генная терапия должна осуществляться:

- А) только в лечебных целях
Б) для медицинской и моральной подготовки и повышенной заботы о будущем ребенке
В) для построения здорового общества или общества здоровых граждан
Г) в целях изменения генома наследников пациента, т.е. проведения генотерапии половых клеток
Д) только в научных целях

9. Генетическое прогностическое тестирование обнаруживает:

- А) генетическую предрасположенность или восприимчивость к какой-либо болезни
Б) социальную опасность человека
В) творческую несостоятельность личности
Г) деловую несостоятельность личности

10. Генетическое прогностическое тестирование производится:

- А) с целью создания совершенного общества с помощью искусственного отбора

- Б) только в целях медицинских научных исследований
- В) с целью осуществления искусственного отбора населения
- Г) с целью создания благоприятных социальных условий для лиц с повышенными интеллектуальными способностями
- Д) для медицинской и моральной подготовки и повышенной заботы о будущем ребенке и в целях уточнения клинического диагноза

11. Какой врач-психиатр считал в середине XIX века недопустимым методы стеснения душевнобольных:

- А) Мудров
- Б) Пирогов
- В) Конолли
- Г) Павлов

12. В чем заключается особенность оказания психиатрической помощи:

- А) Некомпетентность многих пациентов;
- Б) Не адекватное поведение некоторых пациентов;
- В) Возможность недобровольного обследования и лечения.
- Г) все перечисленное
- Д) Ничего из перечисленного

13. Основой для кризиса врачебного патернализма в психиатрии явилось:

- А) решение комитета экспертов ВОЗ в 1955 г.
- Б) Появление новых психотропных веществ
- В) Скопление в лечебницах пациентов, не нуждающихся в лечении
- Г) все перечисленное

14. Имеет ли право пациент отказаться от лечения в психиатрическом стационаре:

- А) да
- Б) Нет
- В) Имеет право при добровольной госпитализации
- Г) Отказ оформляется юристом
- Д) Если все родственники против этого

Вариант 2

1. Целью вмешательства в геном человека не может быть:

- А) изменение генома половых клеток
- Б) профилактика
- В) диагностика
- Г) лечение

2. К наиболее важным юридическим документам, имеющим принципиальное значение для генетических исследований является

- А) Нюрнбергский кодекс (1947г.)
- Б) Всеобщая декларация о геноме человека (1997 г.)
- В) Хельсинская декларация (1964 г.)
- Г) Клятва Гиппократова
- Д) Лиссабонская декларация о правах пациента

3. К этическим принципам медицинской генетики не относятся:

- А) уважение личности человека независимо от уровня его знаний
- Б) уважение мнения меньшинства
- В) использование понятного доступного языка при общении с больными
- Г) регулярное обеспечение больных необходимой помощью или поддерживающим лечением
- Д) проведение тестов и процедур, не нужных по медицинским показаниям, на добровольцах

4. Консервативная позиция ученых медиков охраняет традиционную парадигму науки, включающую принцип:

- А) конфиденциальности
- Б) открытости информации
- В) информированного согласия
- Г) коммерческой выгоды
- Д) превалирования интересов общества над интересами человека

5. К этическим принципам медицинской генетики не относятся:

А) справедливое распределение медицинских ресурсов в пользу наиболее нуждающихся в них

Б) добровольность участия людей во всех медико-генетических процедурах

В) предупреждение основанной на генетической информации дискриминации

Г) создание особых социальных условий для лиц с повышенными интеллектуальными способностями

Д) тесное взаимодействие с организациями, объединяющими больных и их родственников

6. Недирективный характер медико-генетической помощи не включает в себя:

А) объективную подачу информации

Б) информирование о вероятностном характере данных генетического консультирования

В) «компетентное влияние» на решение и выбор пациентов

7. Генная терапия должна осуществляться:

А) только в лечебных целях

Б) для медицинской и моральной подготовки и повышенной заботы о будущем ребенке

В) для построения здорового общества или общества здоровых граждан

Г) в целях изменения генома наследников пациента, т.е. проведения генотерапии половых клеток

Д) только в научных целях

8. Геном – это:

А) +генетический код человека

Б) название болезни

В) молекула ДНК

Г) вид трансплантации

Д) название репродуктивной технологии

9. Чем является клон?

А) точной копией отца

Б) точной копией матери

В) точной копией донора

Г) точной копией реципиента

Д) неповторимым существом

10. Конвенция о правах человека и биомедицине (1997 г.) использование медицинских технологий в целях выбора пола ребенка:

А) допускает по желанию женщины

Б) допускает в рамках реализации научных проектов

В) допускает по желанию родителей

Г) допускает для предотвращения наследования ребенком заболевания, связанного с полом

Д) запрещает в любом случае

11. Какая декларация впервые предписывает недопущение дискриминации по признаку психического заболевания:

А) Женевская декларация (ВМА, 1948)

Б) Нюрнбергский кодекс (1947)

В) Гавайская декларация (1977)

Г) Хельсинская декларация (1964)

Д) декларация Всемирной Психиатрической Ассоциации (1983)

Вопрос: будет ли справедливым проводить переливание крови за собственный счет пациентки, если она не выполняет предписаний врача? Поясните.

ЗАДАЧА 3. Обвиняемый, 28 лет, подозревается в организованном групповом грабеже; допрос невозможен по причине психического расстройства обвиняемого. Выход: либо участие психиатра в допросе, либо психиатр назначает психотропные препараты.

Вопрос: может ли наступить уголовная ответственность для психически больного? Поясните.

