

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Департамент здравоохранения Ивановской области
Ивановская областная общественная организация
медицинских сестер и средних медицинских работников

**Актуальные вопросы
этики и деонтологии в медицине
на современном этапе**

Иваново, 2014

Авторский коллектив:

Баклушин А.Е., Баклушина Е.К., Мишина И.Е., Лукина Л.Н., Копышева Е.Н.,
Нуженкова М.В., Бурсикова Д.В., Кудрина Т.В., Можяев А.В.

Рецензенты:

Бунин А.О. – доктор исторических наук, профессор, заведующий кафедрой гуманитарных наук ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России;

Ерофеев С.В. – доктор медицинских наук, профессор, начальник ГУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы департамента здравоохранения Ивановской области».

Актуальные вопросы этики и деонтологии в медицине на современном этапе: учебное пособие для системы высшего профессионального образования – Иваново, 2014. – 85с.

В пособии рассматриваются исторические и современные аспекты этики и деонтологии в профессиональной деятельности медицинских работников, отражены как общие проблемы, так и частные вопросы медицинской этики и деонтологии. Изложены вопросы этико-правового регулирования проведения биомедицинских исследований, деятельности этических комитетов.

Представлен опыт применения этических и деонтологических правил и норм в клинической практике и образовательном процессе. Приводятся основные документы международного, российского и локального этико-правового регулирования, врачебные клятвы.

Учебное пособие предназначено для системы высшего медицинского образования, направлено на формирование общекультурной и общепрофессиональной компетенций студентов, ординаторов, аспирантов.

СОДЕРЖАНИЕ

<u>ВВЕДЕНИЕ</u>	4
<u>ПОНЯТИЯ И ТЕРМИНОЛОГИЯ</u>	4
<u>МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА – ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ</u>	4
<u>МОДЕЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ</u>	5
<u>ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В МЕДИЦИНЕ</u>	6
<u>МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ</u>	7
<u>ДЕОНТОЛОГИЯ В ПЕДИАТРИИ</u>	10
<u>ОСНОВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ</u>	12
<u>Международный кодекс медицинской этики</u>	
<u>Женевская декларация Всемирной Медицинской Ассоциации</u>	
<u>Этический кодекс Российского врача</u>	
<u>Кодекс врачебной этики Российской Федерации</u>	
<u>Проект кодекса профессиональной этики врача Российской Федерации</u>	
<u>Этический кодекс медицинской сестры России</u>	
<u>Двенадцать принципов предоставления медицинской помощи в любой системе здравоохранения</u>	
<u>Этический кодекс врача клиники Академии</u>	
<u>МЕЖДУНАРОДНЫЕ ДОКУМЕНТЫ ПО ОТДЕЛЬНЫМ ЭТИЧЕСКИМ ПРОБЛЕМАМ</u>	37
<u>Положение о медицинской этике в условиях бедствий</u>	
<u>Заявление о пренебрежении родительским долгом и жестоким обращении с детьми</u>	
<u>Заявление о пособничестве врачей при самоубийствах</u>	
<u>Декларация о жестоким обращении с пожилыми людьми и стариками</u>	
<u>Заявление о самоубийствах подростков</u>	
<u>ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРАВОВЫХ И ЭТИЧЕСКИХ НОРМ В МЕДИЦИНЕ</u>	44
<u>ВРАЧЕБНЫЕ КЛЯТВЫ</u>	48
<u>РАЗЛИЧНЫЕ АСПЕКТЫ ЛИЧНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКОЙ И ДЕОНТОЛОГИЕЙ</u>	52
<u>ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БИМЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ С УЧАСТИЕМ ЧЕЛОВЕКА</u>	61
<u>Этико-правовое регулирование проведения биомедицинских исследований</u>	
<u>Основные этические правила и принципы проведения биомедицинских исследований</u>	
<u>Этическая экспертиза биомедицинских исследований</u>	
<u>Положение об этическом комитете ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России</u>	
<u>Положение о комитете по этике Ивановской областной общественной организации медицинских сестер и средних медицинских работников</u>	
<u>КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ</u>	83
<u>СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ</u>	84

ВВЕДЕНИЕ

Из самой природы медицинской профессии проистекает, что врачи и другие профессионалы в области здравоохранения в ходе оказания медицинской помощи должны выносить этические суждения. Несмотря на то, что сегодня пациенты всё больше и больше играют активную роль в принятии медицинского решения, традиционно во враче продолжают видеть менеджера болезни (то есть лицо, которое осуществляет эффективный контроль и компетентно управляет течением болезни) и ему доверяют решать как технические, так и этические вопросы. Особые этические обязательства врачей к пациентам и к обществу дают необходимый контекст для принятия медицинского этического решения.

Заботы об этической стороне медицинской помощи стали неотъемлемой частью медицины с самого её зарождения, однако биомедицинская этика появилась в качестве самостоятельной области академического и профессионального интереса в конце 1960-х - начале 1970-х годов. Медицинская этика обладала необыкновенной степенью непрерывности и постоянства со времён Гиппократов до середины двадцатого столетия. Современное научное, технологическое и социальное развитие вызвало быстрые изменения в биологических науках и в здравоохранении, среди которых следует отметить бурный рост новых технологий и процедур (например, трансплантация органов, технология рекомбинации ДНК), беспокойство общественности по поводу жестокого обращения о людьми (например, зверства нацистской медицины).

Эти изменения в биологических науках, здравоохранении и в обществе подвергли сомнению многие традиционные концепции моральных обязательств медиков и общества. В свете отмеченных обстоятельств перед нами встаёт неотложная задача очертить моральные рамки для определения наших обязательств по следам этих изменений. Учитывая историю моральных рефлексий в здравоохранении, мы будем придавать особое значение, тем не менее, развитию теории и ряда принципов для трактовки современных проблем, обсуждение которых едва ли обеспечивали даже наиболее величественные и древние виды медицинской этики.

ПОНЯТИЯ И ТЕРМИНОЛОГИЯ

Медицинская этика (лат. *ethica*, от греч. *ethice* – изучение нравственности, морали) - философская дисциплина, изучающая вопросы морали и нравственности, а также принципы поведения медицинских работников в процессе их профессиональной деятельности.

Медицинская деонтология (греч. *deon* – долг; термин «деонтология» широко использовался в отечественной литературе последних лет) - учение о должном поведении медицинских работников, способствующем созданию наиболее благоприятной обстановки для выздоровления больного.

МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА – ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Медицинская этика - одна из самых древних профессиональных этик. Разумеется, она появилась первоначально не как некоторая теоретическая наука, а как кодифицированная система ответственности врача, его обязанностей перед пациентом, правил его поведения. Ее возникновение почти совпадает с рождением самой медицины - уже в Древнем Вавилоне и в Индии в ведийскую эпоху, т. е. более 3000 лет назад, врачу надлежало придерживаться кодекса медицинской этики.

Всегда будь терпелив, внимателен, учтив,
Будь скромн, подчини дела железной логике ума,
Старайся исцеленье дать больному,
Не требуя ни жертв,
Ни блага для себя -

так говорилось в одном из древних индийских трактатов по медицине.

Медицинская этика получила развитие в 3 веке до н.э. в труде индийского народного эпоса «Аюрведа» («Книга жизни»), где отражались вопросы профессионального взаимоотношения врачей и отношений между врачом и пациентом.

Считается, что основные принципы медицинской этики сформулировал Гиппократ, в том числе и постулаты, входящие в сегодняшнее торжественное обещание студентов медиков при окончании вуза.

Филипп Ауреол Теофраст Бомбаст фон Гогенхейм (1493-1541) – реформатор медицины - сформулировал следующие принципы:

- врач должен постоянно думать о пациентах;
- врач не должен лгать, лицемерить, не должен быть легкомысленен;
- основа любого лечения – любовь.

В России первые упоминания о медицинской этике появляются во времена Петра I. Он впервые издал документ, регламентирующий врачебную деятельность.

В 19-20 вв. огромный вклад в развитие медицинской этики внес Анатолий Федорович Кони. В своем труде «К материалам о врачебной этике» он анализирует ряд и по сей день спорных вопросов медицинской этики, такие как нравственные обязанности врача по отношению к пациенту и его родственникам, ускорение смерти в безнадежных случаях и т.д. Обязанности врача он сформулировал следующие:

- уважение к науке;
- неприменение приемов с скоропроходящим эффектом;
- не делать выводов из неокончательно проверенных знаний;
- терпимость к пациенту.

В конце 19 века встала моральная медицинская дилемма: как относиться к пересадке органов, имеет ли врач право вылечить одного больного путем причинения вреда другому человеку. А.Ф. Кони впервые урегулировал этот вопрос. Он заявил, что договор между донором и реципиентом может быть не правомочным или аморальным, если донором является слабоумный или несовершеннолетний человек. Также он признал недопустимым оказывать влияние на донора посредством как силы, так и внушения, или обманывать его, не указывая на все недостатки операции. Только в этом случае врач может проводить операцию, причем его не должны интересовать мотивы согласия донора.

Таким образом, А.Ф. Кони составил основные требования к проведению пересадок органов, которые действуют и по сей день:

- донор должен быть здоров психически и физически;
- врач должен быть убежден, что операция не опасна для жизни донора и повреждения, нанесенные ему скоропроходящи;
- донор и реципиент должны владеть полной информацией, касающейся предстоящей им операции;
- донор и реципиент должны письменно заверить о согласии на операцию.

МОДЕЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

Развитие медицины и общества за последние две тысячи лет привело к изменениям в сфере медицинской этики. Повышенный интерес к вопросам медицинской этики, деонтологии, биоэтики, медицинского права в настоящее время связан, по мнению специалистов, с одной стороны, с прогрессом биологии и медицины и, с другой — с расширением прав человека.

Ученые выделяют в истории врачебного дела две модели медицинской этики: классическую, сложившуюся еще со времен Гиппократа, и современную.

Классическая модель включает четыре основных объекта моральной регуляции: врачебную тайну; прерывание беременности; эвтаназию; благо пациента.

Современная модель складывается в условиях, когда неизмеримо вырос технический уровень решения проблем, связанных со здоровьем и жизнью человека, когда ситуа-

ции, с которыми сталкивается врач, заметно усложнились, стали неповторимыми, заметно возрос риск ошибочного решения. Кроме того, значительно изменилось отношение общества и государства к проблемам медицины: фактически сегодня медицина стала крупнейшей отраслью по воспроизводству рабочей силы. К новым проблемам, возникшим в наши дни, относятся:

- трансплантация органов (с одной стороны, орган должен быть “живым”, если имеется в виду его приживление, а с другой — донор должен быть “мертвым”, прежде чем орган подвергнется удалению и встает, связанный с этим вопрос, о точном определении времени наступления смерти);
- искусственные внутренние органы;
- искусственное оплодотворение;
- влияние на генофонд;
- проблема справедливого распределения благ при реабилитации (“каждому по совести”, “каждому то же самое”, “каждому по заслугам”, “каждому либо минимум, либо ничего”, “каждому по потребностям”) и др.

С другой стороны по современным представлениям, медицинская этика включает в себя следующие аспекты:

- научный – раздел медицинской науки, изучающий этические и нравственные аспекты деятельности медицинских работников;
- практический – область медицинской практики, задачами которой являются формирование и применение этических норм и правил в профессиональной медицинской деятельности.

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В МЕДИЦИНЕ

Этические медицинские принципы направлены на защиту прав и интересов пациента, и, казалось бы, они должны быть абсолютно гуманны. Однако в реальной жизни все обстоит не так просто. Медики часто бывают поставлены в такую ситуацию, когда им приходится принимать решения противоречащие правилам медицинской этики. В таком случае врач пытается принять решение, которое причинит меньше зла.

Жизненных примеров очень много. Например, медицина в чрезвычайных ситуациях или военно-полевая медицинская помощь, когда осуществляется сортировка раненых. По правилам, все раненые делятся на три группы: легкие ранения, тяжелые ранения и безнадежные. Легкораненых перевязывают и отправляют в тыл. Тяжелораненым сначала оказывают максимально возможную помощь на месте, а затем отправляют также в тыл. «Безнадежным» облегчают страдания, но не переводят в тыл.

На самом же деле, некоторых раненых, попавших в категорию «безнадежных», еще можно спасти, если ими займутся высококвалифицированные врачи с специализированным медицинским оборудованием. Для этого их срочно надо будет эвакуировать в сопровождение медперсонала. В таком случае, без необходимой медицинской помощи могут остаться легкораненые и тяжелораненые, чье состояние будет ухудшаться.

Здесь встает медицинская этическая проблема: с одной стороны, нельзя оставить человека без шансов на спасение, с другой стороны, спасти одного, забыв о десятках людей тоже нельзя. Этически идеального выхода из этой ситуации нет. Поэтому каждый врач берет ответственность на себя и решает сам как ему поступать в этой ситуации. Большинство врачей придерживается точки зрения, что необходимо спасти жизнь как можно большему числу людей.

Также медицинской этической проблемой является обучение студента на живых людях. Студенты, по своему неумению, могут нечаянно причинить боль пациенту, что противоречит врачебной этике. Однако как можно подготовить высококвалифицированного специалиста без практики на живых людях?! Ни муляжи, ни практика на трупах не смогут

подготовить специалиста так, как работа с человеком. Эта этическая проблема неразрешима.

С одной стороны вполне понятно, что молодому врачу надо практиковаться на людях, но мало кто согласится предоставить себя «для опытов». Двойственность этой ситуации подтверждают результаты опросов в США, согласно которым более 80% добровольцев, согласившихся предоставить свое тело для экспериментов, и около 70% доноров согласились на медицинские манипуляции, находясь в сложном материальном положении. Встает другой вопрос: этично ли воспользоваться материальными затруднениями людей?

Неразрешимым остается вопрос о клинических экспериментах на животных. Сотни и тысячи животных погибают при экспериментах, чтобы впоследствии спасти жизнь человеку. Без таких экспериментов, которые влекут за собой огромные жертвы, нельзя опробовать новую методику или лекарство на людях. Это еще одна медицинская этическая проблема.

Сегодня медицинскую деятельность регламентируют многие этические и юридические нормы. Права добровольцев защищают. Принудительное участие в клинических опытах признано противозаконным и неэтичным. Однако общество к этому пришло относительно недавно. В древней Александрии было разрешено использовать для опытов осужденных преступников. В Германии были опубликованы исследования врачей-нацистов, которые проводили свои опыты на осужденных в концентрационных лагерях. Это примеры, когда врач отвергает принципы медицинской этики.

Кроме того, в наши дни реализация этических начал в медицине включает:

- информирование пациента о его правах;
- информирование пациента о состоянии его здоровья;
- гуманное отношение к пациенту;
- уважение человеческого достоинства пациента;
- недопущение морального и физического ущерба пациенту (не навреди);
- уважение права пациента на проведение медицинского вмешательства или отказа от него;
- уважение автономии пациента;
- уважение права пациента на качественную и своевременную медицинскую помощь;
- проявление бережного отношения к умирающему больному
- дистрибутивная справедливость;
- хранение профессиональной тайны;
- поддержание на высоком уровне своей профессиональной компетентности;
- защиту пациента от некомпетентного медицинского вмешательства;
- поддержание уважения к своей профессии;
- уважительное отношение к своим коллегам;
- участие в медико-санитарном просвещении населения.

МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ

Та часть этики, предметом которой является учение о долге человека перед другим человеком и обществом в целом, именуется деонтологией.

Таким образом, теоретической основой деонтологии является медицинская этика, а деонтология, проявляясь в поступках медицинского персонала, представляет собой практическое применение медико-этических принципов.

За многовековую историю медицины многие этические нормы сформировались в правила поведения врача. Свод этих правил называется медицинской деонтологией. Деонтология происходит от греческого слова «деон» - должный. Впервые его употребил английский философ Бентам.

Аспектами медицинской деонтологии являются:

- взаимоотношения медицинских работников с больными;

- взаимоотношения медицинских работников с родственниками больного;
- взаимоотношения медицинских работников между собой.

Для реализации указанных целей при выполнении своих функциональных обязанностей медицинский работник должна знать и соблюдать следующие основные этические принципы, как гуманность и милосердие.

Медицинская деонтология включает в себя учение о врачебной тайне, врачебном долге, врачебной этике и т.д. Она призвана устранить вредные последствия неполноценной медицинской помощи. Многие правила деонтологии стали чем-то наподобие правил хорошего тона, которые любой уважающий себя врач соблюдает не задумываясь. Эти правила сформировали медицинский этикет.

Правила деонтологии не остаются неизменными. Они меняются под воздействием новых этических принципов. Например, деонтология советской эпохи призывала утаивать от неизлечимо больного диагноз. Согласно современным правилам, врач должен тактично объяснить пациенту истинное положение дел.

Главными принципами медицинской деонтологии являются:

- действия врача должны направляться на благо пациента;
- необходимо избегать действий, которые могут причинить страдания больному или его родственникам;
- действия врача не должны наносить ущерб другим людям;
- решения врача должны основываться на знаниях современной науки;
- врач не должен смотреть на пациента как на источник обогащения;
- врач должен хранить сведения о здоровье пациента в тайне.

Гуманное отношение к пациенту, уважение его законных прав

Превыше всего медицинский работник должен ставить сострадание и уважение к жизни пациента. Он обязан уважать право пациента на облегчение страданий в той мере, в какой это позволяет существующий уровень медицинских знаний. Долг медицинского работника никогда не участвовать в действиях, направленных против физического и психического здоровья людей, не ускорять наступление смерти и не способствовать самоубийству больного.

Врач, равно как фельдшер и медицинская сестра, должен быть постоянно готов оказать компетентную помощь пациентам независимо от их возраста или пола, характера заболевания, социального или материального положения и других различий.

В общении с больными никогда не следует забывать о следующих правилах: всегда внимательно выслушивать пациента, задавая вопрос, всегда обязательно дожидаться ответа, излагать свои мысли ясно, просто, доходчиво. Проявления высокомерия, пренебрежительного отношения или унижительного обращения с пациентом недопустимы.

При установлении очередности оказания медицинской помощи нескольким пациентам руководствоваться только медицинскими критериями, исключая какую-либо дискриминацию.

Прежде всего - не навреди

Главным этическим принципом в медицине является принцип – не навреди. Не причинение вреда, ущерба здоровью пациента – есть первейшая обязанность каждого медицинского работника. Пренебрежение этой обязанностью в зависимости от ущерба здоровью больного может стать основанием для привлечения медицинского работника к судебной ответственности.

Недопустимо нанесение морального или физического ущерба пациенту ни намеренно, ни по небрежности, ни по причине профессиональной некомпетентности.

Медицинский работник не вправе безучастно относиться к действиям третьих лиц, стремящихся нанести пациенту такой вред.

Риск, сопровождающий медицинское вмешательство, не может быть выше ожидаемой пользы. Произведя медицинские вмешательства, чреватые риском, необходимо

предусмотреть меры безопасности, купирования угрожающих жизни и здоровью пациента осложнений.

Дистрибутивная справедливость

В современных условиях особенно важен принцип обязательного предоставления и равнодоступности качественной и своевременной медицинской помощи людям, независимо от различных признаков – возраста, пола, социального положения, материального благополучия и т.д. (дистрибутивная справедливость).

Медицинские работники обязаны оказывать пациенту качественную медицинскую помощь, отвечающую принципам гуманности и профессиональным стандартам. Все они несут моральную ответственность за свою деятельность перед пациентом, коллегами и обществом. Профессиональная и этическая обязанность - оказывать, в меру своей компетенции, медицинскую помощь (в том числе неотложную) любому человеку, нуждающемуся в ней.

Отношение к умирающему больному

Медицинский работник должен с уважением относиться к праву умирающего пациента на гуманное обращение и достойную смерть. Врач, фельдшер, медицинская сестра обязаны владеть необходимыми знаниями и умениями в области паллиативной медицинской помощи, дающей умирающему пациенту возможность окончить жизнь с максимально достижимым физическим, эмоциональным и духовным комфортом. Первейшие моральные и профессиональные обязанности: предотвращение и облегчение страданий, как правило, связанных с процессом умирания; оказание умирающему пациенту и его семье психологической поддержки. Преднамеренные действия с целью прекращения жизни умирающего пациента, даже по его просьбе, неэтичны и недопустимы.

Профессиональная компетентность

Медицинский работник должен постоянно накапливать специальные знания и умения. Кроме того, он должен быть компетентным в отношении моральных и юридических прав пациента. Профессиональная компетентность дает медицинскому работнику моральное право самостоятельно принимать соответствующие решения в неординарных ситуациях и осуществлять руководство подчиненными по иерархическому лестнице.

Защита пациента от некомпетентного медицинского вмешательства

Медицинский работник, столкнувшись с нелегальной, неэтичной или некомпетентной медицинской практикой, должен становиться на защиту интересов пациента. Он обязан знать правовые нормы, систему здравоохранения в целом и применение методов традиционной медицины, в частности. Моральная обязанность медицинского работника - активно препятствовать практике бесчестных и некомпетентных коллег, других лиц, занимающихся сомнительной медицинской практикой.

Уважение к профессии

Медицинский работник должен поддерживать авторитет и репутацию профессии. Он несет личную моральную ответственность за поддержание на должном уровне и совершенствование стандартов профессиональной деятельности. Кроме того, он должен критически оценивать уровень своей профессиональной подготовки и практических навыков и не претендовать на ту степень компетентности, которой не обладает. Право и долг - отстаивать свою моральную, экономическую и профессиональную независимость. Медицинский работник не должен допускать злоупотребления своим профессиональным положением и своими знаниями. Интимные отношения с пациентом осуждаются медицинской этикой.

Взаимоотношения с коллегами

Во взаимоотношениях с коллегами должен соблюдаться принципы:

- быть честным, справедливым и порядочным;
- признавать и уважать знания и опыт других;

- в меру своих знаний и опыта помогать коллегам по профессии, рассчитывая на такую же помощь с их стороны;
- оказывать содействие другим участникам лечебного процесса;
- участвовать в разработке объективных критериев оценки профессиональной деятельности и стремиться к тому, чтобы его деятельность была беспристрастно рассмотрена и оценена коллегами;
- избегать отрицательных высказываний о работе коллег в присутствии пациентов и их родственников, за исключением случаев обжалования действий медицинских работников.
- завоевание себе авторитета путем дискредитации коллег неэтично.

Медико-санитарное просвещение населения

Моральный долг члена медицинского сообщества - заботиться об обеспечении доступной и качественной медицинской помощи населению. Медицинский работник активно участвует в медико-санитарном просвещении населения, в меру своей компетенции принимает участие в разработке и осуществлении коллективных мер, направленных на совершенствование методов борьбы с болезнями, предупреждать пациентов, органы власти и общество в целом об экологической опасности, вносить свой вклад в дело организации спасательных служб.

ДЕОНТОЛОГИЯ В ПЕДИАТРИИ

Особенности деонтологии в педиатрии обусловлены своеобразием детской психики, а также необходимостью контакта в работе не только с детьми, но и с их родителями.

Дети, особенно больные, нуждаются в любви, ласке, внимании и сочувствии. Это общеизвестная истина. Она и должна быть положена в основу работы детского медицинского учреждения.

Психологический подход – важная часть знаний и опыта медицинского персонала в детском отделении. В практической работе необходимо учитывать не только физиологические, но и психические, возрастные и индивидуальные особенности ребенка, и его родителей.

Психологический подход в практическом плане можно представить в виде следующих рекомендаций:

- Контакт устанавливают в первую очередь с ребенком, ибо как только родители отмечают, что ребенок не сопротивляется медицинскому работнику, они относятся к нему с доверием.

Очень важно, чтобы ребенок, входящий в двери любого лечебного учреждения как можно быстрее подружился с врачом и медицинской сестрой. В таком случае он свободнее чувствует себя и легче может перенести все сложности, связанные с лечением.

Врач и медицинская сестра должна понять и почувствовать физические и духовные запросы ребенка, облегчить его привыкание к новой обстановке, помочь ему почувствовать себя как дома. Они должны формировать свои отношения с больным ребенком по типу отношений между матерью и ребенком. Улыбка, ласковая шутка располагают детей. Но шутить с ними надо умеючи, с тактом. У малыша еще не развито чувство юмора и добрую, но непонятную ему шутку он может воспринять как обиду, насмешку. И, конечно, недопустимы равнодушие, небрежность, нетерпеливость, безучастность людей в «белых халатах».

- Доверие к медицинским работникам вызывается их поведением, личным примером, человеческими качествами. Спокойный, внимательный, оптимистичный, аккуратный медицинский работник, имеющий здоровый цвет лица, правильную осанку, без запаха алкоголя и табачного дыма внушает доверие и ребенку и его родителям.

В педиатрической деонтологии огромное значение имеют взаимоотношения медицинских работников с родителями больных детей, поскольку болезнь ребенка вызывает

большую тревогу у всей семьи. Нередко родители тяжело больного ребенка глубоко психически травмированы и требуют к себе особо чуткого отношения.

Хорошие взаимоотношения, доверие врачу, медицинской сестре, а также тому лечебному учреждению, где лечится ребенок, часто служат одним из условий успешного лечения.

Если родители присутствуют при осмотре или обследовании больного ребенка (на дому, в поликлинике, в больнице), они очень внимательно следят за поведением врача и медсестры. Неуверенность или, наоборот, излишняя самоуверенность, безапелляционность недостаточно обдуманных суждений, равнодушие и безучастность к страхам и протестам ребенка, грубая бесцеремонность в обращении с ним («замолчи, противная девочка!»), проявления брезгливости («какой ты грязный и сопливый») или страха заражения от больного – все это отрицательно действует на родителей и может восстанавливать их против медицинских работников.

Медицинские работники, оказывающие недостаточное внимание к тяжелым переживаниям родителей и допускающие в разговоре небрежную снисходительность или неуместную иронию («ну, что Вы, мамаша (папаша), какие глупости говорите»), нередко теряют их доверие, вызывают у них недоброе чувство.

У врача и/или медсестры в отношении требовательной, беспокойной, а иногда и вздорной матери больного ребенка тоже назревает антипатия и раздражение. В результате подобных отношений создается неоправданный и вредный для ребенка антагонизм, чувство взаимной неприязни. Такой антагонизм особенно тягостен у постели тяжелобольного ребенка, для ухода за которым мать помещена в больницу.

Некоторые матери неохотно или вовсе не выполняют правила лечебного режима и больничной дисциплины.

Разбирая вопрос о возникающих иногда ненормальных взаимоотношениях медицинского персонала и родителях больных детей, необходимо отметить, что требования по установлению дружественного контакта с родственниками все-таки нужно предъявлять, прежде всего, к медицинским работникам. Проявление внимания, чуткости и терпеливости к родителям психически травмированных болезнью ребенка долг медика, одно из правил медицинской деонтологии.

Необходимо помнить, что никто не может заменить детям мать, часто она оказывается очень полезной у постели ребенка, особенно, осуществляя уход за тяжелобольным ребенком. Следует также помнить, что есть такие малыши, которые очень болезненно переносят разлуку с матерью (дети с неуравновешенной психикой, дети, которые никак не могут адаптироваться к больничной обстановке). Присутствие матери способствует значительному смягчению отрицательных воздействий пребывания ребенка в больнице.

В обязанности медицинской сестры входит проведение обстоятельного инструктажа матерей о больничном режиме, ознакомление ее с правилами поведения в условиях больницы, доброжелательный постоянный контакт с ними и осуществление с должным тактом контроля выполнения ими больничной дисциплины. Все это должно обеспечить максимальную пользу матерей в общем комплексе мероприятий по лечению и уходу за больными детьми.

- Подавление страха у ребенка и у его родителей – одна из главных деонтологических задач.

Одной из основных причин отрицательных эмоциональных реакций ребенка является чувство страха перед болью и непонятными ему медицинскими манипуляциями. Помочь преодолеть ребенку страх и тревогу – важная задача врача и медицинской сестры.

Врач и сестра привыкли к пользованию медицинским инструментарием, часто им непонятен страх ребенка перед простым обследованием, страх при виде шприца, или, даже, шпателя. Используемые для успокоения ребенка привычные фразы вроде «не бойся, ничего страшного не будет», «не будет больно», «какой же из тебя будет солдат» и пр. не

очень-то помогают. Гораздо полезнее осторожно подготовить ребенка, рассказав ему о том, что он будет чувствовать, что действительно может быть неприятно или немного больно. Можно попросить ребенка: «скажи, когда тебе будет больно». Если малыш напряжен, борется со слезами, то стоит ободрить его словами: «Не бойся, поплачь немного, если больно». Все это очень помогает во время болезненных процедур. У опытной медсестры и врача, наверняка, есть свои «секреты», она должна делиться ими с молодыми сотрудниками.

- Непреклонность в самой доброжелательной и мягкой форме в сочетании с уважением и известной дистанцией облегчает выполнение деонтологических задач. Спокойные интонации, слова, произносимые твердо, но с полным уважением к ребенку, вне зависимости от возраста, и его родителям, дают успех.

- Внушение ребенку и его близким родственникам мысли о том, что они сами горячо заинтересованы и нуждаются в выполнении врачебных предписаний, снимает многие деонтологические трудности.

Приведенные выше принципы и постулаты легли в основу ряда регламентирующих документов исполнения обязанностей медицинскими работниками как морально-этических, так и нормативно-правовых, действующих в нашей стране и в других странах мира.

