

УДК 17.022.1

Чумак А. Л.

МОРАЛЬНА РЕГУЛЯЦІЯ У СФЕРІ МЕДИЦИНИ: ВІД КЛЯТВИ ГІППОКРАТА ДО СУЧАСНИХ ЕТИЧНИХ ДОКУМЕНТІВ

В работе рассматривается эволюция становления исторических форм моральной регуляции в сфере медицины. Речь идет о традиционной и современной концепциях медицинской морали. Традиционная (патерналистская) модель представлена в Клятве Гиппократов, а современная (контракторная) модель выражена в профессионально-этических кодексах международного и национального характера.

Ключевые слова: моральная регуляция, этический кодекс, сфера медицины, патерналистская модель, конвенциональная модель, этический комитет.

The work is devoted to the analysis of the genesis and transformation of the substance of moral regulation in the sphere of medicine. The traditional form of moral regulation is determined as paternalistic; the contemporary one is called as conventional. It is argued that the nature of moral codes and sociocultural reality are deeply connected.

Keywords: moral regulation, ethical code, sphere of medicine, traditional model, contemporary model, ethical committee.

Формулювання проблеми. Правила професійно-етичної деонтології завжди були й залишаються керівним началом для всієї корпоративної спільноти медичних працівників. Поле діяльності професійного медичного співтовариства завжди асоціювалося з поняттям обов'язку, великою відповідальністю за життя людини, її здоров'я і поставало об'єктом пильної уваги громадськості. Глибокі трансформаційні зрушення, спричинені непомірним науково-технічним прогресом, усвідомлення цінності людського життя та ролі моральності у сфері міжлюдських відносин вимагають створення відповідних життєдайних правил та принципів морально-належного, котрі спроможні регулювати професійну діяльність медичних працівників.

Ступінь розробленості проблеми. Дослідження нормативної регуляції у сфері медицини має свою історію. Питання природи та сутності ціннісно-нормативного базису медицини присвячені роботи таких дослідників, як А. Зільбер, А. Іванюшкін, А. Козлов, А. Смольняков, Є. Федоренко, А. Петровський, В. Покровський та ін. Безпосередній аналіз специфіки лікарської регуляції моральних норм є наскрізною темою філософсько-етичної рефлексії для С. Вековшиніної, А. Капто, В. Кулініченко, Т. Мишаткіної, Л. Пиріг, М. Попова.

Мета роботи полягає у виявленні характеру та форм нормативної регуляції поведінки в медицині в контексті сучасної соціокультурної реальності. Для реалізації зазначеної мети продуктивним стане звернення до витоків кодифікованої медичної моральності. При цьому як одне з основних завдань дослідження постає потреба порівняння засадничих принципів традиційного та сучасного професійно-етичного законодавства медичної діяльності.

Основна частина. Сучасна нормативно-ціннісна панорама медичної моральності представлена величезною кількістю нормативних документів – від національних (наприклад, Етичний кодекс українського лікаря, Кодекс деонтології (Франція), Етичний кодекс російського лікаря, Кодекс лікарської етики (Білорусія) та ін.) до міжнародних програм нормативно-належної поведінки (Декларація прав людини, Женевська декларація, Міжнародний кодекс медичної етики, Гельсінська декларація). В основі більшості вищезазначених нормативно-ціннісних програм, що приймаються лікарським співтовариством, покладена Клятва Гіппократа, відома приблизно 2400 років. Саме в ній вперше були сформульовані заповіді професійної поведінки щодо хворого. Окрім відомої «Клятви», важливе значення для лікарської етики мають такі роботи давньогрецького лікаря, як «Про лікаря», «Про гідну поведінку», «Повчання».