ЗАДАЧА 4. Марку поставлен диагноз маниакально-депрессивного психоза с преобладанием депрессивной фазы. Поначалу лечение литием улучшило состояние, но после осмотра в клинике у него обнаруживают маниакальные и суицидальные тенденции. Его трудно вовлечь в беседу, он постоянно говорит о черном демоне, который высасывает жизненные силы из его мозга. Ему советуют лечь в больницу, но он отказывается, утверждая, что больница его задушит, потому что из ракового отделения выходят вредные газы. Доктор беседует с его сестрой и затем договаривается о принудительном лечении Марка. (США)

Вопрос: имеет ли место ограничение прав пациента в данном случае?

ЗАДАЧА 5. Слепые супруги с одним и тем же аутосомно-рецессивным заболеванием хотят иметь ребенка даже при условии, что он наверняка будет слепым, и отказываются от усыновления или донорства гамет, чтобы избежать рождения больного ребенка. Опросы врачей в 90-е годы показали: 70 % европейских врачей поддержали бы решение супругов; среди российских врачей только - 31%. (Человек. 2006. № 4, с.81)

Вопрос: чем объяснить существенное различие в ответах врачей: отношением к аборту или возможными условиями воспитания и развития ребенка?

ЗАДАЧА 6. Современная медицина позволяет установить в конце 1-го триместра внутриутробного развития плода наличие гена болезни «хорея Гентингтона». Это значит, что через 40- или 50 лет после рождения человек будет поражен этим недугом. Иногда эта болезнь проявляется и в юношеском возрасте.

Вопрос: этично ли не предупреждать родителей об этом?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

задача	ответ
1	Да, имеет. Главный врач нарушила параграф 4-й Кодекса профессиональной этики психиатра (1994). В нем говорится: «психиатр не вправе при оказании пациенту психиатрической помощи заключать с ним имущественные сделки, использовать его труд в личных целях, вступать в интимную связь, пользуясь своим положением врача или психологической несостоятельностью пациента».
2	Да. Пациент имеет не только право на получение медицинской помощи, но и обязанности: оказывать содействие при осуществлении лечебно-диагностического процесса, соблюдать режим лечения и реабилитации. Высшей целью взаимосвязи прав и обязанностей пациента является его здоровье и жизнь. Поэтому, если пациентка в данном случае активно не желает выполнять требования врачей, то тем самым она нарушает эту взаимосвязь, и вполне справедливо будет оплачивать очередное переливание крови не из бюджета, а из собственного кармана пациентки.
3	Да, может, если будет установлено, что психическое расстройство

	наступило после преступления. В соответствии со ст. 21 УК РФ («Невменяемость») не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости. Уголовный кодекс определяет два критерия невменяемости: медицинский (психиатрический) и юридический (психологический), а Уголовно-процессуальный кодекс предусматривает обязательность проведения судебно-психиатрической экспертизы по поводу вменяемости обвиняемого или подсудимого.
4	Да, имеет. С точки зрения отечественного законодательства это тоже правомерно. В соответствии со ст. 29-й закона «О психиатрической помощи...» госпитализация в психиатрический стационар пациента без его согласия или без согласия его законных представителей допускается в случаях: непосредственной опасности пациента для его самого или для окружающих.
5	Вероятно и тем и другим. Наверное, еще и тем, что европейская культура в большей степени, чем российская, ориентирована на глубокое уважение индивидуальных решений.
6	В соответствии с отечественным законодательством пациент (в данном случае одинокая женщина или супружеская пара) имеют право на информацию о состоянии здоровья плода. Но маловероятно, что среднестатистическая пара (одинокая женщина) зададут вопрос именно о «хорее Гентингтона». Поскольку болезнь может проявиться через 40 или 50 лет, постольку возможно за это время появятся эффективные средства ее лечения. Поэтому будет этичным не информировать родителей о возможной болезни.

Тема занятия: Этико-правовые и морально-психологические проблемы СПИДа
Вид занятия: проблемный семинар

Тесты для самоконтроля

Вариант 1

1. Тестирование на СПИД в обязательном порядке должны проходить:

- А) доноры органов и тканей
- Б) лица, вовлеченные в проституцию
- В) инъекционные наркоманы
- Г) сексуальные меньшинства
- Д) медицинский персонал

2. СПИДом невозможно заразиться следующим образом:

- А) половым путем
- Б) после трансфузии отмытых эритроцитов
- В) при плавании в бассейне
- Г) трансплацентарным путем
- Д) транскутантно

3. К главным биоэтическим проблемам в области работы с ВИЧ-инфицированными людьми не относится следующее:

- А) биосферные и экологические проблемы существования социума
- Б) понимание конфиденциальности
- В) получение информированного согласия на исследование

- Г) процедура проведения заседаний Комитетов по этике
- Д) дискриминация пациентов в обществе

4. О каждом доказанном случае СПИДа следует сообщать соответствующим органам власти:

- А) анонимно
- Б) с указанием полных данных о пациенте
- В) с указанием данных о семье
- Г) с указанием данных о месте работы
- Д) не следует сообщать (согласно принципу конфиденциальности)

5. Положение о профессиональной ответственности врачей при лечении больных СПИДом принято:

- А) Всемирной Медицинской Ассоциацией
- Б) Советом Европы
- В) Организацией Объединенных Наций
- Г) ЮНЕСКО

6. Решение о принудительном лечении ВИЧ-инфицированного пациента в медицинском учреждении должно приниматься:

- А) судебными или другими властями, определенными законом
- Б) родственниками пациента
- В) врачом-психиатром
- Г) семейным врачом
- Д) невозможно принудить

7. Принудительное удержание ВИЧ-инфицированного пациента в больнице может осуществляться в случае:

- А) затруднения в принятии моральных, социальных, политических ценности.
- Б) серьезной опасности для пациента
- В) +серьезной опасности для других
- Г) усугубления расстройства при неудержании в учреждении
- Д) невозможности проведения соответствующего лечения

8. Какую ответственность несет ВИЧ-инфицированный за заражение другого лица:

- А) дисциплинарную
- Б) гражданскую
- В) уголовную
- Г) никакой
- Д) ответственность отсутствует

9. Какую ответственность несет медицинский работник за заражение другого лица ВИЧ вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей?

- А) ответственности не несет
- Б) гражданскую
- В) административную
- Г) морально-этическую
- Д) +уголовную

10. Можно ли пройти тестирование на ВИЧ в частной медицинской организации?

- А) да, при наличии документа, удостоверяющего личность
- Б) нет
- В) да, при наличии сертификата о прививках
- Г) да, при наличии прописки в данном населенном пункте
- Д) да, при наличии в клинике собственной лаборатории

Вариант 2

1. Многообразие морально-этических вопросов, связанных с ВИЧ-инфекцией, определяется следующими факторами:

- А) СПИД является заболеванием с чрезвычайно высокой смертностью.
- Б) ВИЧ-инфекция уже стала пандемией.
- В) этиология СПИДа в большинстве случаев связана с интимными

сторонами жизни людей.

- Г) высокая стоимость лечения ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом.
- Д) все перечисленное.

2. Исследования поведения ВИЧ-инфицированных сосредоточены на:

- А) выявлении социальных условий передачи болезни.
- Б) роли психологической помощи в облегчении стресса, переживаемого людьми, пораженными ВИЧ-инфекцией.

В) выявлении психологических условий передачи болезни.

Г) выявлении поведенческих условий передачи болезни.

Д) все перечисленное.

3. Снижение риска передачи ВИЧ от инфицированной матери ребенку возможно путем:

- А) родоразрешения через кесарево сечение.
- Б) естественного родоразрешения.
- В) естественного вскармливания.
- Г) естественного родоразрешения в сроке до 8 мес.
- Д) естественного родоразрешения в сроке до 9 мес.

4. С позиции биоэтики считается, что для успешной борьбы с эпидемией СПИДа необходимо соблюдение принципов:

- А) уважение пациента, обязательное лечение, справедливость, милосердие.
- Б) принудительное лечение, проведение разъяснительной работы.
- В) просветительская работа, соблюдение гигиены.
- Г) уважение пациента, нанесение ему вреда, милосердие и справедливость.
- Д) все перечисленное.

5. К главным биоэтическим проблемам в области работы с ВИЧ-инфицированными людьми не относится следующее:

- А) биосферные и экологические проблемы существования социума
- Б) понимание конфиденциальности
- В) получение информированного согласия на исследование
- Г) +процедура проведения заседаний Комитетов по этике
- Д) дискриминация пациентов в обществе

6. О каждом доказанном случае СПИДа следует сообщать соответствующим органам власти:

- А) анонимно
- Б) с указанием полных данных о пациенте
- В) с указанием данных о семье
- Г) с указанием данных о месте работы
- Д) +не следует сообщать (согласно принципу конфиденциальности)

7. Можно ли пройти тестирование на ВИЧ в частной медицинской организации?

- А) да, при наличии документа, удостоверяющего личность
- Б) нет
- В) да, при наличии сертификата о прививках
- Г) да, при наличии прописки в данном населенном пункте
- Д) да, при наличии в клинике собственной лаборатории

8. Принудительное удержание ВИЧ-инфицированного пациента в больнице может осуществляться в случае:

А) затруднения в принятии моральных, социальных, политических ценностей

Б) серьезной опасности для пациента

В) серьезной опасности для других

Г) усугубления расстройства при неудержании в учреждении

Д) невозможности проведения соответствующего лечения

9. Какую ответственность несет ВИЧ-инфицированный за заражение другого лица:

А) дисциплинарную

Б) гражданскую

В) +уголовную

Г) никакой

Д) ответственность отсутствует

10. Тестирование на СПИД в обязательном порядке должны проходить:

А) доноры органов и тканей

Б) лица, вовлеченные в проституцию

В) инъекционные наркоманы

Г) сексуальные меньшинства

Д) медицинский персонал

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1 вариант		2 вариант	
вопрос	правильный ответ	вопрос	правильный ответ
1	А	1	В
2	В	2	Б
3	Г	3	А
4	Д	4	Г
5	А	5	Г
6	Д	6	Д
7	В	7	Д
8	В	8	В
9	Д	9	В
10	Д	10	А

ВОПРОСЫ ДЛЯ ЭВРИСТИЧЕСКОЙ БЕСЕДЫ

1. Специфика этико-деонтологических проблем в области гигиены и эпидемиологии.
2. Этико-деонтологические аспекты в области гигиены и эпидемиологии.
3. Этические аспекты семейной медицины.
4. Морально-этические проблемы СПИДа.
5. «СПИДофобия».
6. Тестирование ВИЧ в контексте автономии пациента.
7. СПИД как ятрогения.
8. Врачебная тайна при СПИДе.
9. Проблемы этики в отношении с онкологическим больным.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Специфика этико-деонтологических проблем в области гигиены и эпидемиологии

- Врачи-гигиенисты, эпидемиологи не занимаются лечебной практикой и поэтому в своей деятельности не только учитывают интересы отдельных больных, но и всего общества.