При этом, соблюдение медицинским работником морально-этических норм предусматривает не только выполнение своих обязанностей, но и несение ответственности за уклонение или непрофессиональное выполнение своих обязанностей.

ОСНОВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

Морально-этические нормы изложены в документах, принятых профессиональным медицинским сообществом.

Международный кодекс медицинской этики

Принят 3-ей Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации, Лондон, Великобритания, октябрь 1949, дополнен 22-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Сидней, Австралия, август 1968 и 35-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983 г.

Общие обязанности врачей.

Врач должен всегда поддерживать наивысшие профессиональные стандарты.

врач должен не позволять соображениям собственной выгоды оказывать влияние на свободу и независимость профессионального решения, которое должно приниматься исключительно в интересах пациента.

Врач должен ставить во главу угла сострадание и уважение к человеческому достоинству пациента и полностью отвечать за все аспекты медицинской помощи, вне зависимости от собственной профессиональной специализации.

Врач должен быть честен в отношениях с пациентами и коллегами и бороться с теми из своих коллег, которые проявляют некомпетентность или замечены в обмане.

С нормой медицинской этики не совместимы:

а) самореклама, если она специально не разрешена законами страны и этическим кодексом национальной медицинской ассоциации.

б) выплата врачом комиссионных за направление к нему пациента, либо получение платы или иного вознаграждения из любого источника за направление пациента в определённое лечебное учреждение, к определённому специалисту или назначение определённого вида лечения без достаточных медицинских оснований.

Врач должен уважать права пациентов, коллег, других медицинских работников, а также хранить врачебную тайну.

Врач должен лишь в интересах пациента в процессе оказания медицинской помощи осуществлять вмешательства, способные ухудшить его физическое или психическое состояние.

Врач должен быть крайне осторожен, давая информацию об открытиях, новых технологиях и методах лечения через непрофессиональные каналы.

Врач должен утверждать лишь то, что проверено им лично.

Обязанности врача по отношению к больному.

Врач должен постоянно помнить о своём долге сохранения человеческой жизни.

Врач должен обратиться к более компетентным коллегам, если необходимое пациенту обследование или лечение выходят за уровень его собственных профессиональных возможностей.

Врач должен хранить врачебную тайну даже после смерти своего пациента.

Врач должен всегда оказать неотложную помощь любому в ней нуждающемуся, за исключением только тех случаев, когда он удостоверился в желании и возможностях других лиц сделать всё необходимое.

Обязанности врачей по отношению друг к другу.

Врач должен вести себя по отношению к своим коллегам так, как хотел бы, чтобы они вели себя по отношению к нему.

Врач должен не переманивать пациентов у своих коллег.

Врач должен соблюдать принципы "Женевской Декларации", одобренной Всемирной Медицинской Ассоциацией.

Женевская декларация Всемирной Медицинской Ассоциации

Принята 2-ой Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации, Женева, Швейцария, сентябрь 1948, дополнена 22-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Сидней, Австралия, август 1968, 35-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983 и 46-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Стокгольм, Швеция, сентябрь 1994

«ВСТУПАЯ В ЧЛЕНЫ МЕДИЦИНСКОГО СООБЩЕСТВА:

Я ТОРЖЕСТВЕННО ОБЯЗУЮСЬ посвятить свою жизнь служению идеалам гуманности;

Я БУДУ ОТДАВАТЬ моим учителям дань уважения и благодарности, которую они заслуживают;

Я БУДУ ИСПОЛНЯТЬ мой профессиональный долг по совести и с достоинством;

ЗДОРОВЬЕ МОЕГО ПАЦИЕНТА будет моим первейшим вознаграждением;

Я БУДУ УВАЖАТЬ доверенные мне тайны, даже после смерти моего пациента;

Я БУДУ ПОДДЕРЖИВАТЬ всеми моими силами честь и благородные традиции медицинского сообщества;

МОИ КОЛЛЕГИ станут моими братьями и сестрами;

Я НЕ ПОЗВОЛЮ соображениям пола или возраста, болезни или недееспособности, вероисповедания, этнической, национальной или расовой принадлежности, партийно-политической идеологии, сексуальной ориентации или социального положения встать между исполнением моего долга и моим пациентом;

Я БУДУ проявлять высочайшее уважение к человеческой жизни с момента ее зачатия и никогда, даже под угрозой, не использую свои медицинские знания в ущерб нормам гуманности;

Я ПРИНИМАЮ НА СЕБЯ ЭТИ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА торжественно, свободно и честно».

Этический кодекс Российского врача

Утвержден 4-ой Конференцией Ассоциации врачей России, Москва, Россия, ноябрь 1994 г.

Руководствуясь клятвой Гиппократата, принципами гуманизма и милосердия, документами Всемирной Медицинской Ассоциации по этике и законодательством РФ в части права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь, декларируя определяющую роль врача в системе здравоохранения, учитывая особый характер взаимоотношений врача с паци-

ентом и необходимость дополнить механизмы правового регулирования этих отношений нормами врачебной этики, декларируя, что каждый врач несёт моральную ответственность перед медицинским сообществом за свою врачебную деятельность, а медицинское сообщество несёт ответственность за своих членов перед обществом в целом, Ассоциация врачей России принимает настоящий Этический Кодекс российского врача.

Раздел 1. Общие положения (врач и общество)

Статья 1. Главная цель профессиональной деятельности врача - сохранение жизни человека и улучшение её качества путём оказания ургентной, плановой и превентивной медицинской помощи.

Врач обязан быть постоянно готов оказать ургентную медицинскую помощь любому человеку вне зависимости от пола, возраста, расовой и национальной принадлежности пациента, его социального статуса, религиозных и политических убеждений, а также иных немедицинских факторов, включая материальное положение. Предложение безвозмездной помощи неимуществу - этично и оправдано.

Врач должен всеми легальными способами способствовать делу охраны здоровья населения, в том числе, осуществляя просветительскую деятельность по вопросам медицины, гигиены, экологии и культуры общения.

Врач не может присутствовать при смертной казни и пытке, ни, тем более, участвовать в них.

Врач не может ни санкционировать, ни оставить без внимания любые формы проявления жестокости или унижения человеческого достоинства.

Статья 2. Главное условие врачебной деятельности - профессиональная компетентность врача: его специальные знания и искусство врачевания.

Врач должен активно стремиться к углублению своих знаний, памятуя, что качество медицинской помощи не может быть выше полученного образования.

Именно профессиональная компетентность, наряду с гуманистической нравственной позицией, предполагающей высокую требовательность к себе, способность признавать и исправлять собственные ошибки, даёт врачу право на самостоятельное принятие медицинских решений.

Статья 3. Primum non nocere.

Недопустимо причинение вреда пациенту, нанесение ему физического, нравственного или материального ущерба ни намеренно, ни по небрежности. Врач не вправе безучастно относиться и к действиям третьих лиц, причиняющих такой ущерб.

Врач обязан сопоставить потенциальную пользу с возможными осложнениями от вмешательства, особенно если обследование или лечение сопряжено с болью, применением мер принуждения и другими тягостными для пациента факторами. Лекарство не должно быть хуже болезни!

Статья 4. Злоупотребление знаниями и положением врача несовместимо с врачебной профессией.

Врач не вправе:

- использовать свои знания и возможности в негуманных целях;
- без достаточных оснований применять медицинские меры или отказывать в них;
- использовать методы медицинского воздействия на пациента с целью его наказания, а также в интересах третьих лиц.

Врач не вправе навязывать пациенту свои философские, религиозные и политические взгляды. Личные предубеждения врача и иные непрофессиональные мотивы не должны оказывать воздействия на диагностику и лечение.

Врач, пользуясь своим положением лечащего или психической несостоятельностью пациента, не имеет права заключать с ним имущественные сделки, использовать в личных целях его труд, вступать с пациентом в интимную связь, а также заниматься вымогательством и взяточничеством.

Врач вправе принять благодарность от пациента или его близких.

Статья 5. Врач обязан быть свободным.

Право и долг врача - хранить свою профессиональную независимость. Во время войны и мира, оказывая медицинскую помощь новорожденным и старикам, военнослужащим и гражданским лицам, руководителям высшего ранга и лицам, содержащимся под стражей, врач принимает на себя всю полноту ответственности за профессиональное решение, а потому обязан отклонить любые попытки давления со стороны администрации, пациентов или иных лиц.

Врач должен отказаться от сотрудничества с любым физическим или юридическим лицом, если оно требует от него действий, противоречащих этическим принципам, профессиональному долгу или закону.

Участвуя в экспертизах, консилиумах, комиссиях, консультациях и т.д., врач обязан ясно и открыто заявить о своей позиции, отстаивать свою точку зрения, а в случаях давления на него - прибегать к юридической и общественной защите.

Статья 6. Врач отвечает за качество медицинской помощи.

Врач должен приложить все усилия, чтобы качество оказываемой им помощи было на самом высоком уровне.

Оценивать качество оказываемой врачом медицинской помощи могут только коллеги, аккредитованные врачебной ассоциацией.

Статья 7. Врач имеет право отказаться от работы с пациентом.

Врач может отказаться от работы с пациентом, перепоручив его другому специалисту в следующих случаях:

- если чувствует себя недостаточно компетентным, не располагает необходимыми техническими возможностями для оказания должного вида помощи;
- данный вид медицинской помощи противоречит нравственным принципам врача;
- врач не в состоянии установить с пациентом терапевтическое сотрудничество.

Раздел 2. Врач и правила пациента

Статья 8. Врач и права пациента на свободу и независимость личности.

Врач должен уважать честь и достоинство пациента. Грубое и негуманное отношение к пациенту, унижение его человеческого достоинства, а также любые проявления превосходства или выражения кому-либо из пациентов предпочтения или неприязни со стороны врача недопустимы.

Врач должен оказывать медицинскую помощь в условиях минимально возможного стеснения свободы пациента, а в случаях, по медицинским показаниям требующих установления контроля за поведением пациента, строго ограничивать вмешательство рамками медицинской необходимости.

При возникновении конфликта интересов пациент-общество, пациент-семья и т.п. врач обязан отдать предпочтение интересам пациента, если только их реализация не причиняет прямого ущерба самому пациенту или окружающим.

Статья 9. Врач и право пациента на адекватную информацию о своём состоянии.

Врач должен строить отношения с пациентом на основе взаимного доверия и взаимной ответственности, стремясь к "терапевтическому сотрудничеству", когда пациент становится терапевтическим союзником врача. В оптимистическом ключе и на доступном для пациента уровне следует обсуждать проблемы его здоровья, разъяснять план медицинских действий, дать объективную информацию о преимуществах, недостатках и цене существующих методов обследования и лечения, не приукрашивая возможностей и не скрывая возможных осложнений. Врач не должен обещать невыполнимое и обязан выполнять обещанное.

Если физическое или психическое состояние пациента исключает возможность доверительных отношений, их следует установить с его законным представителем, родственни-

ком или другим близким лицом, позиция которого, с точки зрения врача, в наибольшей степени соответствует интересам пациента.

Статья 10. Врач и право пациента на получение медицинской помощи, не ограниченной какими-либо посторонними влияниями.

При оказании медицинской помощи врач должен руководствоваться исключительно интересами пациента, своими знаниями и личным опытом. Никакие вмешательства во взаимоотношения врач-пациент вообще и в лечебный процесс в частности, иначе, чем по просьбе врача, недопустимы.

Не может быть никаких ограничений права врача на выписку любых препаратов и назначение любого лечения, адекватного с точки зрения врача и не противоречащего современным медицинским стандартам. Если необходимый с точки зрения врача вид помощи в настоящий момент недоступен по каким-либо причинам, врач обязан известить об этом больного или его родственников и в обстановке "терапевтического сотрудничества" принять решение о дальнейшей врачебной тактике.

При возникновении профессиональных затруднений врач обязан немедленно обратиться за помощью.

Статья 11. Врач и право пациента согласиться на лечение или отказаться от него.

Информированное, осознанное и добровольное согласие пациента на медицинскую помощь вообще и любой конкретный её вид в частности есть не спонтанное волеизъявление пациента, а результат эффективного терапевтического сотрудничества.

Поведение врача должно способствовать развитию у пациента чувства ответственности за свои поступки. Отказ вменяемого пациента от медицинской помощи, как правило, есть результат отсутствия терапевтического сотрудничества между врачом и пациентом, а потому всегда остаётся на совести врача.

Добровольный отказ пациента от медицинской помощи или отдельного её вида должен быть столь же осознанным, как и согласие на неё.

Никакое медицинское вмешательство не может быть произведено без согласия пациента, кроме особых случаев, когда:

- тяжесть физического и психического состояния не позволяет пациенту принять осознанное решение;

- пациент является источником опасности для окружающих, - в таких случаях применение врачом недобровольных мер необходимо и этично.

В случаях, когда на врача возлагается осуществление принудительного обследования или лечения, он может осуществлять эти меры только в строгом соответствии с требованиями законодательства. Врач не имеет права выполнять лечебные действия с использованием мер принуждения, если не находит к этому медицинских показаний. О мотивах своего отказа он обязан информировать орган, принявший решение о принудительном лечении.

Статья 12. Врач и право пациента на физическую и психическую целостность личности.

Во всех случаях неоспоримо право пациента на физическую и психическую целостность личности, а посягательство на него недопустимо.

Только в интересах лечения пациента этично и допустимо осуществлять вмешательства, способные повлечь ухудшение его физического или психического состояния.

Изъятие с недиагностической и нелечебной целью любых протезов, органов, тканей и сред организма, включая абортивный материал, ткани и среды, отторгаемые в процессе родов, может производиться только с письменного согласия пациента или его законного представителя. Это положение действует и после смерти пациента.

Статья 13. Врач и право пациента на соблюдение врачебной тайны.

Пациент вправе рассчитывать на то, что врач сохранит в тайне всю медицинскую и доверенную ему личную информацию. Врач не вправе разглашать без разрешения пациента или его законного представителя сведения, полученные в ходе обследования и лечения, включая и сам факт обращения за медицинской помощью. Врач должен принять меры,

препятствующие разглашению медицинской тайны. Смерть пациента не освобождает от обязанности хранить медицинскую тайну.

Разглашением тайны не являются случаи предоставления или передачи медицинской информации:

- с целью профессиональных консультаций;
- с целью проведения научных исследований, оценок эффективности лечебно-оздоровительных программ, экспертизы качества медицинской помощи и учебного процесса;
- когда у врача нет иной возможности предотвратить причинение серьёзного ущерба пациенту или окружающим лицам;
- по решению суда.

Если действующее законодательство предусматривает необходимость разглашения медицинской тайны в иных случаях, то врач может быть освобождён от этической ответственности.

Во всех перечисленных случаях врач должен информировать пациента о неизбежности раскрытия информации и, по возможности, получить на это его согласие.

Статья 14. Врач и право пациента на достойную смерть.

Эвтаназия, как акт преднамеренного лишения жизни пациента по его просьбе, или по просьбе его близких, недопустима, в том числе и в форме пассивной эвтаназии. Под пассивной эвтаназией понимается прекращение лечебных действий у постели умирающего больного.

Врач обязан облегчить страдания умирающего всеми доступными и легальными способами.

Врач обязан гарантировать пациенту право по его желанию воспользоваться духовной поддержкой служителя любой религиозной конфессии.

Секционное исследование разрешается только в том случае, если семья умершего активно не возражает против его проведения, за исключением случаев, предусмотренных законодательством.

Статья 15. Врач и право пациента на свободный выбор врача.

Врач не вправе препятствовать пациенту, решившему доверить своё дальнейшее лечение другому врачу.

Самореклама в любой форме несовместима с врачебной этикой.

Раздел 3. Отношения с коллегами и другим медицинским персоналом

Статья 16. Врач обязан поддерживать честь и благородные традиции медицинского сообщества.

В течение всей жизни врач обязан сохранять уважение, благодарность и обязательства по отношению к тому, кто научил его врачебному искусству.

Врач обязан делать всё, от него зависящее, для консолидации врачебного сообщества, активно участвовать в работе врачебных ассоциаций, защищать честь и достоинство коллег, как свои собственные, не применять диагностические и лечебные методы, осуждённые ассоциацией врачей.

Моральная обязанность врача блюсти чистоту рядов врачебного сообщества, беспристрастно анализировать ошибки своих коллег, как свои собственные, активно препятствовать практике бесчестных и некомпетентных коллег, а также различного рода непрофессионалов, наносящих ущерб здоровью пациентов.

Статья 17. По отношению к коллегам врач должен вести себя так, как хотел бы, чтобы они вели себя по отношению к нему.

Во взаимоотношениях с коллегами врач обязан быть честен, справедлив, доброжелателен, порядочен, должен с уважением относиться к их знаниям и опыту, а также быть готовым бескорыстно передать им свой опыт и знания.

Моральное право руководства другими врачами и персоналом даёт не административное положение, а более высокий уровень профессиональной и нравственной компетентности.

Критика в адрес коллеги должна быть аргументированной и неоскорбительной. Критике подлежат профессиональные действия, но не личность коллег.

Недопустимы попытки укрепить собственный авторитет путём дискредитации коллег. Врач не имеет права допускать негативные высказывания о своих коллегах и их работе в присутствии пациентов и их родственников.

Врач не может переманивать пациентов у своих коллег. Предложение безвозмездной медицинской помощи коллегам и их близким родственникам - этично и гуманно.

Раздел 4. Врач и прогресс медицины

Статья 18. Любое исследование с участием пациента может проводиться только с его согласия и при условии одобрения этического комитета.

Планируя эксперимент с участием пациента, врач обязан тщательно сопоставить степень риска причинения ущерба пациенту и возможность достижения предполагаемого положительного результата.

Врач, проводящий исследование, обязан руководствоваться приоритетом блага пациента над общественной пользой и научными интересами.

Испытания и эксперименты могут проводиться лишь при условии получения добровольного согласия пациента после предоставления полной информации.

Проводящий исследование врач обязан гарантировать право пациента на отказ от участия в исследовательской программе на любом её этапе и по любым мотивам. Этот отказ ни в коей мере не должен отрицательно влиять на отношение к пациенту и оказания ему в дальнейшем медицинской помощи.

Статья 19. Врач должен соблюдать крайнюю осторожность при практическом применении новых для него методов.

Новые медицинские технологии или препараты могут применяться во врачебной практике только после одобрения медицинской ассоциацией.

Врач должен избегать рекламирования открытий или новых методов лечения через непрофессиональные каналы.

Раздел 5. Пределы действия этического кодекса, порядок его пересмотра и ответственность за его нарушения

Статья 20. Действие этического кодекса.

Настоящий кодекс действует на всей территории России для всех врачей, являющихся членами врачебных объединений, входящих в Ассоциацию врачей России.

Статья 21. Ответственность за нарушение профессиональной этики определяется уставами территориальных и профессиональных ассоциаций врачей.

Первый судья врача - собственная совесть. Второй - медицинское сообщество, которое в лице врачебной ассоциации имеет право наложить на нарушителя взыскание в соответствии со своим уставом и иными документами.

Если нарушение этических норм одновременно затрагивает и положения действующего законодательства Российской Федерации, врач несёт ответственность по закону.

Статья 22. Пересмотр и толкование Этического Кодекса.

Право пересмотра Этического кодекса и толкования его положений принадлежит Ассоциации врачей России. Порядок пересмотра Кодекса определяется решением Совета Ассоциации врачей России.

В конкретных ситуациях может выясниться, что те или иные положения Кодекса допускают неоднозначное толкование. Столкнувшись с этим ассоциация врачей оформляет своё толкование решением этического комитета или конференции. Толкование приобретает законную силу после утверждения его в качестве дополнения к Этическому Кодексу Ассоциации врачей России.

Кодекс врачебной этики Российской Федерации

Одобен Всероссийским Пироговским съездом врачей 7 июня 1997 г.

Врач и общество

Предметом особой заботы государства и общества являются обеспечение, сохранение жизни и здоровья граждан. Полноценная охрана здоровья народа и обеспечение условий, позволяющих ему достойно существовать и развиваться, являются критериями нравственной политики государства. В осуществлении этой социальной задачи большая роль принадлежит врачу, его профессиональной деятельности и нравственной позиции.

Главная цель профессиональной деятельности врача (практика и ученого) - сохранение жизни человека, профилактика заболеваний и восстановление здоровья, а также уменьшение страданий при неизлечимых заболеваниях. Свои обязанности врач выполняет, следуя голосу совести, руководствуясь клятвой Гиппократата, принципами гуманизма и милосердия, документами мирового сообщества по этике, ст. 41 Конституции России и законодательством РФ "О праве граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь".

Врач несет всю полноту ответственности за свои решения и действия. Для этого он обязан систематически профессионально совершенствоваться, памятуя, что качество оказываемой больным помощи никогда не может быть выше его знаний и умений. В своей деятельности врач должен использовать последние достижения медицинской науки, известные ему и разрешенные к применению Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Мотивы материальной, личной выгоды не должны оказывать влияния на принятие врачом профессионального решения.

Врач не должен принимать поощрений от фирм-изготовителей и распространителей лекарственных препаратов за назначение предлагаемых ими лекарств.

Врач должен при назначении лекарств строго руководствоваться медицинскими показаниями и исключительно интересами больного.

Как в мирное, так и в военное время врач должен оказывать медицинскую помощь любому в ней нуждающемуся независимо от возраста, пола, расы, национальности, вероисповедания, социального положения, политических взглядов, гражданства и других немедицинских факторов, включая материальное положение.

Врач должен добросовестно выполнять взятые на себя обязательства по отношению к учреждению, в котором он работает.

Врачи, обучающие студентов и молодых специалистов, своим поведением и отношением к исполнению своих обязанностей должны быть примером, достойным подражания.

Врач обязан доступными ему средствами (газеты, журналы, радио, телевидение, беседы и пр.) пропагандировать здоровый образ жизни, быть примером в соблюдении общественных и профессиональных этических норм.

Врач может заниматься какой-либо иной деятельностью, если она совместима с профессиональной независимостью, не унижает достоинства врача и не наносит ущерба пациентам и его врачебной деятельности.

В соответствии со ст. 41 Конституции РФ в условиях государственных лечебно-профилактических учреждений врач оказывает пациентам помощь бесплатно.

Право на частную практику врача регулируется законом.

Бесплатное лечение других врачей и их ближайших родственников, а также вдов и сирот является долгом российского врача и элементом профессиональной нравственности.

Гуманные цели, которым служит врач, дают ему основание требовать законной защиты его личного достоинства, достаточного материального обеспечения, создания условий для осуществления профессиональной деятельности как в мирное, так и в военное время.

Участвуя в организационных (предусмотренных законодательством РФ) формах протеста, врач не освобождается от обязанности обеспечивать необходимую медицинскую помощь пациентам, находящимся под его наблюдением.

Врач обязан содействовать врачебным объединениям и ассоциациям, активно участвуя в их работе, а также выполняя их поручения.

За свою врачебную деятельность врач прежде всего несет моральную ответственность перед больным и медицинским сообществом, а за нарушение законов Российской Федерации - перед судом. Но врач прежде всего должен помнить, что главный судья на его врачебном пути - это его собственная совесть.

Контроль за соблюдением врачебной этики осуществляют профессиональные ассоциации и созданные при них этические комитеты (комиссии).

Российская медицинская ассоциация и ее этический комитет (ЭК) отстаивают и защищают в СМИ, обществе (государстве) и в суде честь и достоинство врача, если коллегиально принято такое решение.

Врач и пациент

Врач отвечает за качество оказываемой пациентам медицинской помощи. В своей работе он обязан руководствоваться законами Российской Федерации, действующими нормативными документами для врачебной практики (медицинскими стандартами), но в рамках этих предписаний, учитывая особенности заболевания, выбирать те методы профилактики, диагностики и лечения, которые сочтет наиболее эффективными в каждом конкретном случае, руководствуясь интересами больного. При необходимости врач обязан воспользоваться помощью своих коллег.

Врач не должен подвергать пациента неоправданному риску, а тем более использовать свои знания в негуманных целях. При выборе любого метода лечения врач прежде всего должен руководствоваться заповедью "Non nocere!".

За исключением случаев неотложной помощи, когда он обязан предпринимать меры, не усугубляющие состояние больного, врач имеет право отказаться от лечения больного, если уверен, что между ним и пациентом нет необходимого взаимного доверия, если чувствует себя недостаточно компетентным или не располагает необходимыми для проведения лечения возможностями. В этих и подобных случаях врач должен принять все меры к информированию об этом соответствующего органа здравоохранения и порекомендовать больному компетентного специалиста.

Врач должен уважать право пациента на выбор врача и участие в принятии решений о проведении лечебно-профилактических мер. Добровольное согласие пациента на лечение врач обычно получает при личном разговоре с больным. Это согласие должно быть осознанным, больной должен быть непременно информирован о методах лечения, о последствиях их применения, в частности, о возможных осложнениях, других альтернативных методах лечения. Проведение лечебно-диагностических мероприятий без согласия пациента разрешено только в случаях угрозы для жизни и здоровья пациента и неспособности его адекватно оценивать ситуацию. Желательно решение в подобных случаях принимать коллегиально. При лечении лиц, страдающих психическими заболеваниями, врач должен руководствоваться Законом РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании". При лечении ребенка врач обязан предоставлять полную информацию его родителям или опекунам, получить их согласие на применение того или иного метода лечения или лекарственного средства.

Врач должен уважать честь и достоинство пациента, относиться к нему доброжелательно, уважать его права на личную тайну, с пониманием воспринимать озабоченность родных и близких состоянием больного, но в то же время он не должен без достаточных на то профессиональных причин вмешиваться в частные дела пациента и членов его семьи.

Если пациент не способен осознанно выразить свое согласие, его должен выразить законный представитель или лицо, постоянно опекающее пациента.

Пациент имеет право на исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья, но он может от нее отказаться или указать лицо, которому следует сообщать о состоянии его здоровья. Информация может быть скрыта от пациента в тех случаях, если имеются веские

основания полагать, что она может нанести ему серьезный вред. Однако по четко выраженному пациентом требованию врач обязан предоставить ему полную информацию. В случае неблагоприятного прогноза для больного необходимо проинформировать его предельно деликатно и осторожно, оставив надежду на продление жизни, на возможный благоприятный исход.

По желанию пациента, врач не должен препятствовать реализации его права на консультацию другим врачом.

Самореклама при общении врача с больным недопустима.

При совершении ошибки или развитии в процессе лечения непредвиденных осложнений врач обязан проинформировать об этом больного, в необходимых случаях - орган здравоохранения, старшего коллегу и немедленно приступить к действиям, направленным на исправление вредных последствий, не дожидаясь указаний на это.

При отборе больных, требующих проведения сложных профилактических, диагностических и особенно лечебных (например, трансплантация органов и др.) мероприятий, врачи, вынужденно устанавливающие очередность в оказании помощи, должны исходить из строгих медицинских показаний и принимать решения самостоятельно, а лучше коллегиально, с участием членов этического комитета (комиссии).

Врачебную практику врач может осуществлять только под собственной фамилией, не используя псевдоним и не указывая не присвоенных официально титулов, степеней, званий.

Коллегиальность врачей

В течение всей жизни врач обязан сохранять уважение и чувство благодарности к тому, кто научил его искусству врачевания.

Врач обязан охранять честь и благородные традиции медицинского сообщества. Врачи должны относиться друг к другу с уважением и доброжелательностью.

Врач не вправе публично ставить под сомнение профессиональную квалификацию другого врача или каким-либо иным образом его дискредитировать. Профессиональные замечания в адрес коллеги должны быть аргументированными, сделаны в неоскорбительной форме, желательно в личной беседе, прежде чем о них будет проинформировано медицинское сообщество или вопрос будет вынесен на обсуждение этического комитета (комиссии). Медицинское сообщество обязано оказывать помощь врачу в восстановлении его профессиональной репутации.

В трудных клинических случаях опытные врачи должны давать советы и оказывать помощь менее опытным коллегам в корректной форме. Но за процесс лечения всю полноту ответственности несет только лечащий врач, который вправе принять рекомендации коллег или от них отказаться, руководствуясь при этом исключительно интересами больного.

Врачи-руководители научных и лечебных учреждений обязаны заботиться о повышении профессиональной квалификации своих коллег-подчиненных.

Врачи обязаны с уважением относиться к другому медицинскому и вспомогательному персоналу учреждения, постоянно заботясь о повышении его квалификации.

Врачебная тайна

Каждый пациент имеет право на сохранение личной тайны, и врач, равно как и другие лица, участвующие в оказании медицинской помощи, обязан сохранять врачебную тайну даже после смерти пациента, как и сам факт обращения за медицинской помощью, если больной не распорядился иначе.

Тайна распространяется на все сведения, полученные в процессе обращения и лечения больного (диагноз, методы лечения, прогноз и др.).

Медицинская информация о пациенте может быть раскрыта:

по ясно выраженному письменному согласию самого пациента;

по мотивированному требованию органов дознания, следствия, прокуратуры и суда;

если сохранение тайны существенным образом угрожает здоровью и жизни пациента и (или) других лиц (опасные инфекционные заболевания);

в случае привлечения к лечению других специалистов, для которых эта информация является профессионально необходимой.

Врач должен следить за тем, чтобы лица, принимающие участие в лечении больного, также соблюдали профессиональную тайну.

Лица, пользующиеся правом доступа к медицинской информации, обязаны сохранять в тайне все полученные о пациенте сведения.

В процессе научных исследований, обучения студентов и усовершенствования врачей должна соблюдаться врачебная тайна. Демонстрация больного возможна только с его согласия.

Научные исследования и биомедицинские испытания

Перед началом биомедицинских исследований, в том числе апробации новых лекарственных средств, биологически активных добавок, способов обследования и методов лечения врач должен получить согласие на их проведение этического комитета (комиссии или ученого совета) учреждения с утверждением плана (протокола) предполагаемого исследования, в котором должны быть четко определены цели и этические аспекты, ход эксперимента, возможные осложнения.

Испытуемый после ознакомления с целями, методами, потенциальной пользой и возможным риском должен дать свое явно выраженное письменное согласие на участие в исследовании, которое по желанию пациента может быть беспрепятственно на любом этапе денонсировано им.

В отношении пациентов, неспособных дать осознанное согласие на участие в исследовании, согласие должно быть получено в письменной форме от родителей или другого законного представителя - юридически ответственного лица. Подобные исследования могут проводиться только в интересах спасения жизни, восстановления или поддержания здоровья исследуемого, без нанесения ему вреда, ухудшения здоровья и течения имеющегося заболевания. Биомедицинские исследования на людях могут проводиться врачами в следующих случаях:

если они служат улучшению здоровья пациентов, участвующих в эксперименте;

если они вносят существенный вклад в медицинскую науку и практику;

если результаты предшествующих исследований и данные научной литературы не свидетельствуют о риске развития осложнений.

Биомедицинские исследования на людях должны проводиться квалифицированными в научном плане врачами-исследователями под наблюдением компетентных специалистов. Исследователи обязаны прервать испытание в случаях появления признаков, опасных для жизни и здоровья испытуемого. Испытания на беременных женщинах, на плодах и новорожденных запрещаются.

Испытатели обязаны застраховать свою ответственность на случай причинения неумышленного вреда здоровью испытуемых.

В экспериментах на животных врач-исследователь должен соблюдать принципы гуманности, облегчая по мере возможности их страдания, стремиться к сокращению числа экспериментальных животных в максимально возможной степени.

О результатах своих исследований врач после оформления авторского права на открытие, изобретение и др. должен через доступные ему средства профессиональной информации оповестить своих коллег.

Врачи, особенно руководители научных коллективов, в научных публикациях должны строго соблюдать авторские права. Включение себя без достаточных оснований в авторский коллектив, либо умалчивание фамилий лиц, активно участвовавших в исследованиях, является нарушением принципов профессиональной этики.

Помощь больным в терминальном состоянии

Врач должен приложить все усилия к тому, чтобы обеспечить больному необходимую медицинскую помощь в экстремальных условиях.

Врач не должен прибегать к эвтаназии, равно как и привлекать к ее исполнению других лиц, но обязан облегчить страдания больных, находящихся в терминальном состоянии, всеми доступными, известными ему и разрешенными способами.

Вопрос о прекращении реанимации, особенно в случаях, если нет энцефалографических подтверждений полного прекращения мозговой деятельности, следует по возможности решать коллегиально.

Врач должен способствовать пациенту в осуществлении его права воспользоваться духовной поддержкой служителя любой религиозной конфессии.

Трансплантация, репродукция, геном человека

Действия врача, его морально-этическая ориентация при трансплантации человеческих органов и тканей, вмешательстве в геном человека, в репродуктивную функцию определяются этико-правовыми и законодательно-нормативными актами РФ, Всемирной медицинской ассоциации и Всемирной организации здравоохранения.

Врач не должен эти области науки и практики использовать для извлечения личной финансовой выгоды.

Информация и реклама

Врач не должен участвовать в рекламировании средств и методов профилактики, диагностики, лечения и особенно лекарственных препаратов, не разрешенных к применению федеральными органами здравоохранения, равно как и наркотических средств, алкоголя, табачных изделий.

Публикации медицинского характера, выступления врачей на научных форумах, просветительская деятельность в прессе, на радио и телевидении должны быть безупречными в этическом плане, ограничиваться объективной научно-практической информацией и не содержать элементов недобросовестной конкуренции, рекламы и саморекламы.

Врач обязан сообщать в Фармакологический государственный комитет МЗ РФ или в Федеральный центр по изучению побочных действий лекарств МЗ РФ о наблюдаемых им всех неизвестных, нежелательных побочных действиях лекарственных препаратов.

В информационных мероприятиях, организованных с участием фирм-производителей лекарственных средств и медицинской техники, врач должен, прежде всего, ориентироваться на информационные цели и лично не проводить рекламную работу среди больных по покупке указанных средств до их государственной регистрации в установленном порядке.

В интересах обеспечения жизни и здоровья граждан России врач не должен пропагандировать и применять в целях профилактики и лечения методов и средств оккультно-мистического и религиозного характера.

Врачебные справки

Врачебные справки врач может выдать только в соответствии с действующими законодательными, нормативно-методическими и инструктивными документами.

Настоящий кодекс действует на всей территории Российской Федерации и обязателен для всех врачей, входящих в Российскую медицинскую ассоциацию, ее региональные отделения (филиалы), а также профессиональные объединения, признавшие Этический кодекс врача официально.

Врач, не входящий в профессиональные ассоциации, объединения, может лично принять Этический кодекс врача и руководствоваться им в своей профессиональной деятельности.

Проект кодекса профессиональной этики врача Российской Федерации

Положения настоящего Кодекса обязательны для врачей, выполняющих свои профессиональные функции, предусмотренные Законодательством Российской Федерации. Соблюдение положений настоящего Кодекса контролирует общественная профессиональная медицинская организация.

I Врач и общество

Статья 1

Миссия врача состоит в охране здоровья и глубоком уважении личности и достоинства человека. Врачебная деятельность основана на высоких этических, моральных и деонтологических принципах. Эти требования остаются незыблемыми даже после смерти человека.

Статья 2

Врач обязан добросовестно выполнять весь комплекс лечебно-диагностических мероприятий независимо от пола, возраста, расовой и национальной принадлежности пациента, его социального статуса и материального положения, вероисповедания, политических взглядов больных людей, имеющих разную репутацию в обществе.

Статья 3

Врач обязан оказать качественную, эффективную и безопасную медицинскую помощь. Он обязан учитывать преимущества, недостатки и последствия различных диагностических и лечебных методов. При отсутствии в лечебном учреждении необходимых условий и ресурсов врач обязан направить пациента в соответствующее медицинское учреждение.

Статья 4

В установленном законом порядке врач свободен в выборе диагностических и лечебных методов. Врач обязан, с учетом преимуществ, недостатков и последствий различных диагностических и лечебных методов, оказать качественную, эффективную и безопасную медицинскую помощь.

Статья 5

Врач любой специальности, оказавшийся рядом с больным вне лечебного учреждения или пострадавшим, находящимся в тяжелом состоянии, должен оказать ему помощь, или быть уверенным в том, что он ее получает.

Статья 6

Право врача, ни при каких обстоятельствах, не изменять принципам профессионального долга и отклонять любые попытки давления со стороны физических и юридических лиц, требующих от него действий, противоречащих этическим принципам, профессиональному долгу или закону.

Статья 7

Врач, обследующий или лечащий лицо, лишенное свободы, не может ни прямо, ни косвенно способствовать посягательству на физическую или психологическую неприкосновенность этого лица, на его достоинство. Врач должен уделять особое внимание тому, чтобы пребывание в местах лишения свободы не стало препятствием для получения своевременной и качественной медицинской помощи.

Если врач констатирует, что человек, лишенный свободы, стал жертвой насилия или же плохого обращения с ним, он должен уведомить об этом своего работодателя и органы прокуратуры.

Статья 8

Врачебная тайна относится ко всему, что стало известно врачу при выполнении им профессионального долга. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, без разрешения пациента или его законного представителя, в том числе после смерти человека, за исключением случаев, предусмотренных российским законодательством.

Статья 9

Каждый врач должен постоянно совершенствовать свои медицинские знания и навыки, регулярно принимать участие в образовательных мероприятиях, которые помогают поддерживать на должном уровне и совершенствовать уровень компетенции и профессионализма. Врач имеет право на повышение квалификации в системе непрерывного медицинского образования на бесплатной основе.

Статья 10

Врач обязан знать существующие Стандарты, Протоколы и Клинические рекомендации и соблюдать их в зависимости от клинической ситуации и своего профессионального опыта.

Статья 11

Врач должен знать и соблюдать все действующие законы и кодексы, имеющие отношение к его профессиональной деятельности.

Статья 12

Врач должен следить за тем, как используется его имя, его служебный статус. Врач должен воздерживаться от какой-либо формы рекламы, относящейся к его личности.

Статья 13

Врач должен доступными ему средствами через СМИ (газеты, журналы, радио, телевидение, беседы и пр.), сеть «Интернет» (интернет-сайты, интернет-газеты и журналы, форумы и другие формы) пропагандировать здоровый образ жизни. Врач несет всю полноту ответственности за свои действия и советы в указанных средствах информации перед гражданами и медицинским сообществом.

Статья 14

Запрещается всякий сговор, а также коррупционные отношения между врачами, а так же фармацевтами и медицинским персоналом или же другими лицами: физическими и юридическими.

Статья 15

Врачу запрещается выдача фиктивных и тенденциозных заключений и мошенничество в любой форме.

Статья 16

Врач не должен вмешиваться в семейную и личную жизнь больного человека, не имея на то профессиональных оснований.

Статья 17

Врачебная практика имеет личный и социальный характер; каждый врач ответственен за свои решения и действия

Статья 18

При все возрастающем многообразии и активности современных методов диагностики и лечения, каждый врач обязан обеспечить максимальную безопасность оказания медицинской помощи, чтобы снизить риск возникновения ятрогенных заболеваний, действуя в пределах обоснованного риска.

Статья 19

Врач обязан сообщать в уполномоченный государственный орган о выявленных нежелательных эффектах при применении лекарственных препаратов

Статья 20

В интересах обеспечения жизни и здоровья граждан врач не должен пропагандировать и применять в целях профилактики и лечения методы и средства оккультного характера.

Статья 21

Каждый врач должен быть честен и откровенен при оформлении истории болезни, написании отчетов, заполнении и подписании форм и других документов.

Статья 22

Врач-эксперт не должен вмешиваться в лечебный процесс. В своем отчете врач-эксперт указывает только те данные, которые помогают ответить на поставленные перед ним вопросы.

Статья 23

Врач-эксперт должен сохранять конфиденциальность. Сведения, содержащиеся в медицинской документации, составленной врачом-экспертом, не могут быть переданы сторонним организациям, за исключением случаев, установленных действующим законодательством.

Статья 24

Никто не имеет права быть одновременно врачом–экспертом и лечащим врачом в отношении одного и того же случая оказания медицинской помощи.

Статья 25

Врач имеет право на защиту своих прав и интересов. Защита прав врачей в сферах трудовых отношений, социального обеспечения, административно-уголовной ответственности осуществляется при содействии медицинских профессиональных некоммерческих организаций.

Статья 26

Врач Российской Федерации обязан воздерживаться от поступков, способных подорвать авторитет и уважение в обществе к профессии врача.

II ВРАЧ И ПАЦИЕНТ

Статья 27

При оказании медицинской помощи врач должен помнить, что его профессия – это не бизнес. При организации лечебно-диагностического процесса, включая лекарственное обеспечение, приоритет для врача - оказание необходимой и качественной медицинской помощи, а не извлечение коммерческой выгоды для себя лично и лечебного учреждения, в котором он работает.

Статья 28

Врач должен уважать честь и достоинство пациента и при лечении учитывать все особенности его личности; побуждать пациента заботиться о состоянии здоровья; относиться с уважением к его личной жизни и праву на конфиденциальность.

Статья 29 Если интересы пациента, связанные с его здоровьем или с оказанием ему медицинской помощи, противоречат интересам других лиц, врач обязан отдать предпочтение интересам пациента, если это не причиняет прямого ущерба самому пациенту или окружающим.

Врач не вправе препятствовать пациенту, решившему доверить свое дальнейшее лечение другому врачу.

Статья 30

Врач должен строить отношения с пациентом на основе взаимного доверия и взаимной ответственности. Объективная информация о состоянии здоровья пациента дается доброжелательно; план медицинских действий разъясняется в доступной форме, включая преимущества и недостатки существующих методов обследования и лечения, не скрывая возможных осложнений и неблагоприятного исхода.

Статья 31

Врач не должен использовать отсутствие медицинских знаний, страх перед болезнями, доверчивость пациента и свое профессиональное превосходство в целях получения коммерческой выгоды.

Статья 32

Взаимоотношения врача и пациента должны строиться на партнёрской основе и принципах информационной открытости. Врач должен в доступной форме информировать пациента о состоянии его здоровья, возможных изменениях, методах лечения, включая те, с которыми связана определённая доля риска или неуверенность в результате. Врач должен убедиться в том, что пациент удовлетворен полученной информацией.

Статья 33

Если физическое или психическое состояние пациента не допускает возможность доверительных отношений, их следует установить с его законным представителем.

Статья 34

При оказании медицинской помощи врач должен руководствоваться исключительно интересами пациента, знаниями современных методов и технологий лечения с доказанной клинической эффективностью и личным опытом.

При возникновении профессиональных затруднений врач обязан обратиться за помощью к коллегам, а также оказать помощь коллегам, обратившимся к нему.

Статья 35

Информированное добровольное согласие или отказ пациента на медицинское вмешательство и любой конкретный его вид должны быть оформлены письменно в соответствии с законодательством и нормативными документами.

Статья 36

Медицинское вмешательство без согласия гражданина или его законного представителя допускается по экстренным показаниям, прежде всего, в случаях: угрозы жизни человека, опасности для окружающих, тяжелых психических расстройствах, общественно опасных деяниях (преступлениях) и других состояниях, предусмотренных действующим законодательством.

Статья 37

При любых обстоятельствах врач обязан стремиться к тому, чтобы облегчить страдание больного человека; поддержать его морально и избегать неразумной настойчивости в проведении диагностических и лечебных процедур.

Статья 38

При оказании медицинской помощи несовершеннолетнему или же находящему под опекой пациенту, врач должен получить согласие родителей ребенка или его законного представителя.

Статья 39 Врач должен защитить права ребенка любым законным способом, если считает, что окружающие плохо понимают проблемы его здоровья или же не берегут его должным образом.

Статья 40

Если врач осознает, что человеку, к которому его вызвали, причинен вред в результате противоправных действий, он должен проинформировать органы внутренних дел о фактах вызовов к таким пациентам в порядке, установленном действующим законодательством, а также по возможности проинформировать иные органы, в компетенцию которых входит защита прав граждан.

Статья 41

Врач обязан облегчить страдания умирающего всеми доступными и легальными способами.

Врач обязан помочь пациенту реализовать его право по его желанию воспользоваться духовной поддержкой служителя любой религии.

Статья 42

Медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента.

III Врач и врачебный коллектив

Статья 43

Врач обязан охранять честь и благородные традиции медицинского сообщества. Врачи должны относиться друг к другу с уважением и доброжелательно, быть готовыми бескорыстно передавать свой опыт и знания.

Статья 44

В течение всей жизни врач обязан сохранять уважение и благодарность к своим учителям.

Статья 45

Врач обязан делать все от него зависящее для консолидации врачебного сообщества, активно участвовать в работе профессиональных общественных организаций, защищать честь и достоинство своих коллег. Врачи должны помогать друг другу в беде.

Статья 46

Врач не имеет права допускать как публичных негативных высказываний о своих коллегах и их работе, так и в присутствии пациентов и их родственников. Профессиональные замечания в адрес коллеги должны быть аргументированными, доброжелательными и определяться защитой интересов больного.

Статья 47

При участии в диагностическом и лечебном процессе нескольких врачей они должны информировать друг друга о полученных результатах. Каждый врач несет личную ответственность за информированность пациента.

Статья 48

Врачи обязаны с уважением относиться к медицинскому персоналу и представителям иных профессий, принимающим участие в охране здоровья населения и оказании медицинской помощи.

IV Врач и научно-исследовательская деятельность, биоэтика

Статья 49

Этический комитет решает профессионально-этические и профессионально-правовые вопросы, связанные с научно-исследовательской деятельностью при вмешательстве в психическую и физическую целостность человека, а также при использовании материалов или данных, принадлежащих определенному человеку.

Статья 50

Врач, занимающийся научно-исследовательской деятельностью, не должен использовать свои научные знания в ущерб здоровью и безопасности пациента или общества.

Интересы науки и общества не могут превалировать над интересами человека.

Статья 51

Планируя эксперимент с участием пациента, врач обязан быть честным и порядочным в своих действиях, сопоставить степень риска причинения ущерба пациенту и возможность достижения предполагаемого положительного результата.

Статья 52

Испытания и эксперименты могут проводиться лишь при условии получения добровольного согласия пациента после предоставления ему полной информации. Пациент имеет право отказаться от участия в исследовательской программе на любом ее этапе.

Статья 53

Новые медицинские технологии и методики, лекарственные и иммунобиологические препараты могут применяться в медицинской практике только после оформления в установленном порядке в соответствии с российским законодательством.

Этический кодекс медицинской сестры России

Принимая во внимание важнейшую роль в современном обществе самой массовой из медицинских профессий — профессии медицинской сестры, учитывая традиционно большое значение этического начала в медицине и здравоохранении, руководствуясь документами по медицинской этике Международного совета медицинских сестер и Всемирной организации здравоохранения, Ассоциация медицинских сестер России принимает настоящий Этический кодекс.

Часть I

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Этической основой профессиональной деятельности медицинской сестры являются гуманность и милосердие. Важнейшими задачами профессиональной деятельности медицинской сестры являются: комплексный всесторонний уход за пациентами и облегчение их страданий; восстановление здоровья и реабилитация; содействие укреплению здоровья и предупреждение заболеваний.

Этический кодекс дает четкие нравственные ориентиры профессиональной деятельности медицинской сестры, призван способствовать консолидации, повышению престижа и авторитета сестринской профессии в обществе, развитию сестринского дела в России.

Часть II

МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА И ПАЦИЕНТ

Статья 1. Медицинская сестра и право пациента на качественную медицинскую помощь.

Медицинская сестра должна уважать неотъемлемые права каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья и на получение адекватной медицинской помощи. Медицинская сестра обязана оказывать пациенту качественную медицинскую помощь, отвечающую принципам гуманности и профессиональным стандартам. Медицинская сестра несет моральную ответственность за свою деятельность перед пациентом, коллегами и обществом. Профессиональная и этическая обязанность медицинской сестры оказывать, в меру своей компетенции, неотложную медицинскую помощь любому человеку, нуждающемуся в ней.

Статья 2. Основное условие сестринской деятельности — профессиональная компетентность.

Медицинская сестра должна всегда соблюдать и поддерживать профессиональные стандарты деятельности, определяемые Министерством здравоохранения Российской Федерации. Непрерывное совершенствование специальных знаний и умений, повышение своего культурного уровня — первейший профессиональный долг медицинской сестры. Медицинская сестра должна быть компетентной в отношении моральных и юридических прав пациента.

Статья 3. Гуманное отношение к пациенту, уважение его законных прав.

Медицинская сестра должна превыше всего ставить сострадание и уважение к жизни пациента. Медицинская сестра обязана уважать право пациента на облегчение страданий в той мере, в какой это позволяет существующий уровень медицинских знаний. Медицинская сестра не вправе участвовать в пытках, казнях и иных формах жестокого и бесчеловечного обращения с людьми. Медицинская сестра не вправе способствовать самоубийству больного.

Медицинская сестра ответственна, в пределах своей компетенции, за обеспечение прав пациента, провозглашенных Всемирной медицинской ассоциацией, Всемирной организацией здравоохранения и закрепленных в законодательстве Российской Федерации.

Статья 4. Уважение человеческого достоинства пациента.

Медицинская сестра должна быть постоянно готова оказать компетентную помощь пациентам независимо от их возраста или пола, характера заболевания, расовой или национальной принадлежности, религиозных или политических убеждений, социального или материального положения или других различий. Осуществляя уход, медицинская сестра должна уважать право пациента на участие в планировании и проведении лечения. Проявления высокомерия, пренебрежительного отношения или унижительного обращения с пациентом недопустимы. Медицинская сестра не вправе навязывать пациенту свои моральные, религиозные, политические убеждения. При установлении очередности оказания медицинской помощи нескольким пациентам медицинская сестра должна руководствоваться только медицинскими критериями, исключая какую-либо дискриминацию. В случаях, требующих по медицинским показаниям контроля за поведением пациента, медицинской сестре следует ограничивать свое вмешательство в личную жизнь пациента исключительно профессиональной необходимостью.

Статья 5. Прежде всего — не навреди.

Медицинская сестра не вправе нарушать древнюю этическую заповедь медицины «Прежде всего — не навреди!». Медицинская сестра не вправе безучастно относиться к действиям третьих лиц, стремящихся принести пациенту такой вред. Действия медицинской сестры по уходу, любые другие медицинские вмешательства, сопряженные с болевыми

ощущениями и иными временными негативными явлениями, допустимы лишь в его интересах. «Лекарство не должно быть горше болезни!». Производя медицинские вмешательства, чреватые риском, медицинская сестра обязана предусмотреть меры безопасности, купирования угрожающих жизни и здоровью пациента осложнений.

Статья 6. Медицинская сестра и право пациента на информацию.

Медицинская сестра должна быть правдивой и честной. Моральный долг медицинской сестры — информировать пациента о его правах. Она обязана уважать право пациента на получение информации о состоянии его здоровья, о возможном риске и преимуществах предлагаемых методов лечения, о диагнозе и прогнозе, равно как и его право отказываться от информации вообще. Учитывая, что функция информирования пациента и его близких по преимуществу принадлежит врачу, медицинская сестра имеет моральное право передавать профессиональные сведения лишь по согласованию с лечащим врачом в качестве члена бригады, обслуживающей данного пациента. В исключительных случаях медицинская сестра имеет право скрыть от пациента профессиональную информацию, если она убеждена, что таковая причинит ему серьезный вред.

Статья 7. Медицинская сестра и право пациента соглашаться на медицинское вмешательство или отказываться от него.

Медицинская сестра должна уважать право пациента или его законного представителя (когда она имеет дело с ребенком или недееспособным душевнобольным) соглашаться на любое медицинское вмешательство или отказаться от него. Медицинская сестра должна быть уверена, что согласие или отказ даны пациентом добровольно и осознанно. Моральный и профессиональный долг медицинской сестры — в меру своей квалификации разъяснять пациенту последствия отказа от медицинской процедуры. Отказ пациента не должен влиять на его положение и негативно отражаться на отношении к нему медицинской сестры и других медицинских работников.

Медицинская сестра вправе оказывать помощь без согласия пациента (или без согласия законного представителя некомпетентного пациента — ребенка до 15 лет или недееспособного душевнобольного) только в строгом соответствии с законодательством Российской Федерации. При оказании медицинской помощи некомпетентным пациентам медицинская сестра должна, насколько позволяет состояние таких пациентов, привлекать их к процессу принятия решения.

Статья 8. Обязанность хранить профессиональную тайну.

Медицинская сестра должна сохранять в тайне от третьих лиц доверенную ей или ставшую ей известной в силу исполнения профессиональных обязанностей информацию о состоянии здоровья пациента, диагнозе, лечении, прогнозе его заболевания, а также о личной жизни пациента даже в случае смерти пациента. Медицинская сестра обязана неукоснительно выполнять свои функции по защите конфиденциальной информации о пациентах, в каком бы виде она ни хранилась. Медицинская сестра вправе раскрыть конфиденциальную информацию о пациенте какой-либо третьей стороне только с согласия самого пациента. Право на передачу медсестрой информации другим специалистам и медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь пациенту, предполагает наличие его согласия. Медицинская сестра вправе передавать конфиденциальную информацию без согласия пациента лишь в случаях, предусмотренных законом. При этом пациента следует поставить в известность о неизбежности раскрытия конфиденциальности информации. Во всех других случаях медицинская сестра несет личную моральную, а иногда и юридическую, ответственность за разглашение профессиональной тайны.

Статья 9. Медицинская сестра и умирающий больной.

Медицинская сестра должна с уважением относиться к праву умирающего на гуманное отношение и достойную смерть. Медицинская сестра обязана владеть необходимыми знаниями и умениями в области паллиативной медицинской помощи, дающей умирающему возможность окончить жизнь с максимально достижимым физическим, эмоциональным и

духовным комфортом. Первейшие моральные и профессиональные обязанности медицинской сестры: предотвращение и облегчение страданий, как правило, связанных с процессом умирания; оказание умирающему и его семье психологической поддержки. Эфтаназия, то есть преднамеренные действия медицинской сестры с целью прекращения жизни умирающего пациента, даже по его просьбе, неэтична и недопустима.

Медицинская сестра должна относиться уважительно к умершему пациенту. При обработке тела следует учитывать религиозные и культурные традиции. Медицинская сестра обязана уважать закрепленные в законодательстве Российской Федерации права граждан относительно патологоанатомических вскрытий.

Статья 10. Медицинская сестра как участник научных исследований и учебного процесса.

Медицинская сестра должна стремиться участвовать в исследовательской деятельности, в приумножении знаний в своей профессии. В исследовательской деятельности с участием человека в качестве объекта медицинская сестра обязана строго следовать международным документам по медицинской этике (Хельсинкская декларация и др.) и законодательству Российской Федерации. Интересы личности пациента для медицинской сестры должны быть всегда выше интересов общества и науки. Участвуя в научных исследованиях, медицинская сестра обязана особенно строго обеспечивать защиту тех пациентов, которые сами не в состоянии об этом позаботиться (дети, лица с тяжелыми психическими расстройствами). Участие пациента в учебном процессе допустимо лишь с соблюдением тех же гарантий защиты их прав.

Часть III

МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА И ЕЕ ПРОФЕССИЯ

Статья 11. Уважение к своей профессии.

Медицинская сестра должна поддерживать авторитет и репутацию своей профессии. Опрятность и соблюдение правил личной гигиены — неотъемлемое качество личности медицинской сестры. Медицинская сестра несет личную моральную ответственность за поддержание, внедрение и улучшение стандартов сестринского дела. Она не должна претендовать на ту степень компетентности, которой не обладает. Право и долг медицинской сестры — отстаивать свою моральную, экономическую и профессиональную независимость. Медицинская сестра должна отказываться от подарков и лестных предложений со стороны пациента, если в основе лежит его желание добиться привилегированного положения по сравнению с другими пациентами. Медицинская сестра вправе принять благодарность от пациента, если она выражается в форме, не уничтожающей человеческое достоинство обоих, не противоречит принципам справедливости и порядочности и не нарушает правовых норм. Интимные отношения с пациентом осуждаются медицинской этикой. Поведение медицинской сестры не должно быть примером отрицательного отношения к здоровью.

Статья 12. Медицинская сестра и ее коллеги.

Медицинская сестра должна отдавать дань заслуженного уважения своим учителям. Во взаимоотношениях с коллегами медицинская сестра должна быть честной, справедливой и порядочной, признавать и уважать их знания и опыт, их вклад в лечебный процесс. Медицинская сестра обязана в меру своих знаний и опыта помогать коллегам по профессии, рассчитывая на такую же помощь с их стороны, а также оказывать содействие другим участникам лечебного процесса, включая добровольных помощников. Медицинская сестра обязана уважать давнюю традицию своей профессии — оказывать медицинскую помощь коллеге безвозмездно. Попытки завоевать себе авторитет путем дискредитации коллег неэтичны.

Моральный и профессиональный долг медицинской сестры — помогать пациенту выполнять назначенную врачом программу лечения. Медицинская сестра обязана точно и квалифицированно производить назначенные врачом медицинские манипуляции. Высокий профессионализм медицинской сестры — важнейший моральный фактор товарищеских,

коллегиальных взаимоотношений медицинской сестры и врача. Фамильярность, неслужебный характер взаимоотношений врача и медицинской сестры при выполнении ими профессиональных обязанностей осуждаются медицинской этикой. Если медицинская сестра сомневается в целесообразности лечебных рекомендаций врача, она должна тактично обсудить эту ситуацию сначала с самим врачом, а при сохраняющемся сомнении и после этого — с вышестоящим руководством.

Статья 13. Медицинская сестра и сомнительная медицинская практика.

Медицинская сестра, столкнувшись с нелегальной, неэтичной или некомпетентной медицинской практикой, должна становиться на защиту интересов пациента и общества. Медицинская сестра обязана знать правовые нормы, регулирующие сестринское дело, систему здравоохранения в целом и применение методов традиционной медицины (целительства), частности. Медицинская сестра вправе обращаться за поддержкой в государственные органы здравоохранения, Ассоциацию медицинских сестер, предпринимая меры по защите интересов пациента от сомнительной медицинской практики.

Часть IV

МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА И ОБЩЕСТВО

Статья 14. Ответственность перед обществом.

Моральный долг медицинской сестры как члена медицинского сообщества — заботиться об обеспечении доступности и высоком качестве сестринской помощи населению. Медицинская сестра должна активно участвовать в информировании и медико-санитарном просвещении населения, помогающем пациентам сделать правильный выбор в их взаимоотношениях с государственной, муниципальной и частной системами здравоохранения. Медицинская сестра, в меру своей компетенции, должна участвовать в разработке и осуществлении коллективных мер, направленных на совершенствование методов борьбы с болезнями, предупреждать пациентов, органы власти и общество в целом об экологической опасности, вносить свой вклад в дело организации спасательных служб. Ассоциация медицинских сестер, медицинское сообщество в целом должны способствовать привлечению медицинских сестер в районы страны, где медицинская помощь наименее развита, предусматривая стимулы для работы в таких районах.

