ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Дисциплина: «Биоэтика научных исследований в здравоохранении»
Код дисциплины: BNIZ 3304
Шифр и наименование ОП: 6B10118 «Медико-профилактическое дело»
Объем учебных часов/кредитов: 90 часов, (3 кредита)
Курс и семестр изучения: 3 курс, 5 семестр
Лекция (количество часов): 6 часов

Шымкент, 2025 г.

Лекционный комплекс разработан в соответствии с рабочей учебной программой дисциплины (силлабусом) «Биоэтика научных исследований в здравоохранении» и обсужден на заседании кафедры

Протокол № 16 от «26» 06 2025 г.

Заведующий кафедрой
к.м.н., доцент _____ Сарсенбаева Г.Ж.

Лекция №1

1. Тема: Этика – биомедицинская этика понятие, определение, значение. Истоки и причины возникновения этики. Теоретические основания этики.

2. Цель: Ознакомить студентов с историей медицинской этики и ее теоретическими основами. Объяснить студентам основные принципы и правила медицинской этики.

3. Тезисы лекции. Медицинская этика (лат. *ethica*, от греч. *ethice* – изучение нравственности, морали), или **медицинская деонтология** (греч. *deon* – долг; термин «деонтология» широко использовался в отечественной литературе последних лет), – совокупность этических норм и принципов поведения медицинских работников при выполнении ими своих профессиональных обязанностей.

Профессиональная этика – система моральных принципов, норм и правил поведения специалиста с учетом особенностей его профессиональной деятельности и конкретной ситуации. Профессиональная этика неотъемлемая составная часть подготовки каждого специалиста.

История развития медицинской этики

Впервые термин «деонтология» был введен английским философом XIX в. И. Бентамом. В своей книге «Деонтология или наука о морали» он изложил основные положения учения о долге, применительно к разным профессиям.

В медицинском понимании деонтология — это учение о юридических, профессиональных и моральных обязанностях и правилах поведения медицинского работника по отношению к пациенту.

Помимо этого, деонтология устанавливает нормы взаимоотношений между медицинскими работниками и родственниками пациентов, а также между коллегами в медицинском коллективе.

В разные исторические эпохи у народов мира существовали различные представления о медицинской этике, связанные с укладом жизни, обусловленными национальными, религиозными, культурными и другими особенностями.

История медицинской этики, моральных обязательств медицинских работников по защите здоровья пациентов насчитывает тысячелетия и берет начало от древнеиндийской этики Самихита, японского медицинского кодекса Ри-Шу, от древнегреческих и древнеиндийских заповедей, в которых высказываются наставления медицинским работникам быть сострадательным, доброжелательным, справедливым, терпеливым, спокойным и никогда не терять самообладания.

Этический кодекс врачей Древнего Тибета, изложенный в трактате «Жуд-ши», переведенный на русский язык в конце прошлого века врачом П.Бадмаевым, выдвигал следующие положения — «Традиции врачебного сословия требуют соблюдения 6 условий: 1) быть способным к врачебной деятельности; 2) быть гуманным; 3) понимать свои обязанности; 4) быть приятным для больных и не отталкивать их своим обхождением; 5) быть старательным; 6) быть ознакомленным с науками».

По современным представлениям, медицинская этика включает в себя следующие аспекты:

Научный раздел медицинской науки, изучающий этические и нравственные аспекты деятельности медицинских работников.

Практическая область медицинской практики, задачами которой являются формирование и применение этических норм и правил в профессиональной медицинской деятельности.

Принципы медицинской этики

- Томпсон Фаллер, профессор кафедры медицинской этики Университета Порсора, штат Орегон, США — один из ведущих специалистов в области медицинской этики выделяет 4 основных принципа специфической, профессиональной медицинской этики.
- Четыре универсальных этических принципа включают в себя: милосердие, автономию, справедливость и полноту медицинской помощи.
- Моральная ответственность медицинского работника подразумевает соблюдение им всех принципов медицинской этики.

Медицинская этика изучает и определяет решение различных проблем межличностных взаимоотношений по трём основным направлениям:

- медицинский работник – пациент
- медицинский работник – родственники пациента
- медицинский работник – медицинский работник

Главные ценности этики здравоохранения включают в себя превознесение ценности здоровья у населения, безопасности и благосостояния; законности и равенства в предоставлении услуг; уважение прав человека, отдельных людей и их групп.

4. Иллюстративный материал: презентация (прилагается слайдов)

5. Литература: см. Приложение 1.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Что входит в понятие этика здравоохранения?
2. Каковы принципы этики здравоохранения?
3. Какие документы регламентируют деятельность специалистов здравоохранения?

Лекция №2

1. Тема: Профессиональная этика – понятие, определение, значение. Исследовательская этика.

2. Цель: ознакомить студентов с понятием профессиональной и исследовательской этики.

3. Тезисы лекции.

