



Прирачник за биоетиката и холокаустот



ПРИРАЧНИК ЗА БИОЕТИКАТА И ХОЛОКАУСТОТ

ЦЕНТАР ЗА БИОЕТИКА НА УНЕСКО
Претседавач: професор Амнон Карми
Меѓународен центар за здравје, право и етика,
Факултет по право, Универзитет од Хаифа, Израел

Национален комитет за УНЕСКО на Израел
Меѓународен центар за здравје, право и етика,
Факултет по право, Универзитет од Хаифа, Израел
Претседавач: професор Амнон Карми

Мај 2013, Центар за биоетика на УНЕСКО, и-меил:
acarmi@research.haifa.ac.il
ISBN 978-965-444-034-9

Издавач:
Центар за интегративна биоетика при Филозофскиот факултет во Скопје и Фондот на Холокаустот на Евреите од Македонија

Превод на македонски јазик:
Митко Пиштолов

Лектура:
Снежана Веновска Антевска

Компјутерска обработка:
Никола Минов

Стручна редакција:
проф. д-р Дејан Донев и проф. д-р Ана Фрицханд

Ниту еден дел од оваа публикација не смее да се репродуцира, складира во систем за пребарување или да се пренесува во која било форма или на кој било начин, електронски, механички, преку фотокопирање, снимање или на друг начин, без претходно писмено и потпишано одобрение од центарот за биоетика на УНЕСКО. По правило, се дозволува прегледување, изведување, репродукција и превод на оваа публикација, делумно или во целост, но не за продажба, ниту за употреба во врска со комерцијални цели, со задолжително наведување на оригиналната публикација на Центарот за биоетика на УНЕСКО, Универзитет од Хаифа, Израел.

Ставовите изразени во овој документ се исклучиво одговорност на авторите и не мора да се совпаѓаат или да ги застапуваат мислењата на организациите со кои се поврзани.



ПРИРАЧНИК ЗА БИОЕТИКАТА И ХОЛОКАУСТОТ

Автори:

Теса Челуш

Џефри Брамер

Придонес:

Сузан Бенедикт

CIP - Каталогизација во публикација
Национална и универзитетска библиотека "Св. Климент
Охридски", Скопје

613.94:172.15(430)(091)
172.15:575.824

ЧЕЛУШ, Теса

Прирачник за биоетиката и холокаустот / автори Теса
Челуш Џефри Брамер ; придонес Сузан Бенедикт ; [превод на
македонски јазик Митко Пиштолов]. - Скопје : Фонд на
холокаустот на Евреите од Македонија, 2019. - 220 стр. ; 20 см

Библиографија кон главите

ISBN 978-608-4713-11-1

1. Брамер, Џефри [автор] 2. Бенедикт, Сузан [друго]

а) Еутеника - Холокауст б) Биоетика

COBISS.MK-ID 110269194

Содржина

Предговор	9
Вовед	11
Прв дел – Нацистичките лекари	
<i>Историјат на нацистичката медицина</i>	17
1. Усвојување на концептот на евгеника од страна на нацистичката медицина	25
1.1. Евгеника: учество на лекарите во одлуките за вредноста на човечкиот живот	25
1.2. Евгеничка стерилизација	30
2. Расизмот и нацистичката медицина	35
2.1. Употреба на расата како медицинска дијагноза	35
2.2. Расизмот во нацистичката медицинска заедница	41
3. Медицинското образование во време на владеењето на нацистите	47
4. Медицинското издаваштво за време на нацистичката власт	53
5. Двојна лојалност на лекарите: државата наспроти поединците	59
6. Притисокот на економијата врз медицината	65
7. Евтаназија	73
8. Значењето на Хипократовата заклетва	81

9. Медицински истражувања	87
9.1. Доверливост меѓу лекар и пациент	87
9.2. Информирана согласност при експериментирање со луѓе	91
9.3. Родителска согласност за медицински третман	98
9.4. Утилитаризмот во клиничките истражувања	102
9.5. Употреба на делови од човечкото тело прибрани на неетички начин	107
9.6. Фалсификување на медицинската евиденција	113
9.7. Дали да се користат податоците добиени од нацистичките лекари?	117
10. Лекарите и тортурата	125
11. Учество на лекарот во геноцид	131
12. Етиката на фармацевтските компании во медицинските истражувања	137
13. Лекарската совест и пријавување на злоупотреби	145

Втор дел – Лекарите затвореници

<i>Историјат</i>	153
1. Медицинска бесмисленост во екстремни услови	159
2. Медицинска тријажа	163
2.1. Злоупотреба на медицинска тријажа: нацистички „селекција“	163
2.2. Дистрибутивна правда	167
3. Ризиците на медицинската нега	171
3.1. Обелоденување на професионалниот идентитет во ситуации кога се соочуваме со смртоносна опасност	171
3.2. Лекување на непријателот	174
3.3. Медицинска нега во опасни околности - обврската на лекарот/медицинската сестра	178