- Они должны не просто констатировать возникновение тех или иных отклонений в состоянии здоровья людей вследствие воздействия на них факторов окружающей среды, но и разрабатывать мероприятия по их предупреждению.

- По роду своей деятельности они постоянно находятся в определённых деонтологических отношениях с работниками министерств и ведомств, с вышестоящими органами, общественными организациями.

2. Этико-деонтологические аспекты в области гигиены и эпидемиологии

- Принятие ответственных решений, затрагивающих судьбы тысяч людей.
- Обоснование своих действий, формирование общественного и официального мнения о необходимости исполнения данных рекомендаций.

- Налаживание деловых отношений с должностными лицами.
- Способность давать квалифицированные рекомендации и оказывать помощь лицам с отклонениями в состоянии здоровья, связанными с действием факторов окружающей среды.

- Врачи-эпидемиологи часто применяют меры принудительного характера: вакцинация, госпитализация, дезинфекция, карантин.

3. Этические аспекты семейной медицины

- Активное участие врача в принятии решения, лечении и реабилитации больного.

- Поддержка врача, его ободрение и сочувствие.
- Врач должен быть выше и мудрее пациента.
- Врач сотрудничает не только с больным, но и со всей семьей.

4. Морально-этические проблемы СПИДа

- СПИД является заболеванием с чрезвычайно высокой смертностью.
- Этиология СПИДа в большинстве случаев связана с интимной стороной жизни людей, со злоупотреблением наркотиками.

- Естественный страх человека перед неизлечимой болезнью часто становится источником неадекватного поведения многих людей в отношении СПИДа, что порождает феномен массового сознания – «СПИДОфобию».

- Высокая стоимость лечения ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом в сочетании с неуклонным ростом числа лиц, нуждающихся в лечении, побуждает к спорам на темы социальной справедливости, оптимального распределения ресурсов здравоохранения, которые всегда ограничены.

- Важнейшие вопросы медицинской этики (сохранение врачебной тайны, предупреждение дискриминации, право больного на достойную смерть) требуют конкретизации.

5. «СПИДофобия»

«Спидофобия» – социально-психологический феномен, связанный с реакцией большинства людей на слово «СПИД».

Страх перед заражением, перед умиранием, смертью, бессилием медицины и общества в целом, которые неспособны, по распространённому мнению, противопоставить СПИДу что-либо действенное. Одним из таких проявлений является бессознательное стремление людей «забыть» об угрозе, отвернуться от неё. Это проявляется как в безответственном поведении в отношении инфицирования, так и в недооценке проблемы.

6. Тестирование ВИЧ в контексте автономии пациента

- Добровольное тестирование – пациент регистрируется под номером (при этом допускается указание информации о возрасте), но в документы не заносится ни фамилия, ни адрес.

- Обязательное тестирование проходят доноры, граждане, вернувшиеся из зарубежных командировок, иностранцы, группы риска, имевшие контакты с больными или носителями, желающие пройти освидетельствование.

7. СПИД как ятрогения

Понятие «ятрогения» означает возникновение психической травмы, нанесённой пациенту словом, поведением врача. К ятрогении относится также сообщение пациенту о положительном результате тестирования без предварительного консультирования врача.

8. Врачебная тайна при СПИДе

Грубейшим нарушением профессиональной медицинской этики является разглашение диагноза, результатов медицинского освидетельствования. Гражданину должна быть подтверждена конфиденциальность передаваемых им сведений. Допускается передача сведений о пациенте, составляющих врачебную тайну, без его согласия при угрозе распространения СПИДа.

9. Проблемы этики к различным онкологическим больным

- Учитывать психологию онкологического больного, не подлежащего противоопухолевому лечению, то есть с запущенным заболеванием.
- Учитывать психологию онкологического больного с клиническими проявлениями заболевания, подлежащего специальному противо-опухолевому лечению.
- Учитывать психологию онкологического больного без клинических проявлений злокачественной опухоли.

Тема занятия: Этико-юридические проблемы трансплантологии и медико-биологических экспериментов

Вид занятия: проблемный семинар

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА 1. «Тело доверено нам, и наша обязанность в отношении его состоит в том, чтобы человеческий дух, во-первых, дисциплинировал тело, а затем нес попечение о нем»(Кант)

Вопрос: человек – хранитель или распорядитель своего тела, по мнению философа?

ЗАДАЧА 2. В морге бюро СМЭ врачи изымали у трупов и продавали глазным клиникам, фирмам, производящим лекарственные препараты, глазные яблоки, гипофизы, иногда иные ткани.

Вопрос: законны ли действия врачей? Поясните

ЗАДАЧА 3. В ЦРБ от травм, полученных при дорожно-транспортном происшествии, скончался гр. А. Родственники покойного потребовали от главного врача ЦРБ запрещения вскрытия трупа. Однако судебно-медицинский эксперт против воли родственников покойного на основании полученного постановления следователя о назначении экспертизы стал вскрывать труп. Узнав об этом, родственники покойного ворвались в морг ЦРБ и силой воспрепятствовали вскрытию. Врач, вскрывший труп, вызвал в морг милицию и написал заявление о привлечении виновных в дезорганизации работы государственного учреждения к административной ответственности.

Вопрос: нарушены ли были права родственников покойного? Поясните.

ЗАДАЧА 4. Женщина, 40 лет, скончалась в результате несчастного случая. Следует ли спрашивать разрешения семьи на забор роговицы для пересадки?

Вопрос: как регламентирует отечественное законодательство эту ситуацию? Поясните ответ.

ЗАДАЧА 5. Для спасения жизни 7-летнего мальчика нужна была почка ребенка или недоношенного младенца. Родители по договору с врачом зачали ребенка-донора, устроили преждевременные роды и у недоношенного плода изъяли почки. Плод погиб, но мальчик был спасен. (Малеина М.Н., 1995)

Вопрос: нарушено ли право плода на жизнь?

ЗАДАЧА 6. «Животное всего лишь средство для определенной цели. Эта цель – человек». (Кант.)

Вопрос: если животные лишь средство, то можно ли говорить об этическом отношении к ним, скажем в лабораторном эксперименте?

ЗАДАЧА 7. «Организмы животных и человека все-таки слишком различны, и безошибочно заключать от первых ко вторым нельзя». (Вересаев В.В.)

Вопрос: о чем предупреждает В.В.Вересаев?

ЗАДАЧА 8. «Но для того, чтобы одновременно удовлетворить и соображения пользы и требования гуманности, нет необходимости совершенно отказываться от вивисекций или надеяться на случайные наблюдения хирургов,...ибо подобные наблюдения можно с успехом проводить на операциях с живыми животными». (Бэкон Ф.)

Вопрос: по вашему мнению, Ф.Бэкон сторонник или противник вивисекции?

задача	ответ
1	В этих словах Канта человек выступает хранителем и попечителем своего тела. Немецкий философ четко выразил свою этическую (ригоризм) и религиозную (протестантизм) позицию относительно проблемы «человек и его тело».
2	В соответствии с федеральным законом «О трансплантации органов и (или) тканей»(1992) изъятие органов, тканей умершего человека допускается, если на момент изъятия не поступил запрет со стороны близких умершего или по его прижизненному завещанию. Значит, действия врачей в этой части закона не противоречат законодательству. Однако, статья 1 –я закона гласит: «органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли-продажи. Купля – продажа и даже реклама этих действий влекут уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации» В этой части закона действия врачей противоправны.
3	Действия судебно-медицинского эксперта вполне законны. Он производил вскрытие трупа на основании полученного постановления следователя.
4	Нет, не следует. В законе «О трансплантации...» (ст.8) говорится, что изъятие органов (тканей) у трупа не допускается, если учреждение здравоохранения на момент изъятия поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо, либо его близкие родственники или законный представитель, заявили и своей несогласии на изъятие его органов и (или) тканей после смерти для трансплантации реципиенту. В данном случае запрета не было.
5	С точки зрения консервативной позиции по вопросу о личностном

	статусе эмбриона\плода было нарушено право на жизнь, а действия врачей квалифицируются как убийство. Либеральная позиция, она представлена в отечественном законодательстве, решение этих вопросов предоставляет родителям. В этом случае вообще не идет речь о праве эмбриона \плода на жизнь.
6	Да. Этические нормы, регламентирующие отношение исследователей к испытываемым животным, представлены в ряде международных этических документах. Хельсинкская декларация (1989) требует от экспериментаторов заботиться о благополучии животных, используемых для исследований. «Международные руководящие принципы проведения биомедицинских исследований с участием животных» (1984) требуют от исследователей лабораторных экспериментов использовать животных в «минимально необходимом для получения научно обоснованных результатов количестве», осуществлять «надлежащую заботу о животных», минимизировать неудобство, страдания и боли; причиняемая боль «должна сопровождаться необходимыми седативными, анальгетическими или анестезическими мерами». Животные, которые будут страдать от неустраняемых тяжелых или хронических болей, или окажутся искалеченными, должны быть безболезненно умерщвлены.
7	В.В.Вересаев предупреждал о том, что прямо переносить результаты лабораторных исследований на клинические, и тем более, применять для лечения человека недопустимо. Об этом напоминает судьба младенцев-уродцев, рожденных женщинами, принимавших в свое время талидомид, прошедший положительную апробацию на животных. Но, как позже выяснилось, нашелся зверек в Новой Зеландии, на котором испытание талидомида дало отрицательный результат. Близость организмов животных и человека не означает их физиологической и биохимической тождественности.
8	Сторонник вивисекции. Ибо, по мнению, английского философа Ф.Бэкона, признание вивисекции может «удовлетворить и соображения пользы и требования гуманности».

ПРИМЕРНЫЕ ВОПРОСЫ К ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМУ ЗАЧЁТУ

1. Биоэтика и медицинская этика.
2. Предмет биоэтики. Основные проблемы биоэтики.
3. Основные этические принципы отношений в профессиональных медицинских ассоциациях.
4. Основные этико-правовые документы, регламентирующие деятельность врача.
5. Права и моральные обязательства врача.
6. Права пациентов в отношениях с медперсоналом, по вопросам информирования о диагнозе, лечении, профилактике и последствиях заболевания.
7. Исторические и логические модели биомедицинской этики.
8. Модель Гиппократ и принцип «не навреди».
9. Модель Парацельса и принцип «делай добро».
10. Деонтологическая модель и принцип «выполний долг».