Некоторые ученые имеют об этике здравоохранения три перекрывающие друг друга представления:

a) профессиональная этика (ценности, которые помогают профессионалам области здравоохранения действовать эффективно);
b) прикладная этика (ценности, которые помогают осветить тяжелые проблемы стратегического планирования и исполнения в здравоохранении);
c) этика пропаганды (избыточная ценность здоровья населения и социальной справедливости).

Профессиональная этика имеет отношение к этическим измерениям профессионализма и морального доверия, которое общество дарует специалистам здравоохранения для принятия решений в пользу общего благополучия.

Эта форма рассуждения об этике делает акцент на особой истории и традициях этой профессии, которые преследуют цель создания культуры профессионализма среди студентов образовательных учреждений здравоохранения и практических специалистов. Она прививает специалистам ощущение общественного долга и доверия.

Профессиональная этика имеет ролевую ориентацию, помогая специалистам действовать эффективно при выполнении своих функций.

На самом деле, не существует унифицированной специальности здравоохранения, но, скорее, существует набор различных дисциплин - например, эпидемиологи, медицинские сестры, специалисты санитарно-эпидемиологической службы и преподаватели области здравоохранения.

По-прежнему важным является поиск определенных ценностей, которые соответствуют всем этим сферам деятельности, основанным на здоровье населения.

Прикладная этика здравоохранения имеет отношение не столько к характеру специалистов, сколько к этическим измерениям самой организации здравоохранения.

В данном случае ученые изучают философскую сторону и аналитическое обоснование, необходимые для внимательного рассуждения и принятия решений при разработке и исполнении программ здравоохранения.

Прикладная этика ориентирована на ситуацию и факты, стараясь найти понимание соответствующих морали решений в конкретных случаях. Ученые могут с пользой применять основную этическую теорию и независимое аналитическое обоснование для социальных дискуссий, распространенных в здравоохранении.

Специалисты здравоохранения борются за убеждение населения и его представительной политической части в том, что здоровое население - это то, в котором нет неравенства и социальная справедливость является предпочтительным социальным ответом.

Этот довод поддерживается большим количеством литературы, которая демонстрирует взаимосвязь между социально-экономическим положением и здоровьем населения.

Здравоохранение может, таким образом, освещать область здравоохранения различными способами.

Этика может предложить руководство по значению профессионализма в области здравоохранения и этической деятельности, моральному весу и ценности уровня здоровья в обществе и благосостояния, возвращению к темам в области и противоречиям, которые имеют место в ежедневной практике здравоохранения, и роли пропаганды в достижении цели более защищенного и здорового населения.

Существует необходимость в более поддержанном и сложном обсуждении этики среди студентов, практиков и научных работников здравоохранения.

Например, этические инструкции в учебных заведениях здравоохранения недостаточны и направлены в основном на биомедицинскую этику. Итак, очень малое количество работодателей в государственном и частном секторах предлагают повышение квалификации, которое включает этические материалы.

Правительству и научным институтам следует понимать значение включения этики в аккредитацию учебных заведений, сертифицирование специалистов и проведение исследований в здравоохранении.

Документы по медицинской этике

- Клятва Гиппократа;
- Женевская декларация (международная клятва врачей) (1948г., доп. 1983г.);
- Лиссабонской декларации о правах пациента (ВМА, 1981, 1995г.);
- Европейский кодекс медицинской этики (1987г.);
- Присяга врача Республики Казахстан (Прав. РК, 2003г.);
- Этический кодекс врача Республики Казахстан (Прав. РК, 2003г.).

4. Иллюстративный материал: презентация (прилагается слайдов)

5. Литература: см. Приложение 1.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Каковы основные виды и функции власти?
2. Каковы этические взаимоотношения в медицинском коллективе?
3. Каковы этические особенности применения власти в медицинском коллективе?

Лекция №3

1. Тема: Медико-этические особенности профессионального общения врачей с пациентами на различных этапах оказания медицинской помощи.

2. Цель: Ознакомить студентов взаимоотношений между пациентом, его родственниками и врачом.

3. Тезис лекции:

Общение врача и пациента осуществляется в большинстве случаев на межгрупповом уровне общения, в рамках реализации общественных отношений, т.е. в тех ситуациях, когда незнакомые друг другу люди общаются как представители определенных групп. В таких ситуациях люди, как правило, выполняют определенные социальные роли.

Социальная роль человека определяется его социальным статусом. **Социальный статус** – это позиция человека в социальной системе, связанная с принадлежностью к определенной социальной группе. Статус как положение личности в обществе наделяет человека соответствующими *правами и обязанностями*, которые выступают в качестве регуляторов общественных отношений.

Социальная роль – это стереотипное поведение, обусловленное социальным статусом человека, определяющим функции данного индивида в данном обществе, и связанными с этим статусом ожиданиями других людей по отношению к человеку, занимающему данное положение в обществе.

Длительное выполнение человеком одной и той же профессиональной роли, сопровождающееся высокой степенью интернализации (присвоения) данной роли, может привести к такому явлению, как *«профессиональная деформация»* личности.

Перечисленные закономерности распространяются и на **социальный статус и роль врача**. В связи с гуманистической направленностью медицины как сферы профессиональной деятельности, социальный статус врача наделяет его определенными **этическими обязанностями** по отношению к пациенту. В настоящее время в медицине сосуществуют следующие этические модели:

1. *Модель Гиппократа (принцип «не навреди»)*. Гиппократом были определены общие правила взаимодействия врача с пациентом: «Речь шла об обязательствах перед учителями, коллегами и учениками, о гарантиях непричинения вреда («Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от всякого вреда и несправедливости»), оказания помощи, проявления уважения, об отрицательном отношении к убийству и эвтаназии («Я не дам никакому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла»), абортам («Я не вручу никакой женщине абортивного пессария»), об отказе от интимных связей с пациентами («В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, неправедного и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами», «У врача с больными немало отношений: ведь они отдают 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 воздержанным»), о врачебной тайне («Что бы при лечении — а также и без лечения я ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной»)».
2. *Модель Парацельса (принцип «делай добро»)*. В рамках данной модели нравственные отношения с пациентом понимаются как составляющая стратегии терапевтического поведения врача. Модель Парацельса предполагает учет индивидуальных особенностей личности, признание глубины ее душевных контактов с врачом и включенности этих контактов в лечебный процесс. «Важность доверительных отношений между врачом и пациентом неоднократно подчеркивалась выдающимися врачами прошлого, еще в VIII в. Абу-ль-Фарадж писал: «Нас трое – ты, болезнь и я; если ты будешь с болезнью, вас будет двое, я останусь один – вы меня одолеете; если ты будешь со мной, нас будет двое, болезнь останется одна – мы ее одолеем».
3. *Деонтологическая модель (принцип «соблюдения долга»)*. Деонтология – наука о долге, моральной обязанности нравственного совершенства и безупречности. «Основой деонтологии является отношение к больному таким образом, каким бы в аналогичной ситуации хотелось, чтобы относились к тебе. … Деонтологическая модель врачебной этики – это совокупность «должных» правил …, соответствующих той или иной конкретной области медицинской практики. Деонтология включает в себя вопросы соблюдения врачебной тайны, меры ответственности за жизнь и здоровье больных, проблемы взаимоотношений в медицинском сообществе, взаимоотношений с больными и их родственниками. Так, примером этой модели являются правила относительно интимных связей между врачом и пациентом, разработанные Комитетом по этическим и правовым вопросам при Американской медицинской ассоциации:

- интимные контакты между врачом и пациентом, возникающие в период лечения, аморальны;
- интимная связь с бывшим пациентом может в определенных ситуациях признаваться неэтичной;
- вопрос об интимных отношениях между врачом и пациентом следует включить в программу обучения всех медицинских работников;

4. врачи должны непременно докладывать о нарушении врачебной этики своими коллегами».
5. *Биоэтика (принцип «уважения прав и достоинства личности»).* Согласно концепциям биоэтики, «пациент оставляет за собой право принимать решения, связанные с его здоровьем и медицинским лечением. … врач и пациент совместно разрабатывают стратегию и методы лечения. Врач применяет свой медицинский опыт и дает разъяснения относительно прогнозов лечения, включая альтернативу нелечения; пациент, зная свои цели и ценности, определяет вариант, который больше всего соответствует его интересам и планам на будущее. …

В настоящее время на первый план выходит принцип благополучия пациента, который реализуется доктриной информированного согласия … Врач обязан снабдить больного не только всей интересующей его информацией, но и той, о которой, в силу своей некомпетентности, пациент может не подозревать. При этом решения пациента носят добровольный характер и соответствуют его собственным ценностям. Из этого и вытекает нравственный стержень взаимоотношений «врач-пациент» в биоэтике – принцип уважения личности».

Таким образом, этические модели профессиональной деятельности врача должны являться регуляторами общения врача и пациента. При этом этика врачебной деятельности не только теоретически обусловлена гуманистическими принципами, но и практически **влияет на эффективность лечения**: «Межличностное взаимодействие врача с пациентом направлено на решение главной задачи врачебной деятельности – выздоровление больного. Успешное решение этой задачи оказывается возможно при условии правильной организации отношений врача с больным.

Подобного рода нарушения врачебной этики могут приводить в результате общения врача и пациента к так называемым **ятропатогениям** или **ятрогениям** – психогенным заболеваниям пациентов, обусловленным неосторожными высказываниями или поведением медицинских работников в результате неправильно проводимого медицинского просвещения, профилактических обследований и выявления симптомов различных заболеваний.

К сожалению, ятрогении распространены достаточно широко и *не являются редкими случаями* в медицинской практике.

На пути реализации эффективного общения врача и пациента, связанного соответственно с эффективностью достижения цели такого общения – выздоровления пациента, – часто возникают различные **препятствия**. Наиболее распространенными при этом являются препятствия *лингвистического характера*, связанные со специфическим языком, используемым в профессиональной деятельности врача. Непонимание пациентами профессиональной лексики врача приводит к нарушениям коммуникативной стороны общения между врачом и пациентом, т.е. пациент не понимает либо искаженно понимает информацию, передаваемую врачом. Недостаточно ясные для больного высказывания врачей могут так же приводить к ятрогениям. Так, например, «больной впал в тяжелое депрессивное состояние после того, как врач сказал ему, что необходимо сделать томографическое исследование. На вопрос, что это такое, врач ответил: «Это такой рентгенологический разрез легких». Дома больной сказал, что ему будут резать легкие рентгеном».