Внесок Гіппократа у розроблення етичних принципів лікарської етики, безумовно, є колосальним. Учений не лише увів невідомі раніше етичні категорії, але й вперше в історії медичної етики сформулював основні моральні норми лікарської діяльності, обґрунтував такі основоположні вимоги: «перш за все – не нашкодь»; «лікар – філософ, подібний до Бога»; «медицина – найблагородніше із мистецтв» тощо. Слід також зазначити, що саме Гіппократ тісно поєднав окремі правила із загальнолюдськими цінностями. Це дало йому можливість зробити медицину загальнодоступною, урівняти в правах вільних та рабів. «У який би дім я не увійшов, – писав учений, – я увійду туди на користь хворому, зрікаючись усього несправедливого та згубного... Гідно та справедливо буду проводити своє життя і своє мистецтво» [2, с. 52]. Характеристика «морального обличчя» лікаря у Гіппократа окреслена за допомогою наявності таких моральних якостей, як скромність, повага, рішучість, справедливість, почуття совісті, презирство до грошей тощо. Можна говорити, що такі якості не лише були еталонними для лікарів за часів Гіппократа, але й на них наголошують у своїх роботах багато сучасних дослідників лікарської моралі (А. Іванюшкін, А. Смольняков, Є. Федоренко, В. Покровський). Отже, основними положеннями гіппократівської медицини є такі: 1) «Non posege» (Не нашкодь!); 2) людське життя є безумовною цінністю; 3) лікар повинен поважати особисте життя пацієнтів, утримуватися від аморальних вчинків; 4) лікар завжди має керуватись положенням про професійну таємницю, поважати свою професію.

Однак сьогодні, на думку багатьох учених (Р. Вітч, Л. Пиріг, В. Кулініченко та ін.), один із найдавніших професійних кодексів, Клятва Гіппократа, вже не є загальноприйнятною та взірцевою доктриною лікарської практики. Вона стала жертвою агресивних зазіхань щодо питання цінності людського життя, здоров'я та гідності. Лікарський кодекс, побудований на традиціях давньогрецького мислителя, не відповідає особливостям соціокультурного розвитку сучасного суспільства.

Причинами таких змін чітко сформулював американський дослідник медичної етики Р. Вітч. По-перше, це корпоративний характер Гіппократової медицини, що визначений обмеженими рамками професійного «цеху». По-друге, професійні норми та правила поведінки Гіппократової етики засадничені ідеєю патерналізму, згідно з якою лікар виступає як неупереджений авторитет щодо пацієнта в особі «батька»,

наставника тощо. Третя характерна риса сучасної медицини полягає в тому, що непридатним для регуляції відносин «лікар – пацієнт» виявляється основоположний принцип традиційної лікарської моралі «Non nocere». Похідним від попереднього можна вважати ще один недолік Гіппократової етики для сучасної концепції медицини. Йдеться про відсутність достатньо обґрунтованих тверджень про принцип поваги автономії пацієнта, а отже, інтереси лікаря домінують над інтересами хворого. Р. Вітч пропонує чотири альтернативні моделі взаємовідносин «лікар – пацієнт»:

1. Модель технічного типу, у якій лікар поводить себе як безпристрасна особа, котра спирається на факти та уникає ціннісних суджень. Така практика є глибоко інструменталізованою і полишена гуманного виміру лікарської практики.

2. Модель сакрального типу, що, на відміну від першої концепції, перетворює лікаря на священика, який у свою чергу більше дбає про душу, ніж про тіло.

3. Модель колегіального типу передбачає, що в системі відносин «лікар – хворий» суб'єкти взаємовідносин є рівноправними колегами, котрі прагнуть взаємними зусиллями подолати хворобу.

4. Модель контракторного, чи договірного, типу базується на контракті чи угоді (в угоду вкладено не юридичний зміст). У контексті таких відносин, побудованих на принципі «інформованої згоди» пацієнта, лікар обізнаний, що у випадку значущого вибору саме пацієнт має право керувати власним життям [цит. за: 8, с. 135].

Аналіз кодексів медичної етики міжнародного характеру (Женевська декларація, Міжнародний кодекс медичної етики, Гельсінська декларація) свідчить про трансформацію їхнього змісту. Це виявляється в тому, що сутнісної зміни набувають взаємовідносини, які підлягають моральній регуляції. Так, якщо Женевська декларація (1948) досить сильно у визначенні нормативного базису професії лікаря спирається на Клятву Гіппократа, є її «осучасненим варіантом», то Міжнародний кодекс медичної етики (1949) більш конкретно намагається інтерпретувати норми професійної медичної моралі. У його межах можна виокремити два найважливіші положення: 1) завжди підтримувати найвищий рівень професійної підготовки; 2) лікар повинен займатися своєю справою, не керуючись мотивом отримання винагороди [12, с. 9–10]. Поряд із «загальними обов'язками лікаря» акцентується увага на обов'язках лікаря стосовно хворого, а також відносинах лікарів один з одним.