11. Современная биоэтика и принцип «уважения прав и достоинства»
12. Типы этических теорий в истории культуры: консервативные и либеральные
13. Либеральная «этика», аморализм («сверхчеловек», эгоцентризм и пр.).
14. Утилитарная и прагматическая этика.
15. Биоэтический анализ проблемы конца жизни человека.
16. Биоэтический анализ проблемы начала жизни человека.
17. Модель Гиппократов и современность.
18. Модель Парацельса и современность.
19. Деонтологическая модель в современной медицине.
20. Биоэтический принцип уважения прав пациента в современной медицине.
22. Научно-технический прогресс в медицине и проблемы биоэтики
23. Долг врача и права пациента: проблема отношений.
24. Морально-правовые основы клинических испытаний. Этика отношений к подопытным существам.
25. Биоэтические проблемы геронтологии (омоложения и долгожительства).
26. Биоэтические аспекты здорового образа жизни (ЗОЖ).
27. Проблема здоровья и болезни, нормы и патологии в аспекте биоэтики.
28. Биоэтические аспекты работы с ВИЧ-инфицированными, больными СПИДом.
29. Биоэтические аспекты работы с онкологическими.
30. Биоэтические проблемы психиатрии.
31. Гомотрансплантация, аллотрансплантация, ксенотрансплантация и биоэтика.
32. Проблема трансплантации органов и тканей: морально-правовые аспекты.
33. Проблема естественного и искусственного в жизни человека. Человек естественный, «клон», «протез», «киборг» – границы замены естественного и искусственным.
34. Клонирование: технологии и биоэтика. Естественное и искусственное в манипуляциях с организмом.
35. Эвтаназия с морально-правовых позиций
36. Эвтаназия как «легкая смерть» с помощью врача.
37. Цивилизационные типы отношения к смерти и БЭ.
38. Аборт с позиций биоэтики.
39. Суррогатное материнство как биоэтическая проблема.
40. Биоэтические проблемы использования абортного материала.
41. Эвтаназия: биоэтический аспект.
42. Биоэтические проблемы ЭКО.
43. Биоэтические проблемы новых репродуктивных технологий.
44. Биоэтические проблемы клонирования клеток, тканей, органов.
45. Биоэтические проблемы клонирования организмов.
46. Биоэтическая проблема вмешательства в физическую целостность человека.
47. Биоэтические аспекты медицинских исследований.
48. Взаимосвязь биоэтики и профессиональной медицинской этики.
49. Морально-правовые основы отношений медицинских работников.

Итоговый контроль знаний

Вариант 1

Выбрать один правильный ответ

1. Этика – это:

- 1) форма общественного сознания
- 2) наука о морали и нравственности
- 3) область знания, изучающая все добродетели
- 4) практическое воплощение моральных положений

2. В гиппократовской модели отношений «врач-больной» основным является принцип:

- 1) Не навреди
- 2) не убий
- 3) соблюдай права пациента
- 4) врачебная тайна

3. Понятие «биоэтика» сформулировал:

- 1) Гиппократ
- 2) Поттер
- 3) Парацельс
- 4) Пинель.

4. Медицинская помощь, обеспечивающая умирающим пациентам обезбоживание, достойный уход и максимальный контроль последних месяцев их жизни в специальных медицинских учреждениях или на дому - это:

- 1) паллиативная помощь
- 2) патернализм
- 3) хоспис
- 4) инкурабельность

5. Совесть - это:

- 1) невроз
- 2) действия, соответствующие желанию
- 3) психоэмоциональная реакция человека, вызванная самооценкой своего поведения, действий через призму добра и зла
- 4) все вышеперечисленное

6. В медицинской практике принцип автономии личности пациента сводится к следующим аспектам:

- 1) уважение личности пациента, возможность самостоятельного выбора пациентом решения из альтернативных вариантов
- 2) главным и единственным человеком, принимающим решения, является врач
- 3) право принимать решения предоставляется родственникам
- 4) могут быть разумные компромиссы

7. Аргументом сторонников либеральной позиции по отношению к аборту является:

- 1) жизнь человека начинается с момента зачатия, поэтому аборт на любом сроке беременности есть убийство
- 2) осложнение здоровья у женщин и детей, родившихся после аборта
- 3) у современной женщины должен быть выбор средств регулирования рождаемости, она имеет право на легальный аборт
- 4) в результате аборта женщина может умереть

8. Евгеника – это...

- 1) целенаправленное создание новых комбинаций генетического материала
- 2) разработка методов социального контроля за улучшением физических и интеллектуальных расовых качеств людей
- 3) точное воспроизведение того или иного живого объекта в каком-то количестве копий
- 4) ничего из вышеперечисленного выше

9. Медицинский эксперимент – это:

- 1) опыты над животными
- 2) обследование больного в целях науки
- 3) испытание на больном различных лекарственных средств
- 4) все вышеперечисленное

10. Традиционным критерием смерти является:

- 1) гибель всего головного мозга;
- 2) остановка дыхания и сердцебиения;

- 3) отсутствие сознания. 4) потеря крови.

11. Применение эвтаназии в нашей стране:

- 1) разрешено;
2) запрещено;
3) ничем не регулируется;
4) регулируется морально-религиозными взглядами людей на эту проблему.

12. Основными отличительными признаками профессиональной этики врача являются:

- 1) Осознанный выбор моральных принципов и правил поведения
2) Уголовная ответственность за несоблюдение моральных этических норм
3) Необходимость подчинять личные интересы корпоративным
4) Приоритет интересов медицинской науки над интересами конкретного лица.

13. Медицину и этику объединяет:

- 1) Методы исследования
2) Человек как предмет изучения
3) Овладение приемами преодоления конфликтов в человеческих взаимоотношениях
4) Стремление к знанию механизмов человеческого поведения и к управлению ими

14. Первая форма медицинской этики связана с именем:

- 1) Ф. Рабле 2) Гиппократ 3) Парацельса 4) Пиннеля

15. Правило информированного согласия относится:

- 1) К принципу уважения автономии личности
2) К принципу справедливости
3) К принципу «не навреди»

16. Моральное регулирование медицинской деятельности от правового отличается:

- 1) Свобода выбора действия 2) Произвольность мотива деятельности
3) Уголовная наказуемость 4) Социальное одобрение

17. Биомедицинская этика и медицинское право должны находиться в состоянии:

- 1) Медицинское право определяет корректность биомедицинской этики
2) Медицинское право – приоритетно
3) Должен быть выдержан приоритет медицинской этики
4) Биомедицинская этика – критерий корректности медицинского права

18. Ценность человеческой жизни определяется:

- 1) Социальным положением
2) Человеческая жизнь бесценна
3) Неповторимостью личности
4) Национальной принадлежностью

19. Основанием допустимости аборта в либеральной идеологии является:

- 1) Права ребёнка
2) Отрицание личностного статуса плода
3) Неприкосновенность частной жизни
4) Существование медицинской операции по искусственному прерыванию беременности

20. Вмешательство в геном человека может быть осуществлено в перечисленных целях, кроме:

- 1) Профилактических целей 2) Изменения генома половых клеток
3) Диагностических целей 4) Терапевтических целей

21. Генетическое тестирование производится:

- 1) Только в лечебных целях
2) В целях развития науки

- 3) В целях создания совершенного общества
- 4) С целью осуществления искусственного отбора населения

22. Принцип «не навреди» нарушается в трансплантологии относительно:

- 1) Донора
- 2) Реципиента
- 3) Врача
- 4) Родственников пациента

23. Предметом изучения этики является:

- 1) этикет
- 2) мораль и нравственность
- 3) общественные отношения
- 4) развитие обрядов, традиций социума

24. Составными компонентами информированного согласия являются:

- 1) информация об извлечении финансовой выгоды
- 2) предоставление объективной информации, возможность выбора при альтернативных предложениях
- 3) информация о несомненном приоритете пользы вмешательства по сравнению с возможным риском
- 4) согласование вопросов обследования и лечения с родственниками больного

25. К видам злоупотреблений в психиатрии относятся:

- 1) злоупотреблений, связанных с постановкой диагноза
- 2) злоупотреблений, связанных с применением под видом лечения психотропных средств в немедицинских целях
- 3) злоупотреблений психиатром своим служебным положением
- 4) все вышеперечисленное

Вариант 2

1. Традиционным критерием смерти является:

- 1) гибель всего головного мозга
- 2) остановка дыхания и сердцебиения
- 3) отсутствие сознания
- 4) потеря крови

2. Мораль регулирует поведение человека в обществе на основе:

- 1) содержания юридических документов (законов)
- 2) подзаконных актов
- 3) через экономические интересы
- 4) административное принуждение

3. Добровольное вынашивание (как правило, за вознаграждение) женщинами плодов, полученных после оплодотворения донорских яйцеклеток и перенесенных в матку реципиента – это:

- 1) суррогатное материнство
- 2) внебрачное зачатие
- 3) ЭКО
- 4) In vitro

4. Консервативное отношение к контрацепции определяется:

- 1) признанием контрацепции средством деформации семейных отношений
- 2) признанием права государства или международных организаций по социально-политическому контролю над рождаемостью в стране
- 3) утверждением права женщины
- 4) поддержкой рационального планирования численности своей семьи

5. Основной принцип «врачебной этики» Парацельса:

- 1) делай добро
- 2) не лжесвидетельствуй
- 3) не укради
- 4) «знание – сила».

6. Пассивная эвтаназия – это:

- 1) интенсивное лечение больного
- 2) прекращение жизни больного с помощью врача

- 3) ускорение смерти из-за отказа от активных мер продления жизни
- 4) успокоение больного

7. В какой модели врачебной этики обозначены социальные гарантии и профессиональные обязательства медицинского сообщества:

- 1) модель деонтологии
- 2) модель биоэтики
- 3) модель Парацельса
- 4) модель Гиппократова

8. 6 законов по этике аборта определяют, что плод становится человеком с момента:

- 1) зачатия
- 2) фиксации электрофизиологической активности коры
- 3) рождения
- 4) все ответы неверны.

9. К форме социальной регуляции медицинской деятельности НЕ относится:

- 1) этика
- 2) мораль
- 3) право
- 4) искусство

10. «Конвенция о правах человека и биомедицине» (1997 г.) при использовании достижений биологии и медицины обязуется защищать и гарантировать все, кроме:

- 1) уважения достоинства человека
- 2) уважение целостности и неприкосновенности личности
- 3) соблюдение прав человека и основных свобод
- 4) обеспечения экономической выгоды и материального интереса

11. При проведении любого вмешательства в сферу здоровья, включая вмешательство с исследовательскими целями должно соблюдаться все, кроме:

- 1) законы РФ
- 2) международное законодательство
- 3) профессиональные биомедицинские этические стандарты
- 4) экономические интересы исследователя

12. Юридической санкцией для врача, производящего искусственное прерывание беременности по желанию женщины, является:

- 1) желание женщины
- 2) «Об основах охраны здоровья граждан РФ»
- 3) Этическая Декларация о медицинских абортах ВМА (1983г..
- 4) моральное право на отказ от производства аборта

13. Недопустимость эвтаназии с позиций нравственной антропологии христианства связана с:

- 1) нарушением заповеди «не убий»
- 2) спасительностью страданий
- 3) возможностью приобщения человека к опыту воскресения
- 4) все перечисленное

14. Активная эвтаназия отличается от пассивной:

- 1) отсутствием согласия или просьбы пациента о лишении жизни
- 2) приоритетностью решения врача перед решением пациента о прекращении жизни пациента
- 3) активным, деятельным, вмешательством врача в процесс прекращения жизни по просьбе пациента
- 4) умысленным или преднамеренным лишением жизни человека

15. Этичность изъятия органов от мертвого донора предполагает:

- 1) отсутствие моральных и законодательных ограничений
- 2) условие высказанного при жизни и юридически оформленного согласия донора
- 3) условие отсутствия высказанных донором при жизни возражений против забора органов у его трупа
- 4) условие согласия родственников

16. Изъятие органов и тканей от мертвого донора осуществляется в Российской Федерации:

- 1) беспрепятственно в интересах науки и общества
- 2) согласно принципу «презумпция несогласия»
- 3) согласно принципу «презумпция согласия»
- 4) в соответствии с морально-религиозными ценностями

17. В России трансплантация может проводиться без согласия донора, если донор:

- 1) особо опасный преступник, осужденный на пожизненное заключение
- 2) гражданин иностранного государства
- 3) психически неполноценный
- 4) донор — умерший человек, причем ни он, ни его родственники не протестовали против использования его органов

18. Врачу следует информировать пациента о форме медицинского вмешательства во всех случаях, кроме тех, когда:

- 1) пациент либо несовершеннолетний, либо умственно отсталый, либо его заболевание «блокирует» сознание
- 2) это решение определяется финансовой выгодой
- 3) пациент не обладает медицинским образованием, позволяющим уяснить всю сложность заболевания
- 4) во всех перечисленных случаях

19. Уважение частной жизни человека со стороны лечащего врача предполагает:

- 1) сохранение тайны о состоянии его здоровья
- 2) соблюдение его избирательного права
- 3) передача сведений о характере заболеваний пациента его работодателям
- 4) информирование о состоянии здоровья пациента членов его семьи по их просьбе

20. К юридическому виду ответственности медицинских работников не относят:

- 1) дисциплинарную
- 2) административную
- 3) гражданскую
- 4) моральную

21. Преступление против жизни и здоровья – ответственность медицинских работников:

- 1) дисциплинарная
- 2) административная
- 3) гражданская
- 4) уголовная

22. Пациент, требующий постоянного внимания со стороны окружающих:

- 1) тревожный
- 2) депрессивный
- 3) демонстративный
- 4) подозрительный

23. Эгогения – влияние:

- 1) пациента на самого себя
- 2) пациентов друг на друга
- 3) пациента на своих родственников
- 4) медсестры на пациентов

24. Неразглашение сведений о пациенте:

- 1) эмпатия
- 2) медицинская тайна
- 3) соррогения
- 4) эргогения

25. Способность чувствовать эмоциональное состояние другого человека:

- 1) сочувствие
- 2) внимание
- 3) понимание
- 4) эмпатия

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Вариант 1		Вариант 2	
тест	ответ	тест	ответ
1	2	1	2
2	1	2	1
3	2	3	1
4	1	4	1
5	3	5	1
6	1	6	3
7	3	7	1
8	2	8	1
9	4	9	4
10	2	10	4
11	2	11	4
12	1	12	2
13	2	13	4
14	2	14	3
15	1	15	2
16	1	16	3
17	4	17	4
18	2	18	1
19	2	19	1
20	2	20	4
21	1	21	4
22	1	22	1
23	2	23	1
24	2	24	2
25	4	25	4

4. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ

Вспомогательный раздел УМК содержит все необходимые элементы учебно-программной документации. Также этот раздел содержит:

1) Ссылки на видео

– «Добро и зло» – главные понятия этики https://youtu.be/1_dBwZaQ8qQ

– Биоэтика как наука <https://teach-in.ru/lecture/2020-03-02-Brizgalina> (открытые лекции МГУ)

– История биоэтики <https://teach-in.ru/lecture/2020-03-03-Brizgalina>

(открытые лекции МГУ)

– Принципы биоэтики <https://teach-in.ru/lecture/2020-07-07-Brizgalina-1>

(открытые лекции МГУ)

– Право выбора <https://youtu.be/jmm0-2h23gU>

https://vk.com/video-162918645_456243556

– Эвтаназия. Право на смерть <https://youtu.be/pc75B3VG9v4>

2) Презентации:

– Основные понятия Этики как науки

– Мораль и нравственность

– Профессиональная этика

– Этика взаимоотношений медицинского работника и пациента

– Этические проблемы отдельных медицинских областей

3) Интерактивное тестирование в Googl-формах

Промежуточный контроль

– Предмет и основные этапы истории биомедицинской этики
<https://docs.google.com/forms/d/1rZZq2-pd1n-4UDf32DCRw0-WAPUMoU-i-NIYE16HKC0/edit>

– Этика взаимоотношений медицинского работника и пациента
<https://docs.google.com/forms/d/1le-n-WEuQciSZdFOvGACuErjm3wlqzkEowpH8xsqrJc/edit>

– Морально-этические проблемы отдельных медицинских областей
<https://docs.google.com/forms/d/1RYVr63NyJAyd88tRYa0WxppZvZvS8QPRlcLP9Jnbu1A/edit#settings>

Итоговый контроль

<https://docs.google.com/forms/d/16x-6N1zFZUmc3L5X6draNnC34evtNgR7X7dFrKnfJho/edit#settings>