Основные особенности общения врача и пациента определяются **взаимоотношениями врача и пациента**, которые могут быть различными. О.М.Лесняк выделяет 5 основных моделей построения взаимоотношений врача и пациента:

Модель	Роль врача	Описание модели
Активно-пассивная	Выполняет свою работу без участия пациента.	Основана на представлении, что врач лучше знает, что надо больному. Больной не может участвовать в принятии решений.
Покровительс твенная	Объясняет пациенту, что необходимо сделать,	Больному сообщается лишь та информация, которая, по мнению врача, необходима

	чтобы помочь ему. Выполняет роль наставника.	
Информативная	Роль компетентного технического эксперта.	Врач доносит до больного всю информацию, а больной сам выбирает.
Интерпретивная	Консультирует больного и помогает ему принять решение. Выполняет роль советника.	Предполагается, что больной нуждается лишь в уточнении с помощью врача того, что с ним происходит. Решение будет принимать он сам.
Совещательная (договорная)	Вовлекает пациента в обсуждение, в течение которого помогает ему осознать приоритеты, касающиеся здоровья.	Исходит из представления, что врач может активно влиять на формирование мнения больного и помогать ему принять правильное решение.

Таким образом, особенности общения врача и пациента являются значимым фактором эффективности лечения. Недостатки общения врача и пациента могут свести на нет результативность медикаментозного лечения и даже ухудшить состояние больного, и, напротив, эффективное общение врача и пациента существенно повышает вероятность выздоровления. Следовательно, социальные способности следует наряду со знаниями и умениями отнести к профессионально значимым качествам врача.

4. Иллюстрированный материал: презентация (прилагается слайдов)

5. Литература: см. Приложение 1.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Какие этические модели существуют в медицине?
2. Назовите особенности общения врача и пациента?
3. Как этика врачебной деятельности **влияет на эффективность лечения?**

Лекция №4

1. Тема: Правила конфиденциальности в условиях цифровизации современной медицины.

2. Цель: Ознакомить студентов с истоками цифровизации современной медицины.

3. Тезис лекции:

В Казахстане в рамках внедрения безбумажного ведения медицинской документации в настоящее время 64 формы из 121 переведены в электронный формат. В 674 из 727 самостоятельных медицинских организаций медицинская документация ведется в электронном формате.

В рамках реализации поручения Президента Казахстана с 1 января 2019 года все поликлиники и больницы полностью перешли на безбумажное ведение медицинской документации. На сегодняшний день медицинскими информационными системами оснащены 99% организаций здравоохранения, компьютерами оснащены 90,8% рабочих мест медицинских работников, обеспечен доступ к Интернету выше районного уровня 100%.

Медицинские информационные системы обеспечивают цифровизацию бизнес-процессов организаций здравоохранения и сбор необходимой информации для формирования электронного паспорта здоровья. На данный момент созданы 546 постов цифровой грамотности, на которых проводится обучение населения цифровым навыкам.

Продолжается работа по разворачиванию интеграционной Платформы здравоохранения, на базе которой будет сформирован электронный паспорт здоровья. Вышеуказанные меры дадут возможность медицинским организациям быть готовыми к внедрению обязательного социального медицинского страхования. Также это позволит обеспечить повышение активности населения в управлении собственным здоровьем, рост доверия к службам здравоохранения, оптимизировать государственные затраты на оказание медицинской помощи.

4. Иллюстрированный материал: презентация (прилагается слайдов)

5. Литература: см. Приложение 1.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Цифровизация в медицине: в чем реальная польза для пациентов?
2. Какие достижения цифровой революций в здравоохранении?

Лекция №5

1. Тема: Религиозные течения и медицинская биоэтика: формы взаимодействия, положительные и отрицательные стороны.

2. Цель: Ознакомить студентов с особенностями взаимодействия различных религиозных течений и медицинской биоэтики.

3. Тезис лекции:

Основные проблемы биоэтики - это проблемы "на грани жизни и смерти". Поэтому с самого зарождения этой науки мировоззренческий аспект в решении биоэтических дилемм оказался исключительно важным. Поскольку мировоззрение прежде всего может быть философским или религиозным, биоэтические проблемы можно рассматривать с философско-светских или с религиозных позиций: "Существует множество версий биоэтики, принципиально отличающихся друг от друга по самым существенным моментам"; "Биоэтика - это труднообозримое многообразие... особенных биоэтик (христианской, буддистской, мусульманской, кантианской,., утилитаристской и т.д.) ...". Например, при оценке гетерологического искусственного оплодотворения (с использованием донорских гамет) позиция Католической церкви категорически отрицательная, а большинство протестантских церквей не исключают полностью применения этой технологии.