3.4. Менување на етичките ставови	181
3.5. Согласување и придружување со нацистичките лекари	185
4. Абортус: Перспектива од страна на нацистичките лекари и лекарите затвореници	189
5. Лекување на пациентите кои се на смртна постела: одбивање да им се помогне на пациентите да умрат	195
6. Кажување на вистината	199
7. „Бесмислени“ избори во медицината	203
Прилози	207
1. Нирнбершки кодекс, 1947 година	207
2. Директива на Пруското министерство за верски, образовни и медицински работи, 1900 г.	209
3. Циркуларен допис на Рајхот за здравствени насоки: Правила за нова терапија и човечко експериментирање, 1931	210
4. Хелсиншка декларација	213

Предговор

Вклучувањето на д-р Теса Челуш, познат израелски лекар и научник на медицинската историја, во уредувањето на книга за феноменот на медицинскиот третман и однесувањето на лекарите за време на холокаустот, се смета за посебно задоволство. Собирањето на релевантните податоци и нивното извлекување од скриените архиви не е само комплицирана научна мисија туку и неверојатно тешко емоционално искуство.

Се вели дека кога бил воден големиот еврејски историчар Шимон Дубнов, заедно со другите Евреи на егзекуцијата во Рига, се свртел кон нив и им рекол: „Запомнете, запомнете (на еврејски: *schreibt un verschreibt*), и запишувајте се“.

Припомнете си - што ќе излезе добро од ова? Зошто треба да ги оживееме духовите? Зошто треба да ги отвориме гасните комори, Пандорината кутијата на тортура и очај кои ги евоцира холокаустот? Зошто треба да го вклучиме секој атом од нашата сила за да се сетиме, кога тоа боли толку многу? „Ако се загледаме премногу силно кон мртвите“, рече Ели Визел, „ризикуваме да паднеме во искушение да им се приклучиме.“

Секавањето не е крај само по себе, туку е само алатка. Употребата на оваа алатка може да биде оправдана само за една цел: НИКОГАШ ПОВТОРНО! Не заради целите на научното архивирање, не заради славење на смртта на мачениците. Она што е направено не може да се врати назад, па и секавањето на мртвите нема да ги врати назад. „Никогаш повеќе“ повикува на опстанок на човештвото, на хуманоста.

При читање на случаите собрани од страна на Теса Челуш, Џефри Брамер и Сузан Бенедикт, тешко е да се разбере како може луѓето да станат убијци на луѓе или соучесници на убијци и како може лекарите да нанесуваат таква болка врз луѓето. Според зборовите на Ели Визел: „Не разбираам како се случило. И колку повеќе живеам, толку помалку разбираам. Но, јас ќе продолжам

да учам, а тоа е уште една лекција - иако не разбираме, мора да продолжиме да учиме.”

Центарот за биоетика (Хаифа) беше овластен од УНЕСКО да го промовира и унапредува изучувањето на етиката во медицинските училишта низ светот. Центарот ги задоволува потребите на наставниците и учениците преку изработка и обезбедување на низа книги од кои една од нив е и оваа публикација. Пишувањето на етички кодекси и книги не е доволно се додека тие не започнат да се имплементираат. Имплементацијата значи образование.

Биоетиката и холокаустот го нуди разбирањето за феноменот на холокаустот. Борбата со нерешливото прашање - како може да се случи тоа - може да им помогне на нашите ученици да ја реализираат желбата и потребата за „Никогаш повторно“ и да го исполнат аманетот на: schreibt un verschreibt.

проф. Амнон Карми,

Претседавач на

Центарот за биоетика на УНЕСКО (Хаифа)



Вовед

Најголемата дамка на медицината во XX век е улогата на германските лекари во нацистичкиот период. Кога нацистите стапија на власт, германската медицина беше меѓу најсофистицираните во светот. Германската медицина придонесе и ја обликуваше академската и клиничката медицинска практика во светот. И покрај својата супериорност, сепак, германската медицина се заплетка во нацистичката идеологија, а потоа во голема мера ги заговараше концептуализацијата и промовирањето на расистичките и социјални програми на нацистите. Вклучувањето и ангажирањето на медицинската професија беше опширно дејство кое беше водено од активното учество и поддршката од страна на академската елита. Медицината не беше единствената која им овозможуваше поддршка на национал-социјалистичките политики, но медицинската професија се разликуваше од другите професии преку својата експлицитна посветеност на етичката основа, на хуманитарната позиција и на Хипократовата заклетва стара 2000 години која секогаш го ставаше страдалникот на прво место.

За време на поствоеното судење во Нирнберг, само дваесет германски лекари биле судени за злосторства против човештвото. По ова судење светската медицинска елита ја оформи и ја поддржуваше теоријата дека прекршувањата што се случувале во рамки на професијата биле дела на само неколку лекари кои работеле во неколку озлогласени места како што биле концентрационите логори. Судењето и Нирнбершкиот кодекс кој произлезе од судењето, не добија постојано внимание сè до средината на 60-тите години од XX век. Она што медицинската професија го направи за време на нацистичка Германија се чинеше како сосема ирелевантно за лекарите од остатокот од светот.

Денес знаеме многу повеќе и многу подобро: целата професија, а не само неколку лекари беше вмешана во груби прекршци кои се случија под нацистичкото владеење. Во 80-тите години од XX век, историчарите започнаа да објавуваат студии кои целосно покажуваа до кој степен нацизмот се раширил и ја окупи-

рал германската медицина. Повеќе од половината од германските лекари биле членови на Нацистичката партија, што претставува највисок процент од сите други слободни професии.

Германските лекари започнаа да ѝ ги нудат своите услуги на државата со кои ја погазуваа медицинската етика и пред да се случи холокаустот, термин што се употребува за да се опише геноцидот врз Евреите. Во раните години на XX век, германските лекари промовираа политика на „расна хигиена“ и евгеника во нивниот налет и желба да ја ограничат репродукцијата на луѓето за кои се сметало дека имаат наследни нарушувања. Помеѓу 1939 и 1945 година, тие стерилизирале околу 400.000 Германци со ментални и физички нарушувања. Германските лекари ја дизајнирале и ја спроведувале озлогласената Програма Т-4, каде што вршеле медицинско убиство врз своите психички и физички хендикепирани пациенти во име на „евтаназија“. Целта на создавањето на чиста ариевска раса имала предност над основните медицински етички принципи. Германската медицина станала продолжена рака на државната политика. Нацистичките лекари не успеваа да се видат себеси прво како лекари, со посебна мисија и етика посветена на лекување и грижа за благосостојбата на човечките суштества. Наместо тоа тие биле заведени да веруваат дека благосостојбата на државата треба да има предност над нивните пациенти и дека погубувањето на милиони луѓе се сметало за „лекување“ на државата.

За време на воените години, нацистичката политика, со активна поддршка и соработка од страна на лекарите, ги портретирала Евреите, Циганите и другите малцински групи, како метафори за болест, со што се легитимирале и рационализирале ужасите на холокаустот. Лекарите биле клучни за работата во концентрационите логори, тие одлучувале кој ќе работи и кој ќе умре во гасните комори и тие вршеле екстремни експерименти врз затворениците.

Едно од првите поствоени судења што се одржале било „Судењето на лекарите“. За првпат во историјата, лекари биле судени за злосторства против човештвото заради нивното учество во убиствени и измачувачки експерименти спроведени во нацистичките концентрациони логори. Во конечната пресуда, судот го артикулирал она што е познато како „Нирнбершкиот кодекс“, со што ги признава правата на сите луѓе кои биле предмет на истра-



жување и ги осудува нехуманите нацистички експерименти и повеќето обвинети. Дури и пред војната, постоеле и други етички кодекси за експериментирање врз луѓето, вклучувајќи го и екстремно деталниот Германски кодекс кој бил формулиран во 1931 година, но Нирнбершкиот кодекс бил првиот меѓународен кодекс. Последователно се создале низа на меѓународни документи за човековите права и експериментирањето со луѓе, вклучувајќи ја Декларацијата на Светската медицинска асоцијација од Женева, Хелсиншката декларација и Декларацијата на УНЕСКО за биоетика и човекови права. Иако овие документи, но и други документи кои се однесуваат на принципите на биоетиката и етичките принципи за истражувања врз луѓето имаат свое потекло во Нирнберг, тие не се однесуваат на тоа. Се водела навистина опширна дискусија дека, всушност, биоетиката како поле потекнува од Нирнберг, а не од 60-тите години од XX век, како што генерално се верува.

Она што е сигурно е дека медицинскиот свет молчел многу децении по Втората светска војна. Нирнберг, иако се смета за важен историски настан, немал формално влијание врз медицинската етика. Модерната биоетика имала многу малку што да каже за темата на холокаустот. Единствената референца со нацистичкото медицинско минато била, и тоа многу децении, повикувањето на аналогии со нацистичката медицина, но најчесто на несоодветен начин и без каква било информирана основа или заснованост.

Една од причините за молчењето била веројатно непријатноста што ја предизвикала конфронтацијата со минатото. Беше полесно да се продолжи со митот дека нацистичката медицина е трапава, луда или принудена, и да се дистанцираме од нацистичките лекари. Исто така беше лесно да се заклучи дека тоа никогаш нема да може да им се случи на професионалци како нас. Не беше пријатно, за нас како медицински професионалци, да признаеме дека лекари како нас самите биле вклучени во креирањето на научните фундаменти и основи на нацистичките расистички програми кои на крајот кулминирале во геноцид. Светската медицинска заедница не била подготвена да признае дека многумина од нашите колеги го поддржувале и го унапредиле нацистичкиот режим, каде што медицината не само што не беше одвратена од традиционалниот етос туку беше и вложена во една перверзна идеологија на смрт и страдање.



Но, дискурсот за вклученоста на медицината во Холокаустот би бил неуспешен ако не предизвикуваше непријатност; непријатноста што произлегува од овој дискурс всушност може да се смета за една од основните премиси на биоетиката. Биоетиката е, на крајот на краиштата, рефлексивно испитување на етичките прашања во здравствената заштита и здравствената политика, со цел да ни обезбеди нам, на медицинските и здравствените професионалци, морални стандарди кои се насочени кон нашето чувство на непријатност во медицинската практика. Непријатноста која се јавува во текот на дискурсот за медицинската етика може да се сфати, на некој начин, како морален интегритет. Токму оваа „непријатност“ довела до артикулација на Нирнбершкиот кодекс од 1947 година со кој се регулира експериментирање со луѓе. Првиот и главниот пропис на Кодексот е доктрината на информирана согласност; последователните доктрини на современата биоетика го сметаат принципот на автономија како еден од основните постулати на етичката клиничка нега. Автономијата може да се смета како освестување на пациентите за правото на информирана согласност. Овие две прашања, како и други прашања поврзани со денешната биоетика, имаат свои корени или се поврзуваат со „непријатностите“ на медицината од минатото, вклучително и со она што се случувало во текот на Третиот Рајх.

Кои било предлози или сугестии дека може да има аналогии помеѓу начинот на кој нацистите функционираше и начинот на кој ние функционираме, помеѓу она што тие го направиле и она што ние го правиме, би се сметале од страна на некои за целосно апсурдни. Според нив, она што се случило за време на холокаустот било единствена појава и затоа тоа не може да се употреби во сегашниот дискурс за биоетиката. Други би рекле дека истражувањето на вредносните процени и моралните постапки на нацистичките лекари може да ги облагороди актуелните дебати и практики и понатаму да ја спречи употребата на неточни аналогии во тековните дебати за биоетика.

Уредниците на овој прирачник се согласуваат со ова последно гледиште. Ние сме на мислење дека здравствените професионалци мора да ги проучуваат и да ги разберат овие перверзии на медицинската грижа со цел да имаат одржлив и поучен дијалог за биоетичките прашања. Сепак, сакаме да нагласиме дека со



анализирање на моралните аргументи кои може да се научат со проучување на лекциите од нацистичката медицина, не предлагаме дека секој денешен морален или етички дискурс за биоетиката или пак мислење е на кој било начин морално еквивалентен на нацистичките лекари.

Зошто треба да се навратиме на овие настани години подоцна? Не затоа што очекуваме уште еден холокауст, туку затоа што медицинската професија секогаш мора да биде подготвена за предизвиците на интегритетот на својата етика. Традиционалните погледи за основните вредности на медицината биле длабоко и насилно нарушени во текот на 30-тите и 40-тите на XX век, бидејќи медицинската професија во Германија се ставила во служба на перцепциите и приоритетите на Третиот Рајх. Историјата на германската биомедицина за време на нацистичките години нè притиска да ги разгледаме нашите сопствени централни претпоставки, перцепираните верности врз кои продолжува да постои современата медицина.

Не треба да заборавиме дека она што нацистичките лекари го правеле, всушност го открива капацитетот за насилство и агресија кој е својствен за сите човечки суштества. Големиот број експерименти, искуства и студии укажуваат на фактот дека, во вистински околности, сите сме склони кон суровост, способни слепо да го следиме моќното зло. Лекарите, како човечки суштества, треба да се потсетуваат на ова, бидејќи ние ја имаме одлуката за живот и за смрт во нашите раце.

Холокаустот не беше апстракција, туку сукцесија на секојдневни активности преземани од човечки суштества како што сме ние самите. Иконата на злото не се претстави себеси во целост, туку се формираше чекор по чекор, одлука по одлука, или одлука донесена или пропуштена во определено време.

Ова може да се каже и за доблесните дела. Списокот на лекари кои извршиле злосторства е надополнет со затворските лекари кои се обиделе да останат вистинити и верни на Хипократовата заклетва, и тоа во најгрозните услови и околности да бидат верни на својата хуманост и своите медицински занимања. Затворските лекари во гетата и логорите се соочувале со неверојатни лични и професионални дилеми, а истовремено се соочувале и со судбината на крајното уништување. Овие тешки околности ре-



зултирале со разновидни и често вознемирувачки реакции. Во 2005 година, Ели Визел, човек кој го преживеал холокаустот, но и Нобелов лауреат, напишал статија за медицинското списание „Нова Англија“ за затворските доктори кој ги знаел:

„Сепак, внатре во концентрационите логори, меѓу затворениците, медицината останала благородна професија. Повеќе или помалку насекаде, лекарите, без инструменти или лекови, очајно се обидуваа да ги олеснат страдањата и несреќите на своите созатвореници, понекогаш по цена на сопственото здравје или сопствениот живот. Познавав неколку такви лекари. За нив човечкото суштество не претставуваше апстрактна идеја, туку универзум со свои тајни, свои богатства, извори на болка и слаби можности за победа, иако за кратко над смртта и нејзините следбеници. Во нехуманиот универзум, тие останале хумани.

Кога размислувам за нацистичките лекари и медицинските целати, губам надеж. За да повторно ја најдам надежта, помислувам на другите, лекарите жртви; Повторно ги гледам нивните корави погледи и бледи уплашени лица.

Зошто некои знаеја како да му донесат чест на човештвото, додека други се откажуваа од човештвото со омраза?“

Холокаустот започнал со обезличување на жртвите и завршил со деперсонализација на сторителите. Нацистичката медицинска елита започнала со обезличување на своите пациенти и завршила со извршување на геноцид. Една од целите на овој прирачник е да ги персонализира и сторителите, но и жртвите. Давајќи му име на лекарот престапник, на жртвата на сурови постапки или на лекарот кој бил затвореник во нацистичко гето или концентрационен логор, сите ние сфаќаме дека прво и најважно сме ранливи човечки суштества, а потоа сме само медицински професионалци. Со персонализирање на овие историски настани, ние се повикуваме одново да се погледнеме себеси и да ги бараме во себе и во нашите општества товарот и одговорноста што сите ги носат за човештвото и за благосостојбата на самата медицина. Испитувањето на биоетиката на холокаустот и соучеството на германската медицина обезбедува витално гледиште што може да помогне во таа тешка, но огромна задача.

д-р Теса Челуш, М.Д.



Прв дел:

Нацистичките лекари

Историјат на нацистичката медицина

Соучеството или индиферентноста за злосторствата на нацистичката држава од страна на некои од најобразованите луѓе во германското општество е едно од највознемирувачките прашања со кои мора да се соочи општеството во целина. Највознемирувачки пример на високообразовани професионалци кои дејствуваат како сторители во овој контекст е медицинската елита. Обучени да се грижат за болните, да ги ублажуваат страдањата и да спасуваат животи, некои лекари не овозможувале грижа, нанесувале болка преку експериментирање врз човечки субјекти и извршувале убиство. Од оние кои не учествувале во такви злосторнички дела, повеќето биле индиферентни или молчејќи се согласувале со однесувањето на своите колеги и со страдањето на жртвите. Лекарите и другите медицински професионалци станаа едни од најсмртоносните сторители на злосторства против човештвото.

Германските лекари во текот на 30-тите и 40-тите години од XX век не реагирале на нацистичката расистичка идеологија и кариерните можности што истата ги нудела, божем како да живееле во научен и филозофски вакуум. Првите три децении од дваесеттиот век беа сведоци на растот на движењето на евгениката во Европа, Северна Америка и на други места. Ова движење го обезбедува потребниот контекст за разбирање на улогата на германската наука и медицина во нацистичките злосторства против човештвото. Терминот „евгеника“ бил измислен во 80-тите години од XIX век од Френсис Галтон, внук на Чарлс Дарвин. Евгеничарите тврделе дека многу социјални проблеми може да се елиминираат со обесхрабрување или спречување на репродукција на пое-

динци кои се сметаат за генетски несоодветни (негативна евгеника), додека пожелните социјални особини може да се зголемат со поттикнување на репродукција помеѓу оние кои се сметаат за генетски најсоодветни (позитивна евгеника). Периодот во кој евгениката просперирала бил еден од големите општествени пресврти во светот, периодот на индустријализацијата, урбанизацијата и сè понестабилните економски процеси на повторливи рецесии и невработеност. Евгеничарите тврделе дека нивниот пристап е најрационален и ефикасен начин за да се решат проблемите што се повторуваат во општеството. Ставот на евгениката бил дека науката, а не религијата или социјалната филозофија, ќе го насочи човештвото кон биолошка, социјална и морална утопија.

Првата организирана евгеничка група во Соединетите Американски Држави е основана во 1906 година, а главниот истражувачки центар бил организиран од страна на Канцеларијата за евиденција на евгениката во Колд Спринг Харбор, Лонг Ајленд. Многу истакнати професионалци работеле во советодавните комитети и одбори, а програмите биле финансирани од богати, филантропски институции. Било спроведувано истражување за да се тестира и да се докаже дека во определени етнички групи постоеле социјално непожелни особини како што се пауперизам, слабоумност, склоност кон криминал и други. Покрај истражувањата, евгеничарите, исто така, биле заинтересирани и за социјална акција, а исто така работеле и на донесување закони кои ќе ги промовираат нивните цели. Евгеничарите биле особено активни во донесувањето на законите за имиграција на Соединетите Американски Држави, каде што се верувало дека некои имигранти се биолошки инфериорни и како такви им било забрането да влезат во земјата.

Евгеничарите, исто така, биле поприлично „гласни“ и при составувањето на задолжителните закони за стерилизација. Првата држава која донела закон за стерилизација била Индијана во 1907 година, а до 1935 година триесет држави донеле такви закони кои дозволувале затворениците на државните институции (затвори, психијатриски болници, санаториуми и ментални болници) да бидат насилно стерилизирани по прегледувањето од страна на специјални комисии за „евгеника“. Категориите кои постоеле се „наследна слабост“, „криминално однесување по на-



вика“, „сексуална перверзија“, епилепсија и други. До 1935 година биле извршени повеќе од дваесет и една илјада стерилизации мотивирани од евгениката, а до 60-тите години од XX век околу шеесет и четири илјади луѓе биле стерилизирани во Соединетите Американски Држави. Слична бројка на стерилизации била извршена во истиот временски период во Шведска.

Евгеничкото движење официјално постоело во Германија од 1905 година, кога во Берлин било формирано Друштвото за расна хигиена. Меѓутоа, за време на Вајмарските години, германските евгеничари не биле успешни во усвојувањето на законска регулатива или воведувањето на евгеничките принципи во практиката. Само преку доаѓањето на нацистите на власт, евгениката станала централна нишка на државната политика.

Во 1920 година двајца истакнати германски научници, професорот по право Карл Биндинг и лекарот Алфред Хоч напишале навистина клучна студија насловена: „Дозвола за уништување на животот кој не е достоин за живеење“. Оваа студија го рефлектира стравот во Германија по Првата светска војна дека најдобрите млади луѓе (и нивните гени) исчезнале на бојното поле, оставајќи ги само „инфериорните“ слободно да се размножуваат. Студијата предлага дека елиминирањето на овие „инфериорни елементи“ ќе го врати балансот. Оваа книга му остави навистина голем впечаток на Хитлер, кој за време на неговиот престој во затвор во 1924 година во Ландсберг, ја напишал „Мојата Борба“ (Mein Kampf) во која ги дефинира принципите на нацистичката идеологија. Во оваа нацистичка визија за „Новата Германија“ не постоело место за „странската крв“ на Евреите, Циганите и „генетски инфериорните“ во општеството.

Првата евгеничка акција преземена од страна на нацистите била донесувањето на Законот за стерилизација во 1933 година. Овој закон, исто така, познат како „Закон за спречување на наследни болести“, всушност, бил базиран на американскиот Закон за стерилизација и постоела голема соработка меѓу американските и германските професионалци кои ги поддржувале овие закони. Поединци кои исполнувале било кој од деветте услови кои се претпоставуваат дека се наследни биле осудени на стерилизација: генетска слабост, шизофренија, манично-депресивно растројство, генетска епилепсија, Хантингтонова болест, генетско сле-



пило, генетска глупост, тежок физички деформитет и хроничен алкохолизам. Германската програма за стерилизација отишла подалеку од кое било ниво постигнато во други земји, стерилизирајќи над четиристотини илјади луѓе до крајот на војната. Иако нацистите подоцна ја бранеа својата програма за стерилизација за време на Нирнбершките судења повикувајќи се на Законот во Соединетите Американски Држави, американската програма никогаш не стигнала до нивото на нацистичката програма.

Освен Законот за стерилизација, нацистите ги усвоиле Нирнбершките закони во 1935 година, со кои се забранувале брак и сексуален однос меѓу „ариевците“ и луѓето кои имаат повеќе од една четвртина еврејско потекло. Кога биле критикувани за овој закон, нацистите одговарале со повторно укажување на САД и на неколку други земји каде што постоеле закони со кои се забранувале меѓурасни односи со децении. Германската медицинска елита ги перцепираше нирнбершките закони како закони за јавно здравје кои ќе помогнат во зајакнувањето на здравјето на поствоената (Првата светска војна) германска нација. Со оглед на економската криза во Вајмарската Република, евгеничката парадигма покренала размислувања за „националната ефикасност“ и елиминирање на „непродуктивните усти за хранење“ или „животите што не вреди да се живеат“. Евгеничарите ја обезбедиле биолошката оправданост за намалување на аспектите на социјалната заштита и здравствената заштита за оние кои се сметале за товар на општеството, како и за оние кои се сметале за генетски хендикепирани. Расизмот и антисемитизмот биле само една компонента на преднацистичката евгеничка идеологија, а евгеничарите биле поделени по прашањето за расата како евгеничка идеја. Но, во моментот кога нацистите ја преземале власта, расизмот и антисемитизмот засновани на евгениката стануваат главен столб на политиката на Третиот Рајх и тие биле прифатени како „научни факти“.

Присилната стерилизација на оние што страдаат од „наследни болести“ се покажала како неефикасна и скапа, а во исто време започнала и Втората светска војна со што се создала можност да се прошират програмите сè до „истребување на недостојниот живот“. Војната обезбедила изговор и покритие за мерките кои би биле навистина тешко остварливи во период на благосостојба и мир. Одлуката за спроведување на Програмата „евтаназија“ би-



ла направена на највисоко политичко ниво, со овластување од Хитлер со коешто определени лекари треба да вршат „убиство од милост“. Лекарите никогаш не биле принудувани да се придржуваат кон овие принципи; напротив, тие биле охрабрувани да го сторат тоа. Оваа програма никогаш не станала легална.

Програмата за „евтаназија“ започнала со убиството на доенчиња и мали деца со физички деформитети или ментални состојби кои биле избрани да бидат убиени во специјално определени „педијатриски одделенија“. Во реалноста овие одделенија биле управувани од медицински персонал, лекари и медицински сестри, чија единствена функција била да ги убиваат децата. Методите кои се користеле за убивање биле предозирање со лекови, инјекции и изгладнување. Повеќе од 5.000 деца биле убиени во оваа прва фаза од Програмата „евтаназија“. Програмата, која подоцна била проширена со вклучување на убиство на возрасни, била позната како Операција Т-4. Бил создаден систем со кој сите пациенти сместени во институции биле регистрирани врз основа на тоа дали лицата биле способни или не за работа, дали имале посети, дали биле хоспитализирани пет години или повеќе и дали имале определени психички и невролошки заболувања. Бил создаден панел од медицински експерти за да ги испита овие формулари за регистрација, без притоа да ги прегледуваат или испитуваат пациентите, за потоа да се одлучи кој треба да биде убиен. Избраните пациенти потоа биле транспортирани до шест внимателно избрани институции кои имале специјално изградени гасни комори. Гасот кој бил одбран за извршување на овие убиства бил јаглерод моноксид и требало да биде испорачан преку лажни тушеви. Во овие институции работеле специјално назначени лекари и медицински сестри. Целата оваа операција се вршела во тајност. На роднините им биле испраќани посмртници во кои биле наведени причините за смрт, кои, всушност, биле фиктивни и избрани од претходно изработена листа.

Се проценува дека околу 70.000 пациенти биле убиени од страна на своите лекари во оваа фаза од Програмата за „евтаназија“. Сите хендикепирани Евреи биле убиени во Т-4 центрите за убиство.

Неминовно, таквиот голем систем на измама резултирал со човечки грешки кои биле откриени од страна на семејствата и



нивните свештеници. Ова довело до протестот на некои свештеници и до немири во Германија. Потоа, во 1941 година, Програмата за „евтаназија“ официјално била запрена од Хитлер. Но, всушност, убиствата не запреле. Лекарите и другиот персонал во институциите за ментална попреченост во Германија продолжиле да ги убиваат своите пациенти на децентрализиран начин, или попознато како „дива еваназија“, сè до неколку недели откако сојузниците ја окупирале областа.

Историските истражувања покажаа дека во напорите на националната заедница да се исчисти од „непогодните“, нацистичката медицинска елита внимателно испланирала и тајно извршила операција која на крајот убила повеќе од 200.000 луѓе.

Првично, кога биле изградени концентрационите логори, тие немале капацитет за масовно убивање, а биле потребни и методи за намалување на растечкиот број на популација во логорот. Успехот на Програмата за „евтаназија“ го убедила раководството на нацистите дека масовното убиство е технички изводливо, па така СС го ангажирал персоналот од Програмата Т-4 за помош при спроведување на оваа програма. Во пролетта 1941 година започнала нова операција за убивање во гасни комори на центрите за убиство во рамки на Програмата Т-4. Логорските затвореници кои биле обележани како болни од страна на логорските лекари, биле испратени во објектите на Т-4 за да бидат убиени од страна на лекарите во овие институции во операција означена како „14ф13“.

Дури 20.000 затвореници се убиени во текот на две и пол годишниот период од оваа програма, сè до 1943 година, кога зголемената потреба од присилни работници ја завршила оваа фаза од процесот.

Следното продолжување на „медицинските“ убиства започнало кога персоналот на Т-4 бил ангажиран да ги води логорите на смртта, „Операција Рајнхард“ во окупираната Полска. Оваа операција била кодното име за елиминација на населението од главните еврејски гета во Полска, и се покажала како суштинска врска помеѓу Т-4 и „Финалното решение“.

Лекарите биле сеприсутни во логорите на смртта, а со тоа и наметнале медицински карактер на постапката, во која тие ги вршеле првичните селекции на луѓе кои пристигнувале со воз.



Методите за убивање во логорите на смртта биле усвоени од операцијата Т-4 и модифицирани според потребите на логорите. Персоналот од Програмата Т-4 давале совети и помош во функционирањето на логорите за истребување.

Лекарите ги користеле човечките материјали за да спроведуваат таканаречени научни истражувања врз затворениците. Најпрестижните германски истражувачки институти и медицински научници соработувале со лекарите од операцијата Т-4, а потоа и во концентрационите логори, кои ги спроведувале овие експерименти.

Целата организација за убивање која започнала со работа во јануари 1940 година со медицинско убиство на најнемоќните човечки суштества, институционализирани пациенти, беше проширено во 1941 година за да ги вклучи Евреите, Ромите и други, а до 1945 година најмалку шест милиони мажи, жени и деца ги изгубија своите животи.

Референци:

1. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene: Medicine Under the Nazis* (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1988).
2. Francis R. Nicosia, Jonathan Huener eds, *Medicine and Medical Ethics in Nazi Germany: Origins, Practices, Legacies* (Berghahn Books, 2002).
3. *Deadly Medicine: Creating the Master Race* (United States Holocaust Memorial Museum, 2004).



1. Усвојување на концептот на евгеника од страна на нацистичката медицина

1.1. *Евгеника: учество на лекарите во одлуките за вредноста на човечкиот живот*

Студија на случај:

Во 1922 година, германскиот психијатар д-р Херман Фанмулер станал член на Нацистичката партија, а во 1933 година се приклучил на СА (нацистичката паравоена група, исто така позната како „кафени кошули“). Во средината на 30-тите години од XX век, тој ја предводел канцеларијата за раси и наследности во Аусбург. Нацистичката партија, препознавајќи ги неговите вештини, го користел како стручен предавач за едукација на германската јавност за „законот за наследно здравство“ од гледна точка на „расно-политички“ и „наследно медицински“ прашања. Баварската влада го назначила Фанмулер за директор на менталната институција од Елфинг-Хар во 1938 година, позиција на која се задржал до крајот на војната. Во 1939 година тој доставил извештај до комисијата за јавно осигурување во врска со одржувањето на „животот кој е недостоен за живеење“ во државните болници. Тој го изразил своето мислење за потребата да се „искоренат“ таквите пациенти со следниве зборови:

„Како директор на ментална болница, кој не е приврзаник на исповедта и се смета себеси за страстен национал-социјалист, чувствувам дека сум должен да влијаам позитивно врз економските состојби на институциите. Од оваа позиција верувам дека е соодветно да се потенцира дека ние лекарите треба да ја сфатиме важноста на искоренувањето на животот кој не е достоин за живеење. Оние несреќни пациенти кои ја живеат само сенката од животот на едно нормално човечко суштество, кои станале совршено бескорисни за општествено членување во човечката заедница поради својата болест, чиешто постоење за нив, нивните роднини и нивната околина претставува ма-

чење и товар, мора да бидат подложени на строга ерадикација или истребување. Токму овие денови кога од нашите највредни мажи се бара да ја дадат најтешката жртва во крв и живот, недвосмислено нè учат дека не треба да биде можно, од економски причини, да се полнат институциите со живи трупови само заради високиот принцип на медицинска грижа која повеќе не е ни релевантна. За мене е незамисливо најдобрите генерации во цуто на својата младост да умираат на фронтот додека непоправливите, неодговорни и антисоцијални лица имаат обезбеден живот во нашите институции.“

За време на неговиот поствоен судски процес во 1951 година, каде што бил обвинет за убиство на деца како дел од нацистичката програма за „евтаназија“, тој им рекол на судиите: „За мене терминот 'volkische' значи „национално“ додека терминот „ариевски“ значи дека „Германците мора да управуваат“. Само оние луѓе со германско потекло можат да бидат ариевци“.

Референци:

1. Henry Friedlander, *The Origins of Nazi Genocide. From Euthanasia to the Final Solution* (The University of North Carolina Press, 1995).
2. Michael S. Bryant, *Confronting the "Good Death". Nazi Euthanasia on Trial, 1945-1953* (University Press of Colorado, 2005).

Историјат:

По откритијата на Чарлс Дарвин при крајот на деветнаесеттиот век, определени научници почнале да застапуваат теории за човечката нееднаквост како научен факт. Овие научници заклучиле дека човечките разлики биле наследни и непроменливи. Терминот „евгеника“, првпат измислен во 1881 година од страна на британскиот научник Френсис Галтон, бил дефиниран како „научка за подобрување на човечката раса преку подобро размножување и одгледување“. Евгеничарите верувале дека, исто како што Менделовиот закон го регулира наследниот пренос на човечките особини како што е далтонизмот, овие закони, на ист начин, го определуваат наследството на социјалните особини.

На почетокот на дваесеттиот век, егеничките теории почнаа да се применуваат од страна на креаторите на националните по-



литики, кои водеа кампања за запирање на „социјалната дегенерација“ во општеството. Тие ги гледаа лицата со ментални пречки како товар за општеството. Во многу западни земји се основаа евгенички друштва и истражувачки центри. Една од првите земји во ова движење беше САД.

Во 1824 година Американците го усвоија Законот за имиграција, закон базиран на евгеника, кој дозволува влез на определени имигранти (оние од Северозападна Европа и Велика Британија) и се спротивставува на прифаќањето на имигранти од Југоисточна Европа, Блискиот Исток и Азија. Друго решение за проблемите на општеството предложено од страна на евгеничарите беше стерилизацијата. Индијана беше првата американска држава која ги усвои законите за стерилизација во 1907 година, а до 1925 година во САД се извршени над 20.000 стерилизации мотивирани од евгеничките верувања. Други земји имаа слични програми. На пример, во истиот временски период, во Шведска е извршен приближен број стерилизации.

Во Германија евгениката станала позната како „расна хигиена“. По поразот на Германија во Првата светска војна, германските научници и креаторите на политиките почнале да ја поврзуваат евгениката со национализмот и социјалното „здравје на нацијата“. Многу научни центри биле основани заради проучување на полето на расна хигиена. Во 1920 година беше објавена контроверзна книга од страна на адвокатот Карл Биндинг и психијатарот Алфред Хоч, насловена како „Дозвола за уништување на животот кој не е достоин за живеење“. Книгата го покренала прашањето за тоа дали една нација која се соочува со итна потреба од помош, всушност, може или не може да си дозволи да одржува нешто што се нарекува „живот кој не е достоин за живеење“. Авторите сметаат дека општеството треба да ги убие „неизлечивите идиоти“, како и крајно болните и критично повредените; дека на поединците треба да им се даде право да изберат да умрат според свои услови преку безболна медицински спроведена процедура; и дека лекарите што требало да ја вршат оваа услуга не требало да бидат кривично гонети. Оваа книга предизвикала големи реакции во Германија, особено меѓу психијатрите. Овие предложени теории биле лесно прифатени и спроведени од страна на нацистичката партија, чија националистичка политика била приспособена на овие тврдења.



Со преземањето на власта од стана на нацистите во 1933 година, евгеничката расна хигиена стана составен дел од нивните политички, здравствени и социјални политики. Овие стратегии првично беа применувани врз лицата со хендикеп (лица со физички деформитети и нарушено ментално здравје) кои се сметаа за товар на државата и на тој начин се сметаа за „недостојни за живот“. Овие политики потоