
**MEDICINOS
ETIKOS
VADOVAS**



© Visas šio leidinio teises saugo įstatymai. Lietuvos gydytojų sąjunga gavo išankstinį raštišką leidėjų sutikimą publikuoti šios knygos vertimą į lietuvių kalbą.

Šis vadovas yra Pasaulio medicinos asociacijos (PMA) Etikos skyriaus leidinys. Jį parašė Johnas R. Williamsas, PMA Etikos skyriaus direktorius. Šiame vadove pateikta medžiaga nebūtinai atspindi PMA veiklos politiką, išskyrus tuos atvejus, kai tai yra aiškiai ir tiksliai nurodyta.

Copyright 2005 World Medical Association, Inc. All Rights Reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted, in any form or by any means, electronic, photocopying, recorded or otherwise, without the prior written permission of the World Medical Association, Inc. This version is a translation from English. The World Medical Association, Inc. is not responsible for any errors in translation.

TURINYS

Padėkos	9
Pratarmė	10
LGS profesinės etikos kodeksas	12
Įvadas	18
• Kas yra medicinos etika?	18
• Kodėl reikia studijuoti medicinos etiką?	21
• Medicinos etika, medicininis profesionalizmas, žmogaus teisės ir teisė.....	22
• Išvados.....	25
Pirmas skyrius — PAGRINDINIAI MEDICINOS ETIKOS BRUOŽAI	26
• Tikslai	26
• Kuo ypatinga medicina?.....	26
• Kuo ypatinga medicinos etika?	27
• Pasaulio medicinos asociacijos Ženevos deklaracija	29
• Kaip sprendžiama, kas yra etiška?	30
• Ar medicinos etika keičiasi?	32
• Ar medicinos etikos samprata skiriasi įvairiose šalyse?	34
• PMA vaidmuo.....	35
• Kaip PMA sprendžia, kas yra etiška?.....	36

- Kaip individai sprendžia, kas yra etiška? 37
- Išvados..... 43

Antras skyrius — GYDYTOJAI IR PACIENTAI44

- Tikslai 44
- Atvejo Nr. 1 analizė 44
- Gydytojo ir paciento santykių ypatumai..... 45
- Pagarbus elgesys ir lygiateisiškumas 46
- Bendravimas ir informuoto asmens sutikimas..... 51
- Sprendimų priėmimas už nepajėgius
spręsti pacientus 56
- Konfidencialumas..... 60
- Gyvenimo pradžios klausimai 66
- Gyvenimo pabaigos klausimai 67
- Grįžtant prie atvejo analizės..... 71

Trečias skyrius — GYDYTOJAI IR VISUOMENĖ.....72

- Tikslai 72
- Atvejo Nr. 2 analizė 72
- Gydytojo ir visuomenės santykių ypatumai 73
- Dvigubi įsipareigojimai 75
- Išteklių paskirstymas 77
- Visuomenės sveikata 83
- Visuotinė sveikata 85
- Grįžtant prie atvejo analizės..... 88

Ketvirtas skyrius — GYDYTOJAI IR KOLEGOS.....89

- Tikslai 89
- Atvejo Nr. 3 analizė 89
- Iššūkiai gydytojų autoritetui 90
- Santykiai su kolegomis, dėstytojais ir studentais 91
- Pranešimai apie nesaugią arba neetišką veiklą 94
- Santykiai su kitais sveikatos priežiūros specialistais 96
- Bendradarbiavimas 97
- Konfliktų sprendimas 99
- Grįžtant prie atvejo analizės 101

Penktas skyrius – ETIKA IR MOKSLINIAI**MEDICINOS TYRIMAI102**

- Tikslai 102
- Atvejo Nr. 4 analizė 102
- Medicininių tyrimų svarba 103
- Tyrimai ir medicinos praktika 104
- Etiniai reikalavimai 107
 - *Etikos priežiūros komiteto patvirtinimas* 108
 - *Mokslinė nauda* 109
 - *Socialinė vertė* 110
 - *Rizika ir nauda* 111
 - *Informuoto asmens sutikimas* 112
 - *Konfidencialumas* 113

• Vaidmenų konfliktas.....	114
• Sąžiningas rezultatų pateikimas.....	114
• „Švilpuko pūtimas“	115
• Kiti neišspręsti klausimai.....	115
• Grįžtant prie atvejo analizės.....	117
Šeštas skyrius – IŠVADOS	118
• Gydytojų pareigos ir teisės.....	118
• Įsipareigojimai sau	121
• Medicinos etikos ateitis	122
Priedas A. Terminų žodynas	124
(čia pateikti terminai tekste pažymėti kursyvu)	
Priedas B. Medicinos etikos šaltiniai internete	127
Priedas C. Pasaulio medicinos asociacija:	129
Nutarimas dėl medicinos etikos ir žmogaus teisių įtraukimo į medicinos mokyklų mokymo programas visame pasaulyje	
Pasaulio medicinos mokymo federacija:	129
Visuotiniai kokybės gerinimo standartai – pagrindinis medicininis išsilavinimas	
Priedas D. Etikos mokymo stiprinimas medicinos mokyklose	131
Priedas E. Papildomi atvejų analizės pavyzdžiai.....	133

PADEKOS

Lietuvos gydytojų sąjunga dėkoja rėmėjams, su kurių pagalba pavyko išleisti Medicinos etikos vadovą lietuvių kalba

Lietuvos bioetikos komiteto pirmininkui Eugenijui Gefenui

Pasaulio medicinos asociacijos Etikos skyriaus direktoriui Dr. Johnui R. Williamsui

UAB „Berlin Chemie Menarini Baltic“

UAB „AstraZeneca Lietuva“

UAB „Aconitum“

PRATARMĖ

Dr. Delonas Humanas
Generalinis sekretorius
Pasaulio medicinos asociacija

Atrodo neįtikėtina, kad medicinos etikos pradininkai, tokie kaip Hipokratas, paskelbė savo darbus daugiau kaip prieš 2000 metų, o medicinos profesijų atstovai iki pat šių dienų vis dar neturi bendros, universaliai naudojamos medicinos etikos mokymo programos. Su šio pirmojo PMA (Pasaulio medicinos asociacijos) etikos vadovo pagalba siekiama užpildyti šią spragą ir mums didelė garbė pristatyti jį Jūsų dėmesiui!

Šio vadovo atsiradimą paskatino 51-oji Pasaulio medicinos asamblėja, įvykusi 1999 metais. Į ją susirinko įvairioms pasaulio medicinos asociacijoms atstovaujantys gydytojai, nusprendę pabrėžtinai rekomenduoti medicinos etikos ir žmogaus teisių mokymą kaip privalomąją discipliną įtraukti į viso pasaulio medicinos mokyklų mokymo programas. Remiantis šiuo sprendimu, buvo pradėtas bendro medicinos etikos mokymo vadovo kūrimo procesas. Nutarta, kad toks vadovas turi būti pagrįstas PMA veiklos politika ir turi būti skirtas visiems medicinos studentams bei gydytojams kaip pagalbinė mokymosi priemonė, bet ne kaip politinis dokumentas. Taigi šis vadovas yra rūpestingo bendro kuriamojo ir konsultacinio darbo, kurį inicijavo ir koordinavo PMA Etikos skyrius, rezultatas.

Šiuolaikinėje sveikatos priežiūroje kyla itin sudėtingų ir įvairiapusių etinių dilemų. Labai dažnai gydytojai būna nepasirengę spręsti jų kompetentingai. Šis leidinys kaip tik yra parengtas tam, kad padėtų ugdyti gydytojų etinę savimonę ir atitinkamai pagerintų jų praktinę

veiklą. Čia taip pat pateikiami metodai, padedantys rasti etinių problemų sprendimus. Taigi šiame vadove nebus sudaromas gerų ir blogų veiksmų sąrašas, bet bus siekiama skatinti atidžiai svarstyti šiuos klausimus, nes tai yra pagrindas priimant kiekvieną pagrįstą ir etišką sprendimą. Todėl šioje knygoje rasite keleto atvejų analizės pavyzdžių, kurie turėtų paskatinti tiek individualius etinius apmąstymus, tiek bendras kolektyvines diskusijas.

Kaip gydytojai mes žinome, koks išskirtinis vaidmuo mums tenka santykiuose su pacientu. Šie santykiai yra unikalūs tuo, kad dalijantis mokslinėmis žiniomis ir užtikrinant sveikatos priežiūrą būtina vadovautis etika ir pasitikėjimu. Šiame vadove nagrinėjami įvairūs žmonių tarpusavio santykiai, kuriuose dalyvauja gydytojai, tačiau paciento ir gydytojo santykiai visada yra svarbiausi. Pastaruoju metu paciento ir gydytojo santykiuose atsiranda tam tikra įtampa dėl išteklių trūkumo ir kitų veiksnių, todėl vadove ypač akcentuojama būtinybė sutvirtinti šiuos santykius praktikuojant etišką veiklą. Pabaigoje dar reikėtų pasakyti, kad pacientas yra bet kokių su medicinos etika susijusių diskusijų centras. Dauguma tarptautinių medicinos asociacijų savo pagrindiniuose veiklos politikos dokumentuose pripažįsta, kad priimant bet kokį sprendimą dėl sveikatos priežiūros pirmiausia turi būti atsižvelgiama į konkretaus paciento interesus. Šis PMA etikos vadovas bus atlikęs savo paskirtį tik tuo atveju, jei padės medicinos studentams ir gydytojams geriau orientotis tarp daugybės mūsų kasdiniame darbe iškylančių etinių iššūkių ir skatins vadovautis nuostata, kad visų svarbiausia – **PACIENTAS**.

PROFESINĖS ETIKOS KODEKSAS

LIETUVOS GYDYTOJŲ SĄJUNGA

Priimtas 2004 m. lapkričio 12 d.

LGS 12-ojo suvažiavimo

I. ĮŽANGINĖ DALIS

Gydytojo profesinės etikos ištakos siejamos su medicinos mokslo pradininku gydytoju Hipokratu. Tai išskirtinė profesija, turinti kilnią misiją – saugoti žmogaus sveikatą ir gyvybę, padėti išvengti ligų, gydyti pacientus, palengvinti ligos sukeltas dvasines ir fizines kančias. Profesinės etikos vertybės slypi senoje garbingoje Hipokrato priesaikoje. Gydytojo profesinė etika pergyveno įvairius raidos tarpsnius. Medicinos mokslo ir technologijų pažanga, visuomenės ir kultūros pokyčiai keitė profesinės etikos formą ir turinį. Tačiau pamatinės gydytojo profesinės etikos vertybės išliko.

Tęsdami profesinės etikos hipokratiškąsias tradicijas, gerbdami žmogaus orumą ir teises, paciento autonomiją, gerbdami žmogaus gyvybę nuo prasidėjimo iki mirties, kurdami pažangų Lietuvos medicinos mokslą ir Geros medicinos praktikos standartus,

ugdydami pagarbą teisinei valstybei, garbingai ir sąžiningai atlikdami savo pareigas, siekdami pateisinti gerą gydytojo vardą,

Lietuvos gydytojų sąjungos (toliau – LGS) nariai priima šį Profesinės etikos kodeksą ir įsipareigoja juo vadovautis.

Gydytojo profesijai apibūdinti ir vertinti taikomas kvalifikuoto, atidaus, dėmesingo, rūpestingo, atsargaus gydytojo profesinio elgesio standartas.

LGS profesinės etikos kodekso tikslas – nustatyti kriterijus, pagal kuriuos galima vertinti, ar konkretūs gydytojo veiksmai atitiko kvali-

fikuoto, atidaus, dėmesingo, rūpestingo, atsargaus gydytojo profesinio elgesio standartą.

II. ATITIKIMO GYDYTOJO PROFESINIO ELGESIO STANDARTUI KRITERIJAI

Kvalifikuoto elgesio (profesionalumo) standartas

Atlikdamas profesines pareigas, gydytojas:

1. Laikosi Lietuvos Respublikos Konstitucijos, įstatymų, juos lydinių teisės aktų, sveikatos priežiūros paslaugų teikimą reglamentuojančių teisės aktų, sveikatos priežiūros įstaigų vidaus (lokalijų) tvarkomųjų dokumentų, Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – SAM) patvirtintų profesinių standartų (medicinos normų), SAM nustatyta tvarka pripažintų diagnostikos, gydymo metodikų bei technologijų.
2. Užsiima medicinos praktika turėdamas galiojančią atitinkamos specialybės licenciją.
3. Vadovaujasi įrodymais pagrįsta Gera medicinos praktika.
4. Nuolatos kaupia ir tobulina savo žinias bei profesinius įgūdžius.
5. Sąžiningai ir atidžiai tvarko medicininę dokumentaciją teisės aktų nustatyta tvarka.
6. Pripažįsta ir laikosi savo kompetencijos ribų, taiko diagnostikos ir gydymo metodus pagal savo kompetenciją. Ši nuostata netaikoma esant skubioms aplinkybėms, kada negalima delsti gelbstint paciento sveikatą ir gyvybę.
7. Teikdamas sveikatos paslaugas būna rūpestingas, ko ir tikimasi iš sąžiningo asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo (gydytojo).

Gydytojų santykiai su pacientais

1. Gydant pacientą tarpusavio santykiai grindžiami paciento sveikatos prioritetu, derinant jį su paciento autonomiškumo užtikrinimu ir diagnostikos ar gydymo procedūrų medicininėmis indikacijomis.
2. Atlikdamas savo profesines pareigas gydytojas privalo laikytis teisės aktų, reglamentuojančių paciento teises, užjausti ir gerbti pacientą bei jo negalią.
3. Gerbia paciento teisę pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą ir gydytoją joje.
4. Su pacientu palaiko gerus santykius, grindžiamus abipusiu pasitikėjimu ir pagarba.
5. Dėmesingai ir atidžiai išklauso paciento skundus.
6. Informuoja pacientą apie jo sveikatą, diagnostikos ir gydymo procedūras, alternatyvių procedūrų panaudojimo galimybes, riziką, tikėtinus rezultatus, jei jis nori žinoti. Neteikia pacientui informacijos prieš jo valią.
7. Bendrauja su pacientu, gerbdamas jo autonomijos principą – paciento laisvo ir informuotumo pagrįsto gydymo pasirinkimo teisę įstatymo nustatyta tvarka laikytis informuoto asmens sutikimo principo. Be paciento sutikimo procedūras gali atlikti tik išimtiniais paciento gyvybės ir sveikatos išsaugojimo atvejais.
8. Gydytojas saugo paciento paslaptį, įstatymų nustatyta tvarka laikosi informacijos konfidencialumo principo.
9. Gydytojas gerbia paciento teisę atsisakyti diagnostikos, gydymo procedūros ir profilaktikos, paciento norą konsultuotis su kitu gydytoju dėl savo sveikatos ar gydymo eigos.
10. Gydymo metu dėmesingai stebi pacientą, informuoja apie gydymo rezultatus, rekomenduoja tolimesnę priežiūrą ar gydymą, perduoda paciento priežiūrą kitam gydytojui (sveikatos priežiūros įstaigai).
11. Jei pacientas savavališkai pakeičia ar nutraukia gydymo ar diagnostikos procedūras, gydytojas nėra atsakingas už paciento

dėl to patirtą žalą, jei jis buvo pacientą informavęs apie tokio nutraukimo galimas pasekmes.

12. Gydytojas turi teisę atsisakyti gydyti konkretų pacientą, jei jam nėra būtina teisės aktų nustatyta būtinoji medicinos pagalba, ir turi nurodyti alternatyvias medicinos priežiūros galimybes.
13. Gydytojo asmeniniai įsitikinimai neturi pakenkti paciento priežiūrai.

Gydytojų tarpusavio santykiai

1. Gydytojų tarpusavio santykiai bei santykiai su kitais sveikatos priežiūros specialistais ir medicinos darbuotojais grindžiami pagarba vienas kitam, pasitikėjimu, geranoriškumu, taktiškumu ir sutarimo siekimu.
2. Dalijasi su kolegomis medicinos mokslo žiniomis ir profesine darbo patirtimi.
3. Kilus abejonei gydytojas kviečia konsultuoti labiau patyrusį kolegą (kolegas).
4. Nukreipia pacientą pas kitą gydytoją, jei to reikalauja paciento sveikatos būklė.
5. Gydytojas neturi teisės reikšti nepalankios nuomonės apie kito gydytojo veiklą, kai girdi pacientas, personalas ar visuomenė.
6. Laikosi sąžiningo gydytojo elgesio standarto ir įspėja kolegą, jeigu jo elgesys ar profesinė veikla prieštarauja profesinės etikos kodeksui. Jeigu toks įspėjimas neefektyvus, informuoja LGS etikos komisiją. Tai nėra profesinio solidarumo pažeidimas.
7. Gydytojas negali dirbti paveiktas alkoholio ar narkotinių medžiagų, taip pat jei jo sveikatos būklė neleidžia dirbti pilnvertiškai.
8. Gydytojai, vykdantys viešojo administravimo funkcijas, turi vengti viešųjų ir privačių interesų konflikto.

III. GYDYTOJŲ TEISĖS

1. Vykdydamas savo profesines pareigas, formuojančias didesnę atsakomybę ir profesinę riziką, turi teisę į atitinkamą profesinio darbo apmokėjimą. Neturi reikalauti papildomo užmokesčio už teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, jei jos apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo ar yra nustatytos individualioje sutartyje.
2. Atlikdamas savo profesines pareigas yra nepriklausomas ir vadovaujasi šiuolaikinėmis medicinos žiniomis ir pareiga teikti tik kokybiškas medicinos paslaugas. Pacientas turėtų būti informuojamas, jei gydytojo nepriklausomumas yra ribojamas šių sąlygų. LGS atkreipia visuomenės dėmesį į gydytojų profesinės laisvės suvaržymus.
3. Gerbia įstatymus, tačiau turi teisę reikalauti keisti jų nuostatas, jei jos prieštarauja pacientų interesams.
4. Nuomonę sveikatos priežiūros klausimais viešai reiškia kaip privatus asmuo, vadovaudamasis teisingumo, sąžiningumo ir etikos principais.
5. Turi teisę nuolat tobulintis savo profesijos srityje.
6. LGS nariai savanoriškai apdraudžia savo, kaip gydytojo, civilinę atsakomybę, atsižvelgdami į riziką, kuri priklauso nuo konkrečios profesijos specialybės.
7. Veikdamas kaip samdomas gydytojas, turi teisę reikalauti, kad jo sveikata dėl nelaimingo atsitikimo darbe ar profesinės ligos būtų papildomai draudžiama.

IV. BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

1. LGS pareiga – stebėti, kaip gydytojai laikosi gydytojų profesinės etikos principų, šio kodekso.
2. Profesinės etikos kodekso pažeidimus svarsto LGS Etikos

komisija, vadovaudamasi LGS tarybos patvirtintu Darbo reglamentu.

3. Gydytojui už profesinės etikos pažeidimus gali būti sustabdyta narystė LGS
4. arba jis gali būti pašalintas iš LGS. Tokiu atveju sprendimą priima LGS taryba, apsvarsčiusi Etikos komisijos pateiktą išvadą.
5. Tais atvejais, kai gydytojo elgesys profesinėje veikloje nereglamentuojamas įstatymų arba šio kodekso, jis privalo laikytis gydytojų praktikoje susiformavusių tradicijų, kurių turinys atitinka bendrus etikos ir dorovės principus.

*LGS prezidentas
Liutauras Labanauskas*

ĮVADAS

KAS YRA MEDICINOS ETIKA?

Apsvarstykite medicinos praktikos atvejus, kurie galėtų įvykti beveik kiekviename pasaulio kampelyje:

1. Gydytojas P., patyręs ir kvalifikuotas chirurgas, baigia naktinį būdėjimą vidutinio dydžio bendruomenės ligoninėje. Į ligoninę atvežama jauna moteris. Ją atvežusi motina iš karto išvyksta, pranešusi priimančiai slaugytojai, kad turi prižiūrėti kitus savo vaikus. Pacientė kraujuoja iš makšties ir jaučia stiprų skausmą. Gydytojas P. apžiūri pacientę ir nusprendžia, kad arba ji patyrė persileidimą, arba pati savo iniciatyva nutraukė nėštumą. Jis skubiai atlieka dilatacijos ir grandymo procedūras ir nurodo slaugytojai išsiaiškinti, ar pacientė galės susimokėti už tolesnį gydymą ligoninėje, kol ją bus saugu išrašyti. Pats nepakalbėjęs su paciente, gydytojas P. perduoda pamainą gydytojui R. ir išvyksta namo.
2. Gydytoją S. vis labiau erzina pacientai, kurie ateina pas ją prieš arba jau po konsultacijos su kitu sveikatos priežiūros specialistu dėl to paties negalavimo. Ji mano, kad taip yra švaistomi sveikatos priežiūros išteklių, bet pacientų sveikata nuo to nepagerėja. Gydytoja nusprendžia pasakyti tokiems pacientams, kad ji daugiau nebegydys jų, jei jie ir toliau kreipsis į kitus gydytojus dėl to paties negalavimo. Gydytoja S. ruošiasi kreiptis į savo šalies nacionalinę medicinos asociaciją, kad ši vyriausybės lygiu apsvarstytų, kaip išvengti tokio neteisingo sveikatos priežiūros išteklių paskirstymo.
3. Gydytojas B. neseniai pradėjo dirbti miesto ligoninės *anestziologu**. Jam kelia nerimą vyresniojo chirurgo elgesys ope-

racinėje. Šis chirurgas taiko pasenusius chirurgijos metodus, dėl kurių operacijos trunka ilgiau, po operacijų pacientai patiria stipresnį skausmą ir ilgiau sveiksta. Be to, vyresnysis chirurgas dažnai šiurkščiau juokauja apie pacientus ir savo juokeliais aki-vaizdžiai vargina jam asistuojančias slaugytojas. Kaip jaunesnysis personalo narys, gydytojas B. drovosi kritikuoti chirurgą asmeniškai arba pranešti apie jo elgesį ligoninės administracijai. Vis dėlto jis jaučia, kad šioje situacijoje turėtų ko nors imtis.

* *Kursyvu pažymėti žodžiai aiškinami terminų žodyne (Priedas A).*

4. Į mažo miestelio bendrosios praktikos gydytoją T. kreipiasi Sutartinė medicininių tyrimų organizacija (SMTO)*. Gydytoja kviečiama dalyvauti naujo nesteroidinio vaisto nuo uždegimo, skirto osteoartritui gydyti, klinikiniame tyrime. Jai pasiūloma tam tikra pinigų suma už kiekvieną į tyrimą įtrauktą pacientą. SMTO atstovas ją tikina, kad yra gauti visi tyrimui reikalingi leidimai, taip pat ir etinės priežiūros komiteto patvirtinimas. Gydytoja T. niekada nėra dalyvavusi tokiuose tyrimuose ir džiaugiasi suteikta jai proga, ypač kad už tai mokami papildomi pinigai. Daugiau nieko neklausinédama apie mokslinius ar etinius tyrimo aspektus, ji priima šį pasiūlymą. (* angl. *A Contract Research Organization (C.R.O.)*)

Kiekvienas iš šių atvejų skatina etinius apmąstymus. Šiose situacijose keliami ne moksliniai ar techniniai klausimai, pavyzdžiui, kaip gydyti diabetą ar atlikti dvigubo šuntavimo operaciją, bet su gydytojo elgesiu ir sprendimų priėmimu susiję klausimai apie vertybes, teises ir pareigas. Su tokio pobūdžio klausimais gydytojai susiduria taip pat dažnai kaip ir su moksliniais ar techniniais.

Medicinos praktikoje, nepriklausomai nuo specializacijos ar situacijos, į kai kuriuos klausimus atsakyti yra daug lengviau negu spręsti etines problemas. Atstatyti nesudėtingai lūžusį kaulą arba susiūti

paprastą plėštinę žaizdą nėra sunku gydytojams, įpratusiems atlikti šias procedūras. Kitoje medicininų problemų spektro pusėje gali kilti daug neaiškumų ar rimtų nesutarimų atsakant į klausimą – kokiais metodais gydyti kai kurias ligas, net tokias dažnas kaip tuberkuliozė ar hipertenzija. Taip pat ir etiniai klausimai medicinoje ne visi vienodai sudėtingi. Į kai kuriuos iš jų galima palyginti lengvai atsakyti, nes yra priimtas bendras *sutarimas* dėl to, kaip teisingai pasielgti atitinkamoje situacijoje (pavyzdžiui, gydytojas visada turi gauti paciento sutikimą būti tiriamuoju asmeniu). Kiti klausimai yra kur kas sudėtingesni, ypač tie, kurių atžvilgiu nėra sutarimo arba kai bet kuri problemos sprendimo alternatyva turi trūkumų (pavyzdžiui, svarstant nepakankamą sveikatos priežiūros išteklių klausimą).

Taigi kas būtent yra etika ir kaip ji padeda gydytojams spręsti panašaus pobūdžio klausimus? Paprastai kalbant, etika yra mokslas apie moralę – kruopščiai ir metodiškai atliekama moralinių sprendimų ir žmogaus veiklos (nesvarbu – buvusios, esamos ar būsimos) refleksija bei analizė. Moralė yra žmogaus priimamų sprendimų ir jo elgsenos vertybinis matmuo. Kalbant apie moralę vartojami tokie daiktavardžiai kaip „teisės“, „įsipareigojimai“ ir „dorybės“, būdvardžiai „geras“ ir „blogas“, „tinkamas“ ir „netinkamas“, „teisingas“ ir „neteisingas“. Remdamiesi anksčiau minėtais apibrėžimais, gali-

„...Etika yra mokslas apie moralę – kruopščiai ir metodiškai atliekama moralinių sprendimų ir žmogaus veiklos refleksija bei analizė.“

me teigti, kad etika yra tai, ką mes **žinome**, o moralė — tai, ką mes **darome**. Etika ir moralė yra glaudžiai susijusios: etika siekia pateikti žmonėms racionalius moralumo kriterijus, kuriais remdamiesi jie galėtų apsispręsti ir elgtis būtent taip, o ne kitaip.

Kadangi etika nagrinėja visus žmogaus elgsio ir sprendimų prie-

mimo aspektus, tai yra labai plati ir sudėtinga mokslinių tyrinėjimų sritis, apimanti daug krypčių arba temų. Šio vadovo dėmesio centre yra medicinos etika – etikos kryptis, nagrinėjanti moralinius klausimus medicinos praktikoje. Medicinos etika yra susijusi su *bioetika (biomedicinos etika)*, tačiau jos nėra tapačios. Medicinos etika daugiausia nagrinėja medicinos praktikos problemas, o bioetika yra labai plati disciplina: ji analizuoja bendresnius, su biologijos mokslų raida susijusius etinius klausimus. Bioetika skiriasi nuo medicinos etikos dar ir tuo, kad nereikalauja pripažinti tam tikrų tradicinių vertybių, kurios, kaip matysime antrame skyriuje, yra kertinės medicinos etikoje.

Medicinos etika, kaip akademinė disciplina, turi savo specialią terminologiją, nes daug sąvokų yra perimta iš filosofijos. Kadangi šio vadovo skaitytojai gali ir neturėti filosofijos pagrindų, pačiame tekste arba vadovo pabaigoje esančiame žodynėlyje pateikiami pagrindinių sąvokų apibrėžimai.

KODĖL REIKIA STUDIJUOTI MEDICINOS ETIKĄ?

„Jei tik gydytojas yra gerai savo dalyką išmanantis ir įgudęs praktikas, etika nėra svarbu.“

„Etikos išmokstama šeimoje, ne medicinos mokykloje.“

„Medicinos etikos išmokstama stebint, kaip dirba vyresnieji gydytojai, o ne iš knygų ar per paskaitas.“

„Etika yra svarbu, bet mūsų mokymo programos ir taip perpildytos, todėl etikos studijoms tiesiog nėra vietos.“

Tai yra keli dažniausiai pateikiami argumentai teisinantis, kodėl etikai skiriama pernelyg mažai vietos medicinos mokyklos mokymo programose. Visi šie argumentai yra iš dalies, bet tik iš dalies, pagrįsti. Viso pasaulio medicinos mokyklose vis geriau suvokiama, kad jos turi skirti daugiau laiko ir lėšų savo studentų etikai lavinti. Šiuo požiūriu medicinos mokyklas smarkiai skatino ir palaikė tokios organizacijos kaip Pasaulio medicinos asociacija ir Pasaulio medicinos mokymo federacija (žr. priedą C).

Skaitant šį vadovą turėtų paaiškėti, kokią reikšmingą vietą medicinos mokymo procese užima medicinos etika. Tiesiog galima apibendrinti, kad etika yra ir visada buvo esminis medicinos praktikos komponentas. Etikos principai, tokie kaip pagarba asmeniui, informuoto asmens sutikimas ir konfidencialumas, sudaro gydytojo ir paciento santykių esmę. Kita vertus, šių principų taikymas tam tikrose situacijose dažnai yra problemiškas: gydytojai, pacientai, jų šeimų nariai ir kiti sveikatos priežiūros darbuotojai gali nesutarti dėl geriausio tos situacijos sprendimo.

„Etikos studijos padeda medicinos studentams susipažinti su sudėtingomis situacijomis ir ieškoti racionalių jų sprendimo būdų bei vadovautis tam tikrais principais.“

Etikos studijos padeda medicinos studentams susipažinti su sudėtingomis situacijomis ir ieškoti racionalių jų sprendimo būdų bei vadovautis tam tikrais principais. Etika taip pat svarbi nagrinėjant gydytojų santykius su savo kolegomis, su visuomene bei atliekant mokslinius medicinos tyrimus.

MEDICINOS ETIKA, MEDICININIS PROFESIONALIZMAS, ŽMOGAUS TEISĖS IR TEISĖ

Etika, kaip matysime pirmame skyriuje, yra neatsiejama medicinos

dalį jau nuo Hipokrato laikų. Senovės graikų gydytojas Hipokratas, gyvenęs V amžiuje prieš mūsų erą, laikomas medicinos etikos pradininku. Hipokratas suformulavo medicinos, kaip profesijos, sampratą, pagal kurią gydytojai viešai pasižada pirmenybę teikti pacientų, o ne savo pačių interesams (plačiau apie tai skaitykite trečiame skyriuje). Šiame vadove taip pat bus atskleistas akivaizdus etikos ir profesinės veiklos ryšys.

Pastaruoju metu medicinos etikai didelę įtaką daro pokyčiai, vykstantys žmogaus teisių srityje. Pliuralistiniame, įvairias kultūras jungiančiame bei skirtingas moralines tradicijas pripažįstančiame pasaulyje tarptautinis sutarimas svarbiausiais žmogaus teisių klausimais gali sudaryti medicinos etikos pagrindus, priimtinus visų tautų ir kultūrų atstovams. Be to, gydytojai dažnai susiduria su medicinos problemomis, atsirandančiomis dėl tokių žmogaus teisių pažeidimų kaip priverstinė migracija ar kankinimai. Medikams labai aktualios yra diskusijos apie tai, ar teisė į sveikatos priežiūrą yra viena iš žmogaus teisių; juk atsakymas į šį klausimą iš esmės lemia, kas vienoje ar kitoje šalyje gaus reikiamą sveikatos priežiūrą. Šiame vadove bus nuodugniai svarstomi žmogaus teisių aspektai, darantys poveikį medicinos praktikai.

Medicinos etika yra neatsiejama ir nuo teisės. Dauguma šalių turi įstatymus, kurie apibrėžia, kaip gydytojai privalo spręsti pacientų priežiūros ir medicininių tyrimų metu išskylančias etines problemas. Be to, kiekvienoje šalyje už medicinos licencijavimą ir priežiūrą atsakingos institucijos turi teisę imtis tam tikrų sankcijų, o pasitaikius etikos pažeidimų, jas taikyti gydytojams. Tačiau etika ir teisė nėra visiškai tas pats. Palyginti su teise, etika dažniausiai nurodo aukštesnius elgesio standartus, o kai kuriais atvejais etikos požiūriu gydytojai turėtų ignoruoti įstatymus, jei šie reikalautų elgtis neetiškai. Dar daugiau, skirtingų šalių įstatymai gali smarkiai skirtis, tačiau

„...Palyginti su teise, etika dažniausiai nurodo aukštesnius elgesio standartus, o kai kuriais atvejais etikos požiūriu gydytojai turėtų ignoruoti įstatymus, jei šie reikalautų elgtis neetiškai.“

etika yra taikoma nepriklausomai nuo šalies ir tautinių skirtumų. Būtent todėl šio vadovo pagrindinis objektas yra etika, o ne teisė.

IŠVADOS

Medicina yra ne tik mokslas, bet ir menas. Mokslas tiria tai, ką galima stebėti ir matuoti, o kompetentingas gydytojas atpažįsta ligos ar negalavimo simptomus ir žino, kaip sugražinti žmogui sveikatą. Tačiau mokslu paremta medicina turi savo ribas, ypač kalbant apie žmogaus individualumą, kultūrą, religiją, laisvę, teises ir pareigas. Medicina kaip menas pasireiškia taikant medicinos mokslo ir technologijų laimėjimus konkrečioms pacientams, šeimoms ir bendruomenėms, tarp kurių nėra dviejų vienodų. Dauguma skirtumų tarp asmenų, šeimų ir bendruomenių yra nefiziologiniai. Tačiau būtent sugebėjimas atpažinti šiuos skirtumus ir gebėjimas atitinkamai į juos reaguoti yra ta sritis, kurioje menai, humanitariniai ir socialiniai mokslai kartu su etika atlieka svarbiausią vaidmenį. Iš tikrųjų kitų mokslų duomenys ir patirtis praturtina pačią etiką: pavyzdžiui, klinikinės dilemos pristatymas teatro scenoje gali daug labiau paskatinti etinius svarstymus ir pačios problemos analizę nei paprastas tokio atvejo aprašymas.

Šiame vadove pateikiamos tik įvadinės medicinos etikos žinios ir kai kurie pagrindiniai klausimai. Taigi šiuo leidiniu siekiama padėti Jums suprasti etinių aspektų svarbą medicinoje ir ypač paskatinti ieškoti mūsų pačių praktikoje išylančių etinių problemų sprendimo. Priede B pateiktas medicinos etikos šaltinių sąrašas padės Jums pagilinti savo žinias šioje srityje.

PIRMAS SKYRIUS – PAGRINDINIAI MEDICINOS ETIKOS BRUOŽAI

TIKSLAI

Išnagrinėję šį skyrių turėtumėte mokėti:

- paaiškinti, kodėl etika yra svarbi medicinai
- atpažinti pagrindines medicinos etikos ištasas
- identifikuoti skirtingus etinių sprendimų priėmimo požiūrius (įskaitant ir savąjį)

KUO YPATINGA MEDICINA?

Būti gydytoju visada buvo ypatinga garbė. Tai užfiksuota beveik visuose istoriniuose raštuose ir turbūt būdinga bet kuriai pasaulio daliai. Žmonės kreipiasi į gydytojus dėl labiausiai neatidėliotinos pagalbos – tikėdamiesi palengvinti skausmą ir kančias ir sugrąžinti sveikatą bei gerą savijautą. Jie leidžia gydytojams juos apžiūrėti, liesti ir manipuluoti bet kuriomis jų kūno dalimis, net ir pačiomis intymiausiomis. Jie leidžia tai daryti, nes tiki, kad gydytojai veikia jų labui.

Skirtingose šalyse ar net ir toje pačioje šalyje gydytojo statusas gali būti skirtingas. Apskritai atrodo, kad gydytojo statusas eina blogyn. Dauguma gydytojų jau nesijaučia gerbiami kaip anksčiau. Kai kuriose šalyse anksčiau gydytojų dispozicijoje buvusią sveikatos priežiūros kontrolę neišvengiamai perima profesionalūs vadybininkai ir valdininkai. Pastarieji gydytojus neretai vertina kaip trukdančius, o ne padedančius vykdyti sveikatos priežiūros reformas. Pacientai,

anksčiau paklusniai vykdydavę gydytojų nurodymus, dabar vis dažniau reikalauja paaiškinti rekomendacijas, ypač jei jos skiriasi nuo kitų medikų ar internete perskaitytų patarimų. Kai kurias procedūras, kurias anksčiau sugebėjo atlikti tik gydytojai, dabar gali atlikti tiek medicinos laboratorijų darbuotojai, tiek slaugytojai ar kiti mažiau kvalifikuoti sveikatos priežiūros darbuotojai.

„Dauguma gydytojų jau nesijaučia gerbiami kaip anksčiau.“

Nepaisant šių gydytojo statusui ne itin palankių pokyčių, medicina tebėra labiausiai vertinama profesija tarp sergančių ir sveikatos priežiūros poreikių turinčių žmonių. Gydytojo profesija ir toliau pritraukia daugybę talentingiausių, darbščiausių ir labiausiai šiam darbui atsidavusių studentų. Siekiant patenkinti tiek pacientų, tiek studentų lūkesčius, labai svarbu, kad gydytojai žinotų ir savo pavyzdžiu skleistų tokias esmines medicinos vertybes kaip užuojauta, kompetencija ir autonomija. Šios vertybės, įskaitant ir pagarbą pagrindinėms žmogaus teisėms, sudaro medicinos etikos pamatus.

„Siekiant patenkinti tiek pacientų, tiek studentų lūkesčius, labai svarbu, kad gydytojai žinotų ir savo pavyzdžiu skleistų esmines medicinos vertybes.“

KUO YPATINGA MEDICINOS ETIKA?

Užuojauta, kompetencija ir autonomija yra vertybės, būdingos ne tik medicinai. Vis dėlto iš gydytojų tikimasi, kad jie šias vertybes demonstruos daug atsakingiau negu kiti žmonės ir kitų profesijų atstovai.

Bene svarbiausia vertybė medicinos praktikoje yra užuojauta. Ji reiškia supratimą ir aktyvų susirūpinimą dėl kitą asmenį ištikusios nelaimės. Norėdamas spręsti paciento problemas, gydytojas pirmiausia turi nustatyti jo patiriamus simptomus ir esmines jų priežastis, be to, jis turi norėti, kad ligonis pasveiktų. Gydant pasiekama geresnių rezultatų, jei pacientas mato, kad gydytojas supranta jo rūpestį ir gydo jį patį, o ne tik jo ligą.

Iš gydytojų tikimasi ir reikalaujama labai aukšto lygio kompetencijos. Profesinės kompetencijos stoka gali tapti pacientų mirties ar rimtų ligų priežastimi. Kad įgytų reikiamą kompetenciją, gydytojai ilgai mokosi, tačiau turint galvoje spartų medicinos žinių gausėjimą, nuolatos išlaikyti savo kompetencijos lygį jiems nėra paprasta. Kintant medicinos praktikai ir jos socialinei bei politinei aplinkai, atsiranda vis naujų etinių problemų, todėl gydytojai privalo ne tik išsaugoti savo mokslinių žinių ir profesinių įgūdžių lygį, bet ir tobulinti etikos žinias, įgūdžius bei turėti omenyje įvairias galimas nuostatas.

Autonomija, arba apsisprendimo teisė, taip pat yra esminė medicinos vertybė, kurios samprata bėgant metams keitėsi labiausiai. Gydytojai iš seno buvo pakankamai savarankiški sprenddami klinikinius klausimus, pasirinkdami savo pacientų gydymo būdus. Gydytojai, kaip medicinos profesijos atstovai, galėjo patys, niekam daugiau nesikišant, nustatyti medicininio išsilavinimo ir medicinos praktikos standartus. Kaip matysime iš tolesniuose skyriuose pateiktų faktų, daugelyje šalių vyriausybės ir kitos valdžios institucijos pamažu ėmė kontroliuoti ir kartu riboti abi minėtas gydytojų autonomijos sritis. Nepaisant šių išbandymų, medikai vis dar vertina savo klinikinę bei profesinę autonomiją ir kiek galėdami stengiasi ją išsaugoti. Be to, viso pasaulio medikai sutartinai pripažįsta paciento autonomijos vertybę, kuri reiškia, kad paciento valia, priimant galutinį su jo sveikata susijusį sprendimą, yra lemiamas veiksnys. Šiame vadove bus

nagrinėjami galimų konfliktų – tarp gydytojo autonomijos ir paciento autonomijos pripažinimo – pavyzdžiai.

Medicinos etika skiriasi nuo bendrosios, kiekvienam žmogui taikomos etikos ne tik tuo, kad jos pagrindus sudaro minėtos vertybės. Medicinos etika skiriasi tuo, kad šios trys vertybės yra viešai deklaruojamos, garsiai ištariant Ženevos deklaracijoje paskelbtą (Pasaulio medicinos asociacijos) ar kurią kitą gydytojo priesaiką. Priesaikos ir etikos kodeksai (įskaitant ir įžadus) įvairiose šalyse ar net toje pačioje šalyje gali būti skirtingi. Tačiau visus juos vienija tai, kad gydytojai pripažįsta pacientų interesus viršesniais už savo pačių interesus ir atmeta bet kokią pacientų diskriminaciją dėl rasinių, religinių ar kitų skirtumų, kuriuos saugo žmogaus teisės. Be to, gydytojai viešai įsipareigoja paslapyje laikyti visą su pacientu susijusią informaciją ir teikti neatidėliotiną pagalbą tiems, kam jos reikia.

PASAULIO MEDICINOS ASOCIACIJOS ŽENEVOS DEKLARACIJA

Šią akimirką, kai sutinku tapti medikų profesijos nariu, iškilmingai pasižadu:

Skirti savo gyvenimą žmonijos labui.

Rodyti pagarbą ir dėkingumą savo mokytojams.

Vykdyti profesines pareigas sąžiningai ir garbingai.

Svarbiausiu veiklos tikslu laikyti savo paciento sveikatą.

Šventai saugoti man patikėtas paslaptis, net po paciento mirties.

Visomis galiomis palaikyti gydytojų profesijos garbę ir taurias jos tradicijas.

Su kolegomis elgtis kaip su broliais ir seserimis.

Atliekant savo pareigas nepaisyti paciento amžiaus, ligos ar negalios, religinių, etninių, rasinių, lyties, tautybės, politinės priklausomybės, seksualinės orientacijos ar socialinės padėties skirtumų.

Su didžiausia pagarba saugoti žmogaus gyvybę nuo pat jos prasidėjimo momento, net jei man dėl to būtų grasinama; nenaudoti savo medicininių žinių tikslams, prieštaraujantiems humaniškumo principams.

Šį pasižadėjimą duodu iškilmingai, savo noru ir vadovaudamasis savo sąžine.

KAIP SPRENDŽIAMA, KAS YRA ETIŠKA?

Etikos prigimtis yra *pluralistinė*. Žmonės tarpusavyje nesutaria dėl to, kas yra teisinga ir kas ne, tačiau net ir sutardami jie skirtingai tai aiškina. Kai kuriose visuomenėse toks nuomonių skirtumas laikomas normaliu: kiekvienas asmuo gali elgtis kaip nori, jei tik jis nepažeidžia kitų žmonių teisių. Gilias tradicijas turinčios susiformavusios visuomenės turi vieningesnę nuomonę apie etikos normas; jose daugiau įtakos žmogaus elgesiui daro socialiniai veiksniai, kurie kartais būna numatyti įstatymų. Tokiose visuomenėse kultūra ir religija dažnai atlieka svarbiausią vaidmenį apibrėžiant etišką elgesį.

Taigi atsakymų į klausimą „Kaip nuspręsti, kas yra etiška apskritai?“ skirtingose visuomenėse ir netgi toje pačioje visuomenėje gali būti labai įvairių. Liberalioje šalyje individai yra pakankamai laisvi nuspręsti patys, kas yra etiška, nors tikriausiai jie vis tiek patiria savo šeimų, draugų, religijos, žiniasklaidos ir kitų išorinių jėgų įtaką. La-

biau tradicijų besilaikančioje visuomenėje šeimų ar giminių vyresnieji, dvasiniai ar politiniai lyderiai paprastai atlieka svarbesnį vaidmenį negu eiliniai individai, kai sprendžiamas klausimas, kas yra etiška. Nepaisant šių skirtumų atrodo, kad dauguma žmonių gali sutarti dėl pagrindinių etikos principų, konkrečiai – dėl kertinių žmogaus teisių, paskelbtų Jungtinių Tautų visuotinėje žmogaus teisių deklaracijoje ir kituose plačiai pripažintuose ir oficialiai patvirtintuose dokumentuose. Ypač svarbios medicinos etikai yra tokios žmogaus teisės kaip teisė gyventi, teisė būti nediskriminuojamam ir nekanikinamam, teisė nepatirti žiauraus, nežmoniško ar žeminančio elgesio; nuomonės ir saviraiškos laisvė, teisė savo šalyje lygiai su kitais piliečiais naudotis visuomeninėmis paslaugomis, įskaitant ir sveikatos priežiūrą.

Į klausimą „Kaip nuspręsti, kas yra etiška?“ dar visai neseniai medikai, kitaip nei kiti žmonės, turėjo šiek tiek kitokį atsakymą. Per amžius medicinos profesija savo nariams sukūrė atskirus elgesio standartus, etikos kodeksus arba tam tikrus veiklos strategijos dokumentus. Visuotiniu lygmeniu PMA yra pateikusi daug pačių įvairiausių su etika susijusių rekomendacijų, kuriose deklaruojamas bendrai visiems gydytojams privalomas elgesys, nepriklausomai nuo to, kur jie gyvena ir dirba. Daugelyje (o gal net daugumoje) šalių medicinos asociacijos yra atsakingos už praktiškai taikomų etikos standartų kūrimą ir vykdymą. Priklausomai nuo šalies pozicijos medicinos teisės atžvilgiu, šie standartai gali būti įteisinti šalies įstatymais.

Tačiau išskirtinė medicinos profesijos teisė nusistatyti savo veiklos etikos standartus niekada nebuvo absoliuti. Pavyzdžiui:

- Gydytojai visada turėjo paklusti bendriesiems šalies įstatymams ir kartais būdavo baudžiami už šių įstatymų nesilaikymą.

- Kai kurioms sveikatos priežiūros organizacijoms didelę įtaką daro religiniai motyvai, todėl, be visiems gydytojams taikomų standartų, jų nariams skiriami papildomi įsipareigojimai.
- Šiuo metu daugelio šalių organizacijose, atsakingose už gydytojų elgesio standartus ir jų priežiūrą, atsiranda vis daugiau narių, neatstovaujančių gydytojo profesijai.

Asocijuotų medicinos organizacijų etinės direktyvos iš esmės yra bendro pobūdžio. Jose negali būti išnagrinėta kiekviena situacija, su kuria gydytojai galėtų susidurti savo medicinos praktikoje. Daugumoje situacijų gydytojai patys turi nuspręsti, kaip teisingai pasielgti. Kita vertus, prieš priimant sprendimus yra naudinga žinoti,

„...Prieš priimant sprendimus naudinga žinoti, ką kiti gydytojai darytų atsidūrę panašioje padėtyje.“

ką kiti kolegos darytų atsidūrę panašioje padėtyje. Medicinos etikos kodeksai ir rekomendacijų dokumentai atspindi bendras sutartines nuostatas dėl to, kaip gydytojai turėtų elgtis tam tikrais atvejais. Jų būtinais reikėtų laikytis, nebent atsirastų svarių priešasčių elgtis kitaip.

AR MEDICINOS ETIKA KINTA?

Negali būti abejonų, kad kai kurie medicinos etikos aspektai metams bėgant kito. Dar neseniai gydytojų teisė ir pareiga buvo nuspręsti, kaip gydyti pacientą, todėl jie neprivalėjo gauti informuoto paciento sutikimo. Tačiau jau 1995 metų PMA Paciento teisių deklaracijos versija prasideda šiuo teiginiu: „Santykiai tarp gydytojų, jų pacientų ir visuomenės pastaruoju metu labai sparčiai keičiasi. Nors gydytojas visada turi elgtis pagal savo sąžinę ir atsižvelgti į paciento interesus, lygiai taip pat jis turi siekti užtikrinti paciento autonomiją ir teisingumą.“ Daugelis dabar mano, kad jie patys gali

suteikti sau pirminę pagalbą, o gydytojui tenka tik konsultanto ar tiesiog instruktoriaus vaidmuo. Nors tokia mintis – pačiam rūpintis savo sveikata – toli gražu nėra universali, tačiau atrodo, kad ji tampa vis populiarsnė. Tai akivaizdžiai byloja apie ypatingus paciento ir gydytojo santykių pokyčius, dėl kurių gydytojams priskiriami kito-kie etiniai įsipareigojimai negu buvo iki tol.

Iki pat šių laikų gydytojai buvo įpratę manyti, kad jie yra *atskaitingi* pirmiausia sau patiems, profesiniu požiūriu – savo kolegoms medikams, o tikintys gydytojai – dar ir Dievui. Šiais laikais jie yra papildomai atskaitingi savo pacientams, trečiosioms šalims, tokioms kaip ligoninės ar vadybinės sveikatos priežiūros organizacijos (*angl. – managed healthcare organizations*), medicininio licencijavimo ir priežiūros tarnyboms (*angl. – medical licensing and regulatory authorities*), gana dažnai ir teismams. Kaip paaiškės vėliau, aptariant dvigubų įsipareigojimų klausimą, šios skirtingos atskaitomybės rūšys gali prieštarauti viena kitai.

„...Skirtingos atskaitomybės rūšys gali prieštarauti viena kitai.“

Medicinos etika istoriškai nuolat keitėsi. Dar neseniai medicinos etikos kodeksai draudė gydytojams dalyvauti nėštumo nutraukimo procese. Dabar daugelio šalių medikai, atsižvelgdami į tam tikras aplinkybes, tai toleruoja. Tradicinės medicinos etikos požiūriu gydytojai buvo atsakingi tik už savo konkretų pacientą. Šiuo metu iš esmės sutariama, kad jie turi atsižvelgti ir į visuomenės poreikius, pavyzdžiui, skirstant ribotus sveikatos priežiūros išteklius (žr. trečią skyrių).

Dėl medicinos mokslo ir technologijų pažangos taip pat kyla naujų etinių klausimų, į kuriuos tradicinė medicinos etika negali atsakyti. Apvaisinimas su gydytojo pagalba, genetika, informacinės sveikatos technologijos ir gyvenimą pratęsianti bei sveikatą stiprinanti

techninė įranga – visos šios priemonės negali būti naudojamos nedalyvaujant gydytojams. Šios naujovės pacientams gali duoti labai daug naudos, tačiau gali padaryti ir žalos, priklausomai nuo to, kaip jos bus praktiškai taikomos. Norėdamos padėti gydytojams nuspręsti – ar jie turėtų užsiimti tokia veikla ir jei taip, tai kokios tokios veiklos sąlygos, – asocijuotos medicinos organizacijos turi pasitelkti įvairius analitinius sprendimų priėmimo metodus, o ne tiesiog aklai vadovautis egzistuojančiais etikos kodeksais.

Nepaisant akivaizdžios medicinos etikos kaitos, beveik visi gydytojai sutinka, kad kertinės medicinos vertybės ir etiniai medicinos principai nekinta ar bent jau neturi kisti. Kadangi žmogus negali visada būti sveikas, jam ir toliau reikės užjaučiančių, kompetentingų ir autonomiškų gydytojų, kurie juo pasirūpintų.

AR MEDICINOS ETIKA SKIRIASI SKIRTINGOSE ŠALYSE?

Medicinos etika gali kisti ir laikui bėgant kinta priklausomai nuo medicinos mokslo ir technologijų raidos bei socialinių vertybių permainų, kurios skirtingose šalyse priimamos įvairiai. Pavyzdžiui, nacionalinės medicinos asociacijos eutanazijos atžvilgiu laikosi labai skirtingų nuostatų. Kai kurios asociacijos eutanaziją smerkia, kitos laikosi neutralios pozicijos, bet mažiausiai viena, būtent Karališkoji Olandijos medicinos asociacija, su tam tikromis išlygomis jai pritaria. Kalbant apie sveikatos priežiūros prieinamumą, kai kurios nacionalinės medicinos asociacijos palaiko visų piliečių lygybės idėją, o kitos yra linkusios toleruoti didelius socialinius netolygumus. Kai kuriose šalyse labiau domimasi etinėmis problemomis, susijusiomis su naujų medicinos technologijų taikymu, kitose, kur tokios technologijos nėra plačiai paplitusios, panašūs klausimai nėra svarstomi. Kai kuriose šalyse gydytojai yra tikri, kad vyriausybės institucijos

nevers jų elgtis neetiškai. Tačiau kitur jiems gali būti sunku vykdyti savo etinius įsipareigojimus, pavyzdžiui, išsaugoti konfidencialumą, kai policija ar kariuomenė reikalauja pranešti apie „įtartinus“ sužeidimų atvejus.

Gali atrodyti, kad šie skirtumai gana reikšmingi, tačiau panašumų yra dar daugiau. Visame pasaulyje gydytojai turi daug bendrų sąlyčio taškų: susirinkę į vieną draugiją, pavyzdžiui, PMA, paprastai jie sutaria prieštarais etiniais klausimais, nors dažnai neapseinama ir be ilgų diskusijų. Esminės medicinos etikos vertybės, tokios kaip užuojauta, kompetencija ir autonomija, pridėjus gydytojų patirtį bei įgūdžius, visais medicinos ir sveikatos priežiūros aspektais sudaro tvirtą branduolį, leidžiantį analizuoti etines medicinos problemas ir priimti sprendimus konkrečių pacientų, piliečių ar tiesiog visuomenės sveikatos labui.

PMA VAIDMUO

Būdama vienintelė tarptautinė organizacija ir siekdama atstovauti visiems gydytojams, nepriklausomai nuo tautybės ar specialybės, Pasaulio medicinos asociacija (PMA) ėmėsi misijos – nustatyti bendrus medicinos etikos standartus, kurie galėtų būti taikomi visame pasaulyje. Nuo savo veiklos pradžios (1947 m.) ši organizacija stengėsi, kad nepasikartotų neetiška gydytojų veikla, pasireiškusি nacistinėje Vokietijoje ir kitur. Pirminis PMA uždavinys buvo atnaujinti Hipokrato priesaiką ir pritaikyti ją XX amžiaus aktualijoms. Tai buvo padaryta 1948 metais PMA 2-ojoje generalinėje asamblėjoje priėmus Ženevos deklaraciją. Nuo tada šis dokumentas buvo kelis kartus peržiūrėtas, paskutinį kartą – 1994 metais. Antras uždavinys – sukurti Tarptautinį medicinos etikos kodeksą. Jis buvo priimtas PMA 3-ojoje generalinėje asamblėjoje (1949 m.) ir peržiūrėtas 1968 bei 1983 metais. Šis kodeksas yra nuolatos peržiūrimas ir

atnaujinamas. Tolesnis uždavinys buvo sukurti etines medicinos tyrimų su žmonėmis direktyvas. Tai užtruko daug ilgiau, nei buvo rengti ankstesni dokumentai: tik 1964 metais priimta Helsinkio deklaracija. Šis dokumentas taip pat buvo periodiškai peržiūrimas, naujausia jo redakcija atlikta 2000 metais.

Be šių pagrindinių etikos dokumentų, PMA parengė daugiau kaip šimtą kitiems etikos klausimams skirtų tarptautinių rekomendacijų. Dauguma jų yra susijusios su etiniais aspektais, kitos – su socialinėmis medicinos temomis, įskaitant medicinos mokymą ir sveikatos priežiūros sistemų tobulinimą. Kiekvienais metais PMA generalinė asamblėja peržiūri kai kurias savo nuostatas arba priima naujas. „...PMA ėmėsi užduoties nustatyti bendrus medicinos etikos standartus, kurie būtų taikomi visame pasaulyje.“

KAIP PMA SPRENDŽIA, KAS YRA ETIŠKA?

Pasiekti tarptautinį sutarimą prieštaringsais etiniais klausimais nėra lengva užduotis net ir tokioje palyginti darnioje grupėje kaip medikų visuomenė. PMA užtikrina, kad jos etinės rekomendacijos atspindės tokį sutarimą, kuriam metinėje asamblėjoje bus pritarta bent trimis ketvirčiais balsų už kiekvieną naują ar peržiūrėtą dokumentą. Išankstinės tokio lygio susitarimo sąlygos – tai bendros visuotinės konsultacijos dėl pirminio projekto, nuoseklūs PMA Medicinos etikos komiteto ar kartais specialiai tam klausimui paskirtos darbo grupės komentarų svarstymai, projekto tobulinimas ir dažnos papildomos konsultacijos. Šis procesas gali trukti gana ilgai, priklausomai nuo klausimo sudėtingumo ar naujumo. Pavyzdžiui, paskutinės Helsinkio deklaracijos redakcijos pataisos buvo pradėtos 1997 m.

pradžioje ir baigtos tik 2000 m. lapkričio mėnesį. Net ir tada liko neišspręstų klausimų, juos vėliau nagrinėjo Medicinos etikos komitei-tai ir specialios darbo grupės.

„Pasiekti tarptautinį sutarimą prieštarais etikos klausimais nėra lengva užduotis.“

Norint gauti gerą rezultatą, labai svarbu gerai organizuoti visą procesą, tačiau vien to nepakanka. Kaip matyti iš anksčiau minėtų etinių nuostatų, spręsdama klausimą, kas yra etiška, PMA remiasi ilgalaikę medicinos etikos tradicija. PMA atsižvelgia ir į kitas nuomones – tiek į nacionalinių bei tarptautinių organizacijų pozicijas, tiek ir į etiką išmanančių asmenų nuomonę. Kai kuriais klausimais, tokiais kaip informuoto asmens sutikimas, PMA požiūris sutampa su daugumos kitų institucijų nuomone. Kitais klausimais, tokiais kaip asmeninės medicininės informacijos konfidencialumas, PMA ryžtingai remia gydytojų poziciją, nors tam ir prieštarauja kai kurių vyriausybių, už sveikatos priežiūros sistemą atsakingų pareigūnų ar komercinių įmonių įsitikinimai. PMA požiūris į etiką yra labai konkretus ir aiškus – teikti prioritetą konkrečiam pacientui arba ty-rime dalyvaujančiam tiriamam asmeniui. Iškilmingai skaitydamas Ženevos deklaraciją, gydytojas pasižada: „Mano paciento sveikata bus svarbiausias mano veiklos tikslas“. O Helsinkio deklaracijoje skelbiama: „Atliekant medicininius tyrimus su žmonėmis, tiriamojo asmens gerovė visada turi būti svarbesnė už bet kokius mokslo ir visuomenės interesus“.

KAIP INDIVIDAI SPRENDŽIA, KAS YRA ETIŠKA?

Konkrečioms gydytojams ir medicinos studentams medicinos etika nėra vien tik PMA ar kitų medicinos organizacijų rekomendacijų laikymasis. Šios rekomendacijos paprastai būna bendro pobūdžio, ir asmuo turi pats nuspręsti, ar jos tinka esamai situ-

„Visa moralinė atsakomybė už priimamus etinius sprendimus ir jų įgyvendinimą tenka pačiam asmeniui“.

acijai. Be to, medicinos praktikoje kyla daug etinių klausimų, kuriais gydytojų asociacijos nėra pareiškusios savo pozicijos. Tokiu atveju visa moralinė atsakomybė už priimamus etinius sprendimus ir jų įgyvendinimą tenka pačiam asmeniui.

Nagrinėjant šio vadovo pradžioje pateiktus atvejus paaiškėjo, kad etikos klausimais yra įvairių skirtingų nuomonių. Iš esmės jas galima suskirstyti į dvi kategorijas: neracionalias ir racionalias. Svarbu pažymėti, kad neracionalus požiūris nėra iracionalus, tik jį reikia skirti nuo požiūrio, kai sprendimai priimami nuoseklių apmąstymų būdu, pasitelkiant protines galias.

Neracionalus požiūris:

- **Paklusnumas** yra paplitęs būdas priimti etinius sprendimus, ypač būdingas vaikams ir asmenims, dirbantiems valdymo struktūrose (pavyzdžiui, kariuomenėje, policijoje, kai kuriose religinėse organizacijose ar daugelyje komercinių įmonių). Tokie žmonės moralę suvokia kaip aukštesnį statusą turinčių asmenų sudarytą taisyklių arba instrukcijų laikymąsi, net jeigu jie joms nepritaria.
- **Mėgdžiojimas** yra panašus į paklusnumą tuo, kad supratimas apie gėrį ir blogį priklauso nuo kito asmens, kaip sektino pavyzdžio, sampratos. Tokiu atveju sekti šio asmens pavyzdžiu atrodo moralu. Tai dažniausiai pasitaikantis būdas mokytis medicinos etikos, ypač tarp pripažinimo siekiančių gydytojų. Jiems sektinas pavyzdys yra vyresnieji autoritetingi gydytojai, o jų moralės mokymosi metodas – demonstruojamų vertybių stebėjimas ir įsisavinimas.

- **Emocijos**, arba troškimai, yra subjektyvus požiūris į moralinį sprendimų priėmimą ir elgesio normas. Teisinga yra tai, kas atrodo teisinga arba tenkina asmens troškimą; neteisinga yra tai, kas atrodo neteisinga arba trukdo šiam troškimui išsipildyti. Moralės matas yra kiekvieno asmens viduje ir, žinoma, skirtingų asmenų ir net to paties asmens moralės matas laikui bėgant gali labai pakisti.
- **Nuojauta** – tai betarpiškas suvokimas, kaip teisingai pasielgti tam tikroje situacijoje. Nuojauta panaši į troškimą tuo, kad yra visiškai subjektyvi; o skiriasi tuo, kad atsiranda daugiau proto, o ne valios dėka. Tuo nuojauta yra artima racionaliems sprendimų priėmimo būdams, kitaip nei paklusnumas, mėgdžiojimas, emocijos ir troškimai. Vis dėlto nuojauta nėra nei sisteminga, nei pagrįsta apmąstymais – ja remiantis moraliniai sprendimai gimsta tiesiog kaip įžvalgos blyksniai. Kaip ir emocijos bei troškimai, skirtingų asmenų ar netgi to paties asmens nuojauta laikui bėgant gali ženkliai keistis.
- **Įprotis** yra labai veiksmingas būdas priimti etinius sprendimus, nes kaskart susidūrus su anksčiau iškilusiu moraliniu klausimu, nereikia kartoti sistemingo sprendimų priėmimo proceso. Tačiau esama ne tik gerų įpročių (pvz., sakyti tiesą), bet ir blogų (pvz., meluoti). Be to, ir panašiose situacijose gali būti reikalingi iš esmės skirtingi sprendimai. Todėl vien tik įpročiu, kad ir koks atrodytų jis mums naudingas, negalima besąlygiškai pasitikėti.

Racionalus požiūris:

Etika, kaip moralę tiriantis mokslas, pripažįsta neracionalių sprendimų priėmimo būdų ir neracionalaus elgesio egzistavimą. Tačiau visų pirma jai rūpi racionali būdai, tarp kurių išskiriami šie keturi:

pareigos (deontologija), pasekmių, principų ir dorybių etika.

- **Deontologija** – tai fundamentinių taisyklių, kurios galėtų tapti pagrindu priimant moralinius sprendimus, paieška. Viena iš tokių taisyklių: „Elkis su visais žmonėmis vienodai.“ Taisyklės pagrindas gali būti religinis, pavyzdžiui: tikėjimas, kad visi žmonės, būdami Dievo kūriniai, yra lygūs. Arba kosmopolitinis: pavyzdžiui, visi žmonės turi beveik visus tuos pačius genus. Nusistovėjusiomis taisyklėmis reikia vadovautis konkrečiose situacijose, ir tada gali dažnai iškilti nesutarimų, ką tos taisyklės įpareigoja daryti (pavyzdžiui, ar taisyklė nežudyti reiškia ir nėštumo nutraukimo bei mirties baismės draudimą?).
- **Pasekmių etika** (dar vadinama konsekvencializmu) priimant etinius sprendimus remiasi įvairių galimų pasirinkimų ir veiksmų pasekmių (arba rezultatų) analize. Morališkai teisingas veiksmas yra tas, dėl kurio gaunami geriausi rezultatai. Žinoma, tokiu atveju gali būti nesutariama dėl gero rezultato sampratos. Viena iš labiausiai išplėtotų pasekmių etikos teorijų – utilitarizmas. Utilitarizmo požiūriu svarbiausias moralės matas yra nauda, kuri apibrėžiama kaip „didžiausias gėris didžiausiam žmonių skaičiui“. Kiti pasekmių matavimo kriterijai, taikomi, pavyzdžiui, priimant sprendimus sveikatos priežiūroje, yra rentabilumas (*angl. – cost-effectiveness*) ir gyvenimo kokybė, kuri matuojama QALY (kokybiškai nugyventi gyvenimo metai, *angl. – quality-adjusted life-years*) skale arba DALY (su negalia pragyventi gyvenimo metai, *angl. – disability-adjusted life-years*) skale. Konsekvencializmo šalininkų nuomone, paprastai remtis principais nėra naudinga, nes juos yra per sunku identifikuoti, išdėstyti pagal svarbą ir pritaikyti praktikoje. Be to, principai nepadedą pasiekti rezultatų, o tai utilitaristų požiūriu yra bene svarbiausia priimant etinius sprendimus. Tačiau remiantis šiuo požiūriu,

principų ignoravimas sudaro prielaidas pateisinti tokius teiginius kaip „tikslas pateisina priemones“, pavyzdžiui, kad individo teisės galima paaukoti socialinių tikslų įgyvendinimo vardan.

- **Principų etikoje**, kaip byloja pats pavadinimas, etinių sprendimų pagrindą sudaro etiniai principai. Laikantis šio požiūrio, konkretaus atvejo ar situacijos klausimai sprendžiami remiantis etikos taisyklėmis ir atsižvelgiant į galimas pasekmes. Pagal tai ir nustatomas teisingo elgesio modelis. Principų etikos požiūris gana plačiai taikomas pastaruoju metu vykstančiose etinėse diskusijose, ypač JAV. Pagarba autonomijai, nauda (*angl. – beneficence*), žalos nedarymas (*angl. – non-maleficence*) ir teisingumas – visi šie keturi principai buvo traktuojami kaip patys svarbiausi priimant etinius sprendimus medicinos praktikoje. Principai iš tiesų atlieka reikšmingą vaidmenį racionalių sprendimų priėmimo procese. Vis dėlto minėtais keturiais principais paremtas požiūris, ir ypač pagarbos autonomijai sureikšminimas, daugiausia atspindi liberalios Vakarų kultūros tradiciją ir nebūtinai yra universalus. Dar daugiau, tam tikrose situacijose šie keturi principai gali tiesiog prieštarauti vienas kitam, todėl reikia dar aiškesnių kriterijų ar konkretaus tokių prieštaravimų sprendimo.
- **Dorybių etikoje** mažiau dėmesio skiriama sprendimų priėmimui, o daugiau sprendimus priimančių asmenų charakterio savybėms ir jų elgsenai. Dorybė yra tam tikras gerai išpuoselėtas moralinis įgūdis. Kaip buvo minėta anksčiau, ypač svarbi gydytojo dorybė yra užuojauta. Kitos dorybės — tai sąžiningumas, išmintingumas ir atsidasavimas savo darbui. Tikėtina, kad šias dorybes turintys gydytojai dažniau priims gerus sprendimus ir juos tinkamai įgyvendins. Tačiau net ir įvairių dorybių turintys asmenys dažnai nežino, kaip turėtų elgtis tam tikrose situacijose, ir nėra apsaugoti nuo klaidingų sprendimų.

Nė vienas iš šių keturių ar kitų galimų požiūrių nėra pelnęs visuotinio pritarimo. Kiekvienas asmuo teikia pirmenybę skirtingiems racionaliems, lygiai taip pat kaip neracionaliems etinių sprendimų priėmimo būdams. Iš dalies tai gali būti paaiškinama akivaizdžia tiesa, kad kiekvienas požiūris turi tiek privalumų, tiek trūkumų. Galbūt visų keturių požiūrių derinys, kurį sudaro geriausi kiekvieno iš jų ypatumai, yra optimalus būdas spręsti etines problemas. Identifikavus konkrečiai situacijai ar atvejui tinkamiausias taisykles ar principus, reikėtų jais griežtai vadovautis ir stengtis kuo geriau juos įgyvendinti. Be to, turėtų būti eliminuojamos galimos alternatyvių sprendimų pasekmės ir nustatomi labiausiai pageidautini rezultatai. Galiausiai reikėtų būtinai įsitikinti, ar sprendimus priimančio asmens elgesys (tiek svarstant, kokį sprendimą priimti, tiek ir jį įgyvendinant) būtų teigiamai vertinamas kitų asmenų. Visą sprendimų priėmimo procesą turėtų sudaryti šie veiksmai:

1. Nustatyti, ar iškilusi problema yra etinė.
2. Remtis autoritetingais šaltiniais, tokiais kaip medicinos etikos kodeksai ar rekomendacijų dokumentai, pasitarti su kompetentingais kolegomis bei išsiaiškinti, kaip gydytojai yra linkę spręsti tokio pobūdžio problemas.
3. Apsvarstyti alternatyvius sprendimų variantus atsižvelgiant į jais deklaruojamus principus ir vertybes bei galimus jų padarinius.
4. Aptarti savo siūlomą sprendimą su asmenimis, tiesiogiai suinteresuotais problemą išspręsti.
5. Priimti ir įgyvendinti savo sprendimą stengiantis atsižvelgti ir į kitų su šia problema susijusių asmenų interesus.
6. Įvertinti savo paties sprendimą ir būti pasirėngusiam ateityje veikti kitaip.

IŠVADOS

Šiame skyriuje rengiama dirva kitoms temoms nagrinėti. Sprendžiant konkrečius medicinos etikos klausimus reikėtų prisiminti, kad per ilgą sveikatos priežiūros istoriją gydytojai daugiausia sprendė tas pačias problemas, todėl jų sukauptą patirtis ir išmintis yra labai vertinga mūsų laikais. PMA ir kitos medicinos organizacijos tęsia šią tradiciją ir visomis išgalėmis stengiasi padėti gydytojams orientuotis etinėje problematikoje. Nepaisant bendro gydytojų sutarimo etiniais klausimais, kai kurie asmenys gali nesutarti ir iš tiesų ne visada sutaria dėl elgesio konkrečiais atvejais. Be to, gydytojų požiūris gali smarkiai skirtis nuo pacientų ar kitų sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių darbuotojų požiūrio. Spręsdami etines problemas gydytojai visų pirma privalo suprasti, kad yra galimi įvairūs šių problemų sprendimo būdai, pavyzdžiui, palyginus jų pačių ir su jais bendraujančių žmonių nuomones. Aiškesnis šių dalykų suvokimas patiems gydytojams padės surasti geriausias išeitis ir paaiškinti savo sprendimų motyvus kitiems.

ANTRAS SKYRIUS — GYDYTOJAI IR PACIENTAI

TIKSLAI

Išnagrinėję šį skyrių turėtumėte mokėti:

- paaiškinti, kodėl visi pacientai yra verti pagarbaus ir lygiateisio elgesio
- nustatyti esminius informuoto asmens sutikimo elementus
- paaiškinti, kaip priimti medicininius sprendimus už sutikimą duoti nepajėgius pacientus
- paaiškinti paciento konfidencialumo pagrindimą ir atpažinti teisėtas konfidencialumo išimtis
- identifikuoti pagrindines žmogaus gyvenimo pradžios ir pabaigos etines problemas
- įvertinti argumentus už ir prieš eutanaziją (ir savižudybę su gydytojo pagalba) bei nustatyti, kuo šie veiklos būdai skiriasi nuo paliatyviosios slaugos bei gydymo nutraukimo

ATVEJO NR. 1 ANALIZĖ

Gydytojas P., patyręs ir kvalifikuotas chirurgas, baigia naktinį budėjimą vidutinio dydžio bendruomenės ligoninėje. Į ligoninę atvežama jauna moteris. Ją atvežusi motina iš karto išvyksta, pranešusi priimančiai slaugytojai, kad turi prižiūrėti kitus savo vaikus. Pacientė kraujuoja iš makšties ir jaučia stiprų skausmą. Gydytojas P. apžiūri pacientę ir

nusprendžia, kad arba ji patyrė persileidimą, arba pati savo iniciatyva nutraukė nėštumą. Jis skubiai atlieka dilatacijos ir grandymo procedūras ir nurodo slaugytojai išsiaiškinti, ar pacientė galės susimokėti už tolesnį gydymą ligoninėje, kol ją bus saugu išrašyti. Pats nepasikalbėjęs su pacien-te, gydytojas P. perduoda pamainą gydytojui R. ir išvyksta namo.

GYDYTOJO IR PACIENTO SANTYKIŲ YPATUMAI

Gydytojo ir paciento santykiai yra kertinis medicinos praktikos, taigi ir medicinos etikos akmuo. Kaip minėta anksčiau, Ženevos deklaracijoje reikalaujama, kad gydytojui paciento sveikata būtų pati svarbiausia („Svarbiausiu veiklos tikslu pasižadau laikyti savo paciento sveikatą“), o Tarptautiniame medicinos etikos kodekse skelbiama: „Gydytojas turi rūpintis savo paciento gerove visomis išgalėmis ir pasitelkdamas visas savo žinias“. Pirmajame skyriuje jau aptarėme paternalistinių gydytojo ir paciento santykių tradiciją, kai gydytojas priimdavo sprendimus, o pacientas turėdavo jiems paklusti. Pastaraisiais metais ši pozicija yra plačiai kritikuojama tiek etiniu, tiek teisiniu atžvilgiu. Kita vertus, dauguma pacientų patys ne visada gali arba nori spręsti savo sveikatos priežiūros klausimus, todėl paciento autonomija vis dar yra labai aktuali problema. Lygiai taip pat problemiški ir kiti gydytojo ir paciento santykių aspektai: pavyzdžiui, gydytojo įsipareigojimas užtikrinti paciento konfidencialumą (ypač dabartinėje kompiuterizuotų medicininių įrašų ir valdomosios sveikatos priežiūros (*angl. – managed care**) epochoje), pareiga išsaugoti gyvybę, nors pacientas prašo paskubinti jo mirtį.

Šiame skyriuje bus nagrinėjamos šešios temos, kasdieniniame gydytojo darbe ypač aktualios: pagarbus elgesys ir lygiateisiškumas, bendravimas ir informuoto asmens sutikimas, sprendimų priėmi-

„Svarbiausiu veiklos tikslu pasižadų laikyti savo paciento sveikatą.“

mas už nepajėgius spręsti pacientus, konfidencialumas, žmogaus gyvenimo pradžios ir gyvenimo pabaigos problemos.

* Terminas „managed care“ reiškia „valdoma arba reguliuojama sveikatos priežiūra“ (kilęs nuo JAV veikiančių „Health Maintenance Organisations“). Tai reiškia, kad tam tikras skaičius regiono ar kokios nors pramonės šakos darbuotojų sveikatos įstaigų susijungia į HMO, į kurią įeina ir sveikatos draudimo kompanijos bei apdraustieji (to regiono gyventojai ar darbuotojai). Atitinkamai šios organizacijos sveikatos priežiūros sistema, apimanti paprastai beveik visą paslaugų spektrą, yra valdoma pagal gana griežtus sveikatos draudimo, paslaugų ribojimo bei racionalaus valdymo principus (sudaromos atitinkamos sutartys ir pan.), o ne paliekama reguliuoti rinkai.

PAGARBUS ELGESYS IR LYGIATEISIŠKUMAS

Nuostata, kad visi be išimties žmonės nusipelno pagarbos ir lygiavertčio elgesio, įsigalėjo palyginti neseniai. Beveik visose visuomenėse nelygybė ir nepagarbus elgesys tam tikrų individų ar jų grupių atžvilgiu buvo laikomas normaliu. Vienas iš charakteringų tokios tradicijos pavyzdžių – vergovė. Europos kolonijose ir JAV ji buvo panaikinta tik XIX amžiuje, o kai kur pasaulyje jų egzistuoja iki šiol. Tokiose šalyse kaip Pietų Afrikos Respublika, institucinė nebaudytųjų rasių diskriminacija likviduota vos prieš kelis dešimtmečius. Dauge lyje šalių moterys vis dar patiria nelygybę, su jomis nėra elgiamasi taip pagarbiai kaip derėtų. Diskriminacija dėl amžiaus, negalios ar seksualinės orientacijos vis dar dažnas reiškinys mūsų pasaulyje. Neabejotina ir tai, kad tebevyksta atkakli kova prieš nelygybę ir už kiekvieno žmogaus lygiateisiškumą.

Palapsniui besivystantis ir vis dar brandinamas žmonijos suvokimas, kad visi esame lygūs, prasidėjo XVII ir XVIII amžiais Europoje ir Šiaurės Amerikoje. Jį paskatino dvi priešingos ideologijos: nauja krikščionybės interpretacija ir krikščionišką tradiciją kritikuojantis racionalizmas. Pirmąją įkvėpė Amerikos pilietinis karas ir Teisių chartija, antrąją – Prancūzijos revoliucija ir su ja susiję politiniai įvy-

kiai. Veikiama šių dviejų ideologijų, demokratija žingsnis po žingsnio įsigalėjo ir paplito pasaulyje. Viena iš svarbiausių demokratijos politinių nuostatų buvo visų vyrų (daug vėliau – ir moterų) lygybė ir atitinkamai kiekvienam suteikiama teisė spręsti, kam patikėti valstybės valdymą.

XX amžiuje žmonių lygybės samprata buvo pradėta plėtoti žmogaus teisių kontekste. Vienas iš pirmųjų ką tik įsteigtų Jungtinių Tautų žingsnių buvo Visuotinės žmogaus teisių deklaracijos paskelbimas (1948 m.). Jos 1-ame straipsnyje teigiama: „Visi žmonės yra gimę laisvi ir lygūs orumo ir pagrindinių teisių prasme“. Dauguma kitų tarptautinių ir nacionalinių institucijų yra deklaravusios žmogaus teises ginančias nuostatas, taikomas visiems žmonėms, visiems konkrečios valstybės piliečiams arba tam tikroms individų grupėms (vaikų teisės, pacientų teisės, vartotojų teisės ir panašiai). Norint paskatinti šių dokumentų įgyvendinimą, buvo sukurta nemažai organizacijų. Deja, kai kuriose šalyse žmogaus teisės vis dar nėra gerbiamos.

Medicinos profesijos požiūris į pacientų lygybę ir teises įvairiais istorijos laikotarpiais buvo gana prieštaringas. Viena vertus, gydytojai buvo įpareigoti nepaisyti savo pacientų amžiaus, ligos ar negalios, religinių, etninių, lyties, tautybės, politinių ar rasinių skirtumų bei seksualinės orientacijos ar socialinės padėties motyvų (Ženevos deklaracija). Kita vertus, gydytojai reikalavo teisės atsisakyti priimti pacientą, išskyrus neatidėliotinos pagalbos atvejus. Teisė atsisakyti gydyti pacientą buvo grindžiama tokiais teisėtais argumentais kaip pernelyg didelis užimtumas, kvalifikacijos ar išsilavinimo tam tikroje srityje stoka. Tačiau visi kiti atsisakymo gydyti motyvai, išskyrus minėtas priežastis, aiškiai turėtų diskriminacijos ir neatsakingos veiklos požymių. Todėl vienintelė priemonė išvengti žmogaus teisių pažeidimų sveikatos priežiūroje galėtų būti nebent gydytojo sąžinė,

o ne teisė ar įstatymais numatytos sankcijos.

Net jei pasirinkdami pacientus gydytojai ir nenusižengtų pagarbaus elgesio ir lygybės reikalavimams, jų požiūris į savo pacientus ir jų veikla dėl to nepasikeistų. Šio skyriaus pradžioje aprašytas atvejis kaip tik iliustruoja minėtą problemą. Jau pirmame skyriuje kalbėjome, kad užuojauta yra viena iš kertinių medicinos vertybių ir vienas iš svarbiausių gerų terapinių santykių ypatumų. Užuojauta reiškia pagarbą paciento orumui ir jo vertybėms, bet ji taip pat reiškia, kad pripažįstamas ligonio arba negalią turinčio paciento pažeidžiamumas ir stengiamasi jį jį deramai atsižvelgti. Jei pacientas jaučia gydytojo užuojautą, įmanoma, kad jis labiau pasitikės savo gydytojo pasiryžimu jam padėti ir šis pasitikėjimas paspartins patį sveikimo procesą.

Pasitikėjimas, kaip dar viena esminė gydytojo ir paciento santykių sudedamoji dalis, paprastai suprantamas taip: gydytojas neturėtų palikti paciento, kurį prižiūrėti ėmėsi. PMA Tarptautiniame medicinos etikos kodekse numatoma, kad nutraukti gydytojo ir paciento santykius galima tik tada, kai pacientas pats reikalauja kito, kitokių įgūdžių turinčio, gydytojo paslaugų. Čia teigiama: „Gydytojas turėtų būti visiškai lojalus savo pacientams ir padėti jiems pasitelkdamas visas savo žinias. Jei gydytojas pats nėra pajėgus apžiūrėti pacientą ar jį gydyti, jį pagalbą jis turėtų pasitelkti kitą gydytoją, gebantį tai atlikti“. Tačiau yra daug kitų motyvų, dėl kurių gydytojas galėtų norėti nutraukti santykius su pacientu, pavyzdžiui, jei gydytojas persikelia gyventi kitur ar ketina nebedirbti, jei pacientas atsisako ar negali mokėti už paslaugas, jei pacientas ir gydytojas nemėgsta vienas kito, jei pacientas atsisako laikytis gydytojo rekomendacijų ir kitais atvejais. Šie motyvai gali būti visiškai teisėti, tačiau gali būti nepateisinami etiniu požiūriu. Svarstydami atsisakymo gydyti pacientą atvejus, medikai turėtų remtis savo šalies etikos kodeksu

ir kitais jų veiklą reglamentuojančiais dokumentais. Jie taip pat turėtų patys įvertinti situaciją ir atidžiai iširti savo atsisakymo gydyti motyvus. Gydytojai turėtų būti pasirengę pateisinti savo sprendimą tiek sau, tiek pacientui ir, esant reikalui, trečiajai šaliai. Jei motyvas yra teisėtas, gydytojas turėtų padėti pacientui rasti kitą tinkamą gydytoją arba, jei tai neįmanoma, iš anksto įspėti pacientą apie ketinimą nutraukti paslaugas, kad pacientas galėtų susirasti kitas medicinos priežiūros galimybes. Jei motyvas nėra teisėtas, pavyzdžiui, išankstinė rasinė nuostata, gydytojas turėtų imtis priemonių įveikti šį savo trūkumą.

„...Norėdami nutraukti savo ir paciento santykius (...) gydytojai (...) turėtų būti pasirengę pateisinti savo sprendimą tiek sau, tiek pacientui, ir, esant reikalui, trečiajai šaliai.“

Dauguma gydytojų, ypač dirbančių valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose, dažniausiai negali pasirinkti, kokius pacientus gydyti. Pacientų gali pasitaikyti agresyvių, keliančių grėsmę gydytojo saugumui. Kiti gali būti tiesiog storžieviai, besivadovaujantys socialiai nepriimtinais pažiūromis. Ar tokie pacientai atsisako savo teisės būti gerbiami ir lygiai taip pat gydomi? Ar iš gydytojų tikimasi papildomų, kartais net didvyriškų pastangų sukurti ir išlaikyti terapinius santykius su tokiais pacientais? Tokiais atvejais gydytojai turėtų suderinti atsakomybę už savo pačių ir kitų darbuotojų saugumą su savo pareiga rūpintis pacientų gerove. Jie turėtų stengtis surasti būdą įvykdyti abu šiuos įsipareigojimus. Jei tai neįmanoma, jie turėtų bandyti organizuoti tokių pacientų priežiūrą kitais alternatyviais būdais.

Dar vienas iššūkis taikant pagarbos ir lygybės principą visų pacientų atžvilgiu – tai užkrečiamosiomis ligomis sergančių pacientų priežiūra. Šiuo atveju daugiausia dėmesio skiriama ŽIV/AIDS ligai, ne

tik todėl, kad ši liga yra pavojinga gyvybei, bet ir todėl, kad ji dažnai siejama su išankstinėmis neigiamomis socialinėmis nuostatomis. Tačiau, be ŽIV/AIDS, yra daugybė kitų rimtų infekcinių užkrečiamųjų ligų, kuriomis gali lengvai užsikrėsti ir patys sveikatos priežiūros darbuotojai. Kai kurie gydytojai nesiryžta atlikti invazinių procedūrų tokiomis ligomis sergantiems pacientams vien dėl to, kad patys gali užsikrėsti. Tačiau medicinos etikos kodeksai nenumato išimčių gydytojo pareigai vienodai gydyti visus pacientus, įskaitant ir užkrečiamosiomis ligomis sergančius. PMA deklaracijoje „Dėl gydytojų profesinės atsakomybės gydant AIDS pacientus“ skelbiama:

AIDS sergantys pacientai turi teisę gauti kompetentingą, užuojautą ir pagarba žmogaus orumui pagrįstą medicinos priežiūrą. Etiniu požiūriu gydytojas negali atsisakyti gydyti pacientą, kurio būklė priklauso esamai gydytojo kompetencijos sričiai, vien tik todėl, kad paciento serologinių tyrimų rezultatai yra teigiami.

Medicinos etikos požiūriu kategoriškai draudžiama diskriminuoti pacientą vien todėl, kad jo serologinių tyrimų rezultatai yra teigiami. AIDS sergančiam asmeniui reikia kompetentingo ir užuojauta paremto gydymo. Gydytojas, negalintis suteikti AIDS sergantiems asmenims reikiamos priežiūros ir paslaugų, turėtų užtikrinti jų perdavimą kitiems medikams ar instancijoms, kurios suteiktų reikiamas paslaugas. Iki tol, kol paciento priežiūra bus perduota, gydytojas privalo stengtis kuo geriau prižiūrėti pacientą.

Kadangi gydytojo ir paciento santykiai yra asmeniniai, jie gali tapti lytinio potraukio priežastimi. Šiuo atžvilgiu pagrindinė tradicinės medicinos etikos taisyklė – bet kokiam paciento potraukiui sužadinti turi būti užkirstas kelias. Hipokrato priesaikoje yra toks įžadas: „Kad ir į kieno namus aš užeičiau, darysiu tai tik ligonių naudai ir

susilaikysiu nuo bet kokio tyčinio nedoro poelgio, ypač nuo kūno malonumų su moterimis ir vyrais...” Paskutiniaisiais metais dauguma medicinos asociacijų atnaujino šią gydytojo ir paciento lytinius santykius draudžiančią nuostatą. Motyvai juos uždrausti mūsų laikais yra tiek pat pagrįsti, kiek ir Hipokrato laikais, prieš 2500 metų. Pacientai yra jautrūs ir tikisi, kad gydytojai juos deramai gydys. Jie gali nedrįsti atsispirti gydytojų pastangoms suartėti, kad tai nepakenktų jų gydymui. Be to, emocinis intymus ryšys su pacientu gali neigiamai paveikti klinikinį gydytojo sprendimą.

Pastarasis argumentas galioja taip pat ir gydytojų šeimos narių atžvilgiu. Daugelyje medicinos etikos kodeksų medikai pabrėžtinai skatinami vengti gydyti savo šeimos narius. Tačiau tiek etikos kodeksuose, tiek kai kuriuose kituose dokumentuose požiūris į gydytojo ir paciento lytinius santykius gali skirtis priklausomai nuo aplinkybių. Pavyzdžiui, atokiose vietovėse po vieną dirbantys gydytojai gali būti priversti teikti medicininę priežiūrą savo šeimos nariams, ypač neatidėliotinais atvejais.

BENDRAVIMAS IR INFORMUOTO ASMENS SUTIKIMAS

Informuoto asmens sutikimas yra viena iš svarbiausių šiuolaikinės medicinos etikos sąvokų. Paciento teisė spręsti dėl savo sveikatos priežiūros yra pripažįstama bene visuose teisiniuose ir etiniuose dokumentuose visame pasaulyje. PMA Paciento teisių deklaracijoje teigiama:

Pacientas turi teisę pats apsispręsti ir laisvai priimti su jo sveikata susijusius sprendimus. Gydytojas privalo informuoti pacientą apie galimų sprendimų pasekmes. Sąmoningas ir sveikos nuovokos suaugęs pacientas turi teisę sutikti arba nesutikti su

bet kokia diagnostikos procedūra ar gydymu. Pacientas turi teisę gauti visą reikalingą informaciją, susijusią su jo sprendimo priėmimo galimybėmis. Pacientas turėtų aiškiai suprasti kiekvienos medicininės apžiūros ar gydymo tikslą, jų rezultatų reikšmę ir atsisakymo duoti sutikimą pasekmes.

Būtina informuoto asmens sutikimo sąlyga yra darnus gydytojo ir paciento bendravimas. Kai paternalizmas buvo paciento ir gydytojo santykių norma, bendrauti buvo pakankamai paprasta – tiesiog gydytojas duodavo pacientui nurodymus, o šis turėdavo jiems paklusti ir laikytis paskirto gydymo plano. Šiais laikais bendravimas yra daug sudėtingesnis ir iš gydytojo reikalauja daugiau pastangų. Gydytojas turi suteikti pacientui visą informaciją, reikalingą priimti sprendimus. Informuoto asmens sutikimas yra sudėtingas procesas: tai ir informacijos pateikimas apie medicininę diagnozę, prognozę ar gydymo režimą suprantamais žodžiais; ir įsitikinimas, kad pacientas supranta įvairias gydymo galimybes įskaitant kiekvienos iš jų privalumus ir trūkumus; ir atsakymai į visus paciento klausimus, ir bet kokio paciento priimto sprendimo motyvų (jei tik įmanoma) supratimas. Paprastai žmonės iš prigimties neturi gerų bendravimo įgūdžių, todėl juos reikia nuolat tobulinti, sąmoningai ugdyti ir kaskart vis iš naujo kritiškai vertinti.

Dvi reikšmingos sėkmingo gydytojo ir paciento bendravimo kliūtys – tai kalbos ir kultūros skirtumai. Jei gydytojas ir pacientas kalba skirtingomis kalbomis, prireiks vertėjo. Deja, daugeliu atvejų kvalifikuotų vertėjų nebūna ir gydytojas turi susirasti šiai užduočiai tinkamiausią asmenį. Papildomų bendravimo problemų atsiranda ir dėl kultūrinių skirtumų, kuriuos sudaro ne tik kalba, bet ir daugelis kitų aspektų. Skirtingose kultūrose ligos prigimtis ir jos priežastys gali būti suvokiamos savaip, todėl pacientai gali nesuprasti gydytojo paskelbtos diagnozės ir gydymo galimybių. Tokiomis aplinkybėmis

gydytojai turėtų stengtis visomis įmanomomis priemonėmis išsiaiškinti, kaip jų pacientai suvokia sveikatą ir gydymą apskritai. Atsižvelgdami į šiuos niuansus savo rekomendacijas jie turėtų pateikti kiek įmanoma aiškiau ir suprantamiau pacientui.

Jei gydytojas sugebėjo savo pacientui tinkamai perduoti visą informaciją apie jo diagnozę, prognozę ir gydymo galimybes (tai, ko pacientui reikia ir ką jis nori sužinoti), tada pacientas galės priimti šia informacija pagrįstą sprendimą, kaip elgtis toliau. Nors sąvoka „sutikimas“ tarsi išreiškia pritarimą gydymui, vis dėlto informuoto asmens sutikimo samprata suporuojama ir kitas reikšmes – galimybę atsisakyti gydymo arba pasirinkti alternatyvius gydymo būdus. Veiksniūs, sąmoningi pacientai turi teisę atsisakyti gydymo net ir tuo atveju, jei toks atsisakymas baigtųsi jų negalia ar mirtimi.

Veiksniūs, sąmoningi pacientai turi teisę atsisakyti gydymo net ir tuo atveju, jei toks atsisakymas baigtųsi jų negalia ar mirtimi.

Sutikimo patvirtinimas gali būti tiesioginis arba numanomas. Tiesioginis sutikimas duodamas žodžiu arba raštu. Sutikimas yra numanomas, kai pacientas savo elgesiu išreiškia pritarimą tam tikrai procedūrai ar gydymui. Pavyzdžiui, pacientas išreiškia sutikimą duoti iš venos kraujo ištiesdamas ranką. Jei gydymas yra susijęs su tam tikra rizika arba pernelyg dideliais nepatogumais, geriau yra gauti tiesioginį, o ne numanomą sutikimą.

Reikalavimas gauti pajėgaus spręsti ir informuoto paciento sutikimą turi dvi išimtis:

- Pirma: tai atvejai, kai pacientas savanoriškai perduoda savo sprendimo priėmimo įgaliojimus gydytojui ar trečiajai šaliai.

Jei pacientui informacija per daug sudėtinga arba jis visiškai pasitiki savo gydytojo sprendimais, jis gali pasakyti: „Darykite, kaip jums atrodo geriausia“. Gydytojas neturėtų besąlygiškai tenkinti tokio reikalavimo, bet turėtų stengtis suteikti pacientui svarbiausią informaciją apie gydymo galimybes ir skatinti jį patį priimti sprendimus. Tačiau jei taip paskatintas pacientas vis dar nori, kad už jį spręstų gydytojas, tai šis, atsižvelgdamas į paciento interesus, turėtų taip ir pasielgti.

- Antra: tai atvejai, kai medicininės informacijos atskleidimas paakenktų pačiam pacientui. Tokiais atvejais remiamasi tradicine gydytojo teisės samprata. Ši teisė leidžia gydytojui nepateikti medicininės informacijos, jei ji galėtų padaryti pacientui rimtą fizinę, psichologinę ar emocinę žalą, pavyzdžiui, jei yra prielaidų manyti, kad sužinojęs apie savo mirtiną ligą pacientas bandys nusizudyti. Šia teise labai lengva piktnaudžiauti, todėl gydytojas turėtų ja naudotis tik ypatingomis aplinkybėmis. Be jokių išankstinių nuostatų gydytojas turėtų būti linkęs manyti, kad visi pacientai yra pajėgūs susidoroti su jiems pateikiamais faktais. Sprendimas neatskleisti informacijos pacientui turėtų būti naudojamas tik visiškai įsitikinus, kad tiesos sakymas padarys jam daugiau žalos nei naudos.

Kai kuriose kultūrose įprasta manyti, kad gydytojas nėra įpareigotas teikti pacientui informaciją apie nepagydomos ligos diagnozę. Manoma, kad tokia informacija sukeltų pacientui nevilgtį ir dėl to likusios jo gyvenimo dienos būtų dar nelaimingesnės, palyginti su vilgtį pasveikti turinčio paciento dienomis. Visame pasaulyje pacientų šeimos nariai beveik visada prašo nesakyti pacientams apie jų laukiančią mirtį. Ketindami pranešti ligoniui blogas naujienas, ypač apie artėjančią mirtį, gydytojai turi labai jautriai atsižvelgti į kultūrinius ir asmeninius veiksnius susidariusioje situacijoje. Nepaisant to, paciento teisė į informuotą sutikimą yra vis plačiau pripažįstama, todėl

pirminė gydytojo pareiga – padėti pacientams pasinaudoti šia teise.

Vis labiau ryškėja tendencija apie sveikatos priežiūros paslaugas kalbėti vartojimo prasme, o pacientus vadinti tų paslaugų vartotojais. Pacientai ir jų šeimos vis dažniau reikalauja tokių medicinos paslaugų, kurios, gydytojų įsitikinimu, nėra jiems būtinos. Tai gali būti susiję, pavyzdžiui, su pageidavimu vartoti antibiotikus virusinėms ligoms gydyti, su reikalavimu taikyti intensyviosios terapijos priemonės ligoniams, kurių smegenys jau nefunkcionuoja, su perspektyvių, bet nepatvirtintų vaistų bei chirurginių procedūrų taikymu. Kai kurie pacientai tvirtina turintys teisę gauti bet kurią medicininę paslaugą, jų nuomone, jiems naudingą. Gana dažnai gydytojai labai mielai sutinka jiems padėti, nors ir žino, kad ši paslauga nepagerins paciento sveikatos. Ši problema tampa itin aktuali tais atvejais, kai sveikatos priežiūrai skirti išteklių yra riboti – beprasmiškas arba nenaudingas kai kurių pacientų gydymas reiškia, kad kiti pacientai lieka negydomi.

Žodžiai „beprasmiškas“ ir „nenaudingas“ turi būti suprantamai paaiškinti. Kai kuriose situacijose gydytojas gali nustatyti, kad gydymas medicininio požiūriu yra beprasmiškas ar nenaudingas, nes nėra jokios pagrįstos vilties, kad gydomas pacientas pasveiks ar jo būklė pagerės; arba gydyti toliau neverta, nes ilgą laiką tai neduoda jokios naudos. Kitais atvejais praktinę gydymo naudą galima nustatyti tik remiantis paciento subjektyviu savo bendros gerovės vertinimu. Apskritai pacientas visada turėtų dalyvauti svarstant, ar jo atveju gydymas turi prasmę. Išimtiniais atvejais tokie svarstymai gali prieštarauti paciento interesams, tačiau gydytojas iš esmės nėra įpareigotas siūlyti pacientui beprasmišką ar jam nenaudingą gydymą.

Informuoto asmens sutikimo principas taip pat užtikrina paciento

„Gydytojas nėra įpareigotas siūlyti pacientui beprasmiską ar jam nenaudingą gydymą.“

teisę pasirinkti vieną iš gydytojo pateiktų gydymo galimybių. Kiek ir kokių gydytojų nerekomenduojamų paslaugų gali reikalauti pacientai ir jų šeimos nariai – šis klausimas tampa viena iš pagrindinių temų etinėse, teisinėse ir pilietinėse politikos diskusijose. Jei šio klausimo dar neišsprendė vyriausybės institucijos, sveikatos priežiūros draudimo atstovai ar profesinės organizacijos, konkretūs gydytojai turės patys nuspręsti, ar jie patenkins pacientų prašymus taikyti jų atveju neadekvačias gydymo priemones. Gydytojai turėtų atsisakyti tenkinti tokius reikalavimus, jei tikrai žino, kad toks gydymas padarys daugiau žalos negu naudos. Tais atvejais, kai gydymas nekelia pavojaus paciento sveikatai, tačiau jo naudos tikimybė nėra didelė, gydytojai turi teisę patys apsispręsti – taikyti

šį gydymo metodą ar ne, nepamirštant ir placebo efekto galimybes. Jei problema yra nepakankamos gydymui skirtos lėšos, gydytojai turėtų šią problemą pateikti atsakingiems valdininkams ar institucijoms.

Ar pacientai turi teisę gauti gydytojų nerekomenduojamas paslaugas?

šį gydymo metodą ar ne, nepamirštant ir placebo efekto galimybes. Jei problema yra nepakankamos gydymui skirtos lėšos, gydytojai turėtų šią problemą pateikti atsakingiems valdininkams ar institucijoms.

SPRENDIMŲ PRIĖMIMAS UŽ NEPAJĖGIUS SPRĘSTI PACIENTUS

Daug pacientų yra nepajėgūs patys priimti sprendimus. Tokie yra vaikai, tam tikros psichiatrinės ar neurologinės būklės asmenys, taip pat laikinai neturintys sąmonės ar komos būklėje esantys pacientai. Šiems pacientams reikia už juos galinčių spręsti pakaitinių asmenų: jais gali būti gydytojas arba kitas žmogus. Etinių problemų kyla, kai reikia pasirinkti tinkamą sprendimus priimti įgalioją asmenį

ir sprendimų priėmimo už nepajėgius spręsti asmenis kriterijus.

Kai galiojo medicininis paternalizmas, gydytojas buvo vienintelis tinkamas pakaitinis asmuo, priimantis sprendimus už nepajėgius spręsti pacientus. Gydytojas galėjo pasitarti su šeimos nariais dėl gydymo galimybių, bet galutinius sprendimus priimdavo pats. Daugelyje šalių gydytojai palaipsniui ėmė prarasti šią teisę, nes pacientams buvo suteikta galimybė patiems įvardyti asmenis, kurie jiems tapus neveiksniais galėtų už juos spręsti. Be to, kai kuriose valstybėse pacientų pasirinkti jų įgalioti asmenys nurodomi pirmumo tvarka (pvz., vyras arba žmona, suaugę vaikai, broliai ir seserys ir t. t.). Tokiais atvejais gydytojai priima sprendimus už pacientus tik tada, jei nurodyto pakaitinio asmens nepavyksta rasti, kaip kad dažnai nutinka kritinėse situacijose. PMA Paciento teisių deklaracijoje gydytojo pareiga šiuo atveju nusakoma taip:

Jei pacientas yra be sąmonės ar dėl kitos priežasties nepajėgus išreikšti savo valios, informuoto asmens sutikimas turi būti gautas, jei tai įmanoma, iš teisiškai įgalio to atstovo. Esant būtinybei neatidėliotinai atlikti medicininės intervencinės procedūras, paciento sutikimą galima numanyti, jei teisiškai įgalio to atstovas yra nepasiekiamas ir jei nėra kitų akivaizdžių ir neabejotinų ankstesnės paciento valios ar įsitikinimų patvirtinimų, kad esant tokiai situacijai jis neduotų sutikimo šioms medicininėms intervencijoms.

Problemų kyla tada, kai asmenys, tvirtinantys, kad jie yra paskirti sprendimams priimti, nesutaria tarpusavyje (pavyzdžiui, skirtingi šeimos nariai) arba kai jie sutaria, tačiau jų sprendimas, gydytojo nuomone, neatitinka paciento interesų. Pirmiausia gydytojas turėtų imtis tarpininko vaidmens, bet jei ir toliau nesutariama, konfliktą galima gesinti kitais būdais: pavyzdžiui, leisti spręsti vyriausiam

šeimos nariui arba balsuoti. Jei įgaliotas asmuo iš esmės nesutaria su gydytoju, Paciento teisių deklaracijoje rekomenduojama: „Jei paciento teisiškai įgaliotas atstovas arba paciento įgaliotas asmuo draudžia taikyti gydymo būdą, kuris, gydytojo nuomone, labiau atitinka paciento interesus, gydytojas turėtų ginčyti šį sprendimą atitinkamai teisine ar kita įstatymais numatyta tvarka.“

Informuoto asmens sutikimo principas ir jo įgyvendinimo būdai, anksčiau aptarti kalbant apie paciento sprendimo priėmimą, lygiai taip pat taikytini ir pakaitinio asmens sprendimų priėmimui. Gydytojo pareiga suteikti visą informaciją pakaitiniam asmeniui, kad šis galėtų priimti sprendimus. Šiuo atveju informuoto asmens sutikimą sudaro: informacijos pakaitiniam asmeniui pateikimas apie diagnozę, prognozę ar gydymo režimą, visa tai aiškinant paprastais žodžiais; taip pat įsitikinimas, kad įgaliotas asmuo supranta įvairias gydymo galimybes įskaitant kiekvienos iš jų privalumus ir trūkumus; atsakymas į visus jo klausimus, jo priimto sprendimo motyvų išsiaiškinimas.

Pagrindinis kriterijus, taikytinas priimant sprendimus dėl nepajėgaus spręsti paciento gydymo, yra jo valia dėl gydymo, jei ji žinoma. Paciento pageidavimai gali būti išdėstyti *išankstiniame paciento gyvenimo valios pareiškime* (angl. –*advance directive*); arba juos gali suformuluoti pakaitinis sprendimus priimantis asmuo, gydytojas ar kiti sveikatos priežiūros komandos nariai. Kai nepajėgaus spręsti paciento pageidavimai nėra žinomi, bet koks sprendimas dėl gydymo turėtų atsižvelgti į paciento interesus, priklausomai nuo: a) paciento diagnozės ir prognozės; b) žinomų paciento vertybių; c) informacijos, gautos iš paciento artimųjų; d) su pacientu susijusių kultūrinių ir religinių aspektų, kurie galėtų turėti įtakos terapiniam sprendimui. Tokiu atveju, kitaip nei tada, kai pacientas yra palikęs aiškias instrukcijas dėl gydymo, problemos sprendimas neužtikrina,

kad bus tikrai vykdoma paciento valia. Kita vertus, priimant sprendimus konkrečioje situacijoje minėtos taisyklės padeda pakaitiniam asmeniui įvertinti kitas paciento pasirinktas galimybes bei paciento požiūrį į gyvenimą apskritai.

Įvertinti paciento gebėjimą priimti medicininius sprendimus gali būti sudėtinga užduotis, ypač kai kalbama apie jaunus žmones ir tuos, kurių protinėms galioms pakenkė ūminė arba lėtinė liga. Asmuo gali būti kompetentingas priimti sprendimus dėl vieno gyvenimo klausimų, bet nepajėgus spręsti dėl kitų. Gebėjimas spręsti taip pat gali būti laikinas – vienu metu asmuo gali būti šviesaus proto ir gerai suvokti esamą situaciją, kitu metu gali būti netekęs savimonės. Nors teisiniu požiūriu tokie pacientai negali būti veiksniūs, vis dėlto į jų valią turi būti atsižvelgiama, kai sprendimai priimami jų vardu. Paciento teisių deklaracijoje tai išsakoma tokiais žodžiais: „Jei pacientas yra nepilnametis arba teisiniu požiūriu pripažįstamas nekompetentingas daryti sprendimus, būtina gauti teisiškai įgalioto atstovo sutikimą, kai tai yra teisiškai svarbu. Nepaisant to, pacientas turi dalyvauti sprendimų priėmimo procese tiek, kiek tik leidžia jo kompetencija.“

„...Pacientas turi dalyvauti priimant sprendimus tiek, kiek tik leidžia jo kompetencija.“

Gana neretai pacientai negali racionaliai ir teisingai spręsti apie skirtingas gydymo galimybes dėl ligos sukeltų nepatogumų ir susierzinimo. Tačiau nepaisant to, jie gali būti pajėgūs išreikšti savo nesutikimą dėl konkrečios intervencijos, pavyzdžiui, intraveninio maitinimo vamzdelio. Tokiais atvejais būtina reikia atkreipti dėmesį į panašius paciento nesutikimo požymius, kartu atsižvelgiant į visus kitus tokių pacientų gydymo tikslus.

Ypač sudėtingi etiniai klausimai kyla dėl psichinius ar neurologinius

sutrikimus turinčių pacientų, kuriuos įprasta laikyti pavojingais sau ar kitiems. Svarbu kiek įmanoma gerbti jų teises, ypač teisę į laisvę. Vis dėlto tokių pacientų laisvę gali tekti suvaržyti arba gydyti juos prieš jų valią norint apsaugoti juos nuo galimos žalos sau ar kitiems. Galima skirti priverstinį paciento izoliavimą arba priverstinį gydymą. Kai kurie teisininkai pasisako už tokių pacientų teisę atsisakyti gydymo, net jei dėl to būtų suvaržyta jų laisvė. Pagrįsta priežastis atsisakyti gydymo gali būti skaudi praeities patirtis, susijusi su gydymu: pavyzdžiui, stiprus šalutinis psichotropinių vaistų poveikis. Būdami tokių pacientų pakaitiniai asmenys, už juos sprendimus priimančios gydytojai turėtų būti visiškai įsitikinę, kad jie iš tiesų kelia pavojų sau ar kitiems, o ne tiesiog yra nepageidaujami. Gydytojai turėtų bandyti išsiaiškinti, kokie yra paciento pageidavimai dėl gydymo ir kokios yra tokių pageidavimų priežastys, net jei galiausiai jų nebus įmanoma patenkinti.

KONFIDENCIALUMAS

Gydytojo pareiga išlaikyti paslapyje visą su pacientu susijusią informaciją buvo kertinis medicinos etikos principas nuo Hipokrato laikų. Hipokrato priesaikoje skelbiama: „To, ką pamatysiu ar išgirsiu gydymas pacientą ir kitais gyvenimo atvejais, ir to, ko niekada negalima skelbti pašaliniams asmenims, aš neviešinsiu ir apie tai nekalbėsiu, kad neužtraukčiau gėdos savo pacientui.“ Hipokrato priesaikoje ir kai kuriose vėlesnėse šios priesaikos versijose pareiga laikytis konfidencialumo neturi jokių išimčių. Pavyzdžiui, PMA Tarptautinis medicinos etikos kodeksas skelbia tokį reikalavimą: „Visi faktai, kuriuos gydytojas žino apie savo pacientą, privalo būti visiškai konfidencialūs, net ir po paciento mirties.“

„Visi faktai, kuriuos gydytojas žino apie savo pacientą, privalo būti visiškai konfidencialūs, net ir po paciento mirties.“

„Visi faktai, kuriuos gydytojas žino apie savo pacientą, privalo būti visiškai konfidencialūs, net ir po paciento mirties.“ Tačiau kituose etikos

kodeksuose toks kategoriškas požiūris į konfidencialumą yra atmestas. Kadangi konfidencialumo principui gali būti taikomos pateisintos išimtyms, yra būtina paaiškinti pačią konfidencialumo sampratą.

Konfidencialumo samprata kyla iš trijų šaltinių: autonomijos, pagarbos kitiems žmonėms ir pasitikėjimo. Autonomija siejama su konfidencialumu todėl, kad asmeninė informacija priklauso tam tikram asmeniui ir šios informacijos negalima perduoti kitiems be jo sutikimo. Jei pacientas atskleidžia asmeninę informaciją kitam asmeniui, pavyzdžiui, gydytojui ar slaugytojai, arba jei tyrėjai disponuoja medicininį tyrimų informacija, tai visi dalyvaujantys asmenys privalo išsaugoti ją paslapyje, nebent pats asmuo sutiktų ją atskleisti.

Konfidencialumas taip pat yra svarbus todėl, kad kiekvienas žmogus yra vertas pagarbos. Vienas iš svarbesnių būdų parodyti pagarbą – tai privatumo išsaugojimas. Medicininėje aplinkoje išsaugoti privatumą yra dažnai sudėtinga, bet būtent tai duoda pagrindą tik dar labiau vengti nereikalingo kišimosi į privatų asmens gyvenimą. Kadangi kiekvieno konkretaus asmens privatumo poreikis gali būti skirtingas, negalime manyti, kad visi būtinai nori, kad su jais būtų elgiamasi taip, kaip mes norėtume, kad būtų elgiamasi su mumis. Todėl reikėtų labai kruopščiai išsiaiškinti, kokią asmeninę informaciją pacientas nori išlaikyti paslapyje ir kokią informaciją paviešinti jis neprieštarautų.

Pasitikėjimas yra taip pat labai svarbus gydytojo ir paciento santykių aspektas. Norėdamas gauti medicinos priežiūrą, pacientas turi atskleisti asmeninę informaciją – informaciją, kurios nenorėtų suteikti pašaliniam – gydytojams arba kitiems visiškai svetimiems žmonėms. Pacientas įgis pasitikėjimą tik būdamas visiškai tikras tuo, kad sveikatos priežiūrą teikiantys specialistai išlaikys šią informaciją paslapyje. Šio pasitikėjimo pamatas yra etinės ir teisinės konfidencialumo normos, kurių laikymosi tikimasi iš profesionalių

sveikatos priežiūros darbuotojų. Jei pacientas kaip nors supras, kad jo asmeninė informacija gali nutekėti, jis gali tiesiog jos nepateikti. Tai gali sutrukdyti gydytojų pastangoms atlikti veiksmingas medicininės procedūras arba pasiekti tam tikrų visuomenės sveikatos tikslų.

PMA Paciento teisių deklaracijoje paciento teisė į konfidencialumą apibendrinama taip:

- Visa gaunama informacija apie paciento sveikatos būklę, medicininės sąlygas, diagnozę, prognozę ir gydymą bei visa kita asmeninio pobūdžio informacija turi būti laikoma paslapyje net po jo mirties. Išimties atveju tik paciento artimieji gali turėti teisę gauti šią informaciją, jei jų sveikatai gresia pavojus.
- Konfidencialią informaciją galima atskleisti tik tada, kai pacientas duoda tiesioginį sutikimą arba kai tai leidžia daryti įstatymai. Informaciją galima pranešti kitiems sveikatos priežiūros paslaugų specialistams tada ir tik tada, jei jiems tai yra būtina žinoti, nebent pacientas būtų davęs tiesioginį sutikimą.
- Visi surinkti duomenys apie pacientą turi būti saugūs. Duomenų laikymo priemonės turi būti tinkamai apsaugotos. Žmogaus kūno medžiagos, iš kurių gali būti gaunami identifikuojami duomenys, turi būti taip pat atitinkamai saugomi.

Šioje PMA Deklaracijoje yra numatytos ir konfidencialumo išsaugojimo išimtytys. Kai kurios iš jų yra iš dalies lengvai išsprendžiamos, tačiau kitos gydytojams kelia labai sudėtingų etinių klausimų.

Eiliniai konfidencialumo pažeidimai yra gana dažni daugelyje sveikatos priežiūros institucijų. Tiek gydytojai, tiek slaugytojai,

laboratorijose dirbantys specialistai, studentai turi prieiti prie paciento sveikatos duomenų tam, kad galėtų suteikti jam tinkamą priežiūrą, o studentai – kad galėtų įgyti medicininės praktikos. Pavyzdžiui, jei pacientas ir jį prižiūrintys medikai kalba skirtingomis kalbomis, bendrauti lengviau būtų su vertėjų pagalba. Tais atvejais, kai pacientas pats nėra pajėgus priimti medicininių sprendimų, kitiems asmenims turi būti suteikta informacija apie ligonį, kad jie galėtų priimti sprendimus šio paciento vardu ir juo rūpintis. Gydytojams įprasta informuoti mirusiojo šeimos narius apie mirties priežastį. Šie konfidencialumo pažeidimai yra paprastai pateisinami, bet jų turėtų būti kuo mažiau. Kiekvienas, galintis prieiti prie konfidencialios informacijos, turėtų žinoti ir prisiminti – jos negalima skleisti, nebent tai būtina paciento labui. Esant galimybei pacientas apie tokius jo konfidencialumo pažeidimus turėtų būti informuojamas.

Kitas visuotinai pripažįstamas motyvas atskleisti konfidencialią informaciją – tai būtinybė paklusti teisiniams reikalavimams. Pavyzdžiui, teisėsaugoje dažnai būna įstatymų, kuriais nurodoma privalomai pranešti apie tam tikromis ligomis sergančius pacientus, taip pat apie pacientus, kurie laikomi netinkamais vairuoti arba įtariamais smurtu prieš vaikus. Dirbdami savo tiesioginį darbą, gydytojai turi išmanyti galiojančius teisinius reikalavimus atskleisti su pacientu susijusią informaciją. Tačiau teisiniai reikalavimai gali prieštarauti žmogaus teisių principams, kurie sudaro medicinos etikos pagrindus. Todėl gydytojai turėtų kritiškai vertinti kiekvieną reikalavimą pažeisti paciento konfidencialumą ir, prieš

„...Gydytojai turėtų kritiškai vertinti kiekvieną reikalavimą pažeisti paciento konfidencialumą ir, prieš pakludami reikalavimui, turėtų įsitikinti, kad jis yra pateisinamas.“

paklusdami reikalavimui, turėtų įsitikinti, kad jis yra pateisinamas.

Jei gydytojas, įtikintas paklusti teisiniams reikalavimams, turi atskleisti savo paciento medicininę informaciją, pageidautina, kad prieš tai jis su pacientu aptartų jo konfidencialumo atskleidimo būtinybę ir paskatintų jį bendradarbiauti. Pavyzdžiui, būtų geriau, jei pacientas, įtariamas smurtu prieš vaikus, gydytojo akivaizdoje pats paskambintų vaikų teisių apsaugos tarnybai ir prisipažintų, arba jei gydytojas gautų jo sutikimą prieš pranešdamas šiai tarnybai. Toks požiūris atveria kelią tolesniems veiksams. Jei pacientas nesutinka bendradarbiauti ir gydytojas turi pagrindo manyti, kad bent kiek uždelsus vaikui gali grėsti rimtas pavojus, jis turi nedelsdamas įspėti vaikų teisių apsaugos tarnybą, o tada pranešti pacientui apie šį savo veiksmą.

Neskaitant šių įstatymuose numatytų konfidencialumo pažeidimų, etinė gydytojo pareiga – suteikti konfidencialią informaciją asmenims, kuriems pacientas gali padaryti žalos. Štai dvi situacijos, kuriose taip gali atsitikti: pacientas pasako psichiatrui, kad ketina sužaloti kitą žmogų, arba gydytojas yra įsitikinęs, kad ŽIV užsikrėtęs pacientas ir toliau ruošiasi palaikyti lytinius santykius su sutuoktiniu arba kitais partneriais, nesiimdamas jokių apsaugos priemonių.

Kai kuriais atvejais konfidencialumo principo galima nesilaikyti net ir tada, kai tam nėra jokio teisinio pagrindo. Tai gali būti pateisinama, jei atskleidus konfidencialią informaciją (be paciento sutikimo), būtų akivaizdžiai išvengta rimtos, nepataisomos ir neišvengiamos žalos. Norėdamas nustatyti šių žalos rūšių santykį, gydytojas turi įvertinti bei palyginti jų dydį ir tikimybę, kad tokia ar kitokia žala bus padaryta. Jei jis abejoja, geriau tegu kreipiasi patarimo į autoritetingus asmenis.

Apsisprendus, kad pareiga perspėti apie kylantį pavojų pateisina konfidencialios informacijos atskleidimą be paciento leidimo, gydytojui reikia priimti kitus du sprendimus: kam pranešti ir kiek pasakyti? Apskritai turėtų būti atskleidžiama tik tiek informacijos, kiek yra būtina siekiant išvengti numatomos žalos. Atskleidžiama informacija turėtų būti skirta tik tiems, kam jos reikia. Reikia imtis apgalvotų veiksmų, kad tiek žalos kitiems, tiek ir žalos pacientui dėl atskleistos informacijos būtų padaryta kuo mažiau. Rekomenduojama gydytojui informuoti pacientą, kad jo konfidencialumas gali būti pažeistas jo paties ar bet kokios galimos aukos saugumui užtikrinti. Jei tik įmanoma, reikia stengtis įtikinti pacientą bendradarbiauti.

ŽIV užsikrėtusio paciento atveju slaptos informacijos atskleidimas sutuoktiniui ar partneriui nelaikytinas neetišku ir, žinoma, gali būti pateisinamas, jei pacientas nenori informuoti asmens ar asmenų, kuriems gresia pavojus. Siekiant tinkamai atskleisti tokio pobūdžio informaciją, turi būti patenkintos šios sąlygos: partneriui gresia užsikrėsti ŽIV ir jam nėra jokio kito prieinamo būdo sužinoti apie šį pavojų; pacientas atsisakė informuoti savo partnerį; pacientas atsisakė gydytojo pasiūlytos pagalbos atskleisti šią informaciją paciento vardu; gydytojas pranešė pacientui apie savo ketinimą perduoti informaciją partneriui.

Įtariamų ir nuteistų nusikaltėlių medicinos priežiūra kelia ypatingų konfidencialumo sunkumų. Nors kalinius gydančių medikų veiksmų laisvė yra ribota, jie turėtų visomis išgalėmis stengtis elgtis su šiais pacientais taip pat, kaip ir su kitais. Tokių pacientų konfidencialumas turėtų būti ypač saugomas ir be paciento sutikimo detalios medicininės informacijos apie jų būklę nereikėtų skelbti kalėjimo administracijai.

GYVENIMO PRADŽIOS KLAUSIMAI

Dauguma svarbiausių medicinos etikos temų yra susijusios su žmogaus gyvenimo pradžios etiniais klausimais. Dėl ribotos šio vadovo apimties minėti klausimai čia nebus smulkiai nagrinėjami, bet verta su jais susipažinti atsižvelgiant į etikos reikšmę šioms problemoms spręsti. Medicinos asociacijos, etikos specialistai ir patariamiosios vyriausybės institucijos išsamiai juos analizuoja, o daugelyje šalių yra leidžiami įstatymai, reglamentai ir strateginiai veiklos dokumentai, apibrėžiantys galimas sprendimų alternatyvas.

- **KONTRACEPCIJA** – nors tarptautiniu lygiu vis plačiau pripažįstama moters teisė kontroliuoti savo vaisingumą, taigi ir nepageidaujama nėštumą, gydytojams vis dar lieka sudėtingų neišspręstų klausimų, tokių kaip nepilnamečių reikalavimai vartoti kontraceptinius vaistus ar įvairių kontracepcijos metodų rizikos aiškinimas.
- **APVAISINIMAS SU GYDYTOJO PAGALBA** – poros (ar asmenys), negalinčios susilaukti vaikų natūraliu būdu, gali pasinaudoti įvairiomis apvaisinimo su gydytojo pagalba technologijomis: dirbtiniu apvaisinimu ir apvaisinimu mėgintuvėlyje bei embriono perkėlimu. Pasinaudoti šiais būdais galima daugelyje medicinos priežiūros įstaigų. Kita alternatyva yra pakaitinis, arba surogatinis, nėštumas. Visos šios technologijos yra problemiškos tiek jas taikant konkrečiais atvejais, tiek ir vertinant visuomeninių interesų atžvilgiu.
- **PRENATALINIAI GENETINIAI TYRIMAI** – tai genetiniai tyrimai, kuriais nustatomi embriono ar vaisiaus genetiniai sutrikimai arba lytis. Priklausomai nuo gautų rezultatų, gali būti priimami sprendimai dėl nėštumo tęstinumo ar nutraukimo. Gydytojai turi žinoti, kada savo pacientams siūlyti tokius tyrimus ir kaip jiems

paaikškinti gautų rezultatų reikšmę.

- **NĖŠTUMO NUTRAUKIMAS** – tai vienas iš seniausių ir labiausiai ginčytinų medicinos etikos klausimų tiek tarp pačių gydytojų, tiek ir tarp kitų visuomenės atstovų. PMA Pareiškinge dėl terapinio nėštumo nutraukimo pripažįstama nuomonių ir įsitikinimų įvairovė ir apibendrinama, kad „tai yra kiekvieno asmens įsitikinimų ir sąžinės reikalas.“
- **SUNKIŲ SUTRIKIMŲ TURINTYS NAUJAGIMIAI** – dėl išankstinių ar įgimtų apsigimimų kai kurie naujagimiai beveik neturi galimybės išgyventi. Dažnai tenka priimti sunkius sprendimus: ar mėginti pratęsti jų gyvenimą, ar leisti jiems mirti.
- **MOKSLINIŲ TYRIMŲ PROBLEMOS** – apima tokias temas kaip naujų embrionų gamyba; „perteklinių“ embrionų (tų, kurių nereikia dauginimosi tikslais) naudojimas kamieninėms ląstelėms tirti terapiniais tikslais; naujų dirbtinio apvaisinimo technologijų bandymai ir eksperimentiniai tyrimai su embrionais.

GYVENIMO PABAIGOS KLAUSIMAI

Žmogaus gyvenimo pabaigos klausimai aprėpia tiek medicinos mėginimus pratęsti mirštančių pacientų gyvybę taikant naujas eksperimentines technologijas (pavyzdžiui, gyvūnų organų implantus), tiek pirmalaikį gyvybės nutraukimą atliekant eutanaziją ar leidžiant atlikti savižudybę su gydytojo pagalba. Be šių kraštutinių, yra daug kitų problemų, susijusių su gyvenimą pratęsiančio gydymo pradėjimu ar nutraukimu, nepagydomomis ligomis sergančių pacientų priežiūra ir išankstinės gyvenimo valios dokumentų (*angl. – advance directive*) nauda ir panaudojimu.

Dvi iš visų minėtų problemų reikalauja ypatingo dėmesio – tai eutanazija ir savižudybė su gydytojo pagalba.

- **EUTANAZIJA** reiškia sąmoningą ir apgalvotai atliekamą veiksmą, kurio tikslas – nutraukti kito asmens gyvenimą. Eutanazijai būdingi šie elementai: subjektas yra informuotas ir gebantis priimti sprendimus asmuo, kuris serga nepagydoma liga ir kuris savo noru prašo nutraukti jo gyvenimą; be to, gydytojai žino faktinę paciento būklę ir norą mirti ir atlieka atitinkamus jo gyvybę nutraukiančius veiksmus; šie veiksmai atliekami su užuojauta ir nesiekiant jokios asmeninės naudos.
- **SAVIŽUDYBĖ SU GYDYTOJO PAGALBA** – tai tokie sąmoningi ir apgalvoti veiksmai, kuriais tam tikram asmeniui suteikiama informacija ar tam tikros priemonės (arba ir tai, ir tai), padedančios jam pačiam nutraukti savo gyvybę. Sąvoka „savižudybė su gydytojo pagalba“ taip pat reiškia tokius veiksmus kaip konsultacijos dėl mirtinų vaistų dozių, šių dozių paskirstymas, jų skyrimas ar aprūpinimas reikalingais vaistais.

Etiniu požiūriu eutanazija ir savižudybė su gydytojo pagalba dažnai laikomos lygiavertėmis, nors jų praktinė, o kai kada ir teisinė prasmė aiškiai skiriasi.

Remiantis pateiktais apibrėžimais, eutanazija ir savižudybė su gydytojo pagalba neturėtų būti tapatinamos su tais atvejais, kai pacientas pats atsisako gydymo arba kai nutraukiamas netinkamas, beprasmiškas ar nepageidaujamas gydymas. Minėtos sąvokos taip pat negali būti gretinamos su užuojauta pagrįstos paliatyviosios priežiūros metodais, net jei dėl to sutrumpinama paciento gyvenimo trukmė.

Pacientai reikalauja eutanazijos ir savižudybės su gydytojo pagal-

ba todėl, kad jų patiriamas skausmas ar kančia jiems yra nepakeičiami. Jie norėtų verčiau mirti, negu ir toliau gyventi tokiais sąlygomis. Be to, dauguma pacientų mano, kad jei jie patys pasirenka, tai jie turi teisę mirti ir, maža to, teisę gauti pagalbą numirti. Gydytojai laikomi tinkamiausiais pagalbininkais mirti, nes jie turi reikiamų medicininių žinių ir prieina prie atitinkamų, greitą ir neskausmingą mirtį užtikrinančių vaistų.

Suprantama, kad gydytojai atsisako atlikti eutanaziją ar teikti numirti padedančias paslaugas, nes šie veiksmai daugelyje šalių laikomi neteisėtais ir beveik visuose medicinos etikos kodeksuose yra draudžiami. Šis draudimas, suformuluotas dar Hipokrato priesaikoje, pakartotinai akcentuojamas PMA Deklaracijoje dėl eutanazijos:

Eutanazija, kaip sąmoningas paciento gyvenimo nutraukimo veiksmas, yra nepriimtina etiniu požiūriu, net jei to prašo pats pacientas ar jo artimieji. Eutanazijos draudimas gydytojui netrukdo gerbti paciento valios ar leisti jam natūraliai numirti nepagydomos ligos paskutinės fazės metu.

Eutanazijos ir savižudybės su gydytojo pagalba (*angl. – assisted suicide*) draudimas nereiškia, kad gydytojai niekuo negali padėti pacientui, sergančiam nepagydoma liga, kai ji labai išplitusi ir jai gydyti netinka jokios gydomosios priemonės. Paskutiniais metais paliatyviosios priežiūros sritis, siekianti sumažinti skausmus ir pagerinti gyvenimo kokybę, sparčiai vystoma. Paliatyvioji slauga tinka bet kokio amžiaus asmenims, nuo vėžiu sergančio vaiko iki paskutines dienas gyvenančio senuko. Vienas paliatyviosios slaugos aspektas, reikalaujantis daugiau dėmesio visiems pacientams – tai skausmo kontrolė. Visi gydytojai, prižiūrintys mirštančius pacientus, privalo turėti šioje srityje reikiamų įgūdžių, taip pat, jei įmanoma, konsultuotis su profesionaliais paliatyviosios priežiūros

„...Svarbiausia, kad gydytojas nepalikų mirštančio paciento likimo valiai, bet ir toliau tęstų užuojauta pagrįstą jo sveikatos priežiūrą, net kai nėra jokių galimybių išgydyti.”

specialistais. Tačiau svarbiausia, kad gydytojas nepalikų mirštančio paciento likimo valiai, bet ir toliau tęstų užuojauta pagrįstą jo sveikatos priežiūrą, net kai nėra jokių galimybių išgydyti.

Artėjanti mirtis kelia daug kitų etinių iššūkių pacientams, už juos sprendimus priimantiems įgaliotiems as-

menims ir gydytojams. Jei yra galimybė pratęsti gyvenimą su vaistų pagalba, palaikomosiomis intervencinėmis ar spindulinėmis procedūromis arba intensyviosios priežiūros priemonėmis, reikia nuolat priimti sprendimus, kada pradėti taikyti šiuos paciento priežiūros būdus ir kada juos nutraukti, kai jie tampa neveiksmingi.

Jau aptariant bendravimo ir informuoto sutikimo klausimus paaiškėjo, kad kompetentingi spręsti pacientai turi teisę atsisakyti bet kokie medicininio gydymo, net jei dėl to jiems iškiltų mirties pavojus. Kiekvieno asmens požiūris į mirtį gali būti visiškai skirtingas: vieni padarytų viską, kad tik pratęstų savo gyvenimą, nepriklausomai nuo patiriamo skausmo ir kančių; kiti taip laukia mirties, kad atsisako net paprasčiausių gyvybę palaikančių priemonių, tokių kaip antibiotikai nuo bakterinio plaučių uždegimo. Po to, kai gydytojas visais įmanomais būdais informavo savo pacientą apie galimus gydymo būdus ir jų efektyvumą, jis turi gerbti paciento apsisprendimą dėl tolesnio gydymo plano.

Sprendimų priėmimas už nepajėgius spręsti pacientus gyvenimo pabaigos klausimais yra labai sudėtingas. Jei pacientas yra aiškiai išreiškęs savo norus iš anksto, pavyzdžiui, išankstiniame savo gyvenimo valios dokumente, nuspręsti bus lengviau, nors

tokia gyvenimo valios išraiška dažnai būna abstrakti ir turi būti interpretuojama atsižvelgiant į realią paciento būklę. Jei pacientas nėra konkrečiai ir aiškiai išreiškęs savo valios, pakaitinio vaidmenį atliekantis asmuo turi remtis kitu sprendimo priėmimo kriterijumi, būtent, paciento interesais.

GRĮŽTANT PRIE ATVEJO ANALIZĖS

Remiantis gydytojo ir paciento santykių analize, pateikiama šiame skyriuje, gydytojo P. elgesys yra netinkamas keliais aspektais: 1) BENDRAVIMO – gydytojas nemėgino pasikalbėti su paciente, nesiaiškino jos sveikatos sutrikimų priežasčių ir neaptarė galimų gydymo priemonių, nesidomėjo pacientės finansinėmis galimybėmis toliau gydytis ligoninėje; 2) INFORMUOTO SUTIKIMO – pradėjus gydymą, pacientė nebuvo tinkamai informuota ir nebuvo gautas jos sutikimas gydytis; 3) UŽUOJAUTOS – gydytojo elgesys pacientės atžvilgiu nepasižymėjo užuojauta dėl jos nepavydėtinos padėties. Galbūt jo, kaip chirurgo, gydymas buvo labai kvalifikuotas ir galbūt jis buvo pavargęs besibaigiant ilgai pamainai, bet tai nepateisina etikos pažeidimų.

TREČIAS SKYRIUS — GYDYTOJAI IR VISUOMENĖ

TIKSLAI

Išnagrinėję šį skyrių turėtumėte mokėti:

- suprasti, dėl ko atsiranda prieštaravimai tarp gydytojo pareigų pacientams ir visuomenei bei nustatyti šių prieštaravimų priežastis
- identifikuoti ir išspręsti etinius klausimus, susijusius su ribotą medicinos išteklių paskirstymu
- suvokti, kaip gydytojai yra atsakingi už visuomenės ir visuotinę sveikatą

ATVEJO NR. 2 ANALIZĖ

Gydytoją S. vis labiau erzina pacientai, kurie ateina pas ją prieš arba po konsultacijos su kitu sveikatos priežiūros specialistu dėl to paties negalavimo. Ji mano, kad taip yra švaistomi sveikatos priežiūros ištekliai, bet pacientų sveikatos tai nepagerina. Ji nusprendžia pasakyti tokiems pacientams, kad daugiau nebegydys jų, jei jie ir toliau kreipsis į kitus gydytojus dėl to paties negalavimo. Gydytoja S. ruošiasi kreiptis į savo šalies nacionalinę medicinos asociaciją, kad ši vyriausybės lygiu apsvarstytų klausimą, kaip išvengti tokio neteisingo sveikatos priežiūros išteklių paskirstymo.

GYDYTOJO IR VISUOMENĖS SANTYKIŲ YPATUMAI

Medicina yra profesinė veikla. Terminas „profesija“ turi dvi skirtingas, nors ir tarpusavyje susijusias reikšmes: 1) tai veikla, kuriai būdingas rūpinimasis kitų gerove bei aukšti moralės standartai, veikla, reikalaujanti tam tikrų žinių bei įgūdžių ir visiško savarankiškumo; 2) tai visi asmenys, užsiimantys šia veikla. „Medicinos profesija“ gali reikšti arba su medicinos priežiūra susijusią veiklą, arba gydytojus apskritai.

Medicinos profesijai būdingi ne tik gydytojo ir paciento santykiai (kuriuos aptarėme II skyriuje), bet ir santykiai su kolegomis bei kitais sveikatos priežiūros specialistais (kaip matysime IV skyriuje). Ne mažiau svarbūs yra ir šios profesijos atstovų santykiai su visuomene. Šiuos santykius galima apibūdinti kaip tam tikrą socialinę sutartį, pagal kurią visuomenė suteikia medikams ypatingas teises, o medicinos profesijos atstovai savo ruožtu sutinka naudotis šiomis teisėmis pirmiausia kitų, ir tik tada savo pačių naudai. Taigi pirminė šios profesijos prerogatyva – atsakomybė už tam tikrų išskirtinių paslaugų teikimą ir savarankiškumas.

Šiais laikais medicina labiau nei bet kada anksčiau yra socialinė, o ne individuali veikla. Medicina šiandien užima svarbią vietą vyriausybinių ir privačių organizacijų veiklos bei finansų tvarkymo kontekste. Medicina apima tiek valstybinius ar komercinius medicinos tyrimų projektus, tiek medicininės žinias pritaikančią pramonės raidą, tiek ir gydymo procesą. Kad visa tai vyktų, reikia įvairių sveikatos priežiūros institucijų visumos. Medicina

„Šiais laikais medicina labiau nei bet kada anksčiau yra socialinė, o ne individuali veikla.“

gydo ne tik biologinės kilmės, bet socialinio pobūdžio ligas bei negalavimus.

Hipokrato medicinos etikos tradicijoje gydytojo santykiai su visuomene yra beveik nenagrinėjami. Siekiant papildyti šią tradiciją, šiuolaikinė medicinos etika imasi spręsti problemas, peržengiančias individualių paciento ir gydytojo santykių ribas, ir pateikia šių problemų sprendimo kriterijus bei jų eigą.

Kalbant apie medicinos socialinį pobūdį iškart kyla klausimas – kas yra visuomenė? Šiame vadove šia sąvoka vadinama bendruomenė ar tauta. Visuomenė nėra valdymo santvarkos sinonimas; valdžia turėtų atstovauti visuomenės interesams, bet dažnai to nedaro, o jei daro, tai veikia už visuomenę, o ne kaip visuomenė.

Gydytojų santykiai su visuomene gali būti įvairūs. Visuomenė ir jos fizinė aplinka turi reikšmės pacientų sveikatai, todėl ir medicinos profesijos atstovų apskritai, ir konkrečių gydytojų vaidmuo yra ypač svarbus visuomenės sveikatos, sveikatos švietimo bei aplinkos apsaugos srityse; lygiai taip pat kaip ir kuriant įstatymus, turinčius įtakos bendruomenės sveikatai ir gerovei ar tiesiog duodant parodymus teismo procesuose. PMA Paciento teisių deklaracijoje teigiama: „Jei teisės aktais, vyriausybės ar bet kokių kitų valdymo institucijų veiksmais nepripažįstamos pacientų teisės, gydytojai turi ieškoti tinkamų būdų šias teises užtikrinti arba atkurti“. Gydytojai taip pat kviečiami aktyviai dalyvauti pasitarimuose dėl ribotų visuomenės sveikatos priežiūros išteklių paskirstymo, ir kartais yra įpareigojami neteikti pacientams į jų dispoziciją neįveikiančių paslaugų. Įgyvendinant šias visuomenines pareigas gali kilti etinių prieštaravimų, ypač kai visuomenės interesai prieštarauja atskirų pacientų interesams.

DVIGUBI ĮSIPAREIGOJIMAI

Kai gydytojai turi įsipareigojimų ir yra atskaitingi tiek savo pacientams, tiek trečiajai šaliai, ir kai šie įsipareigojimai tarpusavyje nesuderinami, gydytojai atsiduria dvigubų įsipareigojimų (*angl. – dual loyalty*) situacijoje. Gydytojo lojalumo reikalauja tokios trečiosios šalys kaip vyriausybė, darbdaviai (pavyzdžiui, ligoninės ir vadybinės sveikatos priežiūros organizacijos), draudėjai, kariuomenės pareigūnai, policija, kalėjimo pareigūnai ar šeimos nariai. PMA Tarptautiniame medicinos etikos kodekse teigiama, kad „gydytojas visomis išgalėmis turi veikti savo paciento labui“. Tačiau visuotiniai pripažįstama, kad tam tikrais išimtiniais atvejais kitų interesai gydytojui gali būti svarbesni už paciento interesus. Nuspręsti, kada ir kaip atstovauti pacientų interesams, kai savo reikalavimus kelia trečiosios šalys – ypač sudėtinga etinė problema.

„...Išimtiniais atvejais kitų interesai gydytojui gali būti svarbesni už paciento interesus.“

Dvigubų įsipareigojimų situacijų sprendimai gali būti labai įvairūs: vienoje situacijoje pirmenybė turi būti teikiama visuomenės interesams, kitose akivaizdžiai svarbesni yra paciento interesai. Tačiau dažniausiai tokios situacijos nėra taip lengvai išgvildenamos ir norint teisingai jas išspręsti, reikia didelio įžvalgumo.

Vienoje šių problemų spektro pusėje privalomai reikalaujama pranešti apie pacientus, sergančius tam tikromis ligomis, pavyzdžiui, apie netinkamus vairuoti arba įtariamus smurtu prieš vaikus pacientus. Gydytojai turėtų nedvejodami vykdyti šiuos reikalavimus, kartu informuodami ir pacientus, kad apie juos bus pranešta.

Kitaip gali būti vertinami policijos ar kariuomenės reikalavimai ar

įsakymai dalyvauti veikloje, kuria pažeidžiamos pagrindinės žmogaus teisės, pavyzdžiui, kankinant žmones. 2003 m. Rekomendacijoje dėl gydytojų atsakomybės pasmerkiant kankinimus, žiaurus, nežmoniško ar žeminančio elgesio aktus PMA pateikia specialias rekomendacijas tokioje padėtyje atsidūrusiems gydytojams. Čia skelbiama, kad gydytojai turėtų ginti savo profesinę autonomiją nustatdami, kas geriausia pacientui, ir kiek tik įmanoma, įgyvendinti įprastus etinius informuoto asmens sutikimo ir konfidencialumo principus. Bet koks šių principų pažeidimas turi būti pagrįstas, o pacientai apie tai turi būti informuoti. Gydytojai turi pranešti atitinkamoms valdžios institucijoms apie bet kokią nepateisinamą kišimąsi į jų pacientų priežiūrą, ypač jei pažeidžiamos pagrindinės žmogaus teisės.

„Gydytojai turi pranešti atitinkamoms valdžios institucijoms apie bet kokią nepateisinamą kišimąsi į jų pacientų priežiūrą, ypač jei pažeidžiamos pagrindinės žmogaus teisės.“

kamoms valdžios institucijoms apie bet kokią nepateisinamą kišimąsi į jų pacientų priežiūrą, ypač jei pažeidžiamos pagrindinės žmogaus teisės. Nesulaukus valdžios reakcijos, galima kreiptis pagalbos į nacionalinę medicinos asociaciją, PMA ir kitas žmogaus teises ginančias organizacijas.

Minėtų problemų spektro viduryje yra kai kurių vadybinių sveikatos priežiūros programų, ribojančių gydytojų klinikinės praktikos autonomiją nustatant pacientų gydymo būdus, įgyvendinimas. Nors tai ne visada prieštarauja pacientų interesams, tačiau gali būti ir priešingai, todėl gydytojai turi atidžiai apgalvoti, ar jiems dalyvauti tokiose programose. Jei nėra kito pasirinkimo, pavyzdžiui, nėra alternatyvių programų, jie turėtų ryžtingai ginti tiek savo pacientų, tiek kitų tokius apribojimus patiriančių pacientų poreikius per savo medicinos asociacijas.

Potencialus (arba realus) komercinės organizacijos ir pacientų (arba visuomenės) interesų konfliktas – dar viena specifinė dvi-

gubų įsipareigojimų problemos išraiška, su kuria susiduria gydytojai. Farmacijos kompanijos, medicinos įrangos gamintojai ir kitos komercinės organizacijos dažnai siūlo gydytojams dovanų ir kitų privilegijų. Tai gali būti tiesiog nemokami produkto pavyzdžiai ar pasiūlymai dalyvauti konferencijose apmokant kelionės ir apgyvendinimo išlaidas, ar neproporcingai didelis užmokestis už tiriamąją veiklą (žr. V skyrių). Paprastai svarbiausia tokių kompanijų dosnumo priežastis yra siekis įtikinti gydytoją išrašyti arba naudoti jų gaminius, kurie nebūtinai yra geriausi gydytojo pacientams arba tiesiog gali be reikalo padidinti bendras visuomenės išlaidas sveikatos priežiūrai. PMA 2004 metų Gydytojų ir komercinių įmonių santykių rekomendacijose pateikia bendras nuorodas, kaip gydytojai turėtų elgtis tokiose situacijose. Šios nuorodos, kaip ir daugelio šalių medicinos asociacijų parengtos konkrečios rekomendacijos, pabrėžia, kad spręsdami savo ir pacientų interesų konfliktą, gydytojai turėtų vadovautis pagrindiniu etikos principu – pirmiausia rūpintis paciento interesais.

„...Spręsdami savo ir pacientų interesų konfliktą, gydytojai turėtų vadovautis pagrindiniu etikos principu – pirmiausia rūpintis paciento interesais.“

IŠTEKLIŲ PASKIRSTYMAS

Visose pasaulio šalyse, įskaitant ir pačias turtingiausias, sveikatos priežiūros paslaugoms užtikrinti skirti ištekliai neatitinka nuolat didėjančių sveikatos priežiūros paslaugų poreikių ir šis atotrūkis vis labiau auga. Dėl šios priežasties disponuojami ištekliai turi būti kaip nors normuojami. Sveikatos priežiūros racionalizavimas, arba, kaip tai dažniau vadinama, išteklių paskirstymas, įgyvendinamas trimis lygmenimis:

- Aukščiausiu (makro) lygmeniu vyriausybė sprendžia: kokia bendro biudžeto dalis turėtų būti skiriama sveikatos priežiūrai; kokios sveikatos priežiūros išlaidos turėtų būti dotuojamos ir kurias turės apmokėti arba patys pacientai tiesiogiai, arba jų sveikatos draudimo įstaigos; kokia sveikatos priežiūros biudžeto dalis atiteks gydytojų, slaugytojų ir kitų sveikatos priežiūros darbuotojų atlyginimams; kiek lėšų skirti ligoninių ar kitų įstaigų bendrosioms ir eksploatacijos išlaidoms; kiek skirti moksliniams tyrimams, sveikatos priežiūros specialistų švietimui, tam tikroms ligoms (tuberkuliozei ar AIDS) gydyti ir panašiai.
- Instituciniu (mezo) lygmeniu ligoninės, klinikos ar kitos sveikatos priežiūros įstaigos administracija sprendžia, kaip paskirstyti jiems skirtus išteklius: kokias paslaugas teikti; kiek lėšų išleisti personalui, įrangai, apsaugai, kitiems eksploatacijos reikalams, remontui, plėtrai ir panašiai.
- Individualaus paciento (mikro) lygmeniu sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai (ypač gydytojai) sprendžia, kokius tyrimus paskirti savo pacientams; ar reikia nukreipti pacientą pas kitą gydytoją; ar reikia pacientą paguldyti į ligoninę; ar būtinai turi būti naudojami tik patentuoti vaistai vietoj nepatentuočių ir panašiai. Apskaiciuota, kad 80 procentų visų sveikatos priežiūros išlaidų priklauso nuo gydytojų sprendimų. Nepaisant to, kad vis plačiau taikomi vadybiniai sveikatos priežiūros metodai, gydytojai vis dar turi pakankamą veiksmų laisvę nustatant pacientams skiriamų išteklių kieki.

Kiekvieno lygmens sprendimuose dominuoja etinis komponentas, kadangi kiekvienas pasirinkimas yra pagrįstas vertybėmis ir lemia kiekvieno asmens ir visos visuomenės sveikatą bei gerovę. Nors konkrečiam gydytojui įtakos turi visais lygmenimis daromi spren-

dimai, didžiausias jo vaidmuo yra mikro lygmenyje. Todėl šio lygmens problemoms bus skiriama daugiausia dėmesio.

Kaip jau buvo minėta, tradiciškai iš gydytojų buvo laukiama, kad jie veiks tiktai savo pacientų labui, neatsižvelgdami į kitų asmenų poreikius. Pagrindinės etinės vertybės – užuojauta, kompetencija ir autonomija – buvo įgyvendinamos jų pacientų poreikiams tenkinti. Pereinant nuo gydytojų paternalizmo prie paciento autonomijos individualistinis medicinos etikos požiūris išliko, ir konkretaus paciento valia tebėra pagrindinis kriterijus nustatyti, kokie ištekliai jam turėtų būti skirti. Tačiau pastaruoju metu dar viena vertybė tapo svarbiu medicininių sprendimų kriterijumi, tai – teisingumas. Teisingumo samprata suponuoja labiau socialiai orientuotą išteklių paskirstymą daugiau dėmesio skiriant ir kitų pacientų poreikiams. Šiuo požiūriu gydytojai yra atsakingi ne tik už savo, bet tam tikru mastu ir už kitus pacientus.

„...Gydytojai yra atsakingi ne tik už savo, bet tam tikru mastu ir už kitus pacientus.“

Šis nauja gydytojo vaidmens samprata skirstant sveikatos priežiūros išteklius yra išdėstyta daugelio šalių medicinos asociacijų etikos kodeksuose, taip pat ir PMA Paciento teisių deklaracijoje, kur teigiama: „Susiklosčius tokioms aplinkybėms, kai reikia pasirinkti, kuriam iš galimų pacientų skirti tam tikrą ribotai prieinamą gydymą, visi pacientai turi teisę pretenduoti į tokį gydymą ir dalyvauti sąžiningoje atrankoje. Pasirinkimas gydyti tą, o ne kitą pacientą turi būti pagrįstas mediciniais kriterijais, eliminuojant bet kokią diskriminacijos galimybę.“

Paprasčiausias būdas įgyvendinti savo atsakomybę už išteklių paskirstymą – vengti nereikalingo išteklių eikvojimo ir nenaudoti

neefektyvių gydymo priemonių, net jei pacientas to ir reikalauja. Vienas iš tokių nepagrįsto ir pacientui žalingo išteklių eikvojimo pavyzdžių – pernelyg dažnas antibiotikų vartojimas. Moksliniais klinikiniais tyrimais įrodyta, kad dauguma įprastų gydymo metodų, taikomų tam tikrų negalavimų atvejais, yra neveiksmingi. Įvairiems sveikatos sutrikimams gydyti skirtos klinikinės praktikos rekomendacijos padeda atskirti veiksmingą gydymą nuo neveiksmingo. Gydytojams derėtų susipažinti su šiomis rekomendacijomis, kad galėtų tausoti jiems skirtus išteklius ir skirti savo pacientams tinkamiausią gydymą.

Vienas iš būdų įgyvendinti savo atsakomybę už išteklių paskirstymą – vengti nereikalingo išteklių eikvojimo ir nenaudoti neefektyvių gydymo priemonių, net jei pacientas to ir reikalauja.

Dauguma gydytojų dažnai yra priversti spręsti išteklių paskirstymo klausimą, kai iš dviejų ar daugiau pacientų privalu pasirinkti vieną. Kaip nuspręsti, kai šioms pacientams reikalingi ištekliai yra riboti: pavyzdžiui, per mažai skubią pagalbą teikiančių medikų, vienintelė laisva lova intensyviosios terapijos skyriuje, organų transplantacijai trūkumas, naujausių rentgenologinių tyrimų ar būtinų labai brangių vaistų trūkumas. Už tokioms paslaugoms skiriamų išteklių kontrolę atsakingi gydytojai turi nutarti, kuriems pacientams suteikti šias paslaugas, o kuriems – ne, net nepaisydami akivaizdaus fakto, kad dėl to gali kentėti ar net mirti ligoniai, kuriems jos nebus suteiktos.

Kai kurie gydytojai susiduria su papildomais išteklių paskirstymo prieštaravimais, kai dalyvauja politinėje veikloje, kuri turi įtakos ne tik jų pacientams, bet ir kitiems piliečiams. Toks interesų nesuderinamumas gali atsirasti ir ligoninėse ar kitose įstaigose, kai gydytojai užima pareigas administracijoje ar yra nariai rekomenduojančių arba nustatančių strategines veiklos kryptis komitety. Paprastai to-

kiais atvejais dauguma gydytojų bando atsiriboti nuo savo pacientų interesų protegavimo. Vis dėlto pasitaiko ir mėginančių pasinaudoti tarnybine padėtimi bei siekti naudos savo pacientams kitų, galbūt svarbesnius poreikius turinčių, pacientų sąskaita.

Spręsdami išteklių paskirstymo klausimus gydytojai turi ne tik suderinti užuojautos ir teisingumo principus, bet ir pasirinkti, kuri teisingumo samprata jiems priimtinesnė. Yra keletas požiūrių į teisingumą, būtent:

- **LIBERALISTINIS** – ištekliai turi būti skirstomi remiantis rinkos principais (individualų pasirinkimą lemia pajėgumas ir pasiryžimas mokėti, o labdaringa priežiūra skurstantiesiems ribojama).
- **UTILITARISTINIS** – ištekliai turi būti skirstomi remiantis didžiausios naudos visiems principu.
- **EGALITARISTINIS** – ištekliai turi būti skirstomi griežtai pagal poreikius.
- **ATKURIAMASIS-ISTORINIS** (*angl. – restorative justice*) – skirstant išteklius pirmenybė turi būti teikiama tiems, kurių sąlygos istoriškai nepalankios.

Kaip minėta anksčiau, gydytojai palaipsniui tolo nuo tradicinio medicinos etikos individualizmo, kurį palaiko liberalusis požiūris, ir artėjo prie socialinio savo vaidmens suvokimo. Nors liberalusis požiūris paprastai yra atmetamas, medicinos etikos specialistai nėra pasiekę sutarimo, kuris iš kitų trijų požiūrių yra pranašiausias. Pritaikius kiekvieną iš jų, gaunami akivaizdžiai skirtingi atsakymai į anksčiau minėtus klausimus: tai yra sprendžiant, kokius tyrimus paskirti pacientui, ar reikia nukreipti pacientą kito gydytojo konsul-

tacijai, ar reikia jį guldyti į ligoninę, ar būtina išrašyti tik patentuotus vaistus vietoj nepatentuotų, kam atlikti organų transplantaciją ir panašiai. Konkrečiam gydytojui turbūt sudėtingiausia būtų vadovautis utilitaristiniu požiūriu, nes jis reikalauja išsamių duomenų apie galimus skirtingų intervencinių veiksmy padarinius ne tik konkretaus gydytojo konkrečiam pacientui, bet ir visiems kitiems. Vieno iš kitų dviejų (arba trijų, jei įskaičiuojamas ir liberalusis) požiūrių pasirinkimas priklausys nuo gydytojo asmeninės moralės bei nuo socialinės ir politinės aplinkos, kurioje jis dirba. Kai kuriose šalyse, tokiose kaip JAV, vyrauja liberalusis požiūris; kitose, pavyzdžiui, Švedijoje, aiškiai puoselėjamas egalitaristinis požiūris; dar kitose, tokiose kaip Pietų Afrika, bandoma laikytis atkuriamojo (istorinio) teisingumo sampratos. Dauguma už sveikatos priežiūros organizavimą atsakingų pareigūnų remia utilitarizmą. Nepaisant šių skirtumų, dažnai

„...Pasirinkimas priklausys nuo gydytojo asmeninės moralės bei nuo socialinės ir politinės aplinkos, kurioje jis dirba.“

nacionalinėse sveikatos priežiūros sistemose bandoma derinti ne vieną, o dvi ar daugiau teisingumo sampratas, ir šiose šalyse gydytojai gali turėti galimybę pasirinkti jų požiūrį atitinkančią veiklos aplinką (valstybinę ar privačią).

Nepaisant to, kokį vaidmenį atlieka gydytojai skirstant sveikatos priežiūros išteklius, be kita ko, jų pareiga – reikalauti papildomų lėšų, jei jų nepakanka pacientų poreikiams tenkinti. Tam paprastai reikia,

„...Gydytojų pareiga – reikalauti papildomų lėšų, jei jų nepakanka pacientų poreikiams tenkinti.“

kad gydytojai, susitelkę į savo profesines asociacijas, vieningai mėgintų įtikinti sprendimus priimančias vyriausybės ar kitas institucijas, kad šie poreikiai yra realūs, ir siūlyti, kaip juos geriausiai patenkinti tiek savo šalies, tiek viso pasaulio mastu.

VISUOMENĖS SVEIKATA

XX amžiaus medicinoje visuomenės sveikata buvo nepelnytai atsieta nuo kitos (vadinamosios privačios, arba asmeninės) sveikatos priežiūros. Toks atskyrimas yra nepelnytas, nes, kaip minėta anksčiau, visuomenę sudaro individai, o visos visuomenės sveikatą saugoti ir gerinti skirtos priemonės teikia naudos kiekvieno individo sveikatai.

Painiava kyla ir tada, kai sąvoka „visuomenės sveikata“ interpretuojama kaip visuomenės finansuojama sveikatos priežiūra (t. y. per šalies mokesčių sistemą ar privalomąją visuotinę draudimo sistemą finansuojama sveikatos priežiūra) arba suprantama kaip priešingybė privačiai finansuojamai sveikatos priežiūrai (t. y. „iš savo kišenės“ arba privataus sveikatos draudimo apmokama sveikatos priežiūra, kuri paprastai prieinama ne visiems).

Visuomenės sveikatos samprata apima tiek sveikatą visuomenės lygmeniu, tiek ir tam tikrą medicinos sritį, kuri sveikatos problemas sprendžia daugiausia populiacijos, o ne individo lygmeniu. Kiekvienai šaliai labai trūksta šios srities specialistų, kurie galėtų konsultuoti ir viešai atstovauti visuomenės interesams, susijusiems su jos sveikatos gerinimu. Šie specialistai taip pat turėtų saugoti visuomenę nuo užkrečiamųjų ligų ir kitų sveikatai iškilančių pavojų. Visuomenės sveikatos veikla (kartais vadinama visuomenės sveikatos medicina arba visuomenės medicina) iš esmės remiasi epidemiologijos mokslu, t. y. sveikatos ir ligų plitimo bei juos lemiančių veiksnių tyrinėjimais tam tikrose populiacijose. Iš tiesų kai kurie gydytojai įgyja papildomą akademinį išsilavinimą ir tampa medicinos epidemiologais. Tačiau kiekvienas gydytojas turi žinoti bendrus socialinius ir ekonominius veiksnius, turinčius įtakos kiekvieno konkretaus paciento sveikatos būklei. PMA Direktyvoje dėl

sveikatos stiprinimo pažymima: „Sveikatos priežiūros specialistai ir jų profesinės asociacijos turi suderinti savo etinę pareigą ir profesinę atsakomybę – visada visomis išgalėmis rūpintis savo pacientų interesais – su platesniais įsipareigojimais rūpintis bendrais visuomenės interesais bei prisidėti prie visuomenės sveikatos stiprinimo ir užtikrinimo.“

Visuomenės sveikatos apsaugos būdai, tokie kaip skiepų kampanijos ar skubi reakcija į užkrečiamųjų ligų protrūkius, individų sveikatai turi didelę reikšmę. Tačiau neką mažiau svarbūs ir socialiniai veiksniai: gyvenimo sąlygos, mityba ar užimtumas. Nors gydytojai retai kada gali pašalinti socialines konkretaus žmogaus ligos priežastis, vis dėlto jie turėtų padėti pacientui gauti prieinamas socialines paslaugas. Nors ir netiesiogiai, gydytojai gali prisidėti prie ilgalaikių šių problemų sprendimų: dalyvaudami visuomenės sveikatos ir sveikatos švietimo veikloje; įspėdami apie sveikatai pavojingą aplinką; identifikuodami neigiamą poveikį sveikatai turinčias socialines problemas, tokias kaip smurtas ir prievarta, ir viešai jas paskelbdami ar tiesiog pritardami visuomenės sveikatos paslaugų plėtrai.

Gali atsitikti ir taip, kad visuomenės sveikatos interesai neatitiks konkrečių pacientų interesų. Pavyzdžiui, skiepai, turintys šalutinį poveikį, užkerta kelią toliau plisti ligai, tačiau pačiam pacientui nepadeda išgyti. Individo ir visuomenės interesai gali būti prieštaringi ir tokiais atvejais, kai reikalaujama pranešti apie tam tikras užkrečiamąsias ligas, apie smurtą prieš vaikus ir vyresnius asmenis ar identifiikuoti ligas, dėl kurių automobilio vairavimas ar lėktuvo pilotavimas gali kelti pavojų tiek pačiam asmeniui, tiek ir kitiems. Šie pavyzdžiai iliustruoja anksčiau aptartą dvigubų įsipareigojimų situaciją. Tokių ar panašių atvejų sprendimo būdai buvo pateikti antrajame šios knygos skyriuje nagrinėjant konfidencialumo klau-

simą. Vykdydami visuomenės sveikatos reikalavimus gydytojai turėtų stengtis padaryti kuo mažiau žalos konkreitiems pacientams. Pavyzdžiui, jei gydytojas yra įpareigotas vykdyti teisinius reikalavimus ir privalo pranešti apie tam tikrą atvejį, jis turėtų kiek įmanoma saugoti paciento konfidencialumą.

Kito pobūdžio prieštaravimas tarp konkretaus paciento ir visuomenės interesų atsiranda tada, kai pacientas prašo gydytojo pagalbos gauti lengvatas, kurios jam nepriklauso, pavyzdžiui, neteisėtas draudimo išmokas ar nedarbingumo pažymą. Gydytojai turi įgaliojimus išduoti atitinkamą paciento sveikatos būklę patvirtinančius dokumentus, kurie suteikia jam teisę į tokias lengvatas. Nors kai kurie gydytojai yra linkę nusileisti neteisėtiems ir realios situacijos neatitinkantiems pacientų reikalavimams, derėtų pasiūlyti jiems ieškoti galimybių, kurios neprieštarautų etiško elgesio principams.

VISUOTINĖ SVEIKATA

Teiginys, kad gydytojai yra įsipareigoję prieš visuomenę, kurioje jie gyvena, pastaraisiais metais įgavo platesnę prasmę – gydytojai yra atsakingi ir už viso pasaulio sveikatą. Visuotinės sveikatos samprata reiškia, kad sveikatos problemos, klausimai ir rūpesčiai peržengia vienos šalies ribas ir gali būti priklausomi nuo kitose šalyse susiklosčiusių aplinkybių ar įgytos patirties. Todėl juos geriausia spręsti visuotinai suderintais veiksmais ar bendru sutarimu. Visuotinė sveikata yra tik dalis visą pasaulį apimančio globalizacijos proceso, kurį sudaro informacijos mainai, prekyba, politika, turizmas ir daugybė kitų žmogaus veiklos rūšių.

Globalizacijos esmė glūdi idėjoje, kad individai ir visuomenė tampa vis labiau priklausomi vieni nuo kitų. Kalbant apie žmogaus sveikatą, šią idėją akivaizdžiai įrodo sparčiai plintančių ligų, tokių kaip gripas

ir SŪRS, pavyzdžiai. Norint suvaldyti epidemijas, reikia tarptautinio bendradarbiavimo. Jei gydytojai neatpažintų ir negydytų lengvai už-

„Jei gydytojai neatpažintų ir negydytų lengvai užkrečiamų ligų vienoje šalyje, pasekmės galėtų būti ypač liūdnos kitų šalių pacientams.“

krečiamų ligų vienoje šalyje, pasekmės galėtų būti ypač liūdnos kitų šalių pacientams. Dėl šios priežasties gydytojams priskiriami etiniai įsipareigojimai tampa kur kas platesni ir neapsiriboja vien tik konkretaus paciento ir netgi bendruomenės ar tautos sveikatos priežiūra.

Globalaus požiūrio į sveikatą raida leidžia vis aiškiau suvokti visame pasaulyje egzistuojančius sveikatos netolygumus. Kai kurios plataus masto kampanijos, siekiančios sumažinti kūdikių mirtingumą ir sveikatą sekinančių ligų paplitimą skurdžiausiose šalyse, buvo sėkmingos: išnaikinti raupai ir (tikėtina) poliomielitas. Tačiau nepaisant to, sveikatos skirtumai tarp išsivysčiusių ir neturtingų šalių toliau didėja. Viena iš šio atotrūkio priežasčių – ŽIV/AIDS, liga, daranti didžiausią neigiamą poveikį žmonių sveikatai skurdžiausiose pasaulio šalyse. Be to, nors pastaraisiais dešimtmečiais visame pasaulyje bendras gerovės lygis kyla, situacija skurdžiausiose šalyse nepagerėjo. Nors skurdo priežastys iš esmės yra politinės ir ekonominės, taigi nepriklauso gydytojų ir jų asociacijų kompetencijai, vis dėlto medikai privalo rūpintis dėl skurdo atsirandančiomis sveikatos problemomis. Neturtingose šalyse gydytojai disponuoja labai ribotais jų pacientams skirtais išteklių ir turi nuolat spręsti klausimą, kaip teisingausi juos paskirstyti. Bet net ir vidutines ir dideles pajamas gaunančiose šalyse gydytojai susiduria su globalizacijos padarinius išgyvenančiais pacientais, tokiais kaip pabėgėliai, kurie kartais negauna tos šalies piliečiams įprastų sveikatos priežiūros garantijų.