Статья 15. Поддержание автономии и целостности сестринского дела.

Моральный долг медицинской сестры — способствовать развитию реформы сестринского дела в России. Медицинская сестра должна поддерживать, развивать автономию, независимость и целостность сестринского дела. Долг медицинской сестры — привлекать внимание общества и средств массовой информации к нуждам, достижениям и недостаткам сестринского дела. Медицинская сестра должна защищать общество от дезинформации или неправильной интерпретации сестринского дела. Самореклама несовместима с медицинской этикой. Если медицинская сестра участвует в организованном коллективном отказе от работы, она не освобождается от обязанности оказывать неотложную медицинскую помощь, а также от этических обязательств по отношению к тем пациентам, кто в данный момент проходит у нее курс лечения.

Статья 16. Гарантии и защита законных прав медицинской сестры.

Гуманная роль медицинской сестры в обществе создает основу требований законной защиты личного достоинства сестры, физической неприкосновенности и права на помощь при выполнении ею профессиональных обязанностей как в мирное, так и в военное время. Уровень жизни медицинской сестры должен соответствовать статусу ее профессии. Размер гонорара, определяемого частнопрактикующей сестрой, должен быть соизмерим с объемом и качеством оказываемой медицинской помощи, степенью ее компетентности, особыми обстоятельствами в каждом конкретном случае. Безвозмездная помощь бедным пациентам этически одобряется. Ни медицинских работников вообще, ни кого-либо из медицинских сестер в частности нельзя принуждать к работе на неприемлемых для них условиях. Обеспечение условий профессиональной деятельности медицинской сестры

должно соответствовать требованиям охраны труда. Медицинская сестра вправе рассчитывать на то, что межрегиональная Ассоциация медицинских сестер России окажет ей полноценную помощь по: защите чести и достоинства (если ее доброе имя будет кем-либо необоснованно опорочено); своевременному получению квалификационной категории в соответствии с достигнутым уровнем профессиональной подготовки; созданию и применению процедур страхования профессиональных ошибок, не связанных с небрежным или халатным исполнением профессиональных обязанностей; профессиональной переподготовке при невозможности выполнения профессиональных обязанностей по состоянию здоровья; своевременном получении льгот, предусмотренных законодательством Российской Федерации для медицинских работников.

Часть V

ДЕЙСТВИЕ «ЭТИЧЕСКОГО КОДЕКСА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ РОССИИ», ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ЕГО НАРУШЕНИЕ И ПОРЯДОК ЕГО ПЕРЕСМОТРА

Статья 17. Действие «Этического кодекса».

Требования настоящего кодекса обязательны для всех медицинских сестер России.

Врачи и медицинские сестры, ведущие преподавание на факультетах сестринского дела, в медицинских колледжах и училищах, должны ознакомить студентов с «Этическим кодексом медицинской сестры России». Студенты по мере включения в профессиональную медицинскую деятельность обязаны усваивать и соблюдать принципы и нормы, содержащиеся в кодексе. Врачи и медицинские сестры, ведущие преподавание, должны своим поведением показывать пример студентам.

Статья 18. Ответственность за нарушение «Этического кодекса».

Ответственность за нарушение «Этического кодекса» медицинской сестры России определяется уставом межрегиональной Ассоциации медицинских сестер России. За нарушение норм Кодекса к членам ассоциации могут быть применены следующие взыскания:

- 1) замечание;
- 2) предупреждение о неполном профессиональном соответствии;
- 3) приостановление членства в ассоциации на срок до одного года;
- 4) исключение из членов ассоциации с обязательным уведомлением об этом соответствующей аттестационной (лицензионной) комиссии.

Статья 19. Пересмотр и толкование «Этического кодекса».

Право пересмотра «Этического кодекса» медицинской сестры России и толкование его отдельных положений принадлежат межрегиональной Ассоциации медицинских сестер России. Рекомендации и предложения по изменению или усовершенствованию отдельных статей кодекса принимаются к рассмотрению президиумом названной ассоциации и приобретают законную силу после утверждения этим органом ассоциации.

Двенадцать принципов предоставления медицинской помощи в любой системе здравоохранения

Приняты 17ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Нью-Йорк, США, в октябре 1963 года, дополнены 35ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, в октябре 1983 года.

Преамбула:

На планете работают различные системы здравоохранения от полностью автономных до исключительно государственных.

В одних странах помощь оказывается лишь остро в ней нуждающимся, в других — существует развитая система медицинского страхования, третьи существенно продвинулись в организации комплексной охраны здоровья. Различные степени сочетания частной инициативы и государственной политики в области здравоохранения порождают множество вариантов систем предоставления медицинской помощи.

В идеале необходимо обеспечить наиболее современный уровень медицинской помощи при полной свободе выбора как для врача, так и для пациента.

Однако эта формула носит слишком общий характер и, к сожалению, мало помогает при решении конкретных проблем здравоохранения в конкретной стране.

Всемирная Медицинская Ассоциация считает своим долгом встать на защиту основных принципов медицинской практики и свободы медицинской профессии, а потому, не вдаваясь в оценку ни одной из национальных систем здравоохранения, декларирует условия, соблюдение которых необходимо для эффективного сотрудничества медицинского сообщества с государственной системой здравоохранения.

Принципы:

1. В любой системе здравоохранения условия работы медиков должны определяться с учетом позиции общественных врачебных организаций.

2. Любая система здравоохранения должна обеспечить пациенту право выбора врача, а врачу — право выбора пациента, не ущемляя при этом прав ни врача, ни пациентов. Принцип свободного выбора должен соблюдаться и в тех случаях, когда медицинская помощь оказывается в медицинских центрах. Профессиональная и этическая обязанность врача — оказывать любому человеку неотложную медицинскую помощь без каких-либо исключений.

3. Любая система здравоохранения должна быть открыта для всех врачей, имеющих право практики: ни медиков вообще, ни одного врача в частности нельзя принуждать к работе на неприемлемых для них условиях.

4. Врач должен быть свободен в выборе места своей практики и ограничен лишь пределами своей специализации. Медицинское сообщество должно помогать государству, ориентируя молодых врачей на работу в тех регионах, где они наиболее необходимы. Врачам, соглашающимся работать в менее престижных районах, должна быть оказана такая помощь, чтобы оснащение практики и уровень жизни врача соответствовали статусу их профессии.

5. Медицинское сообщество должно быть адекватно представлено во всех государственных институтах, имеющих отношение к проблемам охраны здоровья.

6. Все, кто принимает участие в лечебном процессе, или контролирует его, должны осознавать, уважать и сохранять конфиденциальность взаимоотношений врача и пациента.

7. Необходимы гарантии моральной, экономической и профессиональной независимости врача.

8. Если размер гонорара за медицинские услуги не определен прямым договором между пациентом и врачом, организации, финансирующие предоставление медицинских услуг, обязаны адекватно компенсировать труд врача.

9. Объем гонорара врача должен зависеть от характера медицинской услуги. Цена медицинских услуг должна определяться соглашением с участием представителей медицинского сообщества, а не односторонним решением организаций, финансирующих предоставление медицинских услуг, или правительства.

10. Оценка качества и эффективности медицинской помощи, оказываемой врачом, объема, цены и количества предоставляемых им услуг, должны осуществлять только врачи, руководствуясь в большей степени региональными, нежели национальными стандартами.

11. В интересах больного не может быть никаких ограничений права врача на выписку любых препаратов и назначение любого лечения, адекватного с точки зрения современных стандартов.

12. Врач должен активно стремиться к углублению своих знаний и повышению профессионального статуса.

Этический кодекс врача клиники Академии

Я осознаю, что клиника Академии является лечебным учреждением, которое осуществляет медицинскую практику на основании лицензии на определенные виды деятельности, в соответствии с «Порядками ...», «Стандартами...» и иными нормативно-правовыми документами, принятыми в Российской Федерации.

В клинике используется опыт и знания, накопленные ведущими медицинскими ассоциациями России и мира, в соответствии с которыми работают лидирующие академические медицинские учреждения нашей страны, Западной Европы и США в рамках научно-доказательной медицины.

Понимая, что в клинике Академии осуществляются различные виды медицинской помощи, я обязуюсь практиковать честно и порядочно, ставя интересы и права пациентов выше всего. Я обязуюсь обращаться со своими пациентами так, как я бы хотел, чтобы обращались со мной. Я буду предоставлять медицинские услуги пациентам с полным осознанием их прав и человеческого достоинства, с использованием своих лучших знаний и способностей.

Я буду защищать общество и профессиональное сообщество от врачей с низким уровнем общечеловеческой морали и низкой профессиональной компетенцией. Я буду предавать огласке любые факты морального или физического насилия врача над пациентом, сексуальных домогательств, ненадлежащего и оскорбительного поведения со стороны врачей.

Я обязуюсь сохранять врачебную тайну, тщательно оберегать любую информацию того, что было сделано мной и моими коллегами в ходе обследования и лечения пациента. Любая информация подобного характера может открываться третьим лицам только по желанию пациента или по требованию уполномоченных организаций.

Медицинское обследование, любые виды лечение, динамическое наблюдение за пациентом являются моей прямой и личной ответственностью до тех пор, пока я не передам ведение пациента другому компетентному специалисту. Я буду работать с пациентом со всей глубочайшей ответственностью, уделяя ему все необходимое и надлежащее внимание и время, выполняя все необходимые медицинские процедуры в полном объеме, и с наивысшим доступным мне качеством.

Я буду добиваться полного понимания пациентом целей, задач, необходимости, технических и иных особенностей, положительных и отрицательных сторон любых медицинских процедур. Любая медицинская процедура может быть выполнена только с согласия пациента, в виде информированного согласия на ее проведение в письменной форме. Решение должно приниматься пациентом с учетом всей имеющейся у него информации (информированное решение) и без всякого давления со стороны врача.

Проведение любых медицинских процедур и действий без ведома и без согласия на то пациента и/или уполномоченных им лиц, выполнение необоснованных медицинских процедур и особенно хирургических вмешательств, я расцениваю как грубейшее нарушение прав человека и общечеловеческой этики. Я не приемлю выполнение любых медицинских процедур и хирургических операций, если я не обладаю достаточными знаниями и навыками их проведения, обеспечения послеоперационного ухода и наблюдения за пациентом.

Любая реклама, которую я использую, должна быть правдивой и откровенной, не содержать ложных и шарлатанских утверждений, неправдоподобных обещаний и любой другой лжи, двусмысленности и нечестности. Мои взаимоотношения с обществом должны быть аккуратными, я никогда не буду давать о себе лживую информацию, включая информацию о своих профессиональных и научных достижениях, знаниях, навыках и умениях. Когда я буду представлять данные, содержащие любой конфликт интересов, я обязуюсь раскрывать свои связи со всеми коммерческими и другими организациями, в которых у меня есть финансовая заинтересованность.

Если меня попросят выступить в качестве эксперта в суде или в других организациях, моя экспертиза будет основана только на подтвержденных медицинской наукой фактах, принятых в России и в ведущих странах мира стандартах медицинской помощи, моем опыте и знаниях в той области, в которой проводится экспертиза. Я никогда не буду осуждать медицинские действия в рамках стандартов медицинской помощи и всегда буду осуждать таковые, противоречащие этим стандартам.

Я буду проводить научные исследования только в соответствии с общепринятыми законами медицинской и общечеловеческой этики, правилами и нормами, зафиксированными Конституцией Российской Федерации, Хельсинкской Декларацией Прав и Свобод Человека, Российским и международным законодательством. В необходимых случаях я всегда буду получать разрешение Этического Комитета Академии на проведение тех или иных научных исследований и экспериментов. Проводимые мной научные исследования будут осуществляться в рамках лучших правил их организации, планирования и проведения.

Я буду поддерживать свою квалификацию путем постоянного самообразования, курсов повышения квалификации, с использованием только строго научных и правдивых фактов и знаний. Я осознаю, что медицинская квалификация предусматривает наличие адекватных современному уровню медицинской науки знаний, принимать адекватные решения в области диагностики, лечения, реабилитации и профилактики в каждом конкретном случае. Я буду всегда уважать моих коллег, искать помощи и совета, наиболее опытных и знающих из них в тех ситуациях, когда моих собственных знаний или практических навыков будет недостаточно для оказания наилучшей помощи пациенту.

В связи с этим я понимаю, что моей прямой обязанностью является совершенное знание, обязуюсь постоянно повышать и совершенствовать свой профессионализм путем:

регулярного чтения лучшей медицинской литературы;

практического повышения квалификации, в том числе и за рубежом;

активного участия в российских и международных профессиональных конференциях, съездах и симпозиумах;

активного участия в научной работе;

активного членства и участия в работе российских и международных профессиональных медицинских ассоциаций.

Я обязуюсь соблюдать все законы, нормы, правила и регуляции, регламентирующие оказание медицинской помощи в Российской Федерации. Я обязуюсь служить интересам общества и человека, всячески содействовать укреплению их здоровья.

Своей работой я буду содействовать улучшению и совершенствованию этого Этического Кодекса, который может меняться в соответствии с требованиями времени, но только в интересах общества и человека.

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ДОКУМЕНТЫ ПО ОТДЕЛЬНЫМ ЭТИЧЕСКИМ ПРОБЛЕМАМ

Положение о медицинской этике в условиях бедствий

Принято 46-й Генеральной ассамблеей ВМА, Стокгольм, Швеция, сентябрь 1994 г.

1. Определение бедствия для целей данного документа сосредоточивается, главным образом, на медицинских аспектах.

Бедствием является неожиданное возникновение пагубных событий, обычно неожиданного и интенсивного характера, приводящих к существенному материальному ущербу, значительному перемещению людей и/или большому числу пострадавших и/или значительной дезинтеграции в обществе или к комбинации упомянутого. Это определение в такой формулировке не включает ситуации, возникающие при международных или внутренних конфликтах и войнах, которые порождают другие проблемы в дополнение к проблемам, рассмотренным в настоящем Положении. С медицинской точки зрения бедственные ситуа-

ции характеризуются острым и непредвиденным несоответствием между возможностями и ресурсами медицины и потребностями пострадавших или людей, чье здоровье находится под угрозой, на протяжении данного периода времени.

2. Бедствия, будь-то стихийные (например, землетрясения), технологические (например, аварии атомного или химического характера) или случайные (например, крушение поезда), характеризуются несколькими чертами, которые порождают специфические проблемы:

- а) их внезапное возникновение, требующее быстрых действий;
- б) неадекватность медицинских ресурсов, приспособленных к нормальным условиям: большое число пострадавших означает, что доступные ресурсы должны использоваться наиболее эффективно с тем, чтобы спасти как можно больше жизней;
- в) материальные или природные разрушения, делающие доступ к пострадавшим трудным и/или опасным;
- г) неблагоприятное влияние на ситуацию со здоровьем из-за загрязнения и опасности эпидемий.

Таким образом, бедствия требуют многосторонних ответных действий, включающих множество различных видов помощи от транспортировки и поставок питания до медицинской помощи, осуществляемых при тщательном обеспечении безопасности (полиция, служба пожарной безопасности, армия и пр.). Эти действия требуют эффективного и централизованного руководства для координации общественных и личных усилий. Спасатели и врачи сталкиваются с необычной ситуацией, в которой их личная этика должна каким-то образом сочетаться с этическими требованиями, выдвигаемыми обществом в такой эмоционально накаленной обстановке.

Правила медицинской этики, определенные и усвоенные ранее, должны дополнять личную этику врачей.

Неадекватные и/или разрушенные медицинские ресурсы, с одной стороны, и большое количество людей, раненых за короткое время, с другой стороны, представляют особую этическую проблему.

Обеспечение медицинской помощи в таких условиях связано с техническими и организационными проблемами вдобавок к этическим проблемам. Поэтому ВМА рекомендует следующие этические установки для врача в ситуациях бедствий.

3. Сортировка.

3.1. Сортировка представляет собой первую этическую проблему, вытекающую из ограниченности немедленно доступных лечебных ресурсов и большого числа пострадавших с различным состоянием здоровья. Сортировка представляет собой медицинскую деятельность по преимущественному лечению и оказанию помощи, основанную на диагностировании и прогнозировании. Выживание пациента зависит от сортировки. Она должна проводиться быстро с учетом медицинских потребностей, возможностей для медицинского вмешательства и имеющихся ресурсов. Жизненно важные действия по реанимации должны проводиться одновременно с сортировкой.

3.2. Сортировка должна быть доверена уполномоченному опытному врачу, которому помогает квалифицированный персонал.

3.3. Врач должен сортировать раненых в следующем порядке:

- а) пострадавшие, которые могут быть спасены, но чьи жизни находятся в непосредственной опасности, требующие оказания помощи сразу же или в преимущественном порядке в течение ближайших нескольких часов;
- б) пострадавшие, чьи жизни не находятся в непосредственной опасности, и которые нуждаются в срочной, но не в безотлагательной медицинской помощи;
- в) раненые, требующие только незначительной помощи, которую можно оказать позднее или которую может оказать вспомогательный персонал;

г) психологически травмированные, нуждающиеся в успокоении, которым не может быть оказана помощь индивидуально, но которым может потребоваться успокоительное или покой в острой стадии;

д) пострадавшие, чье состояние не может быть облегчено доступными терапевтическими ресурсами, пострадавшие, получившие крайне тяжелые ранения, например облучение или ожоги, в такой мере и степени, что их жизнь не может быть спасена в данных обстоятельствах времени и места, или сложные хирургические случаи, требующие особенно тонкой операции, которая займет слишком много времени, и вынуждающие, таким образом, врача выбирать между ними и другими пациентами. По этим причинам все такие пострадавшие могут быть классифицированы как случаи "вне неотложной помощи". Решение "не принимать раненого" в расчет при распределении приоритетов, продиктованное ситуацией бедствия, не может рассматриваться как "не оказание помощи человеку, находящемуся в смертельной опасности". Это оправдано, если это направлено на спасение максимального количества пострадавших;

е) так как случаи могут эволюционировать и переходить, таким образом, в другую категорию, важно, чтобы ситуация регулярно пересматривалась уполномоченными в порядке сортировки.

3.4. а) С этической точки зрения проблема сортировки и отношения к пострадавшим "вне неотложной помощи" состоит в применении немедленно доступных средств в исключительных обстоятельствах, не подвластных контролю человека. Неэтичным для врача является упорствовать в поддержании жизни безнадежного пациента любой ценой, растрачивая, таким образом, без пользы дефицитные ресурсы, необходимые где-нибудь в другом месте. Однако врач должен проявлять сострадание и уважение к достоинству личной жизни своих пациентов, например отделив их от других и назначив соответствующие болеутоляющие и успокоительные средства.

б) Врач должен действовать в соответствии со своей совестью с учетом доступных средств. Он должен попытаться установить такой порядок приоритетов лечения, который спас бы максимальное число тяжелых больных, имеющих шанс на выздоровление, и свел бы к минимуму заболеваемость, учитывая в то же время ограничения, налагаемые обстоятельствами.

Особое внимание врач должен обратить на то, что у детей могут быть специфические потребности.

4. Отношения с пострадавшими.

4.1. Пострадавшим оказывается помощь типа первой и неотложной медицинской помощи. В случае бедствия врач должен оказывать медицинскую помощь каждому пострадавшему без какого-либо отбора, не ожидая просьбы о помощи.

4.2. При отборе пациентов, которые могут быть спасены, врач должен руководствоваться только состоянием пациента и должен исключить любые другие соображения, основанные на немедицинских критериях.

4.3. Отношения с пострадавшими определяются оказанием первой медицинской помощи и необходимостью защиты высших интересов пациентов, по возможности, путем получения их согласия в критических условиях. Однако врач должен принимать во внимание культурные особенности населения и действовать в соответствии с требованиями ситуации. Он должен руководствоваться концепцией оптимальной помощи, которая включает как техническую помощь, так и эмоциональную поддержку, направленные на спасение максимального числа жизней и сведение к абсолютному минимуму заболеваемости.

4.4. Отношения с пострадавшими также включают аспекты, связанные с сопереживанием потери жизни, которые наряду с техническими медицинскими действиями служат признанием и поддержкой в психологических переживаниях пострадавших. Эти аспекты включают уважение достоинства и морали пострадавших и их семей, а также оказание помощи уцелевшим.

4.5. Врач должен уважать обычаи, обряды и верования пострадавших и действовать со всей беспристрастностью.

4.6. По возможности, пострадавшие должны регистрироваться для последующих медицинских мероприятий.

5. Отношения с третьими лицами.

Врач имеет обязательство перед каждым пациентом проявлять благоразумие и обеспечивать конфиденциальность при контактах со средствами массовой информации и другими третьими лицами, проявлять осторожность и объективность, действовать с достоинством в том, что касается эмоциональной и политической атмосферы, окружающей ситуации бедствия.

6. Обязанности вспомогательного медицинского персонала.

Этические принципы, применимые к врачам, относятся также к персоналу, находящемуся под руководством врача.

7. Обучение.

Всемирная медицинская ассоциация рекомендует, чтобы обучение медицине бедствий было включено в учебные программы университетов и курсы медицинского пост-дипломного образования.

8. Ответственность.

Всемирная медицинская ассоциация призывает государства-участники и страховые компании ввести процедуру уменьшенной ответственности или ответственности без неверного исполнения обязанностей, которая компенсировала бы как общественные издержки, так и любой личный ущерб, который может быть нанесен врачам, работающим в чрезвычайных ситуациях или ситуациях бедствия.

Всемирная медицинская ассоциация предлагает правительствам

а) оказывать содействие и поддержку иностранным врачам и принимать их деятельность, их приезд и материальную помощь (например, Красный Крест, Красный Полумесяц) без дискриминации по расовым, религиозным и другим признакам,

б) отдавать предпочтение предоставлению медицинской помощи, а не визитам высокопоставленных лиц.

Заявление о пренебрежении родительским долгом и жестоком обращении с детьми

Принято 36-ой Всемирной медицинской Ассамблеей, Сингапур, октябрь 1984, Дополнено 41-ой Всемирной медицинской Ассамблеей, Гонконг, сентябрь 1989, 42-ой Всемирной медицинской Ассамблеей, Ранчо Мираж, Калифорния, США, октябрь 1990 и 44-ой Всемирной медицинской Ассамблеей, Марбэлла, Испания, сентябрь, 1992 г.

Пренебрежение родительским долгом и жестокое обращение с детьми - одни из наиболее пагубных проявлений семейного насилия и неустроенности. Профилактика и раннее выявление фактов пренебрежения родительским долгом и жестокого обращения с детьми, а также всесторонняя помощь детям - жертвам жестокости - обязанность мирового медицинского сообщества.

Понятие жестокости по отношению к детям различно для разных общественно-культурных формаций. Часто рационалистическое объяснение не просто оправдывает грубое обращение с детьми, но возводит жестокость, а, значит, и сопряжённую с ней опасность, в ранг нормы.

В настоящем "Заявлении" понятие жестокого обращения с детьми подразумевает физическую, сексуальную или эмоциональную жестокость, а пренебрежение родительским долгом - неспособность родителей или других людей, несущих по закону ответственность за ребёнка, обеспечить удовлетворение его нужд и адекватный уход за ним.

Всемирная Медицинская Ассоциация считает, что плохое обращение с детьми является проблемой мирового здравоохранения, в связи с чем рекомендует:

1. Врачи призваны сыграть особую роль в помощи страдающим детям и их неблагополучным семьям.
2. Необходимо специальное обучение врачей распознаванию признаков жестокого обращения с детьми и пренебрежения родительским долгом. Соответствующая подготовка возможна в рамках непрерывного медицинского образования.
3. Врачам следует работать в тесном контакте с представителями смежных специальностей. Работоспособная группа должна включать терапевтов, работников социальной сферы, психиатров (в том числе и детских), специалистов по развитию детей, психологов и адвокатов. Если работоспособная группа не сформирована, врачу придётся специально искать медицинских, социальных, юридических и иных специалистов, необходимых в каждом конкретном случае.
4. Врачи первичного звена медицинской помощи (семейные врачи, терапевты, педиатры), скорой помощи, хирурги, психиатры и другие медицинские специалисты должны иметь специальные знания и навыки, необходимые для физикального определения признаков жестокого обращения с детьми, оценки состояния и физического развития детей, умения использовать возможности общества и собственный статус на благо страдающим детям.
5. Медицинская оценка состояния детей - жертв физического жестокого обращения - должна включать: анамнез; данные физикального обследования; протокол рентгеновского исследования; исследование системы свёртывания крови; цветные фотографии; данные обследования братьев и сестёр; официальное медицинское заключение; характеристику поведения пострадавшего; оценку развития ребёнка.
6. Медицинская оценка и ведение детей, подвергшихся сексуальной травме, должны включать: лечение физической и психологической травмы; сбор и обработку свидетельских показаний; лечение и / или профилактику беременности и венерических заболеваний.
7. Врачи должны уметь оценивать природу и уровень семейных отношений с точки зрения защиты детей. Врачи должны понимать и чувствовать, какие последствия для детей могут иметь качество отношений между родителями, дисциплинарный стиль в семье, её экономическое положение, эмоциональные проблемы, злоупотребление алкоголем, наркотиками и т.п.
8. Врач должен быть насторожен относительно общеизвестных признаков жестокого обращения с детьми и помнить, что далеко не всегда эти признаки очевидны и часто лишь внимательное общение с ребёнком и его родителями проясняет картину.
9. Подозревая, что ребёнок подвергается унижению в семье, врач обязан незамедлительно:
 - 1) поставить в известность о своих предположениях службу защиты детей;
 - 2) госпитализировать каждого ребёнка, подвергшегося жестокости и нуждающегося в защите на время периода первичного обследования;
 - 3) проинформировать родителей о диагнозе и сообщить правоохранительным службам о полученных ребёнком травмах.
10. Ребёнок - пациент врача, а потому именно ему следует оказывать предпочтительное внимание. Врач обязан принять все возможные меры для защиты ребёнка в будущем. Необходимо связаться с социальной службой защиты детей, работающей в соответствии с законодательством многих стран, а в ряде случаев следует превентивно госпитализировать ребёнка.
11. Перед госпитализацией необходимо провести адекватную оценку уровня развития ребёнка, его физического и эмоционального состояния. Если врач, заподозривший жестокое обращение, не в состоянии самостоятельно провести такую оценку, ему следует обратиться за помощью к компетентному специалисту.
12. Заподозрив факт жестокого обращения с ребёнком, врач должен сообщить родителям, что возможность жестокого обращения с ребёнком фигурирует в дифференциальном диагнозе. Существенно, чтобы врач был объективен и избегал грубых обвинений и обличения родителей.

13. Необходимо занести все данные в медицинскую карту, поскольку эти сведения могут стать уликой в суде.

14. Врачи должны участвовать в профилактике жестокого обращения с детьми на всех уровнях, организуя пре- и постнатальное семейное консультирование, выявляя проблемы в вопросах воспитания и родительской заботы, давая советы по планированию семьи и контролю рождаемости.

15. Врачам следует организовывать систему профилактики жестокого обращения с детьми путём сестринского патронажа на дому, обучения родителей, адекватного наблюдения за новорожденными и детьми. Врачи должны поддерживать программы, направленные на улучшение здоровья детей и предупреждения жестокого обращения с ними.

16. Врачи должны отдавать себе отчёт в том, что проблема помощи детям - жертвам жестокого обращения - и их семьям требует комплексного подхода. В решении этой проблемы необходимо участие врачей, юристов, сестринского персонала, педагогов, психологов и работников социальной сферы.

17. Врачи должны поддерживать развитие новых программ, совершенствующих медицинские знания о признаках и последствиях жестокого обращения с детьми и пренебрежения родительским долгом.

18. Дискуссий по поводу нарушения врачебной тайны в случаях жестокого отношения к детям быть не может. Первейшая обязанность врача - защитить своего пациента если он стал или может стать чьей-то жертвой. Официальный рапорт о факте насилия, вне зависимости от вида насилия (физическое, психическое или сексуальное), должен быть подан соответствующим властям.

19. Врачи должны поддерживать принятие в их странах законов, которые бы позволяли эффективно выявлять факты жестокого обращения с детьми и брать под защиту детей, в отношении которых была проявлена жестокость. Законодательство должно также защищать врачей, работников здравоохранения и иных служб, принимающих участие в выявлении, ведении и лечении детей, ставших жертвами жестокого обращения.

20. Врачи должны поддерживать юридические процедуры, позволяющие гражданину, по достижению им совершеннолетия, возбудить судебное дело против лиц, жестоко обращавшихся с ним в детстве. Врачам следует также поддерживать честные и законные официальные процедуры, целью которых является предотвращение жестокого обращения с детьми, поскольку суду необходимы объективные данные для возбуждения любых юридических действий в отношении лица, проявившего жестокость.

Заявление о пособничестве врачей при самоубийствах

Принято 44-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Марбэлла, Испания, сентябрь 1992 г.

Случаи самоубийства при пособничестве врача стали в последнее время предметом пристального внимания со стороны общественности. Известны случаи использования приспособлений, сконструированных врачом, который инструктирует пациента о том, как ими воспользоваться в целях самоубийства. Налицо помощь в осуществлении акта самоубийства. Иногда врач даёт пациенту лекарство и информирует о дозе, приём которой приведёт к летальному исходу. В перечисленных случаях речь идёт о серьёзно и даже смертельно больных людях, жестоко страдающих от боли, отдающих себе отчёт в своих действиях и самостоятельно принявших решение о самоубийстве. Пациенты, намеревающиеся покончить жизнь самоубийством, зачастую находятся в депрессии, которая обычно сопровождает смертельное заболевание.

Подобно эвтаназии, самоубийство при пособничестве врача является неэтичным и подлежит осуждению со стороны медицинской общественности. Врач поступает неэтично, если его действия направлены на помощь пациенту в деле совершения самоубийства. Вместе с тем, право пациента отказаться от медицинской помощи является одним из

основных и действия врача, направленные на уважение этого права, даже если они ведут к смерти пациента, вполне этичны.

Декларация о жестоком обращении с пожилыми людьми и стариками

Принята 41-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Гонконг, сентябрь 1989, отредактирована 126-ой Сессией Совета Всемирной Медицинской Ассоциации, Иерусалим, Израиль, май 1990 г.

Пожилые люди могут страдать нарушениями моторики, психики и способности ориентироваться в пространстве, а поэтому нуждаться в постороннем уходе. Семьи и общество могут посчитать таких лиц обременительными и свести до минимума необходимые помощь и уход.

Жестокость по отношению к пожилым людям и старикам может проявляться в различных формах. Единой классификации не существует, однако понятия физического, психологического и материального унижения общеприняты. Реже, как отдельную форму, выделяют медицинское унижение. Определение категории унижения стариков представляется делом более сложным, нежели классификация причин, к нему приводящих. Среди них зависимость от лиц, обеспечивающих уход, слабость семейных уз, давление семейных проблем, недостаток социальной поддержки в виде низкой оплаты услуг по уходу, что способствует негуманной позиции персонала.

Плохое обращение со стариками всё чаще констатируется медицинскими и социальными службами. Врачи, сформулировав проблему и мобилизовав общественные возможности, сыграли значимую роль в движении против жестокого обращения с детьми. Проблема унижения стариков лишь недавно попала в сферу внимания медицинской общественности. Углубление знаний врачей и других медицинских специалистов о признаках жестокого и пренебрежительного обращения с пожилыми людьми и стариками - первый шаг к его искоренению. Выявив семью с высоким риском жестокого обращения со старым человеком, врач должен привлечь внимание социальных служб и самостоятельно оказать возможную поддержку.

Рекомендации:

Врач, лечащий пожилых людей и стариков должен:

- выявить стариков, по отношению к которым возможно жестокое обращение и/или пренебрежение;
- профессионально оценить и провести лечение последствий жестокого обращения;
- оставаться объективным и непредвзятым;
- попытаться установить и поддерживать терапевтическое взаимодействие с семьёй такого пациента (зачастую врач - единственный профессионал, поддерживающий длительный контакт с семьёй);
- в соответствии со своим статусом, сообщать о всех предполагаемых случаях жестокого и/или пренебрежительного обращения со стариками;
- по возможности использовать помощь медицинских, социальных и психиатрических служб;
- с целью уменьшения напряжённости в семьях высокого риска, всячески способствовать увеличению общественной поддержки службам, обеспечивающим патронажную помощь.

Заявление о самоубийствах подростков

Принято 43-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Мальта, ноябрь 1991 г.

События последних десятилетий свидетельствуют о драматическом изменении в структуре причин гибели подростков. Полвека назад подростки, в большинстве своём, умирали от естественных причин, а ныне их смертность обусловлена преимущественно теми причинами, которые вполне возможно предотвратить. Частота самоубийств среди подростков возросла во всём мире - как в развитых, так и в развивающихся странах.

Видимо, истинное число самоубийств среди подростков занижено из-за саморазрушительного смысла этих трагедий в культурном и религиозном плане; отсюда нежелание идентифицировать некоторые травмы, например ряд автомобильных катастроф, как преднамеренные.

Самоубийство подростка затрагивает не только погибшего, но и его семью, родственников, да и всё общество, в котором он жил. Факт самоубийства подростка часто переживается родителями, друзьями и врачами как личное упущение; они обвиняют себя в том, что не распознали предостерегающие признаки. Самоубийство также рассматривается, как свидетельство неспособности современного общества обеспечить воспитание и поддержку подростков, а также здоровую окружающую среду, необходимую для роста и развития детей.

Факторы, способствующие самоубийству детей, разнообразны и включают: депрессию, эмоциональную изолированность, утрату самоуважения, эмоциональные перегрузки, психические нарушения, романтические фантазии, сильные волнения, злоупотребление лекарствами и алкоголем, доступ к огнестрельному оружию и другим средствам саморазрушения. Чаще всего самоубийство - результат совокупного действия нескольких факторов. Поскольку в настоящее время нет репрезентативного количества психологических профилей личности самоубийц, трудно выявлять подростков с высоким суицидальным риском.

Медицинская помощь подросткам оптимальна в тех случаях, когда один и тот же врач оказывает комплексные медицинские услуги, включающие как медицинские и психосоциальные оценки, так и лечение. Непрерывность и комплексность медицинской помощи даёт врачу возможность получения информации, необходимой для распознавания возможности предпринимая подростком попытки самоубийства или иного саморазрушающего поведения подростка. Такая модель оказания медицинской помощи помогает построить, поддерживаемые обществом, отношения "врач-пациент", которые могут смягчить нежелательные влияния личного опыта подростка ив его окружении.

Всемирная Медицинская Ассоциация отмечает сложность природы биосоциального развития подростков, изменение социального мира, с которым сталкиваются подростки, появление новых, более смертоносных средств саморазрушения. В ответ на всё это Всемирная Медицинская Ассоциация рекомендует национальным медицинским ассоциациям довести до сведения врачей следующие руководящие принципы:

1. Все врачи должны получить в институте и резидентуре знания о биосоциальном развитии подростков.
2. Врачи должны быть обучены выявлению ранних признаков и симптомов физического, эмоционального и социального истощения пациентов-подростков.
3. Врачи должны быть насторожены в плане оценки риска самоубийства их пациентов-подростков.
4. Врачи должны быть насторожены в плане адекватного ведения случаев любых форм саморазрушающего поведения их пациентов-подростков.
5. Оказывая помощь подростку по поводу серьёзной травмы, врач должен оценить возможность преднамеренного нанесения повреждений.
6. Системы здравоохранения должны способствовать организации психологических консультационных служб, ориентированных на профилактику самоубийств и оказывать социально-медицинскую помощь лицам, предпринимавшим попытку самоубийства.
7. Следует развивать исследования эпидемиологии, факторов риска и методов профилактики самоубийств.

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРАВОВЫХ И ЭТИЧЕСКИХ НОРМ В МЕДИЦИНЕ

Одним из сложнейших и, в то же время, практически значимых вопросов является взаимоотношение правовых и этических норм в медицинской деятельности.

Отличие норм права и морально-этических норм:

1. **По происхождению и форме выражения.** Нормы морали и этики складываются в обществе на основе представлений людей о добре и зле, чести, совести, справедливости. Они приобретают обязательное значение *по мере осознания и признания их большинством членов общества*. В медицине это выражается, в частности, в понимании обществом необходимости *особого* отношения к больным (страдающим) людям, приоритета их интересов, недопустимости равнодушного, а тем более негуманного, жестокого поведения медицинских работников. Даже если отдельные индивиды не признают это необходимым, они вряд ли осмелятся открыто пропагандировать *свое понимание* взаимоотношений врача и пациента. Человечество давно возвело в этическую норму неприкосновенность частной жизни человека, в медицине это издревле преобразовалось в понятие «врачебная тайна» и многие века врачи руководствовались в ее отношении только этико-деонтологическими нормами.

Мы можем наблюдать динамику развития и признания большинством членов медицинского сообщества различных этических норм. Например, в СССР считалось неэтичным и противоречило деонтологическим принципам *безоговорочное доведение до больного всей информации* о его заболевании и прогнозе, соответственно, вполне нормальным считалось сокрытие неблагоприятной информации. Со временем многие представители медицинского сообщества стали все чаще склоняться к тому, что человек имеет право знать всю правду о себе и своей болезни, соответственно, отказ в предоставлении информации многими стал считаться неэтичным (хотя вряд ли пока это преобладающее большинство медицинских работников в нашей стране).

Примеров можно привести очень много, но все они подтверждают мысль о том, что этико-моральные нормы существуют в сознании людей, которое под влиянием различных обстоятельств изменяется, притом как индивидуальное, так и общественное. Этому не противоречит и тот факт, что в настоящее время существует масса документов, в том числе, уже приводимых здесь, в которых этические нормы излагаются и закрепляются в письменном виде (этические кодексы, декларации и т.д.). Это не источники права, они не носят принудительного характера, а лишь демонстрируют добрую волю и понимание необходимости этических аспектов медицины представителями медицинской профессии.

Нормы права устанавливаются государством, их разработка и принятие – это специально установленные процедуры. Правовые нормы содержатся в официальных нормативно-правовых актах (законах, указах, постановлениях, приказах и т.д.).

После вступления в законную силу нормы права сразу же становятся **обязательными для всех лиц**, находящихся в сфере их действий. Правовая норма предписывает людям известное поведение, **независимо от того, согласны ли они, что эта норма хороша, или несогласны, хотя бы ей подчиняться или не хотят**.

Необходимо отметить, что для **российского медицинского сообщества достаточно характерным является непонимание этого признака правовой нормы и ее отличия от нормы этической**. Несогласные с правовыми нормами врачи зачастую отказываются их выполнять, потому что нормы «плохие», т.е. внутренние убеждения, понимание этической стороны какого-либо действия входят у них в противоречие с установлениями закона. Здесь можно привести тот же пример с информированием пациента. Всем прекрасно известно, что законом установлено право пациента на информацию, из текста соответствующей статьи абсолютно ясно, что если пациент желает знать что-либо (о диагнозе, прогнозе, лечении и т.д.), вся необходимая информация **должна быть** предоставлена. И закон «не интересуется» мнением врачей об этом. А вот врачи как раз имеют достаточно обширный диапазон мнений по этому поводу, не всегда совпадающий с требованиями

закона. Это действительно очень сложная проблема и «облегчается» она пока только тем, что и у пациентов зачастую нет внутренней убежденности в целесообразности получения этой «всей» информации, ее сокрытие чаще не воспринимается как злостное нарушение. Однако были случаи судебных исков, основанные именно на нарушении этого права пациента (они, как правило, были связаны с материальными потерями, понесенными семьей пациента, не информированного о неблагоприятном прогнозе заболевания и не распорядившегося имуществом надлежащим образом).

2. **По способу охраны от нарушений.** И нормы этики, и нормы права в правовом гражданском обществе *в подавляющем большинстве случаев* соблюдаются добровольно на основе естественного понимания людьми справедливости их предписаний. Реализация и тех и других норм обеспечивается внутренними убеждениями людей, а также средствами общественного мнения. Такие способы охраны вполне достаточны для этических норм, а их нарушение влечет внутренний психологический дискомфорт (у личностей в целом социально адекватных и случайно или в силу обстоятельств нарушивших эти нормы), а также общественное порицание. Для защиты правовых норм применяются еще и меры государственного принуждения (правовые санкции, специально установленные законом).

3. **По степени детализации.** Нормы морали выступают в виде наиболее обобщенных правил поведения (будь добрым, справедливым, честным). Правовые же нормы представляют собой детализированные, по сравнению с моральными нормами, правила поведения. В них закрепляются более четко определенные юридические права, обязанности участников общественных отношений и механизмы их реализации.

Однако, несмотря на эти различия, нормы права и морали органично **взаимодействуют между собой**. Они взаимообуславливают, дополняют и взаимообеспечивают друг друга в регулировании общественных отношений. Объективная обусловленность такого взаимодействия определяется тем, что правовые нормы должны воплощать в себе принципы гуманизма, справедливости, равенства людей. Другими словами, **законы правового государства воплощают в себе высшие моральные требования современного общества. Точная реализация правовых норм означает одновременно воплощение в общественную жизнь требований морали.**

И это очень наглядно проявляется в законодательстве о здравоохранении.

Когда в принятых в 1993 году в Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан впервые появился специальный раздел, регламентирующий права пациента, в нем были прописаны правовые нормы, прямо пришедшие из медицинской этики и деонтологии: право на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала и право на облегчение боли. А остальные права тоже так или иначе несли этический компонент:

- право на выбор врача и медицинского учреждения – безусловно, недопустимо, неэтично «привязывать» человека к одному врачу, он должен иметь право выбирать, это соответствует нормам о правах и свободах личности. Другое дело, что законодатель попытался учесть и наши реалии - ведь в российском здравоохранении с территориально-участковым принципом обслуживания можно было говорить лишь о возможности замены врача и больницы. В условиях, когда каждый врач должен выполнить определенную норму приема пациентов, а за каждым участком поликлиники (отделением стационара, лечебным учреждением в целом) закреплено определенное обслуживаемое население, необходимо было законодательно закрепить и условия реализации нормы о выборе врача (согласие самого врача) и ЛПУ (договоры ОМС и ДМС).

- право на пребывание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим нормам и требованиям;

- право на консилиум и консультации других врачей – связано все с той же возможностью выбора и свободой волеизъявления;

- право на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении – для более четкой и грамотной реализации этого права законодатель посвятил отдельную статью закона врачебной тайне.

И на примере этого права можно наблюдать интересный момент, когда закон, в целом признавая право пациента на неприкосновенность его частной жизни при обращении за медицинской помощью и прописывая, что входит в понятие «врачебная тайна», тем не менее специально оговаривает обстоятельства, когда медицинские работники вправе передать информацию о пациенте с учетом или без учета его согласия. То есть фактически в данном случае закон признает этичность приоритета интересов общества или большого количества людей над интересами отдельной личности.

- право на согласие на медицинское вмешательство. В данном случае каждому понятно, что вообще оказание помощи человеку, который категорически не желает ее получать - неправильно, нехорошо, т.е. неэтично.

Однако в реализации этого права много сложностей, и они как раз связаны с взаимодействием нормативных и этических норм. И наибольшие проблемы обусловлены необходимостью получения не просто добровольного (что вполне понятно и редко вызывает сомнения), но информированного согласия. То есть пациент для принятия осознанного добровольного решения о медицинском вмешательстве должен получить некий объем информации, позволяющий ему осознать необходимость вмешательства, степень его риска, понять, какие врачебные и собственные действия должны быть предприняты для минимизации этого риска и т.д. Соответственно, правовая норма о необходимости согласия на медицинское вмешательство тесно сопряжена с этико-деонтологическими (поведением врачей, умением разговаривать, выбирать наиболее приемлемые для конкретного пациента способы подачи и объемы информации) и психологическими аспектами.

И практика свидетельствует, что достаточно редко встречаются ситуации, когда пациенту проводят медицинские процедуры без его согласия и он предъявляет претензии именно по этому поводу. Значительно чаще поводом для конфликтов, жалоб и даже судебных исков становится неудовлетворение пациентов предоставленной при получении согласия информацией (при этом известны случаи предъявления претензий как по поводу недостаточного, так и избыточного объема).

- право на отказ от медицинского вмешательства – логическое продолжение и развитие права на согласие. Оно также несет этические и деонтологические компоненты в механизмах реализации. Безусловно, воля человека отказаться от диагностики заболевания или лечения должна приниматься во внимание и быть приоритетом. Но врач, осознающий, что без лечения данный пациент может иметь самые неблагоприятные последствия, вплоть до летального исхода, оказывается в очень сложной психологической ситуации. И не случайно законодатель в качестве обязательной нормы ввел необходимость разъяснять эти последствия и письменно фиксировать не только сам отказ, но и проведенную беседу.

- право на информацию о своих правах и обязанностях, а также о состоянии здоровья, включая информацию о заболевании, лечении, прогнозе и иных аспектах.

В статье закона, посвященной этой проблеме, много моментов, созвучных уже упомянутым правам на согласие и отказ от медицинского вмешательства. Есть и положения, прямо отсылающие к этико-деонтологическим моментам оказания медицинской помощи: «Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли. В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме...». Таким образом, только хорошо подготовленный с этико-деонтологических позиций медицинский работник может полноценно реализовать права пациента, установленные законом.

В 2011 году принят новый федеральный закон «Основы охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В нем многие нормы о правовых основах оказания медицинской помощи и статусе пациента получили свое развитие.

Впервые в российском законодательстве в качестве одного из принципов оказания медицинской помощи (ст. 4) указывается приоритет интересов пациента – по сути, высшая этическая норма в медицине. Уважительное и гуманное отношение к пациенту рассматривается теперь не как право (которое можно присвоить или отнять), но гарантия реализация этого принципа (ст. 6): «Приоритет интересов пациента ... реализуется путем соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников и иных работников медицинской организации».

Также к гарантиям стало относиться соблюдение врачебной тайны, а в правах пациента прописано право на «защиту сведений, составляющих врачебную тайну». Следует отметить, что в статье, посвященной врачебной тайне (ст. 13), перечень обстоятельств, позволяющих передавать сведения о пациентах без их согласия, расширился, но остался закрытым.

В настоящем законе права пациента не выделяются отдельной статьей, как ранее, но включены в статью 19. **Право на медицинскую помощь**

1. Каждый имеет право на медицинскую помощь.
2. Каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования.
3. Право на медицинскую помощь иностранных граждан, проживающих и пребывающих на территории Российской Федерации, устанавливается законодательством Российской Федерации и соответствующими международными договорами Российской Федерации. Лица без гражданства, постоянно проживающие в Российской Федерации, пользуются правом на медицинскую помощь наравне с гражданами Российской Федерации, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации.
4. Порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам определяется Правительством Российской Федерации.
5. Пациент имеет право на:
 - 1) 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 своих 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.

ВРАЧЕБНЫЕ КЛЯТВЫ

Главное заблуждение общества – врачи Российской Федерации принимают клятву Гиппократова. Однако она изучается медицинскими работниками лишь в историческом аспекте и не имеет в нашей стране практического применения.

Клятва Гиппократова

Клянусь Аполлоном врачом, Асклепием, Гигией и Панакеей и всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство: считать, научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своими недостатками и в случае необходимости помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и всё остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому и никому другому.

Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости. Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария. Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и своё искусство. Я ни в коем случае не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимся этим делом. В какой бы дом я не вошёл, я войду туда для пользы больного, будучи далёк от всего намеренного, несправедливого и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами.

Что бы при лечении - а также и без лечения - я не увидел или не услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной. Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена; преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому.

В нашей стране выпускники медицинских институтов, академий, университетов принимали соответственно в зависимости от исторических периодов развития общества:

Присяга врача Советского Союза

Утверждена Указом Президиума Верховного Совета СССР № 1364-VIII от 26.03.71 г.

Получая высокое звание врача и приступая к врачебной деятельности, я торжественно клянусь:

все знания и силы посвятить охране и улучшению здоровья человека, лечению и предупреждению заболеваний, добросовестно трудиться там, где этого требуют интересы общества;

быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, внимательно и заботливо относиться к больному, хранить врачебную тайну;

постоянно совершенствовать свои медицинские познания и врачебное мастерство, способствовать своим трудом развитию медицинской науки и практики;

обращаться, если этого требуют интересы больного, за советом к товарищам по профессии и самому никогда не отказывать им в совете и помощи;

беречь и развивать благородные традиции отечественной медицины, во всех своих действиях руководствоваться принципами коммунистической морали, ответственностью перед народом и Советским государством.

Верность этой присяге клянусь пронести через всю свою жизнь.

Клятва российского врача

Утверждена IV Конференцией Ассоциации врачей России, Москва, ноябрь 1994 г. В настоящее время отменена.

Добровольно вступая в медицинское сообщество, я (Ф.И.О.) торжественно клянусь и даю письменное обязательство посвятить себя служению жизни других людей, всеми профессиональными средствами стремясь продлить её и сделать лучше; здоровье моего пациента всегда будет для меня высшей наградой.

Клянусь постоянно совершенствовать мои познания и врачебное мастерство, отдавать все знания и силы охране здоровья человека и ни при каких обстоятельствах я не только не использую сам, но и никому не позволю использовать их в ущерб нормам гуманности.

Я клянусь, что никогда не позволю соображениям личного религиозного, национального, расового, этнического, политического, экономического, социального и иного немедицинского характера встать между мной и моим пациентом.

Клянусь безотлагательно оказывать неотложную медицинскую помощь любому, кто в ней нуждается, внимательно, заботливо, уважительно и беспристрастно относиться к своим пациентам, хранить секреты доверившихся мне людей даже после их смерти, обращаться, если этого требуют интересы врачевания, за советом к коллегам и самому никогда не отказывать им ни в совете, ни в бескорыстной помощи, беречь и развивать благородные традиции медицинского сообщества, на всю жизнь сохранить благодарность и уважение к тем, кто научил меня врачебному искусству.

Я обязуюсь во всех своих действиях руководствоваться Этическим кодексом российского врача, этическими требованиями моей ассоциации, а также международными нормами профессиональной этики, исключая не признаваемое Ассоциацией врачей России, положение о допустимости пассивной эвтаназии.

Я даю эту клятву свободно и искренне. Я исполню врачебный долг по совести и с достоинством.

Клятва врача

Статья 60 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» в ред. ФЗ № 214 от 20.12.1999 г.»

Получая высокое звание врача и приступая к профессиональной деятельности, я торжественно клянусь:

- честно исполнять свой врачебный долг, посвятить свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья человека;
- быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, хранить врачебную тайну, внимательно и заботливо относиться к больному, действовать исключительно в его интересах, независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств;
- проявлять высочайшее уважение к жизни человека, никогда не прибегать к осуществлению эвтаназии;
- хранить благодарность и уважение к своим учителям, быть требовательным и справедливым к своим ученикам, способствовать их профессиональному росту;
- доброжелательно относиться к коллегам, обращаться к ним за помощью и советом, если этого требуют интересы больного, и самому никогда не отказывать коллегам в помощи и совете;
- постоянно совершенствовать своё профессиональное мастерство, беречь и развивать благородные традиции медицины.

В настоящее время, в соответствии со ст. 71 Основ охраны здоровья (ФЗ-323 от 2011) выпускники медицинских вузов принимают Клятву врача.

Клятва врача

"Получая высокое звание врача и приступая к профессиональной деятельности, я торжественно клянусь:

честно исполнять свой врачебный долг, посвятить свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья человека;
быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, хранить врачебную тайну, внимательно и заботливо относиться к пациенту, действовать исключительно в его интересах независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств;
проявлять высочайшее уважение к жизни человека, никогда не прибегать к осуществлению эвтаназии;
хранить благодарность и уважение к своим учителям, быть требовательным и справедливым к своим ученикам, способствовать их профессиональному росту;
доброжелательно относиться к коллегам, обращаться к ним за помощью и советом, если этого требуют интересы пациента, и самому никогда не отказывать коллегам в помощи и совете;
постоянно совершенствовать свое профессиональное мастерство, беречь и развивать благородные традиции медицины".

Клятва медицинской сестры России (часть Медико-социальной хартии медицинских сестер Российской Федерации)

Вступая в медицинское сообщество я торжественно обязуюсь:

- посвятить свою жизнь служению идеалам гуманности;
- проявлять высочайшее уважение к человеческой жизни с момента ее зачатия и никогда, даже под угрозой, не использовать свои медицинские знания в ущерб нормам гуманности;
- здоровье моего пациента будет моим первейшим вознаграждением;

я клянусь

- отдавать моим учителям дань уважения и благодарности, которую они заслуживают;
- продолжать обучение в течение всей профессиональной карьеры;
- я буду хорошим наставником будущих медсестер;

клянусь

- исполнять мой профессиональный долг по совести и с достоинством;
- откликаться на физические эмоции и духовные запросы пациента;
- соблюдать принципы равенства и доступности ухода для всех;
- признавать и уважать различные духовные ценности пациентов и коллег;
- уважать решение, принимаемое пациентами, их право на осознанный выбор и активное участие в уходе;
- помогать, пациентам осознать свою социальную значимость;
- хранить медицинскую тайну;
- уважать доверенные мне секреты, даже после смерти моего пациента;

клянусь

- поддерживать всеми силами честь и благородные традиции медицинского сообщества;
- способствовать развитию профессионального сотрудничества;

- продолжать работу по созданию и поддержанию высоких стандартов и качества сестринского ухода;
- Я не позволю соображениям пола или возраста, болезни или недееспособности, вероисповедания, этнической, расовой или национальной принадлежности, партийно-политической идеологии, сексуальной ориентации или социального положения встать между исполнением моего долга и моим пациентом.
- Я не уроню достоинства своего и не унижу профессию свою.
- Я принимаю на себя эти обязательства торжественно, свободно и честно.

РАЗЛИЧНЫЕ АСПЕКТЫ ЛИЧНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКОЙ И ДЕОНТОЛОГИЕЙ

"В человеке все должно быть прекрасно - лицо, одежда, душа и мысли". А.П. Чехова так трактует эту мысль применительно к врачам: «Медицинскому работнику следует быть ясным умственно, чистым нравственно, опрятным физически».

Важна полностью личность врача. Личностное воздействие на пациента формируется из таких деталей, как внешний вид, манера поведения, интеллект и т.д. Все это создает настрой у пациента на благополучный результат лечения, вызывает доверие и расположение.

История вопроса

Гиппократ считал, что внешний вид врача, манеры поведения, отношение к пациенту в существенной степени влияют на процесс исцеления больного. Попытаемся обобщить основные критерии, которым должен удовлетворять врач, по мнению Гиппократа. Несмотря на то, что эти мысли были высказаны тысячелетия назад, многие из них весьма актуальны и в настоящее время и дают повод для размышлений о современных аспектах взаимоотношений с больными:

«Врачу сообщает авторитет, если он хорошего цвета и хорошо упитан, соответственно своей природе, ибо те, которые сами не имеют хорошего вида в своем теле, у толпы считаются не могущими иметь правильную заботу о других. Затем ему прилично держать себя чисто, иметь хорошую одежду и натираться благоухающими мазями, ибо все это обыкновенно приятно для больных. Должно также ему наблюдать все это и в отношении духа; быть благоразумным не только в том, чтобы молчать, но также и в остальной, правильно устроенной жизни. И это наиболее принесет ему помощь для приобретения славы. Пусть он также будет по своему нраву человеком прекрасным и добрым и, как таковой, значительным и человеколюбивым. Ибо поспешность и чрезмерная готовность, даже если бывают весьма полезны, презираются. Но должно наблюдать, когда можно пользоваться всем этим, ибо одни и те же приемы у одних и тех же больных ценятся, когда они редки.

Что касается до внешнего вида врача, пусть он будет с лицом, исполненным размышления, но не суровым, потому что это показывает гордость и мизантропию. Тот врач, который изливается в смехе и сверх меры весел, считается тяжелым, и этого должно в особенности избегать. Он должен быть справедливым при всех обстоятельствах, ибо во многих делах нужна бывает помощь справедливости, а у врача с больными - немало отношений: ведь они поручают себя в распоряжение врачам, и врачи во всякое время имеют дело с женщинами, с девицами и с имуществом весьма большой цены, следовательно, в отношении всего этого врач должен быть воздержным. Итак, вот этими-то доблестями души и тела он должен отличаться.

Ведь врач-философ равен Богу. Да и немного, в самом деле, различия между мудростью и медициной, и все, что ищется для мудрости, все это есть и в медицине, а именно: презрение к деньгам, совесть, скромность, простота в одежде, уважение, суждение, решительность, опрятность, изобилие мыслей, знание всего того, что полезно и необхо-

димо для жизни, отвращение к пороку, отрицание суеверного страха перед богами, божественное превосходство. То, что они имеют, они имеют против невоздержанности, против корыстолюбивой и грязной профессии, против непомерной жажды приобретения, против алчности, против хищения, против бесстыдства. В ней заключается знание доходов и употребление всего того, что относится к дружбе, к детям, к имуществу. С этим познанием также соединена некоторая мудрость, так как и врач имеет многое для всего этого.

Итак, когда все это имеется, врачу следует иметь своим спутником некоторую вежливость, ибо суровость в обращении мешает доступности к врачу как для здоровых, так и для больных. Особенно же ему должно наблюдать за самим собой, чтобы не обнажать многих частей тела и чтобы с людьми не заводить разговоров о многих предметах, а только о необходимых, ибо это считается некоторым насильственным побуждением к лечению. Ничего не надо делать ни излишнего, ни для воображения. Смотри, чтобы у тебя было все приготовлено для удобного действия как следует; иначе, когда будет нужда, то окажется неприятное затруднение.

В медицинском деле должно иметь прилежную заботу, со всем спокойствием, о том, что относится к ощупыванию, втиранию и обливанию, именно, чтобы все это практиковалось ловким действием рук. Что касается до корпии, компрессов, повязок, до всего того, что требуется по условию времени, лекарств, приготовленных как для ран, так и для глаз, и вообще, что касается всякого рода болезней, необходимо, чтобы у тебя были приспособлены инструменты, машины, железо и прочее, ибо недостаток всего этого приносит затруднения и вред. Пусть будет у тебя также другой, более простой, набор хирургических инструментов, приспособленный для путешествий; самый удобный - тот, который расположен в методическом порядке; невозможно ведь, чтобы врач все рассчитал.

Пусть у тебя хорошо держатся в памяти лекарства и средства, простые и составленные по записям, конечно, если в уме уже сложилось все то, что относится к лечению болезней, а также их виды, сколько их и каким образом они проявляются в каждом отдельном случае, ибо это составляет в медицине начало, середину и конец.

Имей также наготове разного рода пластыри, приготовленные для употребления в каждом отдельном случае, а также питья, способные разрешать, приготовленные по записи для каждого случая. Пусть также будут у тебя под руками все лекарства для очищения, взятые из мест соответствующих и приготовленные надлежащим образом, заготовленные для хранения по роду и величине, и то, что в свежем виде идет в употребление, и все остальное соответственным образом.

Когда будешь отправляться к больному, устроивши все так, чтобы не быть в затруднении и иметь в порядке то, что должно быть сделано, то, прежде чем войдешь, знай, что тебе должно делать, ибо большей частью нужда бывает не в рассуждении, а в помощи. Полезно заблаговременно на основании опыта знать то, что может случиться: это приносит славу, да и легко знать.

Во время прихода к больному тебе следует помнить о месте для сидения, о внешнем приличии, об одежде, о краткословности, о том, чтобы ничего не делать с взволнованным духом, чтобы сейчас же присесть к больному, во всем показывать внимание к нему, отвечать на все делаемые с его стороны возражения и при всех душевных волнениях больного сохранять спокойствие, его беспокойство порицать и показывать себя готовым к оказанию помощи. При всем этом должно держать в памяти первое приготовление; если же нет, твердо стоять на том, что предписывается для оказания помощи.

Часто навещай больного, тщательно наблюдай, встречаясь с обманчивыми признаками перемен; ибо легче их узнаешь и вместе с тем облегчишь себе действия, ибо непостоянно все, связанное с соками тела, и поэтому испытывает легкую перемену как от природы, так и от случая. А, между тем, если все это не узнается во время, удобное для оказания помощи, то своим напором оно пересиливает и убивает, так как не было сделано то,

что могло помочь. Когда многое сразу появляется, то это дело трудное, но когда одно следует за другим, это легче и более удобно для опытного познания.

Должно также наблюдать за погрешностями больных, из которых многие часто обманывали в принятии прописанного им: именно, не выпивши неприятного питья или очистительных или других лекарств, они изнемогали. Но они, конечно, не сознаются в этом, и вина сваливается на врача.

Должно также обращать внимание на постели больных как по отношению к времени года, так и по роду и виду каждого помещения, ибо некоторые больные лежат в местах высоких, с хорошим воздухом, а другие в местах подземных и темных. Также должно избегать и удалять от них шум и запахи и особенно вина; ибо это последнее хуже всего.

Все это должно делать спокойно и умело, скрывая от больного многое в своих распоряжениях, приказывая с веселым и ясным взором то, что следует делать, и отвращая больного от его пожеланий с настойчивостью и строгостью, и вместе с тем утешая его своим вниманием и ласковым обращением и не сообщая больным того, что наступит или наступило, ибо многие больные по этой именно причине, т.е. через изложение предсказаний о том, что наступает или после случится, доведены были до крайнего состояния.

Пусть также находится при больном кто-либо из учеников, который бы наблюдал, чтобы больной исполнял предписания вовремя и чтобы предписанное производило свое действие. Но таких учеников должно набирать из числа тех, которые уже довольно успели в медицинском искусстве - так, чтобы уметь сделать то, что нужно, или безопасно что-либо предложить больному, а также и для того, чтобы от тебя не было скрыто ничто происходящее в промежутках посещений. Но ни в каком случае ничего не поручай посторонним людям, иначе, если что произойдет худое, за это на тебя посыплются упреки. Пусть не будет никакого сомнения относительно течения и исхода того, что сделано методическим путем, и это не доставит те порицания, и сделанное будет тебе в славу.

Таковы условия для приобретения доброй славы и благоприличного поведения и в мудрости, и в медицине, и в прочих искусствах; поэтому врач должен хорошо различать те части, о которых мы говорили: одну - усвоить себе навсегда, вторую - сохранять и беречь и, выполняя, передавать другим, ибо это, будучи славным, всеми людьми соблюдается. И те, которые идут этим путем, будут в славе и у родителей и у детей; если даже кто не имеет познания о многих вещах, из самых дел получит понимание».

Что изменилось за прошедшие века?

Наши мысли больше занимает внешняя сторона, чем внутренняя составляющая личности врача. В частности, широко обсуждаемый вопрос зависит ли имидж врача от его внешнего вида?

Для успешной профессиональной деятельности врача немаловажное значение имеет его имидж. Мнение о профессиональных качествах врачей формируется у пациентов на основе стандартных стереотипов. Доверять будут тому, кто соответствует общим представлениям о том, каким должен быть по-настоящему заслуживающий уважения врач.

Имидж - искусственный образ, формируемый в общественном или индивидуальном сознании средствами массовой коммуникации и психологическим воздействием, существенно влияет на доверие пациента, эффективность достижения комплаенса с ним при назначении диагностических или лечебных процедур.

Создание имиджа серьезного, опытного и понимающего профессионала играет важную роль в медицинской карьере.

Пациентам недоступна информация, позволяющая объективно оценить профессионализм врача, его знания и опыт, поэтому мнение о враче формируется на основании внешних наблюдений, того впечатления, которое он производит на окружающих. Имидж врача имеет много составляющих, но самым важным всегда является первое впечатление.

От того, как выглядит врач, во многом будет зависеть отношение к нему пациентов. Люди верят тому, что видят своими глазами.

Для большинства пациентов врач – это добрый, умный, внимательный и неравнодушный человек, который готов помочь в трудную минуту. Именно такой имидж и призвана формировать медицинская одежда. Мнение о враче складывается у пациента в первые несколько минут общения с ним. От того, какое первое впечатление произведет врач своим внешним видом, во многом будут зависеть отношение к нему пациентов, их доверие и уважение.

Манера поведения, одежда и внешний вид врача не должны порождать у пациента скептицизма, напряженности и недоверия. Современные основы медицинского менеджмента предусматривают в качестве обязательного элемента корпоративной культуры специальный медицинский дресс-код, служащий визитной карточкой медицинской организации. Ответная реакция окружающего мира, на которую значительно влияет имидж специалиста, служит мерой успеха в профессиональных межличностных отношениях.

Интересны в этой связи исследования, выполненные в различных регионах стран Северной Америки, в которых признается о большом значении личности врача в создании доверительных отношений врач-пациент и успехов в лечении. При этом большинство респондентов выступают, в том числе, за сохранение у врача традиционного внешнего вида – белый халат, рубашка с галстуком, брюки, юбки, платья, пиджаки и жакеты.

Неряшливый, неопрятный врач может рассматриваться как более рассеянный и дезорганизованный. Если у пациента есть негативный опыт лечения у подобного типа врача, он может быть более склонен верить, что это результат отсутствия должного ухода, потому что врач не был организован, как представляется, не профессионально обращаться с вещами, будь то правда или нет. Если врач хорошо одет, рубашка, галстук или блузка, с ухоженными волосами и ногтями, они будут рассматриваться как собранный, профессиональный и организованный.

А вот выдержки из публикации «Медицинский дресс-код» Дэвида Н. Раштона в авторитетном журнале *British Medical Journal* (BMJ). «Иногда мы должны помочь нашим студентам понять, то что они носят влияет на то, как они видятся пациентами и коллегами, как это сказывается на их способности выполнять эту работу. Я помню мой экзамен по анатомии в июне 1964 года, в конце первого года обучения в Кембридже. После его окончания доктор Bull посмотрел на меня и сказал: "Ну, Раштон, вы прошли".

"Благодарю вас, сэр".

"Но в будущем, пожалуйста, помните, когда вы приходите на экзамен, мы ожидаем, что вы носите галстук". Он посмотрел на мою голую шею.

"Пиджак". Он посмотрел на мой свитер.

"Брюки". Он посмотрел на мои джинсы.

"И туфли". Он посмотрел на мои сандалии.

"Да, сэр".

Упрек был дан осторожно, но, как видите, я помню его».

А вот еще одно наблюдение. 17 июня 2011 в больницах Англии запретили декольте. Британским медсестрам не позволяют волновать пациентов откровенными нарядами. Только в откровенных фильмах пациенты больниц радуются при общении с красивыми медсестрами, одетыми в короткие халатики с глубокими вырезами на груди. Что до настоящих пациентов из Англии, то их откровенные декольте медицинских работниц очень раздражают. Они завалили жалобами Фонд обязательного медицинского страхования страны NHS, который управляет всеми государственными больницами. Управление NHS по Восточному и Северному Хартфордширу решило первым в стране принять меры, выпустив строжайшие нормативы, касающиеся дресс-кода медицинских работников. Теперь врачам и медсестрам грозят дисциплинарные санкции, если они будут обнаружены на рабочем месте с «чрезмерным декольте». Кроме того, всем 5000 медицинских работников

двух этих британских графств категорически запрещено носить шорты, мини-юбки, джинсы или леггинсы на рабочем месте. Правила, как сообщается, утверждены для «установления профессионального и приемлемого» образа работника здравоохранения, который должен «отражать ценности NHS».

«Медицинский персонал не будет носить одежду, нарушающую эти запреты, которая обнажает талию, торс или чрезмерно открывает грудь. Неприемлемы шорты, мини-юбки, джинсы и леггинсы» – говорится в правилах. По словам чиновников, запреты уже согласованы с профсоюзами медицинских работников. Возражений с их стороны не поступало.

А вот новости из Шотландии. В Шотландии вводится новый дресс-код для сотрудников медицинских учреждений государственной Национальной службы здравоохранения. При этом белые халаты будут отменены. Новая униформа врачей и медсестер будет представлена брюками темно-синего цвета и туникой в разных оттенках голубого цвета. Под тунику будет рекомендовано надевать рубашку или блузку с коротким рукавом. У обслуживающего персонала и технических работников униформа будет зеленого цвета. Будут запрещены не только медицинские халаты, но любая одежда с длинным рукавом и также галстуки. Ручки и ножницы нельзя будет носить во внешнем нагрудном кармане. Длинные волосы обяжут собирать в хвост. Ожидается, что с введением нового дресс-кода персонал станет более узнаваем пациентами, будет уменьшено распространение внутрибольничных инфекций и будут сэкономлены средства на униформу.

А теперь хочется поделиться правилами внутреннего распорядка двух уважаемых в мире университетов.



Дресс-код. Руководство.

Стажеры должны одеваться таким образом, что бы это положительно отражалось на имидже кафедры, больницы и выбранной профессии.

Одежда, должна отражать профессиональный статус, быть чистой, обеспечивать безопасность стажера и пациентов, позволяющей полноценное выполнение обязанностей, а также обеспечение беспрепятственного определения личности и отделения.

Требование

Бэйдж с именем и специальные знаки, предусмотренные Стэнфордской больницей и клиникой, должны быть расположены так, чтобы их всегда можно было видеть, в том числе лицам, лежащим в постели.

Белые халаты носят сотрудники, обеспечивающие непосредственный уход за пациентами, за исключением отделений, где требуется специальная защитная одежда, например, отделение по пересадке костного мозга.

В отделениях амбулаторной помощи, психологическом и реабилитационном, халаты не требуются.

Проконсультируйтесь с вашим клиническим инструктором об одежде в отделении, в которую вы будете назначены.

Часы с секундной стрелкой, носят все время при обеспечении непосредственного ухода за пациентами.

Джинсы не допустимы в клинике.

Обувь должна быть с закрытыми пальцами, на низких каблуках.

Футболки и майки не допускаются. Поло являются приемлемым.

Кофты не подходят при обеспечении ухода за пациентами.

Топы должны быть достаточно длинными и достаточно высокими, чтобы обеспечить адекватное прикрытие живота, спины и груди.

Духи следует избегать.

Длинные волосы должны быть собраны в косичку.

Ювелирных изделий не должно быть много и они не должны представлять опасность для владельца или пациента.

Никакие искусственные ногти не допускаются.

Требования, перечисленные выше, не всеобъемлющие. Могут возникнуть обстоятельства, которые не подпадают под эти требования. Любые решения о толковании этих руководящих принципов по усмотрению вашего клинического инструктора и клинического координатора образования.



Колумбийский университет, Колледж стоматологии.

Профессиональный дресс-код для студентов, преподавателей и сотрудников.

Студенты должны быть чистыми, ухоженными и одетыми в стиле, соответствующем их обязанностям.

В случаях работы с пациентами, не подходят следующие виды одежды: джинсы, комбинезоны с рубашками, спортивные штаны, шорты, леггинсы, топы, толстовки, сандалии или туфли с открытым носком, кепки, банданы, бейсболки, пирсинг тела или лица, кроме ушей и тех, которые требуются по религиозным или культурным убеждениям учащихся.

Рекомендуемые виды одежды: рубашки с воротником, галстуки, брюки, юбки, блузки, свитера и платья. Кроссовки приемлемы, если они чистые и презентабельные.

Студенты должны носить короткие белые халаты с бейджем и эмблемой университета на видном месте, которые могут увидеть пациенты.

Студенты должны поддерживать профессиональный вид, даже если их не видят пациенты.

Студенты должны поддерживать оптимальный уровень личной гигиены.

Синий скрабс (рабочий костюм из хлопка, включающий куртку и брюки) можно носить только в операционной. Студенты также должны носить белый халат, даже если они в синем скрабсе в любой другой части медицинского центра.

В синем скрабе студент не может появиться за пределами медицинского центра.

Скрабс любого цвета, кроме синего, может использоваться в анатомическом зале, лаборатории.

Медицинский дресс-код студенческий

Поскольку студенты работают с пациентами различных групп (социальных, разной патологии и др.) их внешность играет важную роль в установлении контакта с каждым пациентом. Внешний вид должен располагать пациента к врачу еще до начала беседы. На первый план ставятся проблемы пациента, даже если приходится жертвовать своими интересами.

Первый и второй год обучения.

Одежда при обучении в обычных учебных классах в течение первых двух лет может носить неофициальный характер.

В тоже время, при занятиях клинической практики, а также в психиатрической клинике студенты должны носить чистый, короткий белый халат с бейджем и эмблемой университета на видном месте, подтверждающими, что они являются студентами-медиками.

На практических занятиях, женщины с короткими юбками должны носить чулки и/или леггинсами, мужчины - рубашки с галстуками.

Волосы должны быть ограничены.

Минимум украшений.

Первый год – кафедра анатомии. Скраб костюмы можно носить в анатомических залах любого цвета, кроме синего. Это связано с обеспечением инфекционного контроля, синие костюмы скраб, цвет в Нью-Йоркой Пресвитерианской больнице операционных костюмов. Есть две ванны комнаты, прилегающей к анатомическим классам. Учащиеся должны сменить одежду в ванной комнате. Шкафы предусмотрены на одного человека.

Третий и четвертый год

Волосы должны быть аккуратно заправлены под шапочку. Мужская борода приемлема при условии, что аккуратно подстрижена. Не допускается пирсинг на лице или длинные серьги. Как минимум из ювелирных изделий допускаются обручальные кольца, единичные кольца. Несколько колец, т. е., по одному на каждый палец, являются неприемлемыми.

Рубашки (блузки) не должны быть расстегнуты ниже второй пуговицы (кнопки).

Галстуки являются обязательными для мужчин.

Не допускаются джинсы и брюки карго.

Обувь должна быть полированной, аккуратные и чистые, и всегда с закрытыми пальцами. Не носите сандалии при ведении больных, потому что упавшая игла может ранить ноги. В случае укола иглой следует вызвать немедленно 212-305-3400, чтобы получить консультацию. Вам не нужно идентифицировать себя. Директор службы здоровья учащихся или его/ее заместитель доступны 24 часа в сутки для консультирования по вопросам ВИЧ препаратов.

Чистые кроссовки при ношении скраба допускаются.

Сабо являются приемлемыми.

Туристические сапоги являются приемлемыми в зимний период.

Воздержитесь от использования духов и одеколона.

Женщины должны носить профессиональные блузки. Футболки, свитера и блузки являются неуместными.

Юбки должны быть по крайней мере на три дюйма ниже белого халата и ниже колен, при отсутствии чулок. Короткие юбки приемлемыми с колготками или чулками. Не допускаются капри, джинсы, брюки карго или лосины без юбки. Чрезмерно яркие, темные или творчески-красочные лаки для ногтей не допустимы.

Студенты, которые носят очки, должны и впредь носить их, как они защищают от брызг биологического материала.

Порезы, ссадины или рваные раны, должны быть закрыты водонепроницаемым материалом.

Скраб костюм

Принцип "не навреди" является основой для использования скраб костюма. Синие костюмы скраб разрешаются только в отделениях прямого ухода за пациентами.

В операционной используются только синие скрабы, никаких других цветов носить в операционной нельзя. Это сделано для предотвращения распространения инфекции. Синий скрабы можно носить в смежных отделениях по уходу за пациентами, при наличии белой куртки сверху скраба. Другие кусты цветов можно носить внутри или за пределами больницы, но не в операционных залах. Студенты, носящие другие цветные скрабы, должны сверху надевать белый халат, или находится за пределами отделения по уходу за пациентами. Необходимо менять свой скраб ежедневно и сразу же после загрязнения. Не допускается ношение футболки под скраб костюмом. Исключение, при низких температурах окружающей среды. Не допускается вхождение в операционную в скрабе после посещения других отделений больницы. Ни при каких обстоятельствах синий скраб не допускается к ношению вне отделений и тем более вне медицинского центра.

Женщины, которые носят костюмы скраб с глубоким V-образным вырезом должны носить его вырезом сзади.

Носите защитные очки.

Ювелирные изделия должны быть доступны до очистки. Серьги неприемлемы в операционной, потому что они могут попасть в поле. Короткие ожерелья являются приемлемыми. Узнайте у вашего преподавателя какую одежду можно носить. Некоторые предпочитают белые халаты, другие предпочитают цветные халаты. Если просят не носить белый халат, то вопрос профессиональной одежды становится очень важным, так как уходит прямая идентификация врача.

Бейдж с именем должен носиться на видном месте.

Не жевать жвачку.

Не ешьте и не пейте перед пациентами или при ведении больных.

Говорите тихо в больнице. Никогда не обсуждайте свои собственные личные проблемы с друзьями в общественных местах.

Никогда не обсуждайте проблемы пациента в общественных местах, таких как кафе и лифты и др.

Не критикуйте педагогов, преподавателей, сотрудников, другие учреждения в общественных местах.

Не носите с собой медицинскую документацию, рентгеновские папки с именем больного и др. вне отделения.

Держите телефоны в беззвучном режим, чтобы не прерывать преподавателей, сотрудников и пациентов.

© 2012 году попечители Колумбийского университета в городе Нью-Йорке.

В настоящее время в Ивановской медицинской академии действуют Правила внутреннего распорядка, содержащие, в том числе, нормы о внешнем виде и поведении будущих врачей:

...5. Вход обучающихся в аудиторию после начала лекции или занятия запрещается до перерыва.

10. Обучающиеся Академии обязаны:

10.3. Заботиться о сохранении и об укреплении своего здоровья, стремиться к нравственному, духовному и физическому развитию и самосовершенствованию;

10.4. Уважать честь и достоинство других обучающихся и работников Академии, не создавать препятствий для получения образования другими обучающимися;

10.6. Вести себя достойно, быть дисциплинированным и опрятным, соблюдать принципы общечеловеческой морали.

10.7. Приветствовать входящего в аудиторию преподавателя вставанием.

10.12. Выполнять следующие требования к выбору одежды и поведению обучающихся в Академии.

10.12.1. Внешний вид и поведение в учебных аудиториях в течение первых двух лет обучения.

10.12.1.1. Одежда во время обучения в обычных учебных комнатах может быть повседневной и должна носить светский характер. Во время занятий не допускаются:

- ношение в помещениях Академии головных уборов за исключением медицинских;

- ношение пляжной одежды и обуви (открытых топов, сарафанов, шорт, бермудов, сандалий и шлёпанцев);

- явная демонстрация элементов молодежной субкультуры (пирсинга, тоннелей, татуировок), использование аксессуаров и ношение одежды с символикой асоциальных неформальных молодежных объединений, а также пропагандирующих психоактивные вещества и противоправное поведение.

10.12.1.2. На занятиях по физической культуре необходимо иметь спортивную форму: футболку, спортивные шорты или трико (спортивный костюм для занятий на улице), спортивную обувь (чистую - при занятиях в спортивном комплексе).

10.12.1.3. Мобильные телефоны, разного рода устройства (гаджеты) во время занятий должны находиться в режиме отключённого звука. Использовать электронные устройства допускается только в рамках осуществления образовательной деятельности.

10.12.1.4. Не допускается употребление жевательной резинки.

10.12.1.5. В здании Академии не допускаются крик, громкая речь.

10.10.2. На лабораторно-практических занятиях, при проведении экспериментов, манипуляций в симуляционных классах, в клинике Академии и отделениях больниц необходимо соблюдать правила охраны труда и правила внутреннего распорядка, действующие в клинике, на клинической базе или на базе практической подготовки.

10.10.2.1. Перед началом занятий на клинической базе необходимо ознакомиться с Правилами внутреннего распорядка и правилами охраны труда клиники, лечебно-профилактического учреждения, на базе которого проходит обучение.

10.10.2.2. Одежда должна быть чистой, обеспечивать безопасность обучающегося и пациентов.

- Студенты должны носить медицинские халаты (средней длины) с бейджем. Бейджи с фамилией, именем, отчеством должны быть расположены так, чтобы их всегда можно было видеть.

- Не допускаются следующие виды одежды: джинсы (кроме классических однотонных, без декора), комбинезоны, спортивная одежда, шорты, леггинсы без юбки, любые брюки с низкой посадкой (открывающие тело); топы, майки, сарафаны, декольтированные платья и блузки, любая одежда, из-под которой видно нижнее бельё; любые головные уборы, кроме медицинских.

- Обувь должна быть удобной, не создающей шума, обеспечивать личную безопасность и предупреждение травм.

- Ювелирные изделия не должны представлять опасность для их владельца или пациента.

- Волосы должны быть убраны. Мужская борода приемлема при условии, что она аккуратно подстрижена.

- Ногти должны быть аккуратно подстрижены, иметь длину, не выходящую за край ногтевой фаланги. Допускается нанесение на поверхность ногтей однотонного лака нейтральных цветов. Накладные ногти не допускаются.

- Использование духов, одеколona и других ароматических веществ недопустимо при обучении на клинических кафедрах.

- Порезы, раны, ссадины должны быть закрыты водонепроницаемым материалом.

10.12.2.3. Особенности поведения на клинической базе

- Нельзя громко разговаривать.

- Обсуждение пациента, клинической ситуации, оперативного вмешательства, эксперимента допустимо только в учебной комнате. Запрещено обсуждение данных вопросов в общественных местах: палатах, коридорах, транспорте, столовых, кафе, лифтах и др.

- Не допускаются публичное обсуждение и критика преподавателей, сотрудников образовательных и лечебных организаций.

- Не допускаются прием пищи, употребление жвачки перед пациентами или при ведении больных.

- Не допускается носить с собой в открытом виде любую медицинскую документацию.

- Телефоны необходимо держать в режиме отключённого звука.

13. В учебных зданиях, медицинских организациях, общежитиях Академии, а также на прилегающей к ним территории категорически запрещается:

13.1. Курить, употреблять спиртные напитки, наркотические и психоактивные вещества.

13.2. Появляться в нетрезвом виде, состоянии наркотического или токсического опьянения.

13.3. Употреблять нецензурные выражения.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БИМЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ С УЧАСТИЕМ ЧЕЛОВЕКА

Этико-правовое регулирование проведения биомедицинских исследований

Современное развитие медицинской науки и практики невозможно представить без клинических исследований с участием человека в качестве субъекта исследования. При этом за последние десятилетия характер биомедицинских исследований существенно изменился:

- широкое распространение получают крупномасштабные многоцентровые научные проекты, реализуемые на территории нескольких стран;
- увеличивается число сторон-участников эксперимента, зачастую преследующих свои интересы (например, заинтересованность в определенных результатах исследования спонсоров - фармацевтических компаний);
- отмечается снижение неизбежности риска и возрастание возможной пользы от участия в биомедицинском исследовании;
- сфера научных интересов распространяется на биоматериалы человеческого происхождения, персональные данные о пациенте.

Эти современные особенности проведения биомедицинских исследований неразрывно связаны с активным формированием и развитием института этической экспертизы исследовательских проектов.

В течение длительного времени вопросы исследовательской деятельности зависели лишь от нравственных установок врачей. На всем протяжении истории имели место факты серьезных нарушений этики с тяжелыми последствиями для здоровья людей, а иногда нескольких поколений. Огромный резонанс в обществе вызвало обнародование фактов страшных экспериментов, проводимых на узниках концлагерей в фашистской Германии, давшее толчок к формированию и документальному закреплению этических принципов биомедицинских исследований.

Современная мировая история защиты прав исследуемых начинается с Нюрнбергского кодекса (1947 г.), разработанного для Нюрнбергского военного трибунала. В данном документе впервые были изложены подходы к обеспечению прав человека при проведении медицинского эксперимента. Основные принципы этого документа (осознанное согласие субъекта на эксперимент, возможность отказа и выхода из исследования на любом его этапе, минимизация риска для пациента, достаточная квалификация исследователя) признаны мировым сообществом, внесены в национальное законодательство большинства стран и определяют этическую сторону проведения современных исследований.

Нюрнбергский кодекс (1947 г.)

«Тяжесть свидетельских показаний, лежащих перед нами, заставляет делать вывод, что некоторые виды медицинских экспериментов на человеке отвечают этическим нормам медицинской профессии в целом лишь в том случае, если их проведение ограничено соответствующими, четко определенными рамками. Защитники практики проведения экспериментов на людях оправдывают свои взгляды на том основании, что результаты таких экспериментов чрезвычайно полезны для всего общества, чего невозможно достичь с помощью других методов исследования. Все согласны, однако, что нужно соблюдать определенные основополагающие принципы, удовлетворяющие соображениям морали, этики и закона.

1. Абсолютно необходимым условием проведения эксперимента на человеке является добровольное согласие последнего.

Это означает, что лицо, вовлекаемое в эксперимент в качестве испытуемого, должно иметь законное право давать такое согласие; иметь возможность осуществлять свободный выбор и не испытывать на себе влияние каких-либо элементов насилия, обмана, мошенничества, хитрости или других скрытых форм давления или принуждения; обладать знаниями, достаточными для того, чтобы понять суть эксперимента и принять осознанное решение. Последнее требует, чтобы до принятия утвердительного решения о возможности своего участия в том или ином эксперименте испытуемый был информирован о характере, продолжительности и цели данного эксперимента; о методах и способах его проведения; обо всех предполагаемых неудобствах и опасностях, связанных с проведением эксперимента, и, наконец, возможных последствиях для физического или психического здоровья испытуемого, могущих возникнуть в результате его участия в эксперименте.

Обязанность и ответственность за выяснение качества полученного согласия лежит на каждом, кто иницирует, руководит или занимается проведением данного эксперимента. Это персональная обязанность и ответственность каждого такого лица, которая не может быть безнаказанно переложена на другое лицо.

2. Эксперимент должен приносить обществу положительные результаты, недостижимые другими методами или способами исследования; он не должен носить случайный, необязательный по своей сути характер.

3. Эксперимент должен основываться на данных, полученных в лабораторных исследованиях на животных, знании истории развития данного заболевания или других изучаемых проблем. Его проведение должно быть так организовано, чтобы ожидаемые результаты оправдывали сам факт его проведения.

4. При проведении эксперимента необходимо избегать всех излишних физических и психических страданий и повреждений.

5. Ни один эксперимент не должен проводиться в случае, если "a priori" есть основания предполагать возможность смерти или инвалидизирующего ранения испытуемого; исключением, возможно, могут являться случаи, когда врачи-исследователи выступают в качестве испытуемых при проведении своих экспериментов.

6. Степень риска, связанного с проведением эксперимента, никогда не должна превышать гуманитарной важности проблемы, на решение которой направлен данный эксперимент.

7. Эксперименту должна предшествовать соответствующая подготовка, и его проведение должно быть обеспечено оборудованием, необходимым для защиты испытуемого от малейшей возможности ранения, инвалидности или смерти.

8. Эксперимент должен проводиться только лицами, имеющими научную квалификацию. На всех стадиях эксперимента от тех, кто проводит его или занят в нем, требуется максимум внимания и профессионализма.

9. В ходе проведения эксперимента испытуемый должен иметь возможность остановить его, если, по его мнению, его физическое или психическое состояние делает невозможным продолжение эксперимента.

10. В ходе эксперимента исследователь, отвечающий за его проведение, должен быть готов прекратить его на любой стадии, если профессиональные соображения, добросовестность и осторожность в суждениях, требуемые от него, дают основания полагать, что продолжение эксперимента может привести к ранению, инвалидности или смерти испытуемого).

Признанным этическим стандартом является **Хельсинская декларация Всемирной медицинской ассоциации (1964 г.)** «Этические принципы медицинских исследований с участием человека в качестве испытуемого». Если Нюрнбергский кодекс определяет основополагающие принципы, удовлетворяющие соображениям морали, этики и закона, то Хельсинская декларация рассматривает, в первую очередь, этические вопросы организации и проведения биомедицинских исследований с участием человека.

Извлечение из Хельсинской декларации ВМА:

«... Основные принципы проведения медицинских исследований

10. При проведении медицинских исследований врач обязан обеспечивать охрану жизни, здоровья, неприкосновенности частной жизни и человеческого достоинства людей.
11. Биомедицинские исследования на людях должны подчиняться общепринятым научным принципам и основываться на правильно выполненных лабораторных опытах и экспериментах на животных, а также на полном знании научной литературы и иных соответствующих источников информации.
12. С особой осторожностью следует проводить исследования, которые могут повлечь за собой загрязнение окружающей среды или нанести ущерб здоровью подопытных животных.
13. План и выполнение каждой экспериментальной процедуры на людях должны быть ясно сформулированы в протоколе, который должен быть передан для рассмотрения, комментирования и рекомендаций в специально назначенный комитет, независимый от исследователя и спонсора и действующий в соответствии с законами и правилами страны, в которой проводится исследование. Комитет имеет право осуществлять контроль за ходом текущих экспериментов. Исследователь обязан представлять комитету контрольную информацию, особенно в случаях серьезных негативных последствий. Исследователь также обязан представлять комитету для рассмотрения информацию относительно финансирования, спонсоров, институциональных связей, иных потенциальных конфликтов интересов и премиальной системы для людей, вовлеченных в процесс исследования.
14. Протокол исследования должен содержать изложение затрагиваемых этических аспектов и указание на соблюдение принципов, провозглашенных настоящей Декларацией.
15. Биомедицинское исследование на людях должно проводиться исключительно квалифицированным научным персоналом и под наблюдением компетентного врача. Ответственность за испытуемого должна всегда лежать на враче и ни в коем случае не может быть возложена на испытуемого, даже если испытуемый дал свое согласие. Биомедицинское исследование на людях не может считаться оправданным, если значимость цели не соразмерна неизбежному риску для испытуемого.
16. Каждому биомедицинскому исследованию на людях должно предшествовать тщательное сопоставление возможного риска с ожидаемыми выгодами для испытуемого или для прочих лиц. Это не исключает возможности участия в биомедицинском исследовании здоровых добровольцев. План всех исследований должен доводиться до сведения общественности.
17. Врачи должны воздерживаться от проведения исследований на людях, если они не убеждены в том, что риск, связанный с исследованием, может быть определен заранее и может находиться под должным контролем. Врачи обязаны прекратить любое исследование, если окажется, что риск перевешивает потенциальные выгоды, а также если существуют убедительные доказательства положительных результатов.
18. Биомедицинские исследования на людях следует проводить лишь в том случае, если его значимость перевешивает потенциальный риск для пациента. Данный аспект имеет особое значение при участии в исследовании здоровых добровольцев.
19. Биомедицинские исследования оправданы только в том случае, если можно с высокой степенью вероятности и обоснованно говорить о потенциальной пользе, которую принесут результаты данного исследования вовлеченной в него категории лиц.
20. Испытуемые должны отбираться из числа добровольцев и осведомленных участников исследовательского проекта.
21. Следует всегда уважать право испытуемых на защиту своей целостности. Следует принять все необходимые меры для охраны частной жизни испытуемого, конфиденциальности информации о пациенте и для минимизации влияния исследования на физическое и психическое состояние, а также на личность испытуемого.
22. В любом исследовании на людях каждый потенциальный испытуемый должен быть достаточно информирован о целях, методах, источниках финансирования, любом возмож-

ном конфликте интересов, институциональных связях исследователя, ожидаемых выгодах и потенциальном риске исследования, а также о неудобствах, которые оно может повлечь за собой. Испытуемый должен быть информирован о своем праве воздержаться от участия в исследовании или в любой момент отозвать свое согласие. Убедившись, что испытуемый понял сообщенную ему информацию, врач должен получить у испытуемого добровольное согласие на основе полной информации, предпочтительно в письменном виде. При невозможности получения согласия в письменной форме устное согласие должно быть официально подтверждено документами и засвидетельствовано.

23. При получении согласия на участие в исследовании врач должен быть особенно осторожен, если испытуемый находится в зависимом положении от него и/или может дать согласие под давлением. В этом случае согласие должно быть получено врачом, не участвующим в исследовании и полностью независимым от этих официальных отношений.

24. Если юридическая неспособность, физическая или психическая недееспособность делает невозможным получение согласия или если испытуемый не достиг совершеннолетия, исследователь должен получить согласие от законным образом назначенного представителя в соответствии с действующим законодательством. Указанные группы могут участвовать в исследовании только в том случае, если оно необходимо для улучшения состояния здоровья указанной группы населения и не может проводиться на правоспособных лицах.

25. Если неспособное лицо (например, несовершеннолетний) фактически в состоянии дать согласие на участие в исследовании, то такое согласие должно быть получено в дополнение к согласию законным образом назначенного представителя.

26. Исследования на лицах, у которых невозможно получить согласие, включая согласие по доверенности или предварительное согласие, могут проводиться только в том случае, если физическое/психическое состояние, делающее невозможным получение такого согласия, является неотъемлемой характеристикой исследуемой группы населения. Особые причины вовлечения испытуемых в состояние, которое не позволяет им дать информированное согласие, должны быть указаны в протоколе эксперимента, рассмотрены и одобрены надзорным комитетом. В протоколе указывается, что согласие на участие в исследовании должно быть получено в кратчайшие сроки от испытуемого или его законным образом назначенного представителя.

27. Как авторы, так и издательства обязаны соблюдать этические нормы. При публикации результатов исследования врач обязан быть честным. Как негативные, так и положительные результаты подлежат опубликованию или оглашению в ином порядке. В публикации следует указывать источники финансирования, институциональные связи и любые возможные конфликты интересов. Результаты исследований, проведенных в нарушение принципов настоящей Декларации, к публикации не принимаются.

Дополнительные принципы проведения медицинских исследований, связанных с оказанием медицинской помощи

28. При лечении больного врач имеет право проводить биомедицинские исследования только в том случае, если такие исследования имеют потенциальную профилактическую, диагностическую или терапевтическую ценность. При проведении медицинских исследований, связанных с лечением, действуют дополнительные нормы, обеспечивающие защиту прав пациентов-испытуемых.

29. Потенциальные выгоды, риск, неудобства и эффективность нового метода должны быть оценены в сравнении с лучшими из существующих профилактических, диагностических и терапевтических методов. Это не исключает возможности использования неактивного плацебо в исследованиях, когда проверенного профилактического, диагностического или лечебного метода не существует.

30. После завершения исследования каждому участвовавшему в нем пациенту должно быть гарантировано применение наиболее проверенных профилактических, диагностических и лечебных методов, выявленных в результате исследования.

31. Врач обязан в полном объеме информировать пациента о том, какие аспекты лечения связаны с исследованиями. Отказ больного от участия в исследовании никогда не должен влиять на его отношения с врачом.

32. При лечении больного в случаях, когда не существует проверенного профилактического, диагностического или терапевтического метода либо когда существующие методы оказываются неэффективными, врач, получив обоснованное согласие пациента, должен иметь право применять непроверенные или новые профилактические, диагностические и терапевтические меры, если, по его мнению, они дают надежду на спасение жизни, восстановление здоровья или могут облегчить страдания. По мере возможности такие меры должны быть исследованы на предмет их безопасности и эффективности. Во всех случаях всю новую информацию следует регистрировать и, при необходимости, публиковать. Необходимо также соблюдать иные соответствующие принципы настоящей Декларации».

Несмотря на то, что Хельсинская декларация принята негосударственной организацией и не является юридически обязывающим документом, национальное законодательство большинства стран в своих основных чертах, так или иначе ориентировано на текст Хельсинской декларации.

Одним из важных нормативных документов в сфере этической экспертизы биомедицинских исследований является **Модельный закон «О защите прав и достоинства человека в биомедицинских исследованиях»**, принятый на 26-ом пленарном заседании Межпарламентской Ассамблеи государств – участников СНГ (постановление № 26-10 от 18 ноября 2005 года). Модельный закон - это законодательный акт рекомендательного характера, не включающий императивных норм, признаваемых в добровольном порядке государствами, принявшими закон.

Настоящий Закон устанавливает государственные обязательства по защите прав, достоинства, автономии и целостности человека при проведении биомедицинских исследований, основываясь на положениях законодательств стран – участников СНГ, а также необходимости реализации общепризнанных этических принципов. Закон определяет следующие гарантии для участников биомедицинских исследований:

- оказание всего объема качественной медицинской помощи, определенной состоянием его здоровья и современным уровнем медицинской науки и практики;
- получение полной и объективной информации о характере биомедицинских исследований в доступной для потенциального участника исследования форме;
- личная свобода и неприкосновенность, включая защиту физической, генетической и психической целостности;
- независимость при решении вопроса об участии в биомедицинском исследовании и возможность отказа от участия в исследовании на любом его этапе;
- конфиденциальность информации о состоянии здоровья участника исследования и иных персональных данных;
- участие в биомедицинских исследованиях только после предварительной независимой этической экспертизы проекта исследования;
- свобода действия в соответствии с религиозными и иными убеждениями, включая традиции, моральные и культурные ценности общества;
- защита прав и свобод человека и гражданина в соответствии с действующим законодательством и общепризнанными принципами и нормами международного права.

Также закон устанавливает общие требования по обеспечению безопасности биомедицинских исследований, а именно «...безопасность биомедицинских исследований для здоро-

вья участника исследования должна быть обеспечена с учетом всех профессиональных стандартов и требований, а также в соответствии с последними данными медико-биологических наук. Исследователем может стать только высококвалифицированный специалист, способный адекватно оценить состояние здоровья и соответствие потенциальных участников профилю исследования, принимающий на себя научно-медицинскую и этическую ответственность. Исследования должны проводиться в условиях, соответствующих характеру исследования, быть обеспечены всеми средствами и методами оперативного реагирования в чрезвычайных и неожиданных клинических ситуациях.

При появлении дополнительной информации о риске, связанном с проведением биомедицинского исследования, такое исследование должно быть приостановлено или прекращено. Любая доступная дополнительная информация такого рода не может быть скрыта и должна быть доведена до сведения участника исследования, комитета по этике и других уполномоченных на то органов.

Возобновление исследования возможно только в случае, если данные о дополнительных рисках остаются незначительными в сравнении с предполагаемой пользой для участника исследования. По решению комитета по этике возобновление исследования может предусматривать внесение соответствующих поправок в материалы исследования и повторного проведения процедуры получения информированного согласия...»

Положения вышеназванных основополагающих международных документов по проведению биомедицинских исследований нашли свое отражение в отечественном законодательстве.

Основными нормативно-правовыми актами, принятыми в России и отражающими те или иные аспекты проведения медицинских исследований, являются:

- Конституция Российской Федерации,
- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»,
- «Надлежащая клиническая практика. ГОСТ Р 52379-2005»,
- Приказ Минздрава РФ от 19.06.2003 № 266 «Об утверждении Правил клинической практики в Российской Федерации» (GCP)
- Приказ Минздравсоцразвития России от 23.08.2010 № 708-н «Об утверждении Правил лабораторной практики» (GLP)
- Приказ Минздравсоцразвития России от 26.08.2010 № 748-н «Об утверждении порядка выдачи разрешения на проведение клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения»
- Приказ Минздравсоцразвития России от 26.08.2010 № 753-н «Об утверждении порядка организации и проведения этической экспертизы возможности проведения клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения и формы заключения совета по этике»
- Приказ Минздравсоцразвития России от 31.08.2010 № 774-н «О совете по этике» и другие нормативно-правовые акты.

Подавляющее большинство указанных нормативных актов устанавливает правила проведения доклинических и клинических исследований в России исключительно лекарственных препаратов. Кроме того, сам термин «клиническое исследование» применяется исключительно в отношении изучения свойств и действия лекарственного препарата (см. Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», «Надлежащая клиническая практика. ГОСТ Р 52379-2005», Приказ Минздрава РФ от 19.06.2003 № 266 «Об утверждении Правил клинической практики в Российской Федерации»).

«Клиническое исследование лекарственного препарата – изучение диагностических, лечебных, профилактических, фармакологических свойств лекарственного препарата в процессе его применения у человека ...» (п. 41 ст.4 Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»)

Вместе с тем используя аналогию закона, как допустимый способ устранения пробелов в законодательстве, возможно распространение основных правил и норм, регулирующих клинические исследования на все иные биомедицинские исследования.

Основные этические правила и принципы проведения биомедицинских исследований

Анализ международных и российских правовых актов позволяет выделить ряд наиболее значимых этических аспектов проведения как клинических, так и иных биомедицинских исследований. К основополагающим этическим правилам проведения клинических исследований относятся следующие положения, заложенные Хельсинкской декларацией ВМА и отраженные в **Правилах клинической практики (GCP)** и иных нормативных требованиях:

I. Оценка соотношения риска и пользы исследования.

До начала исследования должна быть проведена всесторонняя оценка соотношения прогнозируемого риска и неудобств с ожидаемой пользой для субъекта исследования и общества. Исследование может быть начато и продолжено только в том случае, если ожидаемая польза оправдывает риск.

При этом существуют следующие потенциальные риски участия в исследовании:

1. Физический вред здоровью связан с возможными осложнениями и побочными эффектами от проведения диагностических, лечебных и (или) профилактических процедур, включенных в исследование.
2. Психологический вред связан с интерпретацией результатов психологического тестирования или некорректно сформулированными вопросами анкеты, вызывающими негативные эмоциональные реакции, например, чувство вины, изменение самооценки и т.д..
3. Риск вторжения в частную жизнь и нарушения конфиденциальности связан с отсутствием и (или) несоблюдением требований по обеспечению конфиденциальности сведений о частной жизни и (или) персональных данных.

К основным механизмам минимизации потенциальных рисков можно отнести:

- соответствие квалификации исследователя задачам исследования, позволяющая, в том числе, оценить риск возможных неблагоприятных последствий исследования;
- участие соисследователей, если квалификация исследователя недостаточна для проведения исследования и оценки его результатов.
- гарантии конфиденциальности (ограничение доступа и кодирование информации, деперсонафикация исследуемых).
- адекватность подбора исследуемых (критерии включения, исключения из исследования, наличие уязвимых контингентов).

Отбор субъектов для исследования должен осуществляться в соответствии с принципом социальной справедливости, т.е. базироваться на четких критериях включения и исключения из исследования, гарантирующих беспристрастность в определении основных и контрольных групп. При этом, если какое-то время назад принцип предполагал в связи с высокой опасностью для здоровья и жизни испытуемых исключение или ограничение отдельных социально незащищенных групп населения, то в настоящее время этот принцип начинает приобретать прямо противоположную направленность. Современные исследования, проводимые в отношении неизлечимых или практически неизлечимых заболеваний, предполагают разработку нового способа лечения и (или) эффективных лекарственных препаратов, что дает надежду на выздоровление отчаявшимся пациентам. Следовательно, принцип социальной справедливости в данном случае будет предполагать беспристраст-

ный отбор исследуемых, основанный на четких критериях, дающий всем желающим равные шансы попасть в исследование.

Критерии включения должны соответствовать задачам исследования. Участники не должны отбираться лишь на основе того, что они уже находятся там, где идет исследование либо их заболевание или социально-экономическое положение позволяет ими легко манипулировать.

Критерии исключения могут быть связаны с возникновением или выявлением в ходе исследования обстоятельств, которые: либо не предусмотрены дизайном исследования (например, достижение определенного возраста), либо повышают потенциальный риск от участия в исследовании (например, выявление в ходе исследования сопутствующей патологии, наступление беременности).

В соответствии с действующим законодательством при определении контингента исследуемых выделяются:

- категории лиц, участие которых в биомедицинских исследованиях запрещено действующим законодательством.

В соответствии со ст. 26 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» не допускается проведение биомедицинских исследований на лицах задержанных, заключенных под стражу, отбывающих наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста.

В соответствии со ст. 43 Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» не допускается проведение клинических исследований на детях-сиротах и детях, оставшихся без попечения родителей, а также сотрудниками правоохранительных органов.

- категории уязвимых лиц, участие в исследовании которых должно быть научно обосновано и содержать дополнительные гарантии для защиты прав и здоровья этой категории исследуемых

Категории уязвимых контингентов исследуемых установлены положениями ФЗ «Об обращении лекарственных средств», ГОСТа 523792005 «Надлежащая клиническая практика» и иными нормативными актами.

Общими требованиями к включению в исследование уязвимых контингентов исследуемых являются следующие моменты:

1. необходимые данные не могут быть получены на других группах пациентов;
2. исследование базируется на основе лабораторных данных или данных предшествующих биомедицинских исследований в другой группе;
3. ожидаемая польза от исследования превышает потенциальный риск, который является минимальным.

К уязвимым контингентам исследуемых лиц относятся:

1. Учащиеся и сотрудники высших и средних образовательных учреждений, работники медицинских и фармацевтических организаций

В случае участия данных лиц дополнительно оценивается, насколько участие в исследовании может отразиться на учебе или оценке трудовой деятельности и продвижении по службе; дополнительные гарантии конфиденциальности, например, анонимность.

2. Женщины в период беременности, грудного вскармливания

В случае участия данных лиц дополнительно оценивается предсказуемость и вероятность возможных неблагоприятных последствий, как для женщины, так и для плода, а также оценивается наличие всех необходимых мер по исключению риска нанесения вреда женщине, плоду или ребенку.

3. Лица, страдающие неизлечимыми заболеваниями

В случае участия данных лиц дополнительно оценивается наличие или отсутствие неоправданного ожидания эффективности излечения при участии в исследовании.

4. Представители национальных меньшинств

В случае участия данных лиц дополнительно оценивается возможность общения на родном для исследуемого языке, особенностях этнических, религиозных убеждений данной группы, которые могут повлиять на увеличения риска от участия в исследовании.

5. Лица, находящиеся в учреждениях социальной защиты (интернаты, дома инвалидов и др.)

В случае участия данных лиц дополнительно оценивается, насколько участие в исследовании может отразиться на взаимоотношениях с обслуживающим персоналом, адекватность представляемой информации об исследовании.

6. Безработные, малообеспеченные, бездомные, беженцы

В случае участия данных лиц дополнительно оценивается наличие или отсутствие материальных стимулов к участию в исследовании.

7. Пациенты, находящиеся в неотложном состоянии

В случае участия данных лиц дополнительно оценивается возможность получения юридически значимого согласия, а также наличие или отсутствие альтернативного общепризнанного метода лечения, которое могло бы с равной или большей степенью вероятности спасти жизнь исследуемому.

8. Военнослужащие

В случае участия данных лиц дополнительно оценивается насколько исследование специально разработано для применения в условиях военных действий, чрезвычайных ситуаций.

9. Несовершеннолетние лица

В случае участия данных лиц дополнительно оценивается возможность минимизации дискомфорта для детей при проведении исследования и количества инвазивных процедур.

10. Лица, страдающие психическими расстройствами

Специфика правового статуса исследуемых, страдающих психическими расстройствами, установлена положениями Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 № 3185-1. Так, в соответствии со ст.5 указанного закона «...все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на: ...предварительное согласие и отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний медицинских средств и методов, научных исследований или учебного процесса, от фото-, видео- или киносъемки...»

Польза от участия в исследовании базируется на соблюдении принципа полезности, который подразумевает защиту субъектов исследования от возможного ущерба и рассматривает выгоду в двух аспектах: польза для исследуемого и польза для общества. Польза для общества может быть выражена в получении важных результатов, направленных на совершенствование методов диагностики, профилактики и лечения; обобщении данных о заболевании, позволяет изучить распространенность патологии и т.д.

Польза для исследуемого может носить непосредственный и (или) отсроченный характер. Непосредственная польза, как правило, выражается в дополнительном бесплатном обследовании и (или) лечении, более тщательном наблюдением за состоянием здоровья, использовании новых эффективных методик диагностики и лечения и т.д. Отсроченная польза для исследуемого может быть связана с разработкой и апробацией профилактических мероприятий на основании полученных в ходе исследования данных; прогнозированием исходов заболевания; улучшением качества жизни и т.д.

Непосредственная оплата или другие формы вознаграждения, предлагаемые исследуемым в качестве стимула или награды за участие, не могут рассматриваться как «польза», получаемая от исследования, хотя материальное стимулирование считается этически допустимым. При этом, поскольку материальное вознаграждение является зачастую серьезным мотивом участия в исследовании, повышенное внимание уделяется этической оценке:

- соотношения риска/пользы от участия в исследовании,
- степени информированности испытуемого о потенциальном риске,
- обоснованности участия в исследовании таких уязвимых контингентов, как мало-обеспеченные и безработные.

При оценке соотношения риска и пользы участия в исследовании особое внимание уделяется следующим этическим аспектам:

1. достаточность информации относительно научного обоснования исследования, включая результаты предыдущих исследований на животных и людях (проведению биомедицинских исследований с участием человека должны предшествовать доклинические исследования, подтверждающие целесообразность и безопасность исследований на человеке);
2. использование адекватных методов отбора исследуемых, сбора и анализа данных (когда величина выборки слишком мала или гипотеза не точно сформулирована для получения достоверных результатов, испытуемые могут подвергаться риску, не имеющему достаточного обоснования, вместе с тем недостаточно продуманная или неправильная схема исследования также приводит к неоправданному соотношению рисков и пользы);
3. определенность позитивных и негативных последствий, ожидаемых от исследования, в сравнении с последствиями от обычно применяемого в таких случаях лечения, а также с последствиями при отсутствии лечения вообще;
4. возможность адекватного выявления, профилактики и лечения любых других потенциально опасных последствий, в том числе связанных с наличием или развитием сопутствующих заболеваний.

В исследованиях, где не ожидается прямой пользы для исследуемого, оценивается этическая приемлемость риска процедур, единственной целью которых является получение информации для обобщения. При этом соблюдается принцип приоритета прав, безопасности и благополучия человека над интересами общества или науки, а значит, какая бы благая цель для общества не преследовалась исследователем, оно является этически не допустимым, если есть высокий риск для здоровья и жизни испытуемых. И наоборот, если риска нет или он минимален, исследование может быть признано этически допустимым, несмотря на отсутствие непосредственной пользы для исследуемых.

II. Достаточная квалификация участников исследования (исследователя, соисследователей и медицинского персонала) и соответствие материально-технической базы задач исследования.

Биомедицинскому исследованию должна предшествовать соответствующая подготовка, и его проведение должно быть обеспечено всем необходимым оборудованием и квалифицированным медицинским персоналом, как при плановом ведении исследования, так и при возникновении чрезвычайных и непредвиденных ситуаций. При проведении исследования должно быть гарантировано выполнение всех профессиональных требований и стандартов, установленных законодательством по отношению к этому виду деятельности. Исследование должно проводиться только лицами, имеющими соответствующую подготовку и квалификацию, иметь высшее медицинское образование и сертификат специалиста в той области медицины, которая охватывается исследованием. Если квалификация исследователя недостаточна для проведения исследования, отдельных его этапов и (или) оценки его результатов, то обязательно предусматривается привлечение в исследование так называемых соисследователей, давших согласие на участие. Все привлекаемые к проведению исследования лица должны иметь соответствующие образование, подготовку и опыт для выполнения возложенных на них задач.

III. Добровольное информированное согласие.

Участие в биомедицинском исследовании должно являться осознанным и добровольным и не может осуществляться под давлением, по принуждению или обману. Обязательность получения предварительного добровольного информированного согласия исследуемого на

участие в эксперименте является гарантом соблюдения этического принципа автономии и уважения личности.

Получение добровольного информированного согласия - процедура добровольного подтверждения субъектом своего согласия на участие в конкретном исследовании после получения информации обо всех значимых для принятия им решения аспектах исследования.

Согласие лица на участие в исследовании может считаться законным, если оно является добровольным и информированным.

Добровольность согласия – категория, характеризующая сознательное и волевое отношение участника к проводимому биомедицинскому исследованию. При этом оценка

интеллектуального компонента предполагает, что решение об участии в исследовании принимается лицом осознанно, с максимально адекватным пониманием возможного риска и пользы;

волевого компонента - исходя из внутреннего убеждения и желания, без принуждения со стороны других субъектов исследования (исследователя, лечащего врача, родственников, других пациентов и т.д.).

Информация, касающаяся исследования, включая письменную форму информированного согласия, не должна содержать формулировок, прямо или косвенно склоняющих субъекта или его законного представителя дать согласие на участие в исследовании, вводить в заблуждение относительно риска и пользы от участия в исследовании.

Среди механизмов предупреждения использования исследователем недостойного (вынуждающего) привлечения к исследованию можно выделить следующие:

ограничение привлечения к исследованию уязвимых групп исследуемых;

запрет на участие в исследовании отдельных категорий лиц;

представление гарантий исследуемому, что его участие (или отказ от участия) в исследовании не повлияет на дальнейшее лечение и (или) на взаимоотношения с лечащим врачом;

возможность прервать участие в исследовании в любое время, без объяснения причин такого решения

письменная форма информированного согласия не должна содержать формулировок, прямо или косвенно склоняющих субъекта или его законного представителя дать согласие на участие в исследовании, вводить в заблуждение относительно риска и пользы от участия в исследовании;

полное и доступное информирование о реальных и потенциальных рисках участия в исследовании.

Информированность согласия означает, что решение об участии в исследовании принимается лицом после получения и осмысления всей необходимой информации об исследовании.

Перед получением информированного согласия исследователь должен предоставить субъекту или его законному представителю достаточное количество времени и возможность для получения более подробной информации об исследовании и принятия решения об участии в нём или отказе от такого участия.

Субъект или его законный представитель должен получить исчерпывающие ответы на все вопросы об исследовании.

Информация участнику биомедицинского исследования должна предоставляться в доступной форме, содержать минимальное количество специальных терминов (при их наличии – необходима расшифровка), на родном языке исследуемого.

Предоставляемая информация должна доноситься без давления, обмана и подкупа, не должна содержать запугивающей информации и сведений финансового или другого характера стимулирования, которые будут побуждать потенциального участника к принятию неадекватного решения.

Исследуемому должна быть предоставлена адекватная информация, включающая следующие сведения:

- факт участия в исследовании;
- цель и методы исследования;
- предполагаемая длительность;
- ожидаемая польза от участия в исследовании (если пользы с медицинской точки зрения не предполагается, то субъект должен быть поставлен об этом в известность);
- предполагаемый риск или неудобства;
- альтернативная терапия (т.е. иные процедуры или методы лечения, которые могут быть доступны субъекту, а также их значимые потенциальные польза и риск);
- конфиденциальность и условия доступа к информации;
- гарантии получения медицинской помощи в случае развития побочных реакций или осложнений, связанных с проведением исследования;
- финансовые условия исследования, в том числе, страхование жизни и здоровья, выплаты исследуемым;
- информация о праве отказаться от участия в исследовании на любом его этапе с сохранением права участника на предоставление необходимой медицинской помощи;
- информация обо всех изменениях, происходящих в ходе исследования, способных повлиять на ранее принятое решение.

По общим правилам согласие на участие в исследовании дает сам исследуемый, а в отдельных случаях – его законный представитель.

Однако лица, неспособные дать осознанное информированное согласие, не исключаются из процесса принятия решения об участии в исследовании.

Так, в соответствии с модельным законом «О защите прав и достоинства человека в биомедицинских исследованиях в государствах – участниках СНГ» (2005 г.):

«...участие в биомедицинском исследовании лиц, неспособных дать осознанное информированное согласие, допустимо в следующих исключительных случаях, когда... приняты все возможные меры для адекватного информирования потенциального участника исследования пропорционально его возрасту и степени психической и ментальной зрелости. Мнение участника о согласии (несогласии) участвовать в исследовании принимается во внимание.»

Российское законодательство предусматривает более жесткие нормы по учету мнения лиц, неспособных дать осознанное информированное согласие на участие в исследовании.

Так, в соответствии с п. 4.8.12 ГОСТа 52379-2005 **«Надлежащая клиническая практика»**:

«... субъект должен быть проинформирован об исследовании в соответствии с его способностью понять эту информацию и, если субъект в состоянии, он должен подписать и собственноручно датировать письменную форму информированного согласия.»

Кроме того, положения ГОСТа требуют получения обязательного согласия указанных лиц в исследовании, не связанном с лечением:

«...в исследование, не связанное с лечением (т.е. исследование, в котором не предполагается непосредственной, с медицинской точки зрения, пользы для субъекта), могут быть включены только субъекты, которые лично дают свое согласие и собственноручно подписывают и датируют письменную форму информированного согласия...»

Этически допустимым считается проведение исследований с участием рассматриваемой категории лиц только с согласия их законных представителей при соблюдении следующих условий:

1. Цели исследования не могут быть достигнуты посредством исследования с участием субъектов, которые могут дать свое согласие лично.
2. Предполагается прямой благоприятный эффект для здоровья участника исследования.

3. Участие в исследовании сопряжено с минимальным риском или неудобствами.
4. Для включения таких субъектов должно быть запрошено специальное одобрение этического комитета, учитывающее этот аспект.
5. Субъекты в исследовании должны находиться под особо тщательным наблюдением, и их участие должно быть прекращено, если есть основания полагать, что они испытывают чрезмерный дискомфорт.

Специфика отдельных исследований, особенно в сфере психологии личности, предполагает умышленное сокрытие части информации о цели или отдельных аспектах исследования. Это, в свою очередь исключает возможность получения полноценного информированного согласия участника исследования. Данная ситуация может расцениваться как определенная этическая проблема, решение которой зависит от характера самого исследования и его основных моментов. В частности, этически допустимым может считаться проведение исследования с умышленным «обманом» или сокрытием части информации при отсутствии или минимальном значении риска, наличии механизма гарантии обеспечения всех остальных прав и благополучия исследуемых.

Определенную этическую проблему составляют исследования с использованием плацебо, рандомизации, а также двойные слепые клинические исследования. Большинство специалистов сходятся во мнении о необходимости информирования исследуемых о данных аспектах исследования. Наиболее часто в информации для участника исследования в этом случае указывается о вероятности получения различных видов лечения, в том числе о вероятности получения плацебо. В случае проведения двойного слепого исследования исследуемого предупреждают о том, что ни он сам, ни исследователь, ни его врач не будут знать до конца исследования, какое лечение он получает. Считается, что предоставление наиболее полной и доступной информации о схеме данного исследования позволит соблюсти принцип автономии личности, поскольку в этом случае добровольное решение принимает сам участник, понимая вероятность получения экспериментального лечения. Как правило, в двойных слепых клинических исследованиях предусматривается механизм, позволяющий третьему лицу (не исследователю) вскрывать защитный код и получить доступ к информации о лечении конкретного исследуемого в случае, если состояние испытуемого ухудшается или имеет место неблагоприятная реакция, требующая медицинского вмешательства.

IV. Конфиденциальность сведений, полученных в ходе исследования.

Вся документация по исследованию, позволяющая идентифицировать субъектов исследования, должна оформляться и храниться с соблюдением принципа неприкосновенности частной жизни в соответствии с нормативными требованиями по защите конфиденциальности подобной информации.

Основными механизмами соблюдения данного требования в ходе исследования могут выступать: ограничение доступа к информации третьих лиц; кодирование получаемой в ходе исследования информации; деперсонафикация исследуемых как при сборе необходимой информации, так и при представлении результатов исследования в отчетной и (или) научной документации.

V. Предварительная этическая экспертиза исследования, осуществляемая независимым комитетом по этике.

Этическая экспертиза биомедицинских исследований

В соответствии с действующим законодательством этическая экспертиза клинических исследований в Российской Федерации основывается на принципах законности, соблюдения прав и свобод человека и гражданина, прав юридического лица, независимости эксперта, объективности, всесторонности и полноты исследований, проводимых с использованием современных достижений науки и техники, ответственности организаций и экспертов за

проведение и качество экспертизы. Этическая экспертиза осуществляется специально созданным этическим комитетом.

«Независимый этический комитет: независимый орган (экспертный совет или комитет, действующий на уровне организации, региональном, национальном или международном уровне), состоящий из медицинских работников, а также лиц, не имеющих отношения к медицине, который обеспечивает защиту прав, безопасности и благополучия субъектов исследования и выступает для общества гарантом такой защиты, в частности путем рассмотрения, утверждения/одобрения протокола исследования, кандидатур исследователей, исследовательских центров, а также материалов и методов, которые предполагается использовать для получения и документирования информированного согласия субъектов исследования.» (п.1.29 «Надлежащая клиническая практика. ГОСТ Р 52379-2005»).

Формирование этических комитетов в Российской Федерации началось с середины 90-х годов XX века. В 2000 году с целью действенного участия общественности, в том числе медицинской, в защите прав и здоровья испытуемых при проведении клинических исследований был создан Комитет по этике при Федеральном органе контроля качества, эффективности, безопасности лекарственных средств (позднее - Комитет по этике при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития).

С 2010 года функции этической экспертизы возможности проведения клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения возложены на Совет по этике при Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Так, в соответствии со ст.17 Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» и принятыми во исполнение Приказами Минздравсоцразвития России клиническое исследование проводится после получения специального разрешения Министерства здравоохранения и социального развития России, предусматривающего, в том числе, этическую экспертизу вышеназванным советом.

Данные требования распространяются не только на клинические исследования новых лекарственных препаратов, но и на пострегистрационные исследования.

«Пострегистрационное клиническое исследование лекарственного препарата – клиническое исследование лекарственного препарата для медицинского применения, проводимое... после государственной регистрации, в целях дополнительного сбора данных о безопасности и эффективности, расширения показаний к применению данного лекарственного препарата, а также выявления нежелательных реакций пациентов на его действие» (п. 44 ст.4 Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»)

Таким образом, любое биомедицинское исследование, направленное на изучение действия нового или уже разрешенного к применению лекарственного средства, в том числе, для расширения показаний к применению, считается клиническим исследованием лекарственного препарата и должно осуществляться после одобрения на федеральном уровне Советом по этике при Министерстве здравоохранения и социального развития.

Иные биомедицинские исследования, осуществляемые с участием человека и не связанные с изучением действий лекарственных препаратов, могут проводиться после их рассмотрения и одобрения локальным этическим комитетом, созданным в организации, инициирующей данное биомедицинское исследование.

Определенные трудности функционирования локальных этических комитетов (далее - ЛЭК) связаны с отсутствием нормативно закрепленных положений, регламентирующих различные аспекты деятельности ЛЭК. Опыт деятельности локальных этических комитетов показывает, что основополагающими документами при создании ЛЭК являются Положение об этическом комитете и Стандартные операционные процедуры (далее - СОП). В данных документах должны быть закреплены на уровне организации требования международных документов, общепризнанных этических норм и положения российского законодательства о деятельности этических комитетов федерального уровня.

Положение об этическом комитете ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Общие положения

1. Этический комитет ГБОУ ВПО ИвГМА Минздравсоцразвития России (далее – Этический комитет) является независимым органом, основанном на добровольном членстве и совместной деятельности специалистов, ученых и врачей, специализирующихся в области социологических, доклинических и клинических исследований (испытаний) биологически активных веществ, лекарственных средств, технологий, материалов и изделий медицинского назначения. Этический комитет создан и действует, исходя из принципов добросовестного выполнения доклинических испытаний и клинических исследований, охраны и гуманного отношения исследователей к лабораторным животным.
2. Этический комитет осуществляет свою деятельность в соответствии с положениями Хельсинской декларации Всемирной Медицинской Ассоциации (1964г.), Конституции Российской Федерации, Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», Национального стандарта Российской Федерации «Надлежащая клиническая практика. ГОСТ Р 52379-2005», Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.06.2003 № 266 «Об утверждении Правил клинической практики в Российской Федерации» (GCP), Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.08.2010 № 708-н «Об утверждении Правил лабораторной практики» (GLP), Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.08.2010 № 748-н «Об утверждении порядка выдачи разрешения на проведение клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения» и другими нормативно-правовыми актами, общепризнанными этическими принципами и нормами, а также настоящим Положением об Этическом комитете.
3. Экспертиза Этического комитета является обязательным этапом планирования исследования, проводимого сотрудниками, аспирантами, соискателями ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (далее – ИвГМА). Любое доклиническое, биомедицинское или социологическое исследование, осуществляемое с участием людей и (или) лабораторных животных, должно пройти предварительную экспертизу Этического комитета.
4. Этический комитет не имеет прямой заинтересованности в конкретном исследовании. Независимо от исследователя, заказчика, спонсора или медицинского учреждения Этический комитет рецензирует протоколы исследований и оценивает механизмы защиты прав человека и его безопасности, обеспечения гуманного отношения к лабораторным животным.
5. Этический комитет не имеет какой-либо прибыли в качестве цели своей деятельности и не распределяет полученную прибыль между своими членами. Заказчик (спонсор) может компенсировать административные расходы, при этом оплата не зависит от того, одобрены ли документы или относительно исследования принято какое-либо другое решение.
6. Этический комитет в своей деятельности руководствуется принципами независимости, компетентности, плюрализма, справедливости и прозрачности.
7. Этический комитет является открытым органом. Информация о членах Этического комитета, графике работы, всех принятых решениях не может быть конфиденциальной.
8. Область компетенции Этического комитета распространяется на деятельность ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Все подразделения ИвГМА, проводящие исследования с участием людей или лабораторных животных, обязаны взаимодействовать с Этическим комитетом.

9. Этический комитет разрабатывает и доводит до сведения заинтересованных лиц информационные материалы по организации своей деятельности, плану и регламенту работы, требованиям и принципам добросовестного выполнения доклинических и биомедицинских исследований.

10. Этический комитет вправе участвовать в разрешении этических конфликтов, возникающих в текущей работе ИвГМА вне исследовательской деятельности.

Основные цели и задачи деятельности этического комитета

11. Основными целями работы Этического комитета являются: защита прав и здоровья участников исследования; защита прав и интересов исследователей; обеспечение этических норм и гуманного отношения к лабораторным животным.

12. Для выполнения указанных целей Этический комитет решает следующие общие задачи:

- проведение независимой экспертизы документов планируемых исследований (испытаний) согласно стандартным операционным процедурам (СОП);
- объективная и независимая оценка безопасности и соблюдения прав человека по отношению к исследуемым на стадии планирования и проведения исследования;
- оценка соответствия квалификации исследователей, технического оснащения исследовательской базы правилам проведения качественных биомедицинских исследований;
- осуществление контроля за ходом проведения исследования в соответствии с протоколом исследования согласно СОП;
- объективная оценка и контроль за соблюдением этических норм и гуманного отношения к лабораторным животным в доклинических исследованиях.

13. Предметом экспертизы Этического комитета являются все исследования (биомедицинские, доклинические и социологические) с участием в качестве исследуемых людей или лабораторных животных.

14. Этической экспертизе подлежат следующие аспекты биомедицинского исследования:

- соответствие дизайна исследования целям исследования, в том числе, с точки зрения вовлечения минимально возможного количества участников исследования;
- планируемый риск, неудобства и дополнительные нагрузки на участников исследования по сравнению с ожидаемой пользой;
- обоснованность использования контрольных групп и применения плацебо с точки зрения безопасности пациентов;
- критерии включения в исследование, исключения, обеспечения адекватной медицинской помощи после окончания участия в исследовании;
- содержание формы информации для исследуемого (законного представителя) и добровольного информированного согласия, а также других материалов, предоставляемых исследуемым;
- медицинская помощь, которая будет предоставлена участникам исследования в ходе исследования и после его окончания;
- соблюдение конфиденциальности информации об исследуемых и неприкосновенности их частной жизни;
- порядок и размеры выплат исследуемым, если таковые предусмотрены, с точки зрения отсутствия мотивов необоснованной заинтересованности в участии в исследовании;
- обоснование необходимости использования уязвимых групп и обеспечение гарантий для защиты прав и здоровья этой категории исследуемых (в случае их участия в исследовании);
- квалификация и необходимый опыт исследователя, научного руководителя (консультанта) и соисследователей планируемого исследования;

- соответствие базы исследования необходимым требованиям для проведения исследования, включая наличие вспомогательного персонала, необходимого оборудования и возможностей для исследования и проведения медицинских мероприятий;

- источники финансирования исследования.

15. Этической экспертизе подлежат следующие аспекты социологического исследования:

- соответствие дизайна исследования целям исследования;

- неудобства и дополнительные нагрузки на участников исследования по сравнению с ожидаемой пользой;

- содержание формы добровольного информированного согласия, а также других материалов, предоставляемых исследуемым;

- соблюдение конфиденциальности информации об исследуемых и неприкосновенности их частной жизни;

- порядок и размеры выплат исследуемым, если таковые предусмотрены, с точки зрения отсутствия мотивов необоснованной заинтересованности в участии в исследовании;

- обоснование необходимости использования уязвимых групп и обеспечение гарантий для защиты прав и здоровья этой категории исследуемых (в случае их участия в исследовании);

- квалификация и необходимый опыт исследователя, научного руководителя (консультанта) и соисследователей планируемого исследования;

- источники финансирования исследования.

16. Этической экспертизе подлежат следующие аспекты исследования с использованием лабораторных животных:

- соответствие дизайна исследования целям исследования, в том числе, обоснованность проведения исследования на лабораторных животных, направленного на получение результатов, не достижимых другими средствами, а также вовлечения минимально возможного количества лабораторных животных;

- квалификация и необходимый опыт исследователя, научного руководителя (консультанта) и соисследователей планируемого исследования, в том числе по адекватности обезболивания и контролю за состоянием животного;

- наличие лабораторной базы и штата сотрудников, обеспечивающих уход за лабораторными животными;

- предложения по улучшению экспериментальных методик для снижения (исключения) отрицательных (болевых, стрессовых и др.) влияний на лабораторное животное;

- наличие мер, позволяющих избежать излишних повреждений и физических страданий лабораторных животных;

- соблюдение мер предосторожностей, обеспечивающих безопасность исследователя (соисследователей), персонала и исключающих отрицательное влияние на окружающую среду;

- источники финансирования исследования.

Организационная структура этического комитета

17. Состав Этического комитета формируется на междисциплинарной основе. В состав Этического комитета входят специалисты, обладающие опытом и достаточной квалификацией для экспертной оценки научных, медицинских и этических аспектов планируемого исследования.

18. Состав Этического комитета может включать сотрудников ИвГМА: специалистов в области медицины и биологии, социально-гуманитарных наук; врачей, специалистов по социальным вопросам, юристов, специалистов в области медицинской этики и представителей общественных организаций.

19. Этический комитет должен состоять как из мужчин, так и из женщин разных возрастных групп.

20. Состав Этического комитета формируется на добровольной основе и утверждается приказом ректора ИвГМА, с назначением из числа членов Этического комитета председателя, заместителя председателя и секретаря. Состав Этического комитета пересматривается по мере необходимости, но не реже 1-го раза в три года.

21. Председатель Этического комитета:

- осуществляет руководство деятельностью Этического комитета;
- формирует план работы Этического комитета, а также повестку очередного или внеочередного заседания Этического комитета;
- проводит заседания Этического комитета;
- назначает эксперта из числа членов Этического комитета для осуществления предварительной экспертизы планируемого исследования;
- в спорных случаях и при других обстоятельствах, когда невозможно провести надлежащую экспертизу силами членов Этического комитета, привлекает независимого эксперта, не являющегося членом Этического комитета;
- приглашает на заседание Этического комитета независимых экспертов, представителей Администрации ИвГМА, общественных организаций и иных лиц;
- разрабатывает и выносит на обсуждение членами Этического комитета предложения, дополнения и изменения по деятельности Этического комитета, СОП и формам документов;
- дает разъяснения по деятельности Этического комитета, основаниям принятия решений Этическим комитетом заинтересованным лицам;
- контролирует деятельность Секретаря Этического комитета;
- представляет Этический комитет в других подразделениях ИвГМА, научных, медицинских, общественных и иных организациях.

22. Заместитель Председателя Этического комитета:

- осуществляет полномочия Председателя Этического комитета в период его отсутствия, а также при рассмотрении планируемого исследования, где исследователем (соисследователем) является Председатель;
- выполняет иные функции по поручению Председателя Этического комитета.

23. Секретарь Этического комитета:

- обеспечивает взаимодействие между исследователем и Этическим комитетом;
- осуществляет прием и регистрацию документов, подаваемых в Этический комитет;
- проводит предварительную оценку полноты и правильности оформления представленных документов, при выявлении недостатков оформления документов или отсутствия необходимых документов ставит об этом в известность исследователя;
- согласовывает с Председателем дату очередного или внеочередного заседания и доводит ее с указанием повестки до сведения членов Этического комитета и иных приглашенных лиц;
- ведет протокол заседания Этического комитета;
- своевременно оформляет протокол заседания и выписку из протокола заседания, которую передает в течение семи дней после принятия решения исследователю;
- контролирует своевременность предоставления отчетов исследователями по проводимым исследованиям, а также отчета по завершении исследования; в случае непредоставления отчета исследователем в установленный срок, своевременно информирует об этом Председателя Этического комитета;
- составляет ежегодный отчет о работе Этического комитета и согласовывает его с Председателем;
- оформляет и архивирует всю необходимую документацию (документы, представляемые в Этический комитет исследователем, протоколы заседаний, образцы документов и др.)

24. Члены Этического комитета обязаны:

- присутствовать на заседаниях Этического комитета;

- рассматривать, обсуждать, рецензировать предложения относительно исследований, представленных на экспертную оценку;
- рассматривать отчеты о ходе исследований, внесении изменений и дополнений в протокол исследования и форму добровольного информированного согласия, а также осуществлять контроль за текущими исследованиями;
- рассматривать отчеты по завершении исследований;
- сообщать о конфликте интересов при проведении этической экспертизы исследования;
- участвовать в образовательных мероприятиях в сфере биомедицинских исследований.

Деятельность этического комитета

25. Этический комитет проводит независимую экспертизу (первичную, упрощенную, повторную, экспертизу поправок к протоколам и форме информированного добровольного согласия) планируемых исследований согласно стандартным операционным процедурам.

26. Этический комитет контролирует проведение одобренного исследования в части соблюдения протокола исследования, защиты прав и здоровья исследуемых, гуманного отношения к лабораторным животным согласно стандартным операционным процедурам.

В приложении к данному положению представлены стандартные операционные процедуры: заседание комитета, первичное рассмотрение инициативных научных исследований, первичное рассмотрение клинических исследований лекарственных средств, этический контроль одобренных исследований, пересмотр документов исследования, упрощенная процедура рассмотрения исследований.

Стандартные операционные процедуры представляют собой набор инструкций или пошаговых действий, которые надо выполнить в ходе осуществления той или иной деятельности. Основная задача разработки и внедрения СОП - сделать процесс работы и его результаты последовательными, согласованными, предсказуемыми и воспроизводимыми.

Положение о комитете по этике Ивановской областной общественной организации медицинских сестер и средних медицинских работников

I. Общие положения

1.1. Комитет по этике (далее Комитет) создаётся с целью действенного участия медицинской общественности в защите прав, безопасности и здоровья пациентов; гуманистического служения человеку независимо от его гражданства, национальности, вероисповедания, политических взглядов, возраста, пола и прочих признаков, поддержание авторитета и репутации специалистов со средним медицинским образованием (далее специалист).

1.2. Комитет создаётся решением Координационного совета (далее - Совет) и утверждается президентом Организации.

1.3. Комитет в своей деятельности руководствуется действующим законодательством Российской Федерации, нормативно-правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации, Уставом Организации, Этическим кодексом медицинских сестёр России и настоящим Положением.

1.4. Настоящее Положение вступает в силу с момента его подписания президентом Организации.

II. Задачи комитета

2.1. Основными задачами Комитета являются:

- обеспечение соблюдения законов страны и морально-этических норм, действующих в обществе;

- обеспечение соблюдения специалистами Этического кодекса медицинской сестры России как основы профессиональной деятельности, определяющей чёткие нравственные ориентиры: гуманность и милосердие;
- содействие консолидации, повышению престижа и авторитета профессии в обществе, развитию сестринского дела в Ивановской области и в России;
- осуществление контроля над специалистами по этичному и гуманному отношению к пациенту, уважению его законных прав;
- привлечение внимания общественности к вопросам соблюдения норм Этического кодекса медицинской сестры, его достижениям и недостаткам;
- гарантирование защиты специалистов;
- обеспечение этики труда;
- работа над изменениями и дополнениями морально-этических и правовых норм в сестринской практике;
- участие в разработке региональной концепции развития сестринского дела;
- участие в совершенствовании системы базового, повышенного уровня и непрерывного профессионального образования в сестринском деле;

III. Компетенция комитета

3.1. К компетенции Комитета относится:

- разработка и внесение предложений по вопросам совершенствования морально-этических и деонтологических норм, этики труда специалистов;
- проведение рейдов по проверке вопросов соблюдения этических норм работы в коллективах;
- на заседаниях Комитета разбор жалоб по вопросам нарушения этических норм специалистами;
- подготовка и проведение семинаров, конференций по вопросам этики, связанных с профессиональной деятельностью специалистов;
- организация защиты чести и достоинства специалистов;
- участие в благотворительных акциях.

3.2. Комитет по этике информирует СМИ о своей деятельности, участвует в работе по получению широкими кругами общественности информации о целях и задачах комитета по этике, его роли в защите прав пациентов и специалистов.

IV. Структура комитета

4.1. Возглавляет Комитет и руководит его деятельностью - председатель.

4.2. Председатель Комитета избирается на заседании Совета сроком на четыре года из числа членов Совета. Данное решение оформляется документально.

4.3. Председатель Комитета считается избранным, если за него проголосовало более половины членов Совета.

4.4. Председатель Комитета является его официальным представителем во всех контактах с контрольно-разрешительными органами и медицинскими организациями. Он должен гарантировать соответствие деятельности Комитета положению и нормативным требованиям, вести заседания и отвечать за правильность ведения документации и её сохранность.

4.5. Состав Комитета утверждается Советом.

4.6. Численный состав Комитета формируется на заседании Совета.

V. Заседания комитета и отчётность

5.1. Заседания Комитета проводятся по мере необходимости. Время проведения заседания и его повестка устанавливаются председателем Комитета.

5.2. Председатель Комитета отвечает за своевременность оповещения всех членов комитета о дате заседания и повестке дня не менее чем за одну неделю до начала заседания.

5.3. Председатель Комитета обязан обеспечить возможность членам Комитета ознакомиться со всеми материалами заседания до его начала с момента извещения о дате заседания.

5.4. Принятие решений осуществляется простым большинством голосов.

5.5. Комитет представляет отчёт о своей деятельности президенту Организации не реже одного раза в год.

5.7. Комитет ведёт необходимую документацию в соответствии с порядком, определённым Организацией.

5.8. Делопроизводство, приём заявителей и работа Комитета проводятся в соответствии с установленным порядком.

VI. Документация

6.1. Комитет должен вести документацию о ходе своей работы и протоколировать свои заседания.

6.2. Комитет должен хранить документацию (в частности, списки членов с указанием рода деятельности, места работы, представленные на рассмотрение документы, протоколы заседаний и корреспонденцию) в течение четырех лет и предоставлять её по требованию контрольно-разрешительных органов.

6.3. Список документов комитета по этике, которые должны храниться в архиве Комитета:

- Приказ о его создании с утвержденным положением о комитете по этике, а также все дополнения и изменения к ним.
- Список членов Комитета.
- Повестку дня всех заседаний Комитета.
- Протоколы всех заседаний Комитета, в том числе в них обязательно должно быть указано:
 - дата, время и место проведения заседания;
 - список присутствовавших членов Комитета;
 - список присутствовавших представителей третьей стороны;
 - повестка дня;
 - принятое решение с указанием того, как именно оно было принято;
 - распределение голосов при принятии решения, количество голосов, поданных «за», «против», и количество воздержавшихся;
 - мнение меньшинства членов Комитета, если решение было принято не единогласно;
 - дата и подпись председательствовавшего на заседании члена Комитета и секретаря Комитета.
- Копии решения Комитета и всех рекомендаций и требований.

VII. Права комитета

7.1. Получать от других Комитетов Организации информацию и материалы, необходимые для решения вопросов, входящих в компетенцию Комитета.

VIII. Ответственность сотрудников комитета

8.1. Председатель Комитета несет персональную ответственность за выполнение задач, возложенных на Комитет, с учетом полномочий, предусмотренных настоящим Положением.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Что включает в себя понятие «этика», «деонтология»? В чем специфика медицинской этики и деонтологии в общей структуре социального регулирования медицинской профессиональной деятельности?
2. Каковы исторические предпосылки формирования медицинской этики и деонтологии?
3. Каковы основные причины, обусловившие актуальность и интенсивное развитие медицинской этики и деонтологии?
4. Каковы основные современные модели медицинской этики и профессионального поведения медицинского работника?
5. Что относят к основным этическим проблемам в медицине?
6. В чем заключается специфика этико-деонтологического сопровождения оказания медицинской помощи различным категориям пациентов?
7. Какие основополагающие этические принципы отражены в международных и российских документах?
8. Каким образом происходит соотношение норм морали и права в системе социальной регламентации медицинской деятельности?
9. Каковы современные требования, предъявляемые к внешнему виду и профессиональному поведению студента медицинского вуза и медицинского работника?
10. В чем роль и значение комитетов по этике медицинских и образовательных организаций?

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Акопов, В. И. По поводу статьи Димова А. С. «Кризис деонтологии: методологические аспекты» / В. И. Акопов, Л. Л. Акопова // Клиническая медицина. 2009. - № 11. - С. 74-75.
2. Амиров, А. Ф. Современные ориентиры медицинского образования в России/ А. Ф. Амиров// Высшее образование в России.-2008.-№3.-С. 22-26.
3. Амиров, А. Ф. Профессиональная социализация и воспитание студентов медицинского вуза : монография / А. Ф. Амиров, С. М. Серегин. -Уфа : ГРИ «Башкортостан», 2003. 274 с.
4. Баклушина Е.К., Бурсикова Д.В., Нуженкова М.В. Этико-правовое обеспечение биомедицинских исследований: электронное обучающе-контролирующее учебное пособие. - Иваново, ИвГМА, 2012.
5. Биоэтика. Этические и юридические документы, нормативные акты : учеб. пособие по этическим и юридическим документам и нормативным актам / составители И. А. Шамов, С. А. Абусуев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 357 с.
6. Биомедицинская этика : учебник / И. А. Шамов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 286 с. : ил.
7. Бушмелев, В. А. Думы о врачевании и хирургической клинике, или Введение в профессию : [науч.-попул. изд.] / В. А. Бушмелев ; ГБОУ ВПО ИГМА. – Ижевск : ИГМА, 2012. – 76 с.
8. Герасименко, С. Л. Коммуникативная культура врача: проблемы и опыт формирования в медицинском вузе / С. Л. Герасименко // Вестник Мордовского университета. 2009. - № 2. - С. 206-213.
9. Гиппократ. Этика и общая медицина. Письма: букинистическое издание. – М.: Мир книги, 2010. – 336 с.
10. Гоглова О.О., Ерофеев С.В., Гоглова Ю.О. Биомедицинская этика. – СПб.: Питер, 2013. – 272 с.
11. Гринбаум, Н. С. Взгляд в античность. *Varia* / Н. С. Гринбаум. -СПб. : Нестор-История, 2010. 380 с.
12. Иванюшкин, А. Я. Феномен биоэтики в современной культуре / А.Я. Иванюшкин// Вестник МГПУ. Сер. Философские науки.- 2010. — № 1. С. 53-65.
13. Кэмпбелл А., Джиллетт Г., Джонс Г. Медицинская этика. – М.: ГЭОТАР-медиа, 2010. – 400 с.
14. Лопатин, П. В. Биоэтика : учеб. / П. В. Лопатин, О. В. Карташова ; под ред. П. В. Лопатина. – 4-е изд. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 269 с.
15. Макнотон-Филион L, Чен С., Нортон PG. Внешний вид врача. *Fam Med* 1991; 23: 208-211.
16. Орлова Е.В. Культура профессионального общения врача: коммуникативно-компетентный подход. – М.: ФОРУМ, 2012.
17. Рассел Д. История этики. – М.: Книга по требованию, 2012. – 104 с.
18. Уильямс, Д. Р. Руководство по медицинской этике : учеб. пособие для студентов мед. вузов / Джон Р. Уильямс ; рус. издание под ред. Ю. М. Лопухина, Б. Г. Юдина, Л. А. Михайлова ; пер. с англ. Т. В. Булыгиной ; Всемир. мед. ассоциация. Рос. мед. общество. – М. : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 128 с.
19. Хрусталеv Ю.М. Введение в биомедицинскую этику. – М.: Академия, 2010. – 224 с
20. Хрусталеv Ю.М. От этики до биоэтики. – М.: Феникс, 2010. – 448 с.
21. Хрусталеv Ю.М. Основы биомедицинской этики. – М.: Професионал, 2010. – 288 с.
22. Хрусталеv Ю.М. Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2013

23. Этическая экспертиза биомедицинских исследований. Практические рекомендации /Под общей ред. проф. Ю.Б. Белоусова. - М., 2005.
24. Coulehan, J. Conflicting Professional Values in Medical Education / J. Coulehan, P. C. Williams // Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 2003. -Vol. 12.-Pp. 7-20.
25. Giordano, S. Medical Humanities: An E-Module at the University of Manchester / S. Giordano// Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 2010.-Vol. 19.-Pp. 446—457.
26. Janssen, A. L. Recognition, reflection, and role models: Critical elements in education about care in medicine / A. L. Janssen, R. D. MacLeod, S. T. Walker // Palliative and Supportive Care. 2008. - Vol. 6. - Pp. 389-395.
27. Larkin, G. L. Mapping, Modeling, and Mentoring: Charting a Course for Professionalism in Graduate Medical Education / G. L. Larkin // Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 2003. - Vol. 12. - Pp. 167-177.
28. Rhodes, R. Understanding, Being and Doing: Medical Ethics in Medical Education / R. Rhodes, D. Cohen // Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 2003. - Vol. 12. - Pp. 39-53.
29. Savitt, T. L. Medical Readers' Theater as a Teaching Tool / T.L. Savitt// Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 2010.- Vol. 19.-Pp. 465-470.
30. Williams, J. R. Medical Ethics Manual / ed. J. R. Williams. World Medical Association. - 2005. - 134 p.