Загалом, сьогодні поряд із хворими, лікарями-колегами під пильну увагу експертної оцінки потрапляють стосунки з медичним персоналом та суспільством загалом. У якісно новий спосіб відбувається формулювання етичних стандартів поведінки лікаря. Наприклад, їх не можна вже визначити однозначно як просто «допомагати та не нашкодити». Натомість, лікар має поважати права пацієнта, колег, іншого медичного персоналу. Йому слід завжди пам'ятати про обов'язок зберігати людське життя. В межах постмодерної епохи з її управлінсько-організаційним характером етичного знання гарний лікар є таким керівником, який у своїй професійній діяльності керується моральними, науковими, організаційними чинниками відповідно до об'єктивних показників.

Наріжним каменем етичних документів, якими керуються у своїй діяльності

професійні асоціації лікарів усього світу, є положення про кінець патерналістичної парадигми мислення в медицині і перехід на засади автономії та інформованої згоди пацієнта. Модель автономних взаємовідносин утворює виключне право пацієнта на отримання відповідної інформації щодо стану його здоров'я, про можливі методи лікування, про можливість ризику. В другій моделі взаємовідносини лікаря та пацієнта можна охарактеризувати як рівноправно-партнерські, коли рішення приймають з урахуванням думок обох сторін: лікар і хворий виступають як рівноправні партнери. Більш ґрунтовна етика діалогу в поєднанні із принципами «інформованої згоди», «компетентності», «доброї волі», «автономії» витісняє традиційні патерналістичні стосунки в системі «лікар – хворий». Необхідною умовою інформованої згоди дослідники також називають принцип «компетентності», адже автономна особистість – це перш за все компетентна особа.

Сутність автономної моделі яскраво виражена в Міжнародному кодексі медичної етики (Лондон, 1949; Сідней, 1968; Венеція, 1983): «Лікар повинен поважати права пацієнта, колег, іншого медичного персоналу, бути чесним та щирим у спілкуванні з ними. Йому слід бути обережним, розповсюджуючи нові неперевірені відкриття» [12, с. 9]. В українському Кодексі лікарської етики це відображено у таких вимогах, як, наприклад, обов'язок лікаря поважати право кожної людини вільно обирати лікаря. Також робиться наголос на необхідності надання пацієнту вичерпної інформації, необхідної для надання медичної допомоги. Всі ці вимоги окреслено в межах договірної моделі, що узасадничена повагою людської гідності та унікальності кожної особистості. Антипатерналістські тенденції зумовлені впливом низки матеріальних факторів. Зокрема, розвиток сучасної медицини призвів до того, що вона постала складною системою, у якій взаємовідносини лікаря та пацієнта набули безособової форми. Більше того, значно збільшилась кількість захворювань, спричинених медичним втручанням протягом самого процесу лікування, що, у свою чергу, похитнуло досі незмінний міф про всемудрість постаті лікаря.

Сутнісною рисою ціннісної орієнтації вченого-медика та лікаря-практика за сучасних умов стає зростання його широкої загальнокультурної освіченості й вихованості, які ґрунтуються на загальнолюдських цінностях. Про це свідчать дослідження не лише зарубіжних, але й українських учених. На зміну вузькій дисциплінарній підготовці медика все рішучіше і переконливіше приходить усвідомлення цінності комплексної, інтегральної підготовки спеціалістів профілю, яка органічно включає також цінності соціогуманітарного знання. «Сучасна медицина, – зазначає В. Кулініченко, – є складною соціальною системою, що має право з трансісторичними та транскультурними явищами людського життя (здоров'я, життя, народження, смерть, хвороба, виживання людини)» [11, с. 156]. «Необхідно всіляко викоринювати із лікарської практики залишки і релікти вузького сцієнтизму, суто природничого підходу до людини або ж схиляння перед апаратурно-технічними методиками досліджування замість використання досвіду клінічного мислення, інтегрального за своєю суттю...» [13, с. 238]. Отже, можна стверджувати, що сучасний підхід до здоров'я людини не може обминути визначення поняття «здоров'я», яке включає не лише відсутність хвороб та фізичних вад, але й стан

повного фізичного та духовного благополуччя.