Все мировые религии акцентируют свое внимание на бережном отношении человека к своему здоровью. Например, в иудаизме и индуизме одними из главных постулатов всегда считались правила чистоты и гигиены, ибо с точки зрения морали эти религии прославляют благотворительность как большое достоинство и заслугу. В древней литературе говорится о том, что первые больницы появились на так называемых убежищах для больных, инвалидов и немощных.

В исламе очень характерно и обстоятельно указываются предписания здорового образа жизни. В сборнике «альМуснад» имама Ахмада приводится хадис от Усамы ибн Шариика, что Пророк сказал: «Какую бы болезнь ни послал Аллах, Он обязательно посылает и исцеление от неё, – кто-то знает о нём, а кто-то не знает». Научно доказано, что пост очень полезен для оздоровления человеческого организма. Ислам очень важное значение придает сохранению жизни и здоровью человека. Ислам гарантирует сохранность пяти вещей: 1) религии 2) тела и души 3) чести 4) имущества 5) разума. Из указанных, три пункта непосредственно связаны со здоровьем тела (тело, честь, разум). Это говорит о том, что исламская медицина направлена на сохранение здоровья тела от угрозы заболеваний. Она внесла большой вклад в развитие мировой медицинской науки. Многие из древних знаний используются в настоящее время, некоторые из них представляют исторический интерес. Мусульмане использовали имевшееся на тот период медицинское наследие, развили теории лечения различных заболеваний, привнесли новое, дали новый сильный импульс дальнейшему развитию медицинской науки. Безусловно, не только ислам, но и иные религиозные вероучения оказывают воздействие на характер медицины в современном мире.

Обратимся к христианству, значение которого в современном мире трудно переоценить. Святейший Патриарх Московский и всея Руси Кирилл отметил: «Врачебное служение - это прежде всего служение милосердия. Оказывая своевременную и качественную медицинскую помощь, неравнодушно относясь к пациентам, трудясь с полной отдачей, врач тем самым не просто исполняет свои профессиональные обязанности - он исполняет христианский долг, следуя Божией заповеди о любви к ближним. Люди, страдающие от телесных недугов, помимо облегчения физической боли, нередко нуждаются в духовной поддержке и утешении. Именно поэтому Церковь и работники сферы здравоохранения призваны к взаимодействию, к числу важнейших направлений которого относится пастырское окормление людей, находящихся в лечебных учреждениях. Общение с духовенством, посещение богослужений, участие в Таинствах дают больным силы бороться с немощами».

Возникают вполне закономерные вопросы: Как задействовать нравственный потенциал традиционных религии, способных смягчить многие болезненные процессы нашего общества? На сколько продуктивно влияние религии на развитие современной медицины? Не препятствуют ли религиозные постулаты постоянно расширяющейся медицинской науке? Как нам кажется, все эти актуальные вопросы ждут своего исследователя и в будущем остро встанут перед современным обществом. Указанные вызовы так же проходят через призму взаимоотношения религии и науки. Так как медицина является системой научных знаний, её отношение с нравственными и этическими постулатами религии приобретает большое значение.Особенно в условиях бурного роста биомедицины,различным мировым религиям приходится конкретизировать свои позиции по целому ряду биомедицинских вопросов. Как и до каких пределов следует проводить жизнеподдерживающее лечение? При каких условиях его можно приостанавливать? Насколько этично проводить (и если да, то в какой мере) эксперименты на человеческих эмбрионах? Могут ли органы умершего человека использоваться для спасения жизни другого человека? Допустима ли эвтаназия, и каковы ее правовые основы? Все эти и многие другие актуальные вопросы, рассматриваемые биоэтикой, вызывают острейшие дискуссии и споры, в ходе которых затрагиваются и нравственные вопросы. Обоснование тех или иных подходов к решению подобных вопросов вызывает большой резонанс религиозно-нравственных размышлений современного социума, призванных ориентировать человека в нашем бурно меняющемся мире.

И, вообще, неслучайны совместные усилия религиоведов, философов, биологов и медиков в решении проблем биоэтики. В каких-то вопросах возникают и противоречия, где религия и медицина жестко противопоставляются. Американский учёный Сэм Харрис отмечает: «Люди, которые по религиозным мотивам препятствуют исследованиям стволовых клеток в медицине, подобны сторонникам теории плоской земли – как с научной, так и с этической точки зрения. И нам следует принимать это во внимание, когда мы обсуждаем подобные проблемы. В этой сфере публичной политики наши уступки религии только во множество раз увеличивают страдания людей на протяжении грядущих десятилетий».

Развитие новых медицинских технологий в контексте нравственных истин мировых религий очень актуально и в свете медицинского образования. По нашему мнению, студентам медицинских вузов будут интересны вопросы врачебной клятвы, возможности религиозно-этического осмысления болезни и труда врача, медико-биохимическое обоснование религиозных постов и анализ лечебного голодания, медицинские проявления влияния на организм человека экстрасенсорных методов лечения, проблемы духовной, медицинской и психической безопасности населения. Не менее интересными для обучающихся будут представленные в светской и религиозной мысли подходы к проблемам абортов, генной инженерии, искусственного зачатия, “суррогатного материнства”, трансплантологии. Системообразующую роль в данном вопросе играет философия. Как отмечают наши коллеги, рассматривая патологическую физиологию как философию медицины, обращается внимание студентов на то, что в основе развития всех болезней и патологических процессов лежат основные законы философии: закон единства и борьбы противоположностей, закон перехода

количественных изменений в качественные, закон отрицания. Например, воспалительный процесс, как явление полома, в виде альтерации, интоксикации, с одной стороны, и защитно-приспособительного механизма, в виде фагоцитоза, образования иммунных тел, размножения клеток, с другой стороны, является следствием проявления закона единства и борьбы противоположностей. Центральное место в процессе преподавания патологической физиологии занимают вопросы деонтологии, ибо отмечающаяся в последние годы дегуманизация медицины привела к ослаблению авторитета врача перед больным и поиску таких методов лечения, как экстрасенсы, народные целители.

4. Иллюстрированный материал: презентация (прилагается слайдов)

5. Литература: см. Приложение 1.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. В чем заключается мировоззренческий аспект в решении биоэтических дилемм?
2. На сколько продуктивное влияние религии на развитие современной медицины?
3. Не препятствуют ли религиозные постулаты постоянно расширяющейся медицинской науке?

Лекция №6

1. Тема: Добровольное информированное согласие в исследовательской биоэтике. Понятия компетентного и некомпетентного больного.

2. Цель: Ознакомить студентов с понятием добровольного информированного согласия и его применением в медицинской биоэтике. Объяснить понятия компетентного и некомпетентного больного.

3. Тезис лекции:

Правило информированного согласия является производным из принципа уважения автономии пациента, о чем говорилось выше. Информированное согласие считается одним из важнейших требований современной биомедицинской этики, ему посвящена масса литературы и дискуссий.

Информированное согласие – необходимое предварительное условие для проведения медицинского вмешательства. Вкратце его содержание состоит в том, что перед проведением медицинского вмешательства врач должен сообщить пациенту все необходимые сведения, которые позволили бы пациенту самостоятельно и рационально принять соответствующее решение (выразить согласие или отказ); последующее вмешательство проводится только с согласия пациента.

Главная цель информированного согласия – обеспечить пациента всей необходимой информацией для его самоопределения (автономного решения) по поводу того или иного медицинского воздействия. Правило информированного согласия служит также механизмом защиты пациента от нарушений его прав, злоупотребления его ситуацией, действий медицинских работников против его интересов.

Важнейшими требованиями для полноценного соблюдения данного правила являются *свободное*, без принуждений, принятие пациентом решения после получения необходимой информации, а также достаточная степень *понимания* этой информации (для чего пациент имеет право на получение сведений в доступной для него форме, ответов на все возникающие у него вопросы и т.п.).

При получении информированного согласия врач обязан сообщить пациенту довольно широкий объем сведений, куда входят информация о целях данного вмешательства, ожидаемой пользе, условиях, необходимых для выполнения вмешательства, возможных рисках, связанных с данной процедурой, и о других негативных эффектах (боль, дискомфорт, отдаленные последствия и т.п.), альтернативах данному вмешательству и др.

Для информированного согласия пациента или его законного представителя должны присутствовать следующие условия:

1. Пациент, или соответствующий заместитель, должен быть компетентным. Способным принимать решение - то есть, иметь способность предвидеть последствия согласия.
2. Быть свободным от принуждения, которое существенно уменьшило бы его свободу;
3. Профессионал здравоохранения обязан предоставить необходимую информацию и удостовериться в том, что она была понята.

Под компетентностью обычно понимают способность выполнять определенную задачу. В контексте биомедицинской этики, под компетентностью подразумевается способность к принятию решения, основанному на понимании последствий этого решения для себя или других.

Оценка компетентности является оценкой способности личности к пониманию, общению и логическому рассуждению. Больным не следует выносить приговор об отсутствии способности принимать решение в связи с тем, что их решения необоснованны. Люди имеют право принимать решения, которые другие считают неразумными, поскольку их выбор совместим с личными ценностями.

Способность понимать последствия должна оцениваться скорее здравым смыслом, чем техническим или профессиональным стандартом. Согласно стандарту здравого смысла, пациент должен быть способным понимать такие вещи, как факт, что он умрёт или станет больным ещё больше без лечения, или что лечение будет причинять боль и предвещает лишённую активности жизнь в продолжение многих недель.

Компетентный пациент не должен оцениваться по его образовательному уровню, не обязан компетентный пациент понимать все о своем состоянии или предлагаемых видах лечения. Часто, даже в высшей степени подготовленный специалист не понимает всего в болезни или лечении. В самом деле, врач может не понимать полностью, каким образом действует обычное лекарство, как, например, аспирин. Так или иначе, в этическом отношении всегда важно, каким точно образом следует лечить, помня какие последствия всегда являются решающими. Мы говорим о реально существующем здравом смысле, а не о современном медицинском или научном понимании.

Пациент должен понимать последствия своего решения, чтобы принять или отвергнуть определенное лечение. В частности, пациент должен понимать, что он санкционирует лечение. Воздействие лечения на здоровье пациента, его жизнь, религиозные убеждения, ценности, семью и общество все суть, имеющие отношение к этическому решению согласиться на лечение или его отвергнуть.

Тот факт, что пациент принимает решение вопреки решению, рекомендованному профессионалом здравоохранения, или даже общепринятым нормам общества, не доказывает, что он является некомпетентным вследствие отсутствия понимания. Пациент может предпочесть испытывать боль от болезни, а не отказаться от лечения. Пациент может предпочесть умереть, а не подвергать семью мучительной длительной боли, которая оставит их без гроша, а также эмоционально истощенными.

Это важный момент, так как врачи, и другие поставщики медицинских услуг, подобно всем разумным существам, не должны поддаваться искушению, навязывать свои лености другим. Более того, врач может упустить, что медицинские ценности, и даже ценность здоровья и жизни, не являются единственными имеющими силу ценностями в принятии этического решения.

Нет общепризнанной классификации пациентов, которые не способности понимать последствия своих решений. Каждый случай следует оценивать индивидуально. Многие дети будут обнаруживать наличие компетентности с этической точки зрения, даже если они не могут быть в правовом отношении компетентными. Пациенты моложе возраста 18-ти лет в большинстве случаев не являются в правовом отношении компетентными, но они могут вполне быть компетентными в этическом отношении. Люди, которых признали в правовом отношении некомпетентными управлять своими финансовыми делами или которых принудительно госпитализировали в психиатрическую клинику, могли бы ещё быть в этическом отношении компетентными и принимать решение о

согласии на лечение, могут еще понимать последствия своих медицинских решений. Многие люди, признанные "умственно отсталыми", вполне способны понять, что они будут испытывать боль, если они согласятся на лечение или откажутся от него.

Врачи и другие профессионалы здравоохранения не могут этически лечить таких лиц против их воли, пока суд не назначил опекуна специально для принятия решений о лечении. В этих случаях, разрешение родителя может опротестовать врач, но когда ребенка оценивают как компетентного, врач имеет ещё вдобавок этическую проблему и нуждается в его информированном согласии.

Люди в бессознательном состоянии являются временно некомпетентными. Люди под влиянием алкоголя или лекарственных средств (наркотиков) могут, в большей или меньшей степени, быть временно некомпетентными. Некоторые пациенты в такой степени постоянно потеряли контакт с реальностью, что они могут быть неспособными к пониманию любых ординарных последствий своих поступков. В общем, тем не менее, допущение состоит в том, что совершеннолетнее лицо является компетентным, если нет ясного свидетельства его некомпетентности.

Компетентность и свобода.

Для компетентности требуется не только способность к пониманию последствий своих решений, но и свобода от принуждения и таких чрезмерных влияний, которые существенно ограничивали бы свободу пациента. Вопрос здесь не только о принуждении, чрезмерной манипуляции или обычном убеждения (религиозном, например), а также о естественных реакциях на болезнь и нормальных условиях здравоохранения. Сильный жар и некоторые лекарственные средства могут временно ослабить способность любого к пониманию чего-либо. Принуждение можно обнаружить в использовании силы или лекарственных средств, которые эквивалентны силе. Они будут лишать законной силы любое согласие.

Более часто, однако, проблемой является чрезмерные влияния, а не насилие. Врачи, которые угрожают пациентам отказом от лечения в будущем, виновны не только в шантаже, но и в лишении законной силы полученного согласия.

Давление семьи может создавать чрезмерное влияние и существенно уменьшать свободу. Больной человек часто зависит от своей семьи. Особенно велико это давление на детей, которые полностью зависят от своих родителей.

Не только воздействия извне, но и обычные и естественные факторы могут сильно ограничивать нашу свободу. Все сильные переживания, которые сопровождают серьёзную болезнь или пребывание в больнице, также оказывают влияние. Преувеличенные страхи робкого человека и магические надежды отчаявшегося искажают понимание и воздействуют на компетентность.

Очевидно, что никто не является всегда полностью свободным. Вопрос, на который профессионал здравоохранения должен ответить, снижают ли какие-либо из этих влияний, внешних или естественных, свободу личности так, что имеет место недостаточная способность к обоснованному согласию.

Конечно, нет простого ответа на этот вопрос. Свидетельство компетентности или некомпетентности, должно достигаться в ходе вдумчивых бесед между врачом и пациентом, когда врач осознает и собственные пристрастия, и пристрастия пациента. Одним словом, врач обязан уделять время, чтобы узнать пациента и выяснить состояние умственных способностей и понимания пациента. В отсутствие существенных свидетельств некомпетентности, выбор пациента заслуживает уважения.

4. Иллюстрированный материал: презентация (прилагается слайдов)

5. Литература: см. Приложение 1.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Что такое информированное согласие?
2. Какова цель информированного согласия?
3. Какие условия присутствуют для информированного согласия пациента?
4. Какие понятия существуют компетентного и некомпетентного больного?

Приложение № 1

Основная литература:

Советова З. С. Ғылыми зерттеу негіздері және академиялық жазылым : оқу құралы / З. С. Советова. - Алматы : Aktaulova's, 2022. - 252 б. - Текст : непосредственный.

Методология научных исследований в клинической медицине : учебное пособие / Н. В. Долгушина [и др.]. - М. : ГЭОТАР Медицина, 2016. - 112 с.

Дәріс кешені. Зерттеу негіздері. Биоэтика : силлабус / силлабусына сәйкес әзірленген және кафедра мәжілісінде талқыланды. - Шымкент, 2024. - 10 б.

Әлмагамбетов К. Х., Мухаметжанов К.М., Махамбетов К.О.,Досмагамбетов М.У. Биотехнология Оқу құралы ЭСПИ, 2021

Асимова, Т. А. Биоэтика: учебник / Т. А. Асимова, А. С. Сагадиев. - Алматы : АҚНҰР, 2017. - 240 с.

Койчубеков, Б. К.] : учеб. пособие / Б. К. Койчубеков. - Алматы : Эверо, 2016.

Койчубеков, Б. К. Биостатистикаға кіріспе курсы: оқу құралы / Б. К. Койчубеков, Д. Т. Абдыкешова, Д. Т. Алибиева. - ; ҚММУ Ғыл. кеңесінде бас. шығаруға ұсынылған. - Алматы : Эверо, 2014. - 102 бет.

Койчубеков, Б. К. Биостатистика: учеб. пособие / Б. К. Койчубеков. - ; Утв. на Ученом совете КГМУ. - Алматы : Эверо, 2014.

Биоэтика: учебное пособие / В. В. Сергеев [и др.]. - ; Рек. Учебно-методическим объединением по мед. и фарм. образованию вузов. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2013. – 240

Дополнительная литература:

Medical law : textbook / Zh. U. Tlembaeva [et. al.]; ed. J. U. Tlembaena. - Astana : Medet Group , 2024. - 196 p.

Медицинское право : учебник / Ж. У. Тлембаева [и др.] ; ред. Ж. У. Тлембаева. - Астана : Medet Group , 2023. - 218 с.

Медициналық құқық : оқулық / Ж. У. Тлембаева [және т.б.]. - Астана, 2023. - 214 б.

Рыманов, Д. М. Денсаулық сақтауды басқару этикасы: оқу-әдістемелік кешен = Этика управления в здравоохранении : учебно-методическиий комплекс / Д. М. Рыманов, С. А. Купанова. - Алматы : Эверо, 2015. - 164 бет.

Бөлешов М. Ә. Қоғамдық денсаулық және денсаулықты сақтау : оқулық / М. Ә. Бөлешов. - Алматы : Эверо, 2015. - 244 бет с.

Мысалдар мен тапсырмалардағы биостатистика [Мәтін] : оқу-әдістемелік құрал / Койчубеков Б. К. [ж. б.] ; ҚР денсаулық сақтау м-лігі; ҚарММУ. - ; ҚММУ-ның оқу кеңесінде бекітілген. - Алматы : Эверо, 2013. - 108 бет. С

Электоронные издания:

Биоэтика: Оқулық (2-ші басылым). Т.А. Асимова, А.С. Сагадиев / Қарағанды: «АҚНҰР» баспасы», 2021. - 224 бет. https://aknurpress.kz/reader/web/1196

Психология и педагогика для студентов медицинских вузов: учебник /

Под ред. профессора Н.В. Кудрявой. – Алматы: Эверо, 2020. ч. I.– 196 с. https://www.elib.kz/ru/search/read_book/2760/

Психология и педагогика для студентов медицинских вузов: учебник /

Под ред. профессора Н.В. Кудрявой. – Алматы: Эверо, 2020. ч. II. https://www.elib.kz/ru/search/read_book/2761

Коммуникативные навыки. - Учебное пособие. Молотов-Лучанский В.Б., Мациевская Л.Л., Цаюкова Н.А. Алматы: Эверо. 2020-138 с. / https://www.elib.kz/ru/search/read_book/615/

Биомедицинская этика. Учебное пособие. – 2-е изд., перераб. и доп. Куклина Н.М. – Алматы: «Эверо», 2020 г. https://www.elib.kz/ru/search/read_book/250/

Коммуникативтік дағдырлар. Комммуникативные навыки.

Communication skills. / под общей редакцией Мациевской Л.Л. / - Алматы, ТОО “Эверо”,118/ https://www.elib.kz/ru/search/read_book/601/

Нравственно-просветительская деятельность врача-педагога: история и современность:учебное пособие / Под ред. проф. Н.В. Кудрявой. – Алматы: Эверо, 2020. – 380/ https://www.elib.kz/ru/search/read_book/2762/

Биоэтика : учебное пособие для семинарских занятий / Н. К. Елина. — Самара : РЕАВИЗ, 2014. — 124 с./ https://www.iprbookshop.ru/64876