Kita globalizacijos ypatybė – tai tarptautinis sveikatos priežiūros specialistų, taigi ir gydytojų, judėjimas. Gydytojų „nutekėjimas“ iš besivystančių į aukšto pramonės lygio šalis gali būti naudingas patiems gydytojams ir juos priimančioms valstybėms, bet nenaudingas toms šalims, iš kurių jie išvyksta. PMA Tarptautinio gydytojų įdarbinimo etikos rekomendacijose teigiama, kad gydytojai turi teisę netrukdomi išvykti iš gimtosios ar laikinai gyvenamosios šalies, kad galėtų tęsti savo profesinę karjerą kitoje šalyje. Nepaisant to, visos valstybės raginamos visomis išgalėmis stengtis paruošti reikiamą gydytojų skaičių, atsižvelgdamos į savo šalies išteklius ir poreikius, kurie neturėtų būti siejami su gydytojų imigracija iš kitų šalių.

Jau tapo tradicija, kad išsivysčiusių šalių gydytojai dalijasi savo patirtimi ir įgūdžiais su kolegomis iš besivystančių šalių. Šis bendradarbiavimas tęsiamas įvairiausiais būdais: rengiamos skubios medicininės priežiūros akcijos, kurias koordinuoja Raudonasis Kryžius, Raudonojo Pusmėnulio draugija ir „Gydytojai be sienų“; vykdomos trumpalaikės chirurgijos sesijos, kurių metu gydoma katarakta ar vilko gomurys; organizuojami medicinos specialistų susitikimai medicinos mokyklose; rengiami ilgalaikiai ar trumpalaikiai medicinos tyrimų projektai, vaistų ir medicinos įrangos tiekimas ir panašiai. Tokios programos iliustruoja teigiamą globalizacijos poveikį ir bent iš dalies kompensuoja gydytojų migraciją iš skurdesnių šalių į turtingesnes.

GRĮŽTANT PRIE ATVEJO ANALIZĖS

Remiantis gydytojo ir visuomenės santykių analize, pateikiama šiame skyriuje, galima teigti, kad gydytoja S. ne be reikalo svarsto, kokį poveikį visuomenei gali turėti jos paciento elgesys. Net jei konsultacijos su kitu sveikatos priežiūros specialistu vyksta už sveikatos priežiūros sistemos, kurioje dirba gydytoja S., ribų ir todėl nenaudojami visuomeniniai finansiniai ištekliai, pacientas užima gydytojos S. laiką, kuris galėtų būti skirtas kitiems pacientams. Tačiau gydytojai, įskaitant ir gydytoją S., turi būti atsargūs vertindami tokias situacijas. Dėl įvairiausių priežasčių pacientai dažnai nesugeba priimti absoliučiai racionalių sprendimų ir jiems gali prireikti nemažai laiko ir medicininių žinių, kad suvoktų, kas yra geriausia jiems patiems ir kitiems. Norėdama rasti socialiai pagrįstą šios problemos sprendimą, gydytoja S. pasielgė teisingai, kai kreipėsi į savo medicinos asociaciją, kadangi ši problema reikšminga ne tik jai pačiai ir vienam jos pacientui, bet ir kitiems gydytojams bei pacientams.

KETVIRTAS SKYRIUS — GYDYTOJAI IR KOLEGOS

TIKSLAI

Išnagrinėję šį skyrių turėtumėte mokėti:

- apibūdinti gydytojų tarpusavio bendravimo ypatumus
- pateisinti pranešimą apie neetišką kolegų elgesį
- nurodyti pagrindinius medicinos specialistų bendradarbiavimo etikos principus užtikrinant pacientų sveikatos priežiūrą
- paaiškinti, kaip spręsti konfliktus su kitais sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais

ATVEJO NR. 3 ANALIZĖ

Gydytojas B. neseniai pradėjo dirbti miesto ligoninės anesteziologu. Jam kelia nerimą vyresniojo chirurgo elgesys operacinėje. Šis chirurgas taiko pasenusius chirurgijos metodus, dėl kurių operacijos trunka ilgiau, po operacijų pacientai patiria stipresnį skausmą ir ilgiau sveiksta. Be to, vyresnysis chirurgas dažnai šurkščiai juokauja apie pacientus ir savo juokeliais akivaizdžiai vargina jam asistuojančias slaugytojas. Kaip jaunesnysis personalo narys, gydytojas B. drovosi kritikuoti chirurgą asmeniškai arba pranešti apie jo elgesį ligoninės administracijai. Vis dėlto jis jaučia, kad šioje situacijoje jų turėtų ko nors imtis.

IŠŠŪKIAI GYDYTOJŲ AUTORITETUI

Gydytojų profesijai iš seno būdingas *hierarchinis* pasiskirstymas tiek pačios profesijos viduje, tiek ir vertinant iš šalies. Profesijos viduje yra trys persipynusios hierarchijos rūšys: pirma, atitinkamai paskirstomos medicinos specializacijos – vienos iš jų laikomos labiau prestižinėmis už kitas ir yra geriau apmokamos; antra, tos specializacijos mokslininkai ir dėstytojai daro daugiau įtakos nei valstybine ar privačia medicinos praktika užsiimantys gydytojai; trečia, konkrečių pacientų priežiūros atžvilgiu pagrindinis priežiūrą teikiantis gydytojas yra *hierarchijos* viršūnėje, o kiti, net ir turintys didesnę darbo stažą ar geresnius tos srities įgūdžius, atlieka konsultantų vaidmenį, nebent paciento

„Gydytojų profesijai iš seno būdingas *hierarchinis* pasiskirstymas.“

priežiūra būtų perduota jiems. Platesniu požiūriu gydytojai tradiciškai užima aukštesnę vietą medikų hierarchijoje negu slaugytojai ir kiti sveikatos priežiūros specialistai.

Šiame skyriuje bus nagrinėjamos etinės problemos, kylančios tiek vidinėje, tiek išorinėje hierarchijoje. Kai kurie klausimai yra bendri abiejų hierarchijų tipams; kiti būdingi tik vienai ar kitai. Dauguma šių klausimų yra pakankamai nauji, nes jie atsirado dėl neseniai įvykusių pokyčių medicinoje ir sveikatos priežiūroje. Pateiksime trumpą šių pokyčių aprašymą, nes pagrindiniai iššūkiai medicinos profesijos atstovų autoritetui yra susiję būtent su jais.

Dėl sparčios mokslinių žinių ir jų klinikinio pritaikymo raidos medicina tampa vis sudėtingesnė. Beveik neįmanoma, kad gydytojai būtų visų savo pacientų ligų ir galimų gydymo būdų žinovai, todėl jiems reikalinga pagalba kitų gydytojų specialistų ar kvalifikuotų slaugytojų, vaistinininkų, fizioterapeutų, laboratorijose dirbančių specialistų,

socialinių darbuotojų ir daugelio kitų. Gydytojai turi žinoti, kaip įgyti tam tikrų įgūdžių, kurių reikia pacientų priežiūrai ar trūksta jiems patiems.

II skyriuje aptarėme, kad vis plačiau pripažįstant pacientų teisę patiems priimti medicininius sprendimus, paternalizmas medicinoje palaipsniui išnyko. Dėl to tradiciniam paternalizmui būdingą autoritarinį sprendimų priėmimo modelį pakeitė bendradarbiavimo modelis. Panašūs pokyčiai vyksta ir gydytojų bei kitų medicinos profesijos atstovų tarpusavio santykių kontekste. Kiti sveikatos priežiūros specialistai vis mažiau linkę klausyti gydytojų nurodymų, kurių motyvų jie nežino ar nesupranta. Jie laiko save profesionalais, turinčiais konkrečių etinių įsipareigojimų pacientams; ir jei jų įsipareigojimų supratimas nesutampa su gydytojo nurodymais, jie mano galintys abejoti šiais nurodymais ar net juos ginčyti. Pagal hierarchinį valdžios modelį niekada nebuvo abejonių dėl to, kas vadovauja ir kas turėtų būti viršesnis kilus konfliktui, o pagal bendradarbiavimo modelį dėl tinkamos paciento priežiūros gali kilti nesutarimų.

„...Tradiciniam medicinos paternalizmui būdingą autoritarinį sprendimų priėmimo modelį pakeitė bendradarbiavimo modelis.“

Tokios ir panašios permainos keičia gydytojų ir jų kolegų (bei jų ir kitų sveikatos priežiūros specialistų) tarpusavio santykių „žaidimo taisykles“. Likusioje šio skyriaus dalyje bus nagrinėjami kai kurie aktualūs šių santykių aspektai ir pateikti jų sprendimo būdai.

GYDYTOJŲ IR KOLEGŲ BEI DĖSTYTOJŲ IR STUDENTŲ TARPUSAVIO SANTYKIAI

Iš gydytojų, kaip medicinos profesijos atstovų, iš seno tikimasi, kad

tarpusavyje jie bendraus kaip vienos šeimos nariai, o ne tik kaip bičiuliai ar tiesiog pažįstami. PMA Ženevos deklaracijoje yra įžadas: „Mano kolegos tebūnie man seserys ir broliai.“ Šis reikalavimas skirtingose šalyse ir skirtingu metu buvo ir vis dar yra įvairiai interpretuojamas. Pavyzdžiui, šalyse, kur mokėstis už paslaugas buvo pagrindinė ar vienintelė atlyginimo gydytojams forma, egzistavo stipri profesinio etiketo tradicija, pagal kurią gydytojai neimdavo iš savo kolegų užmokesčio už gydymą. Šios tradicijos neliko ten, kur už gydymą atlygina trečioji šalis.

Be aiškaus reikalavimo pagarbiai elgtis su kolegomis ir kartu bendradarbiauti siekiant geriausios paciento slaugos, PMA Tarptautiniame medicinos etikos kodekse pateikiami du gydytojų tarpusavio santykiams galiojantys apribojimai: 1) neleistina mokėti ir priimti bet kokį mokesį ar kitos rūšies atlyginimą, jei vien tik siekiama perleisti pacientą; ir 2) nedera slapčia perimti pacientus iš savo kolegų. Trečias įsipareigojimas – pranešti apie neetišką ar nekompetentingą kolegų elgesį – bus aptariamas vėliau.

Pagal Hipokrato medicinos etikos tradiciją gydytojas turi rodyti savo mokytojui ypatingą pagarbą. Ženevos deklaracijoje tai išsakoma šiais žodžiais: „Gerbsiu savo mokytojus ir būsiu jiems dėkingas“. Šiuolaikiniame medicinos mokymo procese dalyvauja daug dėstytojų ir studentų, kitaip nei anksčiau – kai buvo paprotys kiekvienam mokiniui mokytis iš savo mokytojo. Nepaisant to, medicinos mokymui vis dar daug įtakos turi praktikuojančių gydytojų, dažnai negaunančių jokio atlygio už pedagoginę veiklą, geranoriškumas ir atsidavimas. Medicinos studentai ir praktikantai turi būti dėkingi savo dėstytojams, be kurių jie galėtų studijuoti mediciną nebent savarankiškai.

Iš kitos pusės, medicinos dėstytojų pareiga yra pagarbiai bendrau-

ti su savo studentais ir rodyti jiems pavyzdį, kaip derėtų elgtis su pacientais. Vadinamoji medicinos mokymo nematomos programos dalis – tai praktine veikla užsiimančių gydytojų demonstruojami elgesio standartai, kurie gali padaryti daugiau įtakos negu konkreti medicinos etikos mokymo programa. Jei etikos reikalavimai neatitinka dėstytojų pažiūrų ir elgesio, tikėtina, kad medicinos studentai labiau remsis savo dėstytojų pavyzdžiu.

„...Medicinos dėstytojų pareiga yra pagarbiai bendrauti su savo studentais ir rodyti jiems pavyzdį, kaip derėtų elgtis su pacientais.“

Dėstytojai taip pat yra įpareigoti reikalauti iš savo studentų nedalyvauti neetiškoje veikloje. Štai keletas tokios veiklos pavyzdžių, aprašytų moksliniuose medicinos žurnaluose: medicinos studentai gauna paciento sutikimą dėl tam tikro gydymo tais atvejais, kai tai turėtų padaryti kvalifikuotas medicinos specialistas; kitas atvejis – be sutikimo ir be specialisto priežiūros atliekami anestezuotų ar ką tik mirusių pacientų dubens tyrimai ir procedūros, kurios, nors ir ne itin sudėtingos (pvz., I–V įterpimas), tačiau kurių studentų laikomos viršijančiomis jų kompetenciją. Studentų ir dėstytojų įgaliojimai yra nevienodi. Būtent dėl to dėstytojai privalo būti įsitikinę, kad jų reikalavimai studentams yra etiški, nes studentų statusas tarsi įpareigoja juos neabejoti tokiais nurodymais ar vykdyti juos neprieštaraujant. Daugelyje medicinos mokyklų yra kurso seniūnai ar medicinos studentų organizacijos, kurios, be kitos veiklos, galėtų rūpintis ir etinėmis medicinos mokymo problemomis. Studentams, kuriems rūpi etiniai jų studijų aspektai, turėtų būti sudarytos sąlygos išreikšti savo nuomonę taip, kad jie nebūtų viešai atpažįstami kaip pučiantys švilpuką ir gautų reikiamą paramą, jei tai būtina oficialiai išspręsti problemą.

Kita vertus, iš medicinos studentų tikimasi, kad jie demonstruos aukštus etiško elgesio standartus, kaip ir dera būsimiems gydytojams. Jie turi priimti kitus studentus kaip savo kolegas ir būti pasi-

„Studentams, kuriems rūpi etiniai jų studijų aspektai, turėtų būti sudarytos sąlygos išreikšti savo nuomonę.“

ruošę, esant reikalui, pasiūlyti jiems pagalbą, o neprofesionalaus elgesio atveju – ir patarti ar pamokyti. Studentai taip pat turėtų visomis išgalėmis prisidėti prie bendro studijų proceso ir dalintis pareigomis, pavyzdžiui, atliekant užduotis ar suteikiant neatidėliotiną pagalbą.

PRANEŠIMAI APIE NESAUGIĄ ARBA NEETIŠKĄ VEIKLĄ

Iš seno medicina didžiuojasi save reguliuojančios profesijos reputacija. Už visuomenės suteikiamas privilegijas medicinos profesija iškelė savo nariams aukštus elgesio standartus ir drausminamąsias priemones, skirtas tirti netinkamo elgesio atvejus ir, jei reikia, atitinkamai bausti pažeidėjus. Ši savireguliacijos sistema dažnai nepasiteisindavo, todėl pastaraisiais metais stengiamasi sugriežtinti šios profesijos atskaitingumą, pavyzdžiui, įtraukiant visuomenės atstovus į gydytojų veiklą kontroliuojančias institucijas. Tačiau pagrindinė savireguliacijos sąlyga yra ta, kad gydytojai nuoširdžiai ir sąžiningai pritartų savo veiklos principams ir būtų linkę atpažinti nesaugios ir neetiškos veiklos atvejus bei atitinkamai į juos reaguoti.

Medicinos etikos kodeksuose pabrėžiamas įsipareigojimas pranešti apie nekompetentingą, kenksmingą ar kitaip netinkamą savo kolegų elgesį. Pavyzdžiui, PMA Tarptautiniame medicinos etikos kodekse teigiama, kad „gydytojas turi (...) stengtis demaskuoti tuos

gydytojus, kurie turi netinkamų charakterio savybių, stokoja kompetencijos, užsiima apgaule ar sukčiavimu.“ Tačiau šio principo taikymas labai dažnai yra problemiškas. Viena vertus, gydytojui gali kilti pagunda kenkti savo kolegės reputacijai dėl garbės nedarančių asmeninių motyvų, tokių kaip pavydas arba siekis atkeršyti už patirtas nuoskaudas. Gydytojas taip pat gali susilaikyti nuo pranešimo apie nederamą kolegės elgesį draugystės ar simpatijos vardan („Teatleidžia man Dievas“). Be to, tokio pranešimo padariniai gali padaryti daug žalos pačiam pranešusiam asmeniui, įskaitant beveik neišvengiamą apkaltinto asmens ir galbūt kitų kolegų priešišumą.

Nepaisant šių kliūčių, pranešti apie nederamą elgesį yra gydytojo profesinė pareiga. Gydytojai yra atsakingi ne tik už savo profesijos gero vardo išsaugojimą, bet dažnai jie vieninteliai gali atpažinti nekompetentingą, žalingą ar nederamą elgesį. Vis dėlto pranešimas apie nederamą kolegų elgesį gydytojų drausmę kontroliuojančioms institucijoms turėtų būti paskutinė išeitis, jei nepadeda kitos, prieš tai išbandytos ir situacijos nepakeitusios priemonės. Tokiu atveju pirmiausia reikėtų kreiptis į patį kolegą ir jam pačiam pasakyti, kad jo elgesys jums atrodo nesaugus ar neetiškas. Jei problemą galima išspręsti šiame etape, nereikės imtis tolesnių veiksmų. Jei ne, partartina aptarti susidariusią situaciją su savo ar pažeidėjo vadovu, kuris ir turėtų nuspręsti, ką toliau daryti. Jei ši taktika yra sunkiai įgyvendinama dėl praktinių priežasčių arba neduoda jokio rezultato, tada gali tecti imtis paskutinės priemonės – informuoti drausmę kontroliuojančias institucijas.

„...Pranešimas apie nederamą kolegų elgesį gydytojų drausmę kontroliuojančioms institucijoms turėtų būti paskutinė išeitis, jei nepadeda kitos, prieš tai išbandytos ir situacijos nepakeitusios priemonės.“

SANTYKIAI SU KITAIŠ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALISTAIS

Antrame skyriuje gydytojo ir paciento santykių aptarimą pradėjome nuo ypač svarbių pagarbos ir lygiaverčio elgesio aspektų. Šie bendravimo principai neką mažiau svarbūs ir gydytojų santykiams su bendradarbiais. Tai reiškia, kad PMA Ženevos deklaracijoje pateikta nuostata, draudžianti gydytojams diskriminuoti „dėl amžiaus, ligos ar negalios, religinių, etninių, lyties, rasinių ar tautybės skirtumų, taip pat dėl politinių veiklos, seksualinės orientacijos ir socialinės padėties motyvų“, turi būti taikoma ne tik pacientų atžvilgiu, bet ir visų kitų, su sveikatos priežiūra ar kita profesionalia veikla susijusių asmenų atžvilgiu.

Diskriminacijos vengimas yra pasyvi žmonių tarpusavio santykių ypatybė. Pagarba – daugiau aktyvi ir teigiama ypatybė. Pagarbiai elgtis su kitais sveikatos priežiūros specialistais – gydytojais, slaugytojais, pagalbinio personalu ir kitais darbuotojais – reiškia pripažinti jų įgūdžius ir patirtį, kuriais jie prisideda prie pacientų slaugos. Nors sveikatos priežiūros profesionalai yra skirtingo išsimokslinimo ir pasirengimo lygio, tačiau visi jie yra lygūs kaip žmonės ir visų jų pastangos rūpinantis pacientų gerove vienodai svarbios.

Vis dėlto, kaip ir gydytojų ir pacientų santykių atveju, gydytojai gali turėti teisėtų motyvų atsisakyti arba, tam tikru atveju, visiškai nutraukti santykius su kitais sveikatos priežiūros specialistais. Tokie motyvai gali būti nepasitikėjimas kito asmens sugebėjimais ar dorumu arba tiesiog rimtas asmeninis konfliktas. Atskirti šiuos motyvus nuo mažiau pagrįstų gydytojui gali prireikti subtilaus etinio jautrumo.

BENDRADARBIAVIMAS

Medicina yra labai individualizuota, bet kartu ir bendradarbiavimo reikalaujanti profesija. Viena vertus, gydytojai gana savininkiškai žiūri į „savo“ pacientus. Ne be priežasties tvirtinama, kad individualūs gydytojo ir paciento santykiai yra geriausia priemonė įgyti žinių apie pacientą ir garantuoti efektyvią tęstinę priežiūrą, kuri padėtų išvengti ligų arba jas gydyti. Be to, gydytojams yra naudinga išsaugoti pacientus, neatmetant ir finansinės naudos aspekto. Kita vertus, kaip jau minėta anksčiau, medicina yra labai sudėtinga ir specializuota, todėl reikia, kad skirtingų, bet viena kitą papildančių žinių ir įgūdžių turintys gydytojai tarpusavyje glaudžiai bendradarbiautų. Įtampa tarp individualizmo ir bendradarbiavimo periodiškai tampa medicinos etikos diskusijų objektu.

Silpnėjantis paternalizmas medicinoje pamažu išskleidė buvusį įsitikinimą, kad pacientas yra gydytojo „nuosavybė“. Tradicinę pacientų teisę kreiptis į kitą gydytoją papildė nauja galimybė – kreiptis į kitus sveikatos priežiūros specialistus, kurie galbūt sugebės geriau patenkinti jų poreikius. PMA Pacientų teisių deklaracija skelbia: „Gydytojo pareiga yra bendradarbiauti su kitais pacientą gydančiais sveikatos priežiūros specialistais, suderintai teikiant reikalingą medicinos priežiūrą.“ Tačiau, kaip jau pažymėta anksčiau, bendradarbiavimas gydytojams neturėtų tapti pretekstu pasipelnyti ir dalintis užmokesčiu už gydymą.

„Silpnėjantis paternalizmas medicinoje pamažu išskleidė buvusį įsitikinimą, kad pacientas yra gydytojo „nuosavybė“.

Gydytojo teisės į pacientą, kaip nuosavybę, apribojimus turėtų kompensuoti kitos priemonės, galinčios užtikrinti paciento ir gydytojo santykių pirmumą bet kokių kitų interesų atžvilgiu. Pavyzdžiui,

paciento, kurio gydymu rūpinasi keli gydytojai (kaip paprastai atsitinka ligoninėse), priežiūrą turėtų koordinuoti vienas. Jis turėtų nuolat informuoti ligonį apie jo bendrą gydymo eigą bei, esant reikalui, padėti jam priimti sprendimus.

Gydytojų tarpusavio santykius dažniausiai reglamentuoja aiškiai ir suprantamai suformuluotos taisyklės, tuo tarpu gydytojų ir kitų sveikatos priežiūros specialistų santykiai nuolat kinta, todėl nėra bendro sutarimo dėl jų vaidmenų pasiskirstymo. Kaip jau minėta, dauguma slaugytojų, vaistininkų, fizioterapeutų ir kitų specialistų mano, kad jie savo srityje turi daugiau kompetencijos už gydytojus, todėl jų statusas turėtų būti toks pats kaip ir gydytojų. Jie pritaria komandiniam pacientų priežiūros būdai: šiuo atveju visų sveikatos priežiūros specialistų nuomonės yra vienodai svarbios. Todėl kiti sveikatos priežiūros specialistai yra linkę manyti, kad jie yra atskaitingi pacientam, bet ne gydytojam. Vis dėlto dauguma gydytojų įsitikinę, kad net pritaikius komandinio darbo principus, vadovauti turi vienas asmuo ir gydytojas dėl savo išsilavinimo ir įgūdžių labiausiai tinka šiam vaidmeniui.

Kai kurie gydytojai gali priešintis tokiems bandymams apriboti tradicinį, beveik absoliutų jų autoritetą. Tačiau akivaizdu, kad jų vaidmuo turės keistis ir jie turės atsižvelgti į kitų sveikatos priežiūros specialistų ir pacientų pretenzijas aktyviau dalyvauti medicininį sprendimų priėmimo procese. Gydytojai turės sugebėti pagrįsti savo rekomendacijas kitiems asmenims ir įtikinti juos laikytis šių rekomendacijų. Be šių bendravimo įgūdžių, gydytojai turės išmokti spręsti galimus nesutarimus su kitais pacientą slaugančiais asmenimis.

Bendradarbiavimo problemų atstovaujant pacientų interesams gali atsirasti ir tais atvejais, kai pacientai kreipiasi pagalbos į tradicinės ar alternatyviosios sveikatos priežiūros atstovus („hilerius“). Daugu-

ma Afrikos ir Azijos regionų gyventojų kreipiasi į šiuos asmenis dėl konsultacijų, vis daugiau žmonių taip elgiasi ir Europoje bei Šiaurės ir Pietų Amerikoje. Nors kai kam šie sveikatos priežiūros būdai gali atrodyti papildantys mediciną, daugelyje situacijų jie prieštarauja konvencinei medicinai. Jei netradiciniai ar alternatyvieji gydymo būdai gali padėti ir pacientas jų pageidauja, gydytojai turės ieškoti galimybių bendradarbiauti su šios srities atstovais. Kaip tai galima padaryti? Vieno universalaus atsakymo nėra, kiekvienu atveju tai priklausys nuo šalies ir alternatyvius metodus taikančio asmens ypatumų. Tačiau visada bet kokio bendradarbiavimo tikslas turi būti paciento gerovės užtikrinimas.

KONFLIKTŲ SPRENDIMAS

Gydytojų tarpusavio santykiuose ar bendraujant su kitais sveikatos priežiūros specialistais gali kilti daugybė įvairiausių konfliktų, pavyzdžiui, dėl tarnybinių procedūrų ar atlyginimo. Tačiau daugiausia dėmesio šiame skyrelyje bus skiriama konfliktams dėl pacientų priežiūros. Būtų idealu, jei priimdami sveikatos priežiūros sprendimus, pacientas, gydytojas ir visi kiti su paciento priežiūra susiję asmenys vieningai sutartų. Vis dėlto situacijos neapibrėžtumas ar skirtingas sveikatos priežiūros tikslų ir priemonių suvokimas gali tapti rimta nesutarimų priežastimi. Sutarimą gali apsunkinti ir ribotų sveikatos priežiūros išteklių bei organizacinės veiklos problemos.

„...Situacijos neapibrėžtumas ar skirtingas sveikatos priežiūros tikslų ir priemonių suvokimas gali tapti rimta nesutarimų priežastimi.“

Visi sveikatos priežiūros komandos nariai turėtų išsiaiškinti ir spręsti tarpusavio nesutarimus, susijusius su priežiūros ar gydymo tikslais

ir taikomomis priemonėmis, kad nesugadintų santykių su pacientais. Nesutarimai tarp sveikatos priežiūros specialistų ir administracijos dėl lėšų paskirstymo turėtų būti sprendžiami už uždary durų, o ne svarstomi paciento akivaizdoje. Kadangi abiejų rūšių konfliktai yra etinio pobūdžio, j jų sprendimą gali būti įtraukti klinikinės etikos komitetai ar etikos konsultantai, jei tokių yra.

Sprendžiant tokio pobūdžio konfliktus gali būti naudingos šios rekomendacijos:

- Konfliktus reikia spręsti kiek įmanoma vengiant oficialumo, pavyzdžiui, tiesiogiai aptariant klausimą su visais nesutariančiais asmenimis; oficialių procedūrų reikia imtis tik tuo atveju, jei konflikto nepavyko išspręsti neoficialiai.
- Reikia išsiaiškinti visų tiesiogiai susijusių asmenų nuomones ir j jas pagarbiai atsižvelgti.
- Sprendžiant nesutarimus dėl gydymo būdo, svarbiausias kriterijus turėtų būti informuoto paciento arba įgalioto sprendimus priimančio asmens pasirinkimas.
- Jei nesutariama dėl to, kokias pasirinkimo galimybes pasiūlyti pacientui, paprastai geriau yra siūlyti platesnį negu siauresnį galimybių diapazoną. Jei pageidautinas gydymo būdas yra neprieinamas dėl išteklių stokos, įprastinėmis sąlygomis pacientui reikia apie tai pranešti.
- Jei visos įmanomos pastangos užmegzti dialogą, sutarti ar kompromiso būdu išspręsti konfliktą yra nevaisingos, turi būti pripažįstamas įgalioto ir atsakingo asmens sprendimas. Jei yra neišku ir ginčytina, kas turi teisę priimti galutinį sprendimą ir

kas už tai atsakingas, reikia pasitelkti tarpininkus, arbitrus arba teisėjus.

Jei sveikatos priežiūros specialistai negali pritarti galutiniam sprendimui dėl profesinių motyvų ar asmeninių moralinių įsitikinimų, jie turi teisę nedalyvauti įgyvendinant šį sprendimą, prieš tai įsitikinę, kad tai nesukels žalos pacientui ir jis nebus paliktas be priežiūros.

GRĮŽTANT PRIE ATVEJO ANALIZĖS

Gydytojui B. ne veltui kelia susirūpinimą vyresniojo chirurgo elgesys operacinėje. Chirurgas ne tik kelia pavojų paciento sveikatai, bet ir nepagarbiai elgiasi su juo bei savo kolegomis. Gydytojo B. etinė pareiga yra reaguoti į tokį elgesį ir imtis atitinkamų veiksmų. Visų pirma jis turėtų aiškiai išreikšti savo nepritariamą tokiam įžeidžiamam elgesiui, pavyzdžiui, nesijuokti iš chirurgo sąmojų. Jei jam atrodo, kad šio reikalo aptarimas su chirurgu gali būti naudingas, jis taip ir turėtų pasielgti. Kitu atveju gali tekti kreiptis tiesiogiai į ligoninės administraciją. Jei administracija atsisakytų spręsti šią problemą, jis gali kreiptis į atitinkamą gydytojų licencijavimo tarnybą (*angl. – physician licensing body*) prašydamas ištirti padėtį.

PENKTAS SKYRIUS – ETIKA IR MOKSLINIAI MEDICINOS TYRIMAI

TIKSLAI

Išnagrinėję šį skyrių turėtumėte mokėti:

- identifikuoti pagrindinius etikos principus atliekant mokslinius medicinos tyrimus
- suderinti klinikinę priežiūrą ir mokslinę tiriamąją veiklą
- įvykdyti etinės priežiūros komitetų reikalavimus

ATVEJO NR. 4 ANALIZĖ

Į mažo miestelio bendrosios praktikos gydytoją T. kreipiasi Sutartinė medicininių tyrimų organizacija (SMTO). Gydytoja kviečiama dalyvauti naujo nesteroidinio vaisto nuo uždegimo, skirto osteoartritui gydyti, klinikiniame tyrime. Jai pasiūloma tam tikra pinigų suma už kiekvieną į tyrimą įtrauktą pacientą. SMTO atstovas ją tikina, kad yra gauti visi tyrimui reikalingi leidimai, taip pat ir etikos priežiūros komiteto patvirtinimas. Gydytoja T. niekada nėra dalyvavusi tokiuose tyrimuose ir džiaugiasi suteikta jai proga, ypač jei už tai mokami papildomi pinigai. Daugiau nieko neklusinėdama apie mokslinius ar etinius tyrimo aspektus, ji priima šį pasiūlymą.

MEDICININIŲ TYRIMŲ SVARBA

Medicina nėra tikslusis mokslas kaip matematika ar fizika. Joje yra daug bendrų, dažniausiai nekintamų principų, bet kiekvienas pacientas yra kitoks, ir gydymas, kuriuo veiksmingai išgydomi 90 procentų gyventojų, gali neduoti naudos likusiems 10 procentų. Taigi medicina iš esmės yra eksperimentinis mokslas. Net plačiausiai pripažinti gydymo būdai turi būti kontroliuojami ir nuolat vertinami norint nustatyti, ar jie yra veiksmingi konkrečiam žmogui ir žmonėms apskritai. Tai yra viena iš mokslinių medicinos tyrimų funkcijų.

„...Medicina iš esmės yra eksperimentinis mokslas.“

Kita, galbūt net geriau žinoma mokslinių medicinos tyrimų funkcija – naujų gydymo būdų ir priemonių, ypač vaistų, medicininės įrangos ir chirurginių metodų kūrimas. Šioje srityje per paskutinius 50 metų padaryta itin didelė pažanga, ir šiomis dienomis atliekama daug daugiau medicinos tyrimų nei bet kada anksčiau. Nepaisant to, vis dar lieka daugybė neatsakytų klausimų apie žmogaus organizmo funkcionavimą, įvairių ligų (tiek žinomų, tiek ir naujų) priežastis ir geriausias jų prevencijos ar gydymo būdus. Moksliniai medicinos tyrimai yra vienintelis būdas atsakyti į šiuos klausimus.

Moksliniais medicinos tyrimais ne tik siekiama geriau pažinti žmogaus fiziologiją. Juos atliekant analizuojami įvairiausi žmogaus sveikatos veiksniai, ligų paplitimas (epidemiologija), sveikatos priežiūros organizavimas, finansavimas ir paslaugų užtikrinimas (sveikatos priežiūros sistemų tyrimai), socialiniai ir kultūriniai sveikatos aspektai (medicinos sociologija ir antropologija), teisė (teisinė medicina) ir etika (medicinos etika). Šių tyrimo rūšių svarbą vis labiau pripažįsta mokslinius tyrimus remiantys fondai, iš kurių daugelis turi

specialias nefiziologinių medicinos tyrimų programas.

TYRIMAI IR MEDICINOS PRAKTIKA

Savo klinikinėje praktikoje visi gydytojai naudojami medicinos tyrimų rezultatais. Kad išlaikytų atitinkamą kompetencijos lygį, jie turi būti susipažinę su naujausiais jų srityje atliekamais tyrimais, dalyvaujantį tęstinėse medicinos studijose ar tęstiniuose profesiniuose kvalifikacijos kėlimo programose, skaitydami mokslinius medicinos žurnalus ar bendraudami su kitais gerai tą sritį išmanančiais kolegomis. Net jei gydytojai patys nedalyvauja moksliniuose tyrimuose,

„Net jei gydytojai patys nedalyvauja moksliniuose tyrimuose, jie turi žinoti, kaip interpretuoti tyrimų rezultatus ir kaip juos pritaikyti savo pacientams.“

jie turi žinoti, kaip interpretuoti tyrimų rezultatus ir kaip juos pritaikyti savo pacientams. Taigi bendros žinios apie mokslinių tyrimų metodus yra glaudžiai susijusios su kompetentinga medicinos praktika. Geriausias būdas įgyti šių žinių – pačiam dalyvauti mokslinių tyrimų projektuose pagrindinių ar tęstinių medicinos studijų metu.

Praktikuojantys gydytojai dažniausiai dalyvauja klinikinių bandymų metodais atliekamuose tyrimuose. Vyriausybinių vaistų kontrolės institucijos gali patvirtinti naują vaistą tik tada, kai atliekami išsamūs jo saugumo ir veiksmingumo tyrimai. Šis procesas prasideda nuo laboratorinių (fundamentinių) tyrimų, tada atliekami bandymai su gyvūnais. Jei šių tyrimų rezultatai pateisina pradinis lūkesčius, tolesnę klinikinio tyrimo eigą sudaro šie keturi žingsniai arba fazės:

- Pirmoji fazė: tyrime paprastai dalyvauja palyginti nedidelis skaičius sveikų savanorių, kurie dažniausiai gauna tam tikrą atlygį.

Šiame tyrimo etape siekiama nustatyti, kokios naujo preparato dozės sukelia atitinkamą žmogaus organizmo reakciją, kaip šis preparatas yra įsisavinamas ir kokį poveikį (toksinį ar žalingą) jis daro žmogaus organizmui.

- Antroji fazė: tyrime dalyvauja tam tikra liga sergančių pacientų grupė. Būtent šių ligą numatoma gydyti nauju preparatu. Tyrimo tikslai – nustatyti, ar naujas preparatas turi gydomąjį šios ligos poveikį, ir ar jis turi kokį nors žalingą šalutinį poveikį žmogaus organizmui.
- Trečioji fazė: atliekami klinikiniai bandymai, kurių metu naujas preparatas skiriamas dideliame pacientų skaičiui. Šiame etape naujas preparatas lyginamas su kitais tai pačiai ligai gydyti skirtais vaistais, jei tokių esama, arba su placebo (taikant neveikliąsias medžiagas). Jei tik įmanoma, tokiuose bandymuose taikomas vadinamasis dvigubo aklumo metodas, t. y. nei patys tiriamieji asmenys, nei tyrimą atliekantys gydytojai nežino, kam iš tiriamųjų skiriamas naujas preparatas, o kam placebo.
- Ketvirtoji fazė: tyrimas atliekamas po to, kai naujam preparatui yra suteikiama licencija ir jį leidžiama pardavinėti. Pirmaisiais metais tikrinama, ar naujasis vaistas turi šalutinį poveikį, kuris neišryškėjo ankstesnėse fazėse. Be to, naująjį vaistą gaminanti farmacijos kompanija paprastai nori žinoti, kaip vaistą vertina receptus išrašantys gydytojai ir jį vartojantys pacientai.

Pastaraisiais metais atliekama vis daugiau klinikinių bandymų, todėl reikia rasti ir įtraukti vis daugiau pacientų, kad būtų įvykdyti statistiniai šių bandymų reikalavimai. Tyrimus organizuojantys gydytojai ar farmacijos kompanijos dabar į pagalbą pasitelkia daugelį kitų gydytojų, neretai iš skirtingų šalių, kad šie įregistruotų tiriamaisiais sutinkančius būti pacientus.

Gydytojų dalyvavimas moksliniuose tyrimuose suteikia jiems vertingos patirties, tačiau gali sukelti problemų, apie kurias reikia žinoti ir jų vengti. Visų pirma gydytojo vaidmuo bendraujant su pacientu skiriasi nuo tyrėjo vaidmens klinikiniuose tyrimuose, net jei gydytojas ir tyrėjas yra tas pats asmuo. Pagrindinė gydytojo pareiga – užtikrinti paciento sveikatą ir gerovę, o tyrėjai yra atsakingi už pažangą mokslinių žinių, kuriomis galima pagerinti

„...Gydytojo vaidmuo bendraujant su pacientu skiriasi nuo tyrėjo vaidmens klinikiniuose tyrimuose.“

(arba ne) tiriamąjo asmens sveikatą. Taigi šie vaidmenys gali prieštarauti vienas kitam. Tokiu atveju gydytojo vaidmuo ir pareigos turi būti svarbesni už tyrėjo įsipareigojimus. Kaip tai nutinka praktinėje veikloje, bus paaiškinta vėliau.

Kita galima problema derinant šiuos du vaidmenis yra interesų konfliktas. Moksliniai medicinos tyrimai yra didelių finansinių išteklių reikalinga veikla ir gydytojams kartais siūlomas nemažas atlygis už dalyvavimą juose. Kaip atlygis gydytojui gali būti pasiūlytas piniginis honoraras už kiekvieną į tyrimą įtrauktą asmenį arba tam tikra įranga, pavyzdžiui, kompiuteriai, skirti perduoti tyrimų duomenis, arba kvietimai aptarti tyrimo rezultatus konferencijose, arba bendraautorystė leidiniuose, kuriuose skelbiami tyrimų rezultatai. Gydytojo suinteresuotumas minėtais pasiūlymais kartais gali prieštarauti pareigai rūpintis paciento gydymu visais įmanomais geriausiais būdais. Visa tai taip pat gali pažeisti paciento teisę gauti reikiamą informaciją, be kurios jis negali duoti pagrįsto sutikimo dalyvauti klinikiniuose tyrimuose.

Šios galimos problemos yra išsprendžiamos. Gydytojo veiklos etiniai principai – užuojauta, kompetencija, autonomija – turi būti taikomi ir mokslinių medicinos tyrimų atvejais. Taigi šie du gydytojo

vaidmenys iš esmės neprieštarauja vienas kitam. Gydytojams nekils sunkumų suderinti savo medicininę praktiką su tyrimais, jei tik jie supras ir laikysis mokslinių medicinos tyrimų etikos taisyklių.

ETINIAI REIKALAVIMAI

Pagrindiniai mokslinių medicinos tyrimų etikos principai dabar yra aiškiai reglamentuoti. Tačiau taip buvo ne visada. Daug žymių XIX ir XX a. medicinos tyrinėtojų darė bandymus su pacientais be pastarųjų sutikimo ir beveik arba visiškai neatsižvelgė į pacientų gerovę. XX a. pradžioje buvo suformuluoti tam tikri medicininių tyrimų etikos teiginiai, tačiau tai nepadėjo užkirsti kelio nacistinėje Vokietijoje ir kitose šalyse daryti tyrimus, kuriuose gydytojai aiškiai pažeidė pagrindines žmogaus teises. Po Antrojo pasaulinio karo specialus Niurnbergo (Vokietija) tribunolo teismas kai kuriuos iš šių medikų nuteisė ir pripažino kaltais. Nuosprendžio pagrindas, žinomas Niurnbergo kodekso pavadinimu, tebėra vienas iš pamatinių šiuolaikinės medicininių tyrimų etikos dokumentų. Tarp dešimties šiame kodekse išdėstytų principų yra ir reikalavimas gauti savanorišką paciento sutikimą, jei planuojama jį įtraukti į tyrimą kaip tiriamąjį asmenį.

Pasaulio medicinos asociacija buvo įsteigta 1947 metais, tais pačiais, kai paskelbtas Niurnbergo kodeksas. Žinodami apie medicinos etikos pažeidimus prieš ir po Antrojo pasaulinio karo, PMA steigėjai nedelsdami ėmėsi iniciatyvos užtikrinti, kad gydytojai bent jau išmantly savo etines pareigas. Po kelių pasirusimo metų, 1954-aisiais, PMA priėmė dokumentą, kuriame pateiktas mokslinių tyrimų ir eksperimentų su žmonėmis principų rinkinys. Vėliau šis dokumentas buvo peržiūrimas ir galiausiai 1964 metais priimtas kaip Helsinkio deklaracija (HD). HD buvo dar kartą peržiūrieta ir pataisyta 1975, 1983, 1989, 1996 ir 2000 metais. HD – tai

glausta medicininių tyrimų etikos santrauka. Pastaraisiais metais buvo parengti kiti, dar išsamesni mokslinių medicinos tyrimų etikos dokumentai (pavyzdžiui, Tarptautiniai biomedicininių tyrimų su žmonėmis etikos principai, 1993 m., peržiūrėti ir pataisyti 2002 m.) ir konkrečių tyrimų etikos klausimų analizė (pavyzdžiui, Nufildo etikos priežiūros komiteto parengtas leidinys „Besivystančiose šalyse atliekamų tyrimų, susijusių su sveikatos priežiūra, etika“, 2002 m.).

Nors šių dokumentų pobūdis, apimtis ir autorystė skiriasi, visi jie iš esmės sutaria dėl pagrindinių mokslinių medicinos tyrimų etikos principų. Šie principai yra integruoti į daugelio šalių ir tarptautinių organizacijų įstatymus ar teisinius aktus, taip pat į juos atsižvelgiama, reguliuojant vaistų ir medicinos įrangos licencijavimą. Čia pateikiama glausta šių (HD suformuluotų) principų apžvalga.

Etikos priežiūros komiteto patvirtinimas

„...Prieš pradėdam mokslinį medicinos tyrimą su žmonėmis, kiekvieną tyrimo projektą turi apsvarstyti ir patvirtinti nepriklausomas etikos priežiūros komitetas.“

Helsinkio deklaracijos 13-ame ir 14-ame straipsniuose nurodoma, kad prieš pradėdam mokslinius medicinos tyrimus su žmonėmis, kiekvieną tyrimo projektą turi apsvarstyti ir patvirtinti nepriklausomas etikos komitetas. Norėdami gauti leidimą tyrėjai privalo: pagrįsti projekto tikslą ir metodologiją; nurodyti, kaip

bus įtraukiami tiriamieji asmenys, koku būdu bus gaunamas jų sutikimas ir kaip saugomas jų privatumas; tiksliai apibrėžti projekto finansavimo sąlygas; atskleisti galimus interesų konfliktus iš tyrėjų pusės. Etikos priežiūros komitetas gali arba patvirtinti tinkamai parengtą projektą, arba pareikalauti tam tikrų projekto pakeitimų, arba iš viso atsisakyti jį patvirtinti. Kitas tokių komitetų vaidmuo

yra stebėti jau vykdomus projektus ir užtikrinti, kad tyrėjai realiai laikytųsi savo įsipareigojimų, o reikalui esant sustabdyti projektą dėl rimtų nenumatytai atsiradusių nepalankių aplinkybių.

Etikos priežiūros komiteto patvirtinimo reikia todėl, kad tiek tyrimo organizatoriams, tiek tiriamiesiems asmenims gali pritrūkti žinių bei objektyvumo įvertinti projekto mokslinį pagrįstumą ir tinkamumą etiniu požiūriu. Tyrėjai turi įrodyti nešališkai ekspertų komisijai, kad tyrimo projektas yra reikalingas ir vertingas, kad jie turi kompetencijos jį atlikti ir kad galimi tiriamieji asmenys bus visomis įmanomomis priemonėmis apsaugoti nuo žalos.

Vienas neatsakytas klausimas dėl etikos priežiūros komitetų – ar daugelyje medicinos įstaigų atliekamas bendras tyrimų projektas turi būti patvirtintas atskiro etikos priežiūros komiteto, ar pakanka, kad jį patvirtintų vienas kuris nors komitetas? Jei medicinos įstaigos yra skirtingose šalyse, paprastai reikalaujama, kad jis būtų peržiūrėtas ir patvirtintas kiekvienoje iš jų.

Mokslinė nauda

Helsinkio deklaracijos 11-ame straipsnyje reikalaujama, kad moksliniai medicinos tyrimai su žmonėmis būtų pateisinami moksliniu požiūriu. Šiuo reikalavimu siekiama atmesti projektus, kurių sė-

mė labai abejotina, pavyzdžiui, dėl to, kad jie yra metodologiškai nepatikimi arba dėl to, kad net ir sėkmės atveju jų rezultatai neturėtų svarbesnės mokslinės reikšmės. Pacientai gali būti įtraukiami į tokį tyrimų projektą, iš kurio tikimasi gauti tik labai svarbių mokslinių žinių, net jei žalos tikimybė pacientams būtų minimali.

„...Moksliniai medicinos tyrimai su žmonėmis turi būti pateisinami moksliniu požiūriu.“

Siekiant užtikrinti mokslinę naudą, 11-ame straipsnyje reikalaujama, kad projektas būtų pagrįstas išsamia literatūros, susijusios su nagrinėjama problema, analize, ankstesniais laboratoriniais tyrimais ir, jei reikia, tyrimų su gyvūnais duomenimis. Pastarieji duotų pagrindą tikėtis, kad tiriami gydymo būdai gali būti veiksmingi ir naudingi žmonėms. Visi tyrimai su gyvūnais turi atitikti etines nuostatas, kuriose reikalaujama sumažinti naudojamų gyvūnų skaičių iki minimumo ir neleisti jiems kęsti beprasmiško skausmo. 15-ame straipsnyje pridamas dar vienas reikalavimas – tik aukštą mokslinę kvalifikaciją turintys asmenys gali atlikti tyrimus su žmonėmis. Prieš patvirtindamas mokslinių medicinos tyrimų projektą, etikos priežiūros komitetas privalo įsitikinti, ar laikomasi visų minėtų sąlygų.

Socialinė vertė

„...Socialinė vertė tampa svarbiu kriterijumi sprendžiant mokslinio medicinos tyrimo projekto finansavimo klausimus.“

Vienas iš gana prieštaringai vertinamų moksliniam medicinos tyrimo projektui keliamų reikalavimų – pakelti bendrą socialinės gerovės lygį. Labiausiai paplitusi nuomonė, kad mokslo pažanga yra vertinga pati savaime ir jos nereikia pateisinti

papildomais argumentais. Tačiau mokslinių medicinos tyrimų atliekama vis daugiau, o jiems lėšų skiriama vis mažiau, todėl socialinė vertė tampa svarbiu kriterijumi sprendžiant projekto finansavimo klausimus.

Helsinkio deklaracijos 18-ame ir 19-ame straipsniuose aiškiai nurodyta, kad vertinant mokslinių medicinos tyrimų projektus reikia atsižvelgti į jų socialinę vertę. Tyrimo projekto reikšmė tiek moksliniu, tiek ir socialiniu požiūriu turi būti didesnė už riziką ir pavojus, kuriuos gali patirti tiriamieji asmenys. Be to, tokio tyrimo rezultatai

turi būti naudingi visai populiacijai, sudarančiai tyrimo objektą. Šis reikalavimas ypač svarbus tose šalyse, kuriose piliečiai gali būti nesąžiningu būdu įtraukti į rizikingus ir varginančius tyrimus, nors šių tyrimų metu gauti vaistai būtų naudojami kitų šalių ligoniams gydyti.

Socialinę tyrimo projekto vertę nustatyti daug sudėtingiau negu įvertinti jo mokslinę naudą, tačiau tai nereiškia, kad socialinės vertės kriterijus turi būti ignoruojamas. Tyrėjai ir etikos priežiūros komitetas turi užtikrinti, kad su pacientais nebūtų atliekami bandymai, kurie tikėtina neturi socialinės naudos. Leisti atlikti tokius tyrimus – tai švaistyti sveikatos priežiūrai reikalingas lėšas ir gadinti mokslinių medicinos tyrimų reputaciją, nors jie padeda gerinti žmogaus sveikatą ir gerovę.

Rizika ir nauda

Nustatę projekto mokslinę naudą ir socialinę vertę, tyrėjai turi įrodyti, kad rizika tiriamiesiems asmenims nėra pemelyg didelė ar adekvati laukiama tyrimo naudai, kurios tiriamieji asmenys gali net nepatirti. Rizika yra nelaukiamo rezultato (žalos) tikimybė. Riziką galima įvertinti: 1) pagal žalos tikimybės laipsnį (nuo labai mažai tikėtinos iki labai tikėtinos) ir 2) pagal žalos sunkumą (nuo menkos žalos iki nuolatinės sunkios negalios arba mirties). Labai mažai tikėtina ir menka žala neturėtų būti kliūtis vertinti tyrimo projektą kaip tinkamą. Ir priešingai, potencialiai didelė rizika padaryti tiriamajam rimtą žalą būtų nepriimtina, išskyrus tuos projektus, kurie teiktų pasukutinę viltį pasveikti nepagydoma liga sergantiems tiriamiesiems asmenims. Atsižvelgiant į tai, kad kur

„Jei neįmanoma įvertinti rizikos laipsnio, tyrėjai turėtų nepradėti tyrimo projekto tol, kol negaus patikimų duomenų.“

kas dažniau pasitaiko vidutinės rizikos atvejų, Helsinkio deklaracijos 17-ame straipsnyje reikalaujama, kad tyrėjai deramai įvertintų rizikos laipsnį ir užtikrintų, kad jie galės tai padaryti. Jei neįmanoma įvertinti rizikos laipsnio, tyrėjai turėtų nepradėti projekto tol, kol negaus patikimų duomenų, pavyzdžiui, laboratorinių tyrimų ar bandymų su gyvūnais rezultatų.

Informuoto asmens sutikimas

Pirmas Niurnbergo kodekso principas skelbia: „Savanoriškas tiriamojo asmens sutikimas yra privalomas.“ Aiškinamojoje šio principo pastraipoje, be kita ko, reikalaujama, kad tiriamasis asmuo „turėtų

„Savanoriškas tiriamojo asmens sutikimas yra privalomas.“

pakankamai žinių ir aiškiai suprastų mokslinio tyrimo (į kurį jis kviečiamas) aplinkybes, kad galėtų priimti sveiku protu ir žiniomis pagrįstą sprendimą.“

Helsinkio deklaracijoje informuoto asmens sutikimas apibūdinamas dar konkrečiau. 22-ame straipsnyje apibrėžiama, ką turi žinoti tiriamasis asmuo, kad galėtų priimti informacija pagrįstą sprendimą dėl savo dalyvavimo tyrime. 23-iame straipsnyje akcentuojama, kad kviečiant asmenį dalyvauti tyrime, negalima daryti jam jokio spaudimo, nes tokiomis aplinkybėmis sutikimas negali būti pripažintas kaip visiškai savanoriškas. 24-ame ir 26-ame straipsniuose nurodomi nepajėgūs duoti sutikimą tiriamieji asmenys (nepilnamečiai vaikai, sunkią psichinę negalią turintys žmonės, sąmonės neturintys pacientai). Jie taip pat gali būti tiriamaisiais asmenimis, bet tik esant tam tikroms, griežtai reglamentuotoms sąlygoms.

Helsinkio deklaracijoje, kaip ir kituose mokslinių medicinos tyrimų etikos dokumentuose, rekomenduojama pateikti raštišką informuoto tiriamojo sutikimo įrodymą – sutikimo anketą, – kurioje būtų

tiriamąjį parašas (22-as straipsnis). Dauguma etikos priežiūros komitetų reikalauja, kad tyrėjai pateiktų jiems informuoto sutikimo anketą, kurią ketina naudoti savo tyrimo projekte. Kai kuriose šalyse šios anketos tapo tokios ilgos ir išsamios, kad nebeatlieka tiriamąjo asmens informavimo (apie tyrimo projektą) funkcijos. Bet kuriuo atveju, norint gauti informuoto asmens sutikimą, nepakanka vien gauti užpildytą anketą su tiriamąjo parašu: tiriamajam asmeniui turi būti išsamiai žodžiu paaiškinti jo dalyvavimo tyrime ypatumai ir suteikta kita su tyrimu susijusi informacija. Tiriamieji asmenys taip pat turi būti informuoti apie tai, kad jie gali bet kada pasitraukti iš tyrimo, net ir jam prasidėjus. Jiems taip pat turi būti paaiškinta, kad atsisakius tolesnio dalyvavimo tyrime, tyrėjai ar kiti gydytojai nesiims jų atžvilgiu kokių nors atsakomųjų veiksmų ir užtikrins tolesnę jų sveikatos priežiūrą.

Konfidencialumas

Tiriamieji asmenys, kaip ir klinikinės priežiūros paslaugas gaunantys pacientai, turi teisę į asmeninių sveikatos duomenų slaptumą. Tačiau skirtingai nei klinikinės priežiūros atveju, tyrimo metu gauti asmeniniai sveikatos duomenys turi būti atskleisti kitiems, pavyzdžiui, tam tikrai mokslo bendruomenei ar kai kada ir plačiajai visuomenei. Siekdami išsaugoti tiriamųjų privatumą, tyrėjai turi gauti informuotų tiriamųjų asmenų sutikimą naudoti jų asmeninius sveikatos duomenis tyrimo tikslais. Todėl tiriamieji asmenys turi būti iš anksto įspėti, kaip bus naudojami jų duomenys. Paprastai yra reikalaujama, kad duomenys būtų užkoduoti, patikimai saugomi bei saugiai perduodami. PMA Deklaracijoje dėl etinių rekomendacijų tvarkant sveikatos duomenų bazes pateikiama daugiau rekomendacijų šiais klausimais.

„...Tiriamieji asmenys turi teisę į asmeninių sveikatos duomenų slaptumą.“

Vaidmenų konfliktas

Jau anksčiau šiame skyriuje buvo minėta, kad gydytojo vaidmuo bendraujant su pacientu ir tyrėjo vaidmuo bendraujant su tiriamuoju skiriasi, net jei gydytojas ir tyrėjas yra tas pats asmuo. Helsinkio deklaracijos 28-ame straipsnyje nurodoma, kad tokiais atvejais pirmenybė turi būti teikiama gydytojo, o ne tyrėjo funkcijoms. Tai, be kita ko, reiškia, kad gydytojas turi būti pasiruošęs rekomenduoti pacientui nedalyvauti tyrimo projekte, jei jo požiūriu pacientui tinka dabartinis gydymas, o tyrimo projekte būtina atsitiktinė pacientų atranka taikant skirtingus gydymo būdus arba placebo. Gydytojas gali pakviesti pacientą dalyvauti tyrimo projekte tik tuo atveju, kai neturi tvirtų mokslinių argumentų nuspręsti, kuris gydymo būdas, esamas ar siūlomas naujasis (arba net placebo), yra tinkamiausias jo pacientui.

Sąžiningas tyrimo rezultatų paskelbimas

Neturėtų būti griežtų tyrimo rezultatų pristatymo reikalavimų. Deja, pastaruoju metu sulaukiama vis daugiau pranešimų apie tai, kad mokslinių tyrimų rezultatai skelbiami nesąžiningai. Tai plagiatas, duomenų klastojimo, dvigubų publikacijų ir „padovanotos“ autorystės problemos. Tokio pobūdžio veikla gali būti naudinga tyrėjui,

„...Pastaruoju metu sulaukiama vis daugiau pranešimų apie tai, kad mokslinių tyrimų rezultatai skelbiami nesąžiningai.“

bent jau tol, kol neatskleidžiama. Bet ji gali padaryti didelę žalą pacientams – jiems gali būti skiriamas netinkamas gydymas, pagrįstas netiksliais ar klaidingais tyrimo protokolais. Be to, kiti tyrėjai, remdamiesi tokiais netiksliais tyrimais, gali veltui išleisti daug laiko ir lėšų.

„Švilpuko pūtimas”

Siekiant išvengti neetiškai atliktų tyrimų arba demaskuoti jau įvykusių netinkamus tyrimus, bet kuris asmuo, žinantis apie nesąžiningą elgesį, turi pateikti šią informaciją atitinkamoms kontroliuojančioms institucijoms. Deja, į „švilpuko pūtimą” dėl netinkamo elgesio ne visada atsižvelgiama, o tie, kurie praneša apie tokius faktus, kartais susilaukia bausmės arba ignoravimo. Vis dėlto atrodo, kad šis požiūris pamažu keičiasi, nes ir medicinos srityje dirbantys mokslininkai, ir atsakingi vyriausybės institucijų pareigūnai ima suvokti, kaip svarbu išaiškinti ir taikyti sankcijas neetiškiems tyrimams. Asmenys, kurie prie to prisideda, imami vis labiau vertinti.

Jaunesniesiems mokslinių medicinos tyrimų komandos nariams, tokiems kaip medicinos studentai, dar sudėtingiau imtis kokių nors veiksmų, jei jiems kyla įtarimų dėl neetiško elgesio tyrimų metu. Studentai gali jaustis nepakankamai kvalifikuoti, kad vertintų vyresniųjų tyrėjų veiksmus, taip pat jie gali baimintis bausmės, jei atvirai išsakys savo nuomonę. Tačiau mažų mažiausiai jie turėtų atsakyti dalyvauti veikloje, kurią laiko neetiška, pavyzdžiui, jei žino apie melo faktus ar tyrimo duomenų klastojimą. Pastebėję kitus asmenis užsiimant tokia veikla, jie turėtų visais įmanomais būdais, tiesiogiai ar anonimiškai, pranešti apie tai atitinkamoms kontroliuojančioms institucijoms.

Neišspręsti klausimai

Deja, ne visi mokslinių medicinos tyrimų etikos aspektai yra sprendžiami vieningai. Medicinos mokslui žengiant į priekį tokiose srityse kaip genetika, neurologija, organų bei audinių transplantacija, atsiranda naujų klausimų, susijusių su metodų, procedūrų ir gydymo būdų etiniu įvertinimu. Visi šie klausimai yra atviri – paruoštų atsa-

kymų nėra. Be to, kai kurie ankstesni klausimai vis dar lieka tebesitęsiančių etinių diskusijų objektu, pavyzdžiui, kokiomis sąlygomis klinikiniame tyrime turi būti naudojamas placebo metodas ir kokia tęstinė priežiūra turi būti teikiama medicinos tyrimo dalyviams. Kitas akivaizdus iki šiol neišspręstų etinių pasaulinio masto problemų pavyzdys – vadinamasis 10/90 atotrūkis medicinos tyrimuose. Jis reiškia, kad tik 10 procentų visų tyrimams numatytų lėšų skiriama spręsti sveikatos problemas, kurios aktualios 90 procentų pasaulio

„...Tik 10 procentų visų tyrimams numatytų lėšų skiriama spręsti tas sveikatos problemas, kurios aktualios 90 procentų pasaulio gyventojų.“

gyventojų. Kai mokslinių medicinos tyrimų specialistai imasi spręsti sveikatos problemas neturtinguose pasaulio regionuose, jie neretai susiduria su sunkumais, nes kertasi jų ir vietinių bendruomenių etinis požiūris. Visi šie klausimai dar turės būti išanalizuoti ir apsvarstyti, kol bus pasiektas bendras sutarimas.

Nepaisant visų galimų problemų, moksliniai medicinos tyrimai yra vertinga ir prasminga veikla tiek gydytojams, tiek medicinos studentams, tiek ir patiems tiriamiesiems asmenims. Siekiant įvertinti kitus tyrėjų ir tiriamųjų asmenų santykių aspektus, gydytojai ir medicinos studentai turėtų apsvarstyti, ar jie patys panašiomis sąlygomis galėtų tapti tiriamaisiais subjektais.

GRĮŽTANT PRIE ATVEJO ANALIZĖS

Gydytoja R. neturėtų taip skubotai priimti pasiūlymo. Jai derėtų iš pradžių daugiau sužinoti apie tyrimo projektą ir įsitikinti, kad jis atitinka visus moksliniam medicinos tyrimui keliamus etinius reikalavimus. Ši gydytoja turėtų paprašyti parodyti protokolą, kuris buvo pateiktas svarstyti etikos priežiūros komitetui, ir visas komiteto išsakytas pastabas ar sąlygas dėl tyrimo projekto. Ji taip pat turi įsitikinti tuo, ar tyrimo projektas priklauso jos darbo sričiai ir kokią mokslinę naudą ir socialinę vertę jis turi. Jei gydytoja R. nėra tikra savo sugebėjimu įvertinti šį tyrimo projektą, ji turėtų kreiptis patarimo į kolegas iš didesnių sveikatos priežiūros įstaigų. Ji turėtų veikti savo pacientų labui ir įtraukti tik tuos, kuriems nepakenks esamo gydymo nutraukimas ar pakeitimas eksperimentiniu gydymu ar placebo. Ji turėtų mokėti paaiškinti savo pacientams visas galimas šio tyrimo aplinkybes, kad šie galėtų duoti visiškai informuotą sutikimą (arba nesutikimą) dalyvauti tyrime. Ji neturėtų įsipareigoti į tyrimą įtraukti tam tikrą pacientų skaičių, nes dėl to ji gali būti priversta imtis aktyvių veiksmų, kurie galbūt prieštarautų pacientų interesams. Ji taip pat turėtų atidžiai kontroliuoti, ar tyrime dalyvaujantys pacientai nepatiria nepageidaujamų ir nepalankių padarinių, ir būti pasiruošusi skubiai ištaisyti padėtį. Galiausiai gydytoja turėtų pranešti savo pacientams apie tyrimo rezultatus, kai tik jie bus gauti.

ŠEŠTAS SKYRIUS – IŠVADOS

GYDYTOJŲ PAREIGOS IR TEISĖS

Šiame vadove daugiausia dėmesio buvo skirta gydytojų pareigoms ir atsakomybei ir tai iš tiesų yra medicinos etikos esmė. Tačiau, kaip ir visi žmonės, gydytojai turi ne tik pareigų, bet ir tam tikrų teisių. Todėl medicinos etika būtų neišsami, jei joje nebūtų aptariama ir tai, kaip su gydytojais turi elgtis kiti – pacientai, visuomenė ar kolegos. Šis požiūrio taškas medicinos etikoje tampa vis svarbesnis, nes gydytojai daugelyje šalių patiria vis didesnę nusivylimą savo darbu. Tai nutinka dėl įvairių priežasčių: dėl nepakankamų sveikatos priežiūrai skiriamų išteklių, dėl vyriausybinių ar kolektyvinių (mikro lygmeniu) sveikatos

„...Kaip ir visi žmonės, gydytojai turi ne tik pareigų, bet ir tam tikrų teisių.“

priežiūros paslaugų valdymo, dėl sensacingų žiniasklaidos pranešimų apie medikų klaidas ir neetišką gydytojų elgesį arba dėl pacientų bei kitų sveikatos priežiūros specialistų abejonių jų autoritetu ir įgūdžiais.

Anksčiau medicinos etikoje buvo svarstomos gydytojų teisės, kaip ir jų pareigos. Į ankstesnius etikos kodeksus, tokius kaip Amerikos medicinos asociacijos (AMA) kodekso 1847 metų versija, buvo įtraukti skyriai apie pacientų ir visuomenės įsipareigojimus medicinos profesijos atstovams. Dauguma šių įsipareigojimų yra pasenę, pavyzdžiui: „Pacientas turi skubiai ir besąlygiškai paklusti savo gydytojo nurodymams. Pacientas niekada neturi leisti, kad jo primityvios abejonės atitrauktų jo dėmesį nuo šių nurodymų.“ Tačiau teiginys, kad „visuomenė turi ... teisingai vertinti medicininę kvalifikaciją ... [ir] visaip skatinti medicininį išsilavinimą bei teikti jam visas sąlygas...“, tebegalioja. Vis dėlto užuot peržiūrėjusi ir atnaujynusi šiuos skyrius, AMA galiausiai pašalino juos iš savo etikos kodekso.

Laikui bėgant PMA priėmė kelias savo veiklos strategijos direktyvas dėl gydytojų teisių ir kitų, ypač vyriausybės, institucijų įsipareigojimų gerbti šias teises:

- 1984 metų Rekomendacijose dėl nevaržomo medikų susirinkimų lankymo tvirtinama, kad „neturi būti ... gydytojams sudaromos kliūtys dalyvauti PMA susirinkimuose ar kituose medikų susirinkimuose, kad ir kur jie būtų šaukiami.“
- 1986 metų Deklaracijoje dėl gydytojų nepriklausomybės ir profesinės laisvės teigiama: „Gydytojai turi turėti profesinę laisvę rūpintis savo pacientais be aplinkinių įsikišimo“ ir „Gydytojai turi turėti profesinę laisvę atstovauti ir ginti pacientų sveikatos poreikius prieš visus, kurie atsisakytų teikti ar apribotų reikiamą sveikatos priežiūrą ligoniams ar sužeistiesiems.“
- 1985 metų Rekomendacijose dėl profesinės atsakomybės už medicininės priežiūros standartus skelbiama, kad „vertinant gydytojo profesinį elgesį ar veiklą visada turi būti atsižvelgiama į kitų gydytojų, kurie turi atitinkamą pasirengimą ir patirtį suprasti aptariamų medicininių klausimų sudėtingumą, nuomonę.“ Šiame dokumente taip pat smerkiamos „bet kokios pacientų skundų svarstymo ar kompensacijų išmokėjimo pacientams procedūros, kurios nėra pagrįstos sąžiningu, kitų gydytojų išreikštu tam tikro gydytojo veiksmų ar aplaidumo klaidų vertinimu.“
- 1997 metų Deklaracijoje dėl paramos gydytojams, atsisakančiams dalyvauti (ar toleruoti) kankinant ar kitaip žiauriai, nežmoniškai ar žeminančiai elgiantis su žmonėmis, PMA įsipareigoja „palaikyti ir ginti, taip pat kviečia visas nacionalines medicinos asociacijas palaikyti ir ginti viso pasaulio gydytojus, kurie atsisako dalyvauti tokioje nežmoniškoje veikloje ar užsiima tokios

veiklos aukų gydymu ir reabilitavimu, taip pat užtikrinti teisę puoselėti aukščiausius etikos principus, įskaitant medicininį konfidencialumą...”

- 2003 m. Rekomendacijose dėl etinių tarptautinio gydytojų įdarbinimo rekomendacijų visos šalys kviečiamos „pagal savo poreikius ir galimybes teikti visą reikalingą paramą gydytojams, kurie siekia asmeninių ir profesinių tikslų, kad jie galėtų likti ir dirbti gimtojoje šalyje“ ir užtikrinti, kad „su gydytojais, kurie nuolat ar laikinai dirba kitoje šalyje, o ne savo tėvynėje, (...) būtų elgiamasi sąžiningai, kaip ir su kitais tos šalies gydytojais (pavyzdžiui, jie turėtų gauti lygias karjeros pasirinkimo galimybes ir vienodą atlygį už tą patį darbą)“.

Dėl anksčiau minėtų medicinoje slypinčių pavojų ir iššūkių ginti gydytojų interesus yra būtina, tačiau kartais jiems tenka priminti ir apie jų privilegijas. Daugelyje šalių nuolat atliekamos visuomenės nuomonės apklausos rodo, kad gydytojo profesija vis dar yra viena iš labiausiai gerbiamų ir didžiausią visuomenės pasitikėjimą turinčių profesijų. Paprastai gydytojų atlyginimas yra didesnis už vidutinį (kai kuriose šalyse ir kur kas didesnis). Klinikinėje veikloje jie vis dar yra pakankamai autonomiški, nors ir ne taip kaip anksčiau. Vykdydami medicininius tyrimus, dauguma gydytojų dalyvauja jaudinamose naujų mokslo žinių paieškose. Tačiau svarbiausia – jie teikia neįkainojamos vertės paslaugas tiek konkrečioms pacientams, ypač tiems, kurie yra pažeidžiami ir kuriems jų labiausiai reikia, tiek ir visuomenei apskritai. Nėra daug profesijų, kurios

„...Kartais gydytojams tenka priminti ir apie jų turimas privilegijas.“

galėtų teikti didesnį pasitenkinimą turint galvoje gydytojų teikiamą naudą – skausmo ir kančių palengvinimą, ligų gydymą ir pagalbą mirštant. Todėl gydytojai, turėdami

visas šias privilegijas, mažiausiai, ką gali padaryti – tai vykdyti savo etines pareigas.

ĮSIPAREIGIJAMI SAU

Šiame vadove gydytojų etiniai įsipareigojimai suskirstyti pagal tam tikrą jų darbu suinteresuotų žmonių grupių seką – tai įsipareigojimai pacientams, visuomenei ir kolegoms (kitiems sveikatos priežiūros specialistams). Gydytojai dažnai užmiršta, kad turi įsipareigojimų sau ir savo šeimoms. Daug kur pasaulyje būti gydytoju vis dar reiškia aukoti savo sveikatą ir gerovę medicinos praktikos vardan. Gydytojo dienotvarkėje vis dar įprasta 60–80 valandų darbo savaitė, o atostogos laikomos nereikalinga prabanga. Nors atrodo, kad dauguma medikų gerai atlieka savo darbą tokiomis sąlygomis, tai gali neigiamai atsilipti jų šeimoms. Kai kurie gydytojai akivaizdžiai nukenčia nuo tokio profesinės veiklos tempo: jo padariniai gali būti lėtinio nuovargio sindromas, nesaikingas vaistų vartojimas ar net savižudybė. Būdami prastos fizinės ar psichinės būklės, gydytojai gali kelti pavojų savo pacientams, o nuovargis yra vienas iš svarbių veiksnių, turinčių įtakos nelaimingiems atsitikimams ir klaidoms medicinoje.

„Gydytojai dažnai užmiršta, kad turi įsipareigojimų sau ir savo šeimoms.“

Siekiant užtikrinti pacientų saugumą, taip pat skatinant gydytojus laikytis sveiko gyvenimo būdo, kai kuriose šalyse ribojamas gydytojų ir rezidentų darbo valandų skaičius bei pamainų trukmė. Kai kuriose medicinos mokymo įstaigose moterims gydytojoms sudaromos palankesnės sąlygos laikinai nutraukti savo mokomąsias programas dėl šeimyninių priežasčių. Nors tokios priemonės gali prisidėti prie gydytojų sveikatos ir gerovės, atsakomybė rūpintis

savimi tenka pačiam gydytojui. Gydytojai turėtų ne tik vengti tokių akivaizdžiai jų sveikatai žalingų dalykų kaip rūkymas, nesaikingas vaistų vartojimas ar pervargimas. Gydytojai patys turėtų stengtis saugoti bei stiprinti savo sveikatą ir gerovę: išsiaiškinti įtampą profesiniame ir asmeniniame gyvenime keliančius veiksnus, ieškoti būdų tuos veiksnus pašalinti. Jei jiems nesiseka patiems išspręsti savo asmenines problemas, galinčias pakenkti jų santykiams su pacientais, visuomene ar kolegomis, jie turėtų kreiptis pagalbos į savo kolegas ir atitinkamos kvalifikacijos specialistus.

MEDICINOS ETIKOS ATEITIS

Šiame vadove visas dėmesys buvo skiriamas dabartinės medicinos etikos padėčiai pasitelkiant ir praeities pavyzdžių. Vis dėlto dabartis jau tampa praeitimi ir būtina numatyti ateitį, jei ketiname visą laiką būti nūdienos įvykių sūkurėje. Medicinos etikos ateitis labiausiai priklausys nuo medicinos ateities. Pirmajame XXI amžiaus dešimtmetyje medicina vystosi labai sparčiai ir sunku nuspėti, kaip viskas vyks praktikoje, dabartiniams pirmakursiams studentams baigus savo mokslus. Tolesnius pokyčius bus įmanoma numatyti tik tada, kai šie studentai išeis į pensiją. Ateitis nebūtinai bus geresnė už dabartį, turint omenyje tai, kad pasaulyje vis dar nestabili politinė ir ekonominė padėtis, blogėja aplinkosaugos situacija, vis labiau plinta ŽIV/AIDS ir kitos galimos epidemijos. Mes galime tikėtis, kad medicinos mokslų pažangos teikiama nauda galiausiai pasieks visų šalių žmones ir kad jie spręstų tokias pačias etines problemas, kokios dabar aptariamoms išsivysčiusiose šalyse. Tačiau gali nutikti ir priešingai – šiuo metu turtingų šalių padėtis gali pablogėti taip, kad jose gydytojai vėl bus priversti kovoti su tropinių ligų epidemijomis ir spręsti medicinos priemonių stygiaus problemas.

Kadangi ateitis pati savaime yra nenuspėjama, medicinos etikai

reikia lankstaus ir atviro pokyčiams požiūrio. Būtent toks požiūris vyrauja šiuolaikinėje medicinos etikoje. Kita vertus, galima tikėtis, kad pagrindiniai medicinos etikos principai nesikeis: ypač tokios vertybės kaip užuojauta, kompetencija ir autonomija, o kertinių žmogaus teisių apsauga bei atsidavimas savo profesijai išliks ir ateityje. Kad ir kokie pokyčiai įvyktų medicinoje dėl mokslo raidos ir socialinių, politinių bei ekonominių veiksnių, visada bus sergančių žmonių, kuriems reikės medicininės priežiūros ir, jei įmanoma, pasveikti padedančio gydymo. Be šių tradicinių paslaugų, gydytojai dar užsiima sveikos gyvensenos skatinimu, ligų profilaktika ir dalyvauja sveikatos priežiūros sistemos valdymo procese. Nors ateities medicinoje šių veiklos sričių prioritetai gali keistis, gydytojų vaidmuo atliekant minėtas pareigas tikriausiai ir toliau liks itin svarbus. Kadangi kiekviena veiklos sritis neatsiejama nuo daugybės etinių iššūkių, gydytojai turės būti susipažinę su medicinos etikos pokyčiais taip pat, kaip ir su kitais medicinos raidos aspektais.

Jūs jau baigiate skaityti šį medicinos etikos vadovą, tačiau pažintis su medicinos etika turėtų tuo neapsiriboti ir tęstis visą gyvenimą. Pakartosime tai, kas buvo pasakyta įvade: čia pateikti tik esminiai medicinos etikos pagrindai ir kai kurios svarbiausios jos problemos. Šioje knygoje buvo siekiama padėti jums suvokti nuolatinių etinių apmąstymų svarbą medicinoje ir ypač padėti spręsti etines problemas, su kuriomis susidursite savo praktinėje veikloje. Priede B pateiktas šaltinių sąrašas leis jums gilinti medicinos etikos žinias ir toliau.

PRIEDAS A – TERMINŲ ŽODYNAS

Atskaitingas (angl. – *accountable*) – atsakingas kam nors už ką nors (pavyzdžiui, darbuotojai yra atskaitingi savo darbdaviams už atliktą darbą). Būti atskaitingam reiškia būti pasiruošusiam paaiškinti tai, ką padarei arba ko nepadarei.

Išankstinis gyvenimo valios pareiškimas (angl. – *advance directive*) – pareiškimas, dažniausiai pateikiamas dokumento forma, kurioje nurodoma asmens valia, kaip jis norėtų būti gydomas arba negydomas tais atvejais, kai pats nebegalės priimti sprendimo (pavyzdžiui, bus be sąmonės ar sirgs demencija). Tai yra vienas iš išankstinio sveikatos priežiūros planavimo (angl. – *advance care planning*) būdų. Kitas būdas – panašiais atvejais pasirinkti nepajėgus spręsti asmens sprendimų pakaitinį asmenį. Kai kuriose valstybėse išankstinės gyvenimo valios direktyvos yra įteisintos įstatymiškai.

Atstovauti interesams (angl. – *advocate*) – atvirai pasisakyti ar imtis veiksmų kito asmens ar grupės vardu. Interesų atstovas – asmuo, kuris atstovaudamas kitų interesams atitinkamai elgiasi. Gydytojai atstovauja savo pacientų interesams, kai jie kreipiasi į vyriausybines ar sveikatos priežiūros draudimo institucijas su prašymu teikti paslaugas, kurios jų pacientams yra reikalingos, bet sunkiai prieinamos.

Anestezuotojas (angl. – *anaesthetist*) – kai kuriose šalyse vietoj šio termino vartojamas terminas anesteziologas.

Geradarystė (angl. – *beneficence*) – pažodžiui – gera darymas. Iš gydytojų tikimasi, kad jie veiks savo pacientų labui.

Bioetika/biomedicinos etika (angl. – *bioethics/biomedical ethics*) – du lygia-reikšmiai terminai, kurie reiškia moralės problemų, kylančių medicinoje, sveikatos priežiūroje ir biologijos moksluose, analizę. Keturi pagrindinės sritys: klinikinė etika, nagrinėjanti pacientų priežiūros klausimus (šioje knygoje antras skyrius); medicinos tyrimų etika, nagrinėjanti tiriamųjų apsaugą atliekant sveikatos priežiūros tyrimus (šioje knygoje penktas skyrius); profesinė etika, nagrinėjanti pareigas ir įsipareigojimus, kurių turi laikytis gydytojai ir kitų sveikatos priežiūros profesijų atstovai (medicinos etika yra viena iš profesinės etikos rūšių); ir viešosios politikos etika, nagrinėjanti su etikos priežiūros klausimais susijusių įstatymų ir reglamentų kūrimą ir interpretavimą.

Sutarimas (angl. – consensus) – kolegialiai, bet nebūtinai vienbalsiai priimtas sutarimas.

Hierarchija (angl. – hierarchy) – pagal tam tikrą tvarką sudaryta žmonių klasifikacija (nuo aukščiausios iki žemiausios) atsižvelgiant į jų svarbos lygį. *Hierarchinis* – būdvardis, apibūdinantis tokią žmonių klasifikaciją. Hierarchija taip pat vadinama aukščiausioji organizacijos vadovybė.

Teisingumas – sąžiningas (pateisinamas) elgesys su individualiais ir grupėmis. Kaip nurodyta trečiame skyriuje, yra kelios skirtingos sąžiningo elgesio sveikatos priežiūroje sampratos.

Valdomoji sveikatos priežiūra (angl. – managed care) – organizacinis požiūris į sveikatos priežiūrą, pagal kurį vyriausybės, verslo įmonės arba draudimo kompanijos sprendžia, kokios paslaugos bus teikiamos, kas jas teks (gydytojai specialistai, bendrosios praktikos gydytojai, slaugytojai, kiti sveikatos priežiūros specialistai ir panašiai), kur jos bus teikiamos (klinikoje, ligoninėse, paciento namuose ir panašiai) bei kitus su tuo susijusius reikalus.

Nepakenkti (angl. – non-maleficence) – pažodžiui – nedaryti nieko blogo. Gydytojai ir medicinos tyrimų organizatoriai turi stengtis nedaryti žalos pacientams ir tiriamiesiems asmenims.

Paliatyvioji priežiūra (angl. – palliative care) – požiūris į pacientų priežiūrą, ypač tų pacientų, kurių laukia greita mirtis dėl sudėtingų, nepagydomų ligų. Remiantis šiuo požiūriu, svarbiausia – paciento gyvenimo kokybė, ypač skausmo kontrolė. Ši priežiūra gali būti teikiama ligoninėse, specialiose mirštantiesiems pacientams skirtose įstaigose (paprastai vadinamose slaugos ligoninėmis) arba paciento namuose.

Gydytojas (angl. – physician) – asmuo, kuris turi kvalifikaciją ir kompetenciją užsiimti medicinine veikla. Kai kuriose šalyse gydytojai yra skiriami nuo chirurgų, o anglišką terminas „doctor“ vartojamas įvardyti abiemis. Platesnė prasme terminas „daktaras“ vartojamas ir kalbant apie kitus medicinos specialistus, tokius kaip odontologai ar veterinarai, taip pat apie asmenis, kurie turi įgiję filosofijos mokslų ar kitos mokslo srities daktaro laipsnį. Terminas „medicinos daktaras“ yra tikslesnis, bet retai bevartojamas. PMA (ir šioje knygoje) vartojamas terminas „gydytojas“, kuriuo vadinami visi tam tikrą medicininę kompetenciją turintys specialistai, nepriklausomai nuo jų specialybės.

Plagiatas (angl. – *plagiarism*) – nesąžiningo elgesio forma, kai asmuo parašo kitų autorių darbą (pavyzdžiui, visą išspausdintą straipsnį ar jo dalį) ir pateikia jį savo paties vardu, nenurodydamas šaltinio.

Pliuralistinis (angl. – *pluralistic*) – terminas, kuris nurodo kelių ar daugiau skirtingų požiūrių ar požymių galimybę; vienintelio ar vienaarūšio priešingybė.

Pareikšti (angl. – *profess*) – viešai paskelbti įsitikinimą ar pažadą. Šio žodžio pagrindu sudaryti tokie terminai kaip „profesija“, „profesinis“, „profesionalus“ ir „profesionalizmas“.

Racionalus (angl. – *rational*) – tai, kas pagrįsta žmogaus gebėjimu protauti, t. y. sugebėti apvarstyti argumentus už ir prieš tam tikrą veiksmą bei priimti geresnes alternatyvas turintį sprendimą.

Pakaitinis nėštumas (angl. – *surrogate or substitute gestation*) – nėštumo forma, kai moteris sutinka išnešioti ir pagimdyti kūdikį kitiems asmenims (ar porai), kurie dažniausiai jai perduoda savo lytines ląsteles (dirbtinio apvaisinimo būdu) arba embrioną (apvaisinimo mėgintuvėlyje ir embriono perkėlimo būdu).

Vertinti (angl. – *to value*) – laikytis nuomonės, kad kažkas yra labai svarbu; vertybė (angl. – *value*) – kas nors, kas laikoma labai svarbiu dalyku. Dorybė – gera žmogaus charakterio ir elgesio savybė. Kai kurios dorybės yra itin svarbios tam tikroms žmonių grupėms, pavyzdžiui, užuojauta – gydytojams, drąsa – gaisrininkams, tiesos sakymas – liudytojams, ir panašiai.

„Pučiantis švilpuką“ (angl. – *whistle-blower*) – asmuo, pranešantis vadovybei ar visuomenei, kad tam tikro individo ar organizacijos veikla yra neetiška ar neteisėta. (Šis terminas yra atėjęs iš sporto pasaulio, kur teisėjas ar arbitras švilpuku duoda ženklą, kad buvo pažeistos taisyklės.)

PRIEDAS B – MEDICINOS ETIKOS ŠALTINIAI INTERNETE

Bendros temos

Pasaulio medicinos asociacijos veiklos politikos vadovas (www.wma.net/e/policy/handbook.htm) – čia pateikiami visi PMA veiklos politikos nesutruminti dokumentai (anglų, prancūzų ir ispanų kalbomis).

Pasaulio medicinos asociacijos etikos skyrius (www.wma.net) kas mėnesį atnaujina šias rubrikas:

- Mėnesio tema
- PMA etika (pranešimai ir straipsniai)
- PMA etikos strategijos (įskaitant kuriamas ar peržiūrimas)
- Helsinkio deklaracija, istorija ir dabartis
- PMA etikos šaltiniai
- Medicinos etikos organizacijos (įskaitant jų etikos kodeksus)
- Skelbimai apie konferencijas
- Medicinos etikos mokymas
- Etika ir žmogaus teisės
- Etika ir medicininis profesionalizmas

Gyvenimo pradžios klausimai

Žmonių klonavimas – www.who.int/ethics/topics/cloning/en/

Apvaisinimas su gydytojo pagalba – www.who.int/reproductive-health/in-fertility/report_content.htm

Gyvenimo pabaigos klausimai

Šaltiniai – www.nih.gov/signs/bioethics/endoflife.html

Gydytojų mokymas dėl mirstančiųjų priežiūros (angl. – End-of-life Care)

– www.ama-assn.org/ama/pub/category/2910.html

Paliatyvioji priežiūra – www.hospicecare.com/Ethics/ethics.htm

Argumentai prieš eutanaziją – www.euthanasia.com/

ŽIV/AIDS

Šaltiniai – www.wits.ac.za/bioethics/

UNAIDS – [www.unaids.org/en/in+focus/hiv_aids_human_rights/](http://www.unaids.org/en/in+focus/hiv_aids_human_rights/unaids+activities+hr.asp)

[unaids+activities+hr.asp](http://www.unaids.org/en/in+focus/hiv_aids_human_rights/unaids+activities+hr.asp)

Ryšiai su komercinėmis įmonėmis

Mokymo šaltiniai – www.ama-assn.org/ama/pub/category/5689.html

Šaltiniai – www.nofreelunch.org/

Moksliniai medicinos tyrimai su žmonėmis

Rekomendacijos ir šaltiniai – www.who.int/ethics/research/en/

Harvardo visuomenės sveikatos mokykla, Tarptautinių sveikatos tyrimų

etikos kursai – www.hsph.harvard.edu/bioethics/

PRIEDAS C

PASAULIO MEDICINOS ASOCIACIJA

Nutarimas dėl medicinos etikos ir žmogaus teisių įtraukimo į medicinos mokyklų mokymo programas visame pasaulyje (Priimtas 51-ojoje Pasaulio medicinos asamblėjoje Tel Avive, Izraelyje, 1999 m. spalio mėn.)

1. Atsižvelgiant į tai, kad medicinos etika ir žmogaus teisės yra neatsiejamos nuo medicinos profesijos darbo ir kultūros
2. Atsižvelgiant į tai, kad medicinos etika ir žmogaus teisės yra neatsiejamos nuo Pasaulio medicinos asociacijos istorijos, struktūros ir siekių
3. Šiuo dokumentu nutariama, kad PMA pabrėžtinai rekomenduoja viso pasaulio medicinos mokykloms įtraukti į savo mokymo programas medicinos etiką ir žmogaus teises kaip privalomąjį kursą.

PASAULIO MEDICINOS MOKYMO FEDERACIJA (PMMF):

Pasauliniai kokybės gerinimo standartai – pagrindinis medicininis išsilavinimas

www.sund.ku.dk/wfme/Activities/Translations%20of%20Standard%20Documents/WFME%20Standard.pdf

Šie standartai, kuriuos turėtų atitikti visos medicinos mokyklos, apima ir medicinos etikos ugdymą:

1.4 Mokymo rezultatai

Medicinos mokykla turi nustatyti konkrečius sugebėjimus (įskaitant žinias ir medicinos etikos supratimą), kuriuos studentai turi pademonstruoti baigdami mokyklą ir kurie būtų susiję su jų tolesniu lavinimu bei būsimomis funkcijomis sveikatos priežiūros sistemoje.

4.4 Mokymo programa – medicinos etika

Medicinos mokykloje turi būti pripažintos ir į mokymo programas įtrauktos šios medicinos etikos žinios, kurios padeda lavinti bendravimo, klinikinį sprendimų priėmimo ir moralios praktinės veiklos įgūdžius.

4.5 Mokymo programa – klinikiniai mokslai ir įgūdžiai

Klinikinių įgūdžių sampratą, be kita ko, sudaro ir klinikinės istorijos supratimo, bendravimo ir vadovavimo komandai įgūdžiai.

Dalyvavimo paciento priežiūroje sampratą, be kita ko, sudaro ir komandinio darbo su kitais sveikatos priežiūros specialistais įgūdžiai.

4.4 Mokymo šaltiniai – moksliniai tyrimai

Mokslinių tyrimų ir mokomosios veiklos sąveika turėtų paskatinti ir paruošti studentus įsitraukti į mokslinius medicinos tyrimus ir jų plėtojimą.

PRIEDAS D – ETIKOS MOKYMO STIPRINIMAS MEDICINOS MOKYKLOSE

Kai kurios medicinos mokyklos etikos mokymui skiria labai mažai dėmesio, kitos atvirkščiai – turi labai išstobulintas programas. Tačiau net ir pastarosiose visada yra ką pagerinti. Žemiau pateikiamas veiksmų planas, kurį gali inicijuoti tiek medicinos studentai, tiek mokymo personalo nariai, norintys sustiprinti medicinos etikos mokymą savo įstaigoje.

1. Susipažinkite su sprendimų priėmimo struktūra savo įstaigoje
 - Dekanu
 - Mokymo programos komisija
 - Fakulteto taryba
 - Įtakingais mokymo personalo nariais
2. Kreipkitės paramos į kitus
 - Studentus
 - Fakultetą
 - Įstaigos vadovybę
 - Nacionalinę medicinos asociaciją
 - Nacionalines gydytojų veiklos reguliavimo institucijas
3. Pateikite rimtų argumentų
 - PMA Nutarimas dėl medicinos etikos ir žmogaus teisių įtraukimo į medicinos mokyklų mokymo programas visame pasaulyje
 - MMF Visuotiniai kokybės gerinimo standartai – pagrindinis medicininis išsilavinimas
 - Pavyzdžiai iš kitų medicinos mokyklų
 - Tyrimų etikos reikalavimai
 - Numatykite prieštaravimus (pvz., perpildyta mokymo programa)
4. Pasiūlykite savo pagalbą
 - Pateikite savo pasiūlymus dėl mokymo programų struktūros, turinio, informacijos šaltinių fakulteto personalui ir studentams (PMA etikos skyriaus tinklalapį apie medicinos etikos mokymo šaltinius: www.wma.net/e/ethicsunit/education.htm)
 - Įsitraukite į kitų medicinos etikos programų rengimą, bendradarbiaukite su PMA ir panašiai.

5. Užtikrinkite tęstinumą
 - Palaikykite nuolatinės medicinos etikos komiteto idėją
 - Telkite jaunesnius studentus
 - Telkite daugiau fakulteto mokojo personalo
 - Įtraukite naujus fakulteto mokojo personalo narius ir vadovybę

PRIEDAS E – PAPILDOMI ATVEJŲ ANALIZĖS PAVYZDŽIAI

PATARIMAS PAAUGLEI DĖL KONTRACEPCIJOS

Sarai 15 metų. Ji gyvena mieste, kuriame daugėja seksualinio smurto atvejų. Sara ateina į jūsų kliniką prašydama išrašyti jai kontraceptinių tablečių, kad ji galėtų apsisaugoti nuo nėštumo, jei taptų seksualinio smurto auka. Dėl nėštumo ji turėtų nutraukti mokslus ir jai būtų labai sunku ištekėti. Sara sako jums nenorinti, jog apie kontraceptinių tablečių vartojimą sužinotų jos tėvai; esą sužinoję apie tai, jie galėtų manyti, kad ji ketina turėti lytinių santykių su savo vaikinu. Saros argumentai jums kelia įtarimą, bet jūs žavi jos pasiryžimas vengti nėštumo. Jūs patariate jai ateiti į kliniką kartu su tėvais ir visiems kartu bendrai aptarti šį klausimą. Po trijų dienų Sara vėl apsilanko klinikoje viena ir pasako jums, kad jų bandė kalbėtis su savo tėvais šia tema, bet jie atsisakė tai aptarinėti.

Kaip jums elgtis?

NEIŠNEŠIOTAS KŪDIKIS*

Maksas gimė 23-ią nėštumo savaitę. Jam atliekamas dirbtinis kvėpavimas, nes jo plaučiai visiškai neišsivystę. Be to, į smegenis liejasi kraujas, nes jo kraujagyslių audiniai dar nėra tvirti. Tikimybė, kad jis galėtų išgyventi dar kelias savaites, nėra labai didelė. Jei Maksas išgyventų, greičiausiai būtų tiek psichiškai, tiek ir fiziškai neįgalus. Makso būklė dar pablogėja, kai jis užsikrečia sunkia žarnyno infekcija. Uždegimo apimtą žarnos dalį būtų galima pašalinti chirurginiu būdu ir taip išsaugoti bent nedidelę galimybę išgyventi. Kūdikio tėvai atsisako duoti sutikimą šiai operacijai, nes nenori, kad Maksas dėl to kankintųsi. Jie mano, kad jo gyvenimo kokybė niekada nebus pakankama. Kaip gydantis gydytojas, jūs manote, kad operaciją reikėtų atlikti. Svarstote, kaip reaguoti į tėvų atsisakymą ir kaip išspręsti šią dilemą.

ŽIV INFEKCIJA*

Ponas S. yra vedęs ir turi du vaikus, kurie jau eina į mokyklą. Jis gydomas jūsų klinikoje nuo retos plaučių uždegimo formos, kuri dažnai siejama su AIDS. Pono S. kraujo tyrimo rezultatai parodo, kad jis iš tikrųjų yra užsikrėtęs ŽIV. Ponas S. sako, kad nori nuspręsti pats, ar pasakyti ir kada pasakyti žmonai apie šią infekciją. Jūs paaiškinate, kad yra būtina apsaugoti žmoną nuo infekcijos, kuri gali būti pavojinga jos gyvybei. Be to, jai pačiai būtinai reikėtų atlikti ŽIV testą. Jei testo rezultatai pasirodytų teigiami, ji turėtų galimybę vartoti šios ligos poveikį slopinančius vaistus ir atitinkamai pailginti savo gyvenimą. Po šešių savaičių ponas S. ateina į jūsų kliniką atlikti kontrolinio patikrinimo. Paklaustas jis atsako, kad dar nepranešė žmonai apie ŽIV. Esą jis nenori, kad žmona sužinotų apie jo homoseksualius santykius, nes baiminasi, kad ji su juo išsiskirs ir šeima iširs. Siekdamas apsaugoti ją, jis stengėsi turėti tik „saugesnius lytinius santykius“. Kaip gydantis gydytojas, jūs svarstote, ar informuoti ponią S. apie jos vyro teigiamą ŽIV tyrimų rezultatą nepaisant pono S. valios, nes esant reikalui būtų galima pradėti ją gydyti.

*Nurodė dr. Geraldas Neitzke ir p. Mareike Moeller, Hanoverio medicinos mokykla, Vokietija

KALINIO GYDYMAS

Atlikdamas savo, kaip gydytojo, pareigą, du kartus per mėnesį jūs teikiate medicininę priežiūrą kaliniams netoliese esančiame kalėjime. Vakar gydėte kalinį, kuris turėjo daug nubrodinimų ant veido ir liemens. Paklaustas, iš kur atsirado tie sužalojimai, kalinys atsakė, kad per apklausą jis atsisakė atsakinėti į pateiktus klausimus ir kalėjimo darbuotojai prieš jį ėmėsi smurto. Nors jūs susidūrėte su tokiu atveju pirmą kartą, tačiau esate girdėjęs apie tai iš savo kolegų. Jūs esate įsitikinęs, kad turėtumėte ką nors daryti šiai problemai spręsti, bet pacientas nesutinka paviešinti informaciją, nes bijo kalėjimo administracijos keršto. Be to, jūs nesate tikras, ar kalinys papasakojo jums tiesą; jį atvedęs prižiūrėtojas teigia, kad jis susimušė su kitu kaliniu. Jūs gerai sutariate su kalėjimo darbuotojais ir nenorite šių santykių sugadinti nepagrįstai kaltindami juos smurtu prieš kalinius. Ką jums daryti?

GYVENIMO PABAIGOS PROBLEMOS SPRENDIMAI

Aštuoniasdešimtmetė moteris serga plaučių uždegimu ir atvežama gydyti į jūsų ligoninę iš slaugos namų. Moteris silpna ir jai prasidėjusi senatvinė silpnaprotystė. Jūs sėkmingai išgydote plaučių uždegimą, bet kaip tik prieš išleidžiant atgal į slaugos namus, moteris patiria insultą, po kurio lieka paralyžiuota jos dešinė pusė ir ji nebegali pati valgyti. Įvedamas maitinimo zondas, kuris akivaizdžiai keikia nepatogumų. Po to, kai moteris kelis kartus pamėgina ištraukti jį kaire ranka, jos rankos judesiai suvaržomi. Suvaržyta moteris negali išreikšti savo valios kaip nors kitaip. Vaikų ar kitų giminių, kurie galėtų padėti nuspręsti dėl jos gydymo, paieška baigiasi nesėkmingai. Po kelių dienų jūs padarote išvadą, kad moters sveikatos būklė tikriausiai nebet pagerės, todėl palengvinti jos kančias galima arba skiriant raminamuosius vaistus, arba išimant zondą ir leidžiant jai numirti. Ką jums daryti?

ATVEJŲ ANALIZIŲ RINKINIAI

UNESCO Bioetikos padalinio informuoto sutikimo atvejų analizės rinkinys – <http://research.haifa.ac.il/~medlaw/> (UNESCO katedra)

JK klinikinės etikos darbo grupės (UK Clinical Ethics Network) atvejų analizės pavyzdžiai – www.ethics-network.org.uk/Cases/archive.htm

Harvardo visuomenės sveikatos mokyklos (School of Public Health) tarptautinių sveikatos tyrimų atvejų analizės pavyzdžiai – www.hsph.harvard.edu/bioethics/ (atvejai)

Medicinos priežiūros sandraugos (Commonwealth Medical Trust) mokymasis etikos ir žmogaus teisių standartų vadovas sveikatos priežiūros specialistams, 3 dalis, atvejų analizės pavyzdžiai – www.commat.org/