Сучасний рівень досліджень у медицині, на думку багатьох учених, не обмежується вивченням окремого явища, а передбачає комплексний підхід до хвороби як внутрішньо динамічної системи. Особливо важливим тому є вивчення всіх властивостей живого організму, розуміння цінності здоров'я є невід'ємним від визнання цінності самого життя. При цьому важливу роль відіграє аспект лікарської практики – відносини «по горизонталі». Визнається, що ефективність лікарської діяльності можлива лише в межах корпоративної організації діяльності. Через це колектив сучасної лікарської установи має становити єдиний організм, що виконує свою місію – піклування про здоров'я та життя хворих. Цим пояснюється моральний обов'язок колег-лікарів приходити на допомогу один одному.

Надзвичайно важливим у межах сучасного соціокультурного виміру виявляється призначення та безпосередньо механізм моральної регуляції у сфері медицини. Вважають, що шлях «етичної інтеріоризації» у медиків стає можливим завдяки наявності відповідних етичних документів. Так, наприклад, український варіант витлумачення медичної деонтології «покликаний систематизувати моральні орієнтири невідкладної, планової, превентивної та інших видів професійної діяльності лікаря, а також закріпити єдину систему критеріїв оцінки етичних засад його фахової поведінки та діяльності» [4, с. 3]. Аналізуючи деонтологічний кодекс медичного працівника Білорусії, Т. В. Мишаткіна дійшла висновку, що саме «знання основних положень Кодексу та постійне звертання до нього сприятиме формуванню у свідомості лікарів певних стійких деонтологічних стереотипів, тобто забезпечить деонтологічну моральність лікаря» [8, с. 167]. Отже, не даремно ще Гіппократ порівнював лікарську професію зі своєрідною мудрістю, «природою людини», її призначенням та баченням себе в соціальній спільності.

Для поглиблення теоретичного підґрунтя лікарської моралі, зміцнення її зв'язку з практичною діяльністю величезне значення мають своєрідні «санкції» за недотримання / порушення положень нормативних документів. Форму цих санкцій сьогодні визначає спеціально створені Статути лікарських асоціацій (товариств, спілок), що приймають відповідний документ. У деяких випадках у ролі «морального судді» активно виступає думка громадськості. Показовим є наявність корпоративних санкцій у зарубіжній практиці. Звернувшись до французького Кодексу деонтології (1995), ми натрапляємо на такі дисциплінарні заходи: 1) попередження; 2) винесення догани; 3) тимчасове відсторонення від практики (на термін від трьох до п'яти років); 4) виключення із асоціації назавжди [9, с. 36–37]. У Кодексі лікарської етики Республіки Білорусь (1998) узагалі не йдеться про випадки нормативно-професійних конфліктів та відповідальність лікарської корпорації, але присутнє «положення про комісії з етики, які затверджуються Міністерством охорони здоров'я Республіки Білорусь та Радою Білоруської асоціації лікарів» [8, с. 256].

Міжнародне товариство виробило ефективну та функціональну систему суспільного контролю за дотриманням прав та інтересів пацієнта – комітети, що є ефективним засобом регулювання соціальних відносин у сфері науково-дослідної діяльності та практичної медицини. Основу діяльності таких комітетів становить

повага до життя, гідності людини та її прав. Слід зазначити, що історично першим документом, у якому було обґрунтовано необхідність створення етичних комітетів, стала «Гельсінська декларація», прийнята Генеральною Асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації (ВМА). Саме в ній вперше йдеться про необхідність створення «спеціального комітету», головна мета якого – захист прав та гідності, а також фізичного та психічного здоров'я суб'єктів досліджень [12, с. 14]. Вважають, що створення та функціонування таких комітетів є гарантом захисту прав, свобод та безпеки людини як суб'єкта медичних наукових пошуків та безпосередньої лікарської практики.

Для України етичні комітети є якісно новим механізмом захисту прав та гідності людини як учасника дослідження чи пацієнта. Комітети є ефективним засобом регулювання соціальних відносин у сфері науково-дослідної діяльності та практичної медицини. В Україні у 2000 році згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я № 281 від 01.11.2000 р. «Про затвердження Інструкції щодо проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань та Типового положення про комісію з питань етики» був розпочатий процес формування етичних комітетів на базі установ охорони здоров'я [5, с. 17]. Такі комітети покликані виконувати роль гаранта, компетентного експерта, радника між державними механізмами влади, науковим співтовариством та громадськістю у вирішенні важливих проблем здоров'я та життя, щоб суспільна думка втілилась в публічній сфері і стала спільною справою кожного.

Висновки. Дослідження еволюції становлення моральної регуляції у сфері медицини дає всі підстави твердити, що історично перший варіант нормативно-належного виражений у Клятві Гіппократа, у якій містяться загальнолюдські цінності гуманізму та моральнісні основи лікарської діяльності патерналістського характеру. У свою чергу, сучасні умови соціокультурного буття вимагають нового змісту «лікарського коду моральності», у межах якого нормативно-етичні основи лікарської діяльності мають контракторний характер, своєрідний механізм регуляції поведінки тощо. Якісна трансформація системи охорони здоров'я неможлива без відповідних світоглядних, теоретичних та етичних засад професійної діяльності, що виражаються в нормативних документах міжнародного та національного характерів.

Література:

1. Биомедицинская этика / под ред. В. И. Покровского. – М. : Медицина, 1997. – 224 с.
2. Гиппократ. Этика и общая медицина. Письма / Гиппократ. – М. : Мир книги, 2007. – 336 с.
3. Деонтология в медицине : в 2 т. / под ред. Б. В. Петровского. – Т. 1. – М. : Медицина, 1988. – 347 с.
4. Етичний кодекс українського лікаря: Проект / О. Насінник, Л. Пиріг, С. Вєковшиніна, В. Кулініченко. – К. : Сфера, 2002. – 24 с.
5. Етичні комітети: сьогодення та майбутнє / за ред. С. В. Вєковшиніної, В. Л. Кулініченка. – К. : Сфера, 2004. – 136 с.
6. Ивановшкин А. Я. Профессиональная этика в медицине / А. Я. Ивановшкин. – М. : Медицина, 1990. – 222 с.
7. Капто А. С. Профессиональная этика / А. С. Капто. – М. ; Ростов н/Д : Изд-во СКАГС, 2006. – 800 с.
8. Кодекс врачебной этики Республики Беларусь // Биомедицинская этика : учеб. пос. / Т. В. Мишаткина, Э. А. Фонова, С. Д. Денисов и др. – Мн. : Тетра Системс, 2003. – С. 253–256.
9. Кодекс медичної деонтології. – К. : Дух і Літера, 1998. – 164 с.

10. Козлов А. М. Гиппократ и морально-этические проблемы медицины : учеб. пос. / А. М. Козлов, И. И. Косарев. – М. : ММИ им. И. М. Сеченова, 1983. – 84 с.
11. Кулиниченко В. Л. Современная медицина: трансформация парадигм теории и практики: Философско-методологический анализ / В. Л. Кулиниченко. – К. : Центр практ. філософії, 2001. – 240 с.
12. Международный кодекс медицинской этики // Врачи, пациенты, общество. Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций. – К. : Сфера, 1997. – С. 9–10.
13. Попов М. В. Аксиологія і медицина. Проблема цінностей і медицина / М. В. Попов. – К. : ПАРАПАН, 2003. – 284 с.
14. Смольняков А. И. Врачебная этика / А. И. Смольняков, Е. Г. Федоренко. – К. : Здоровье, 1982. – 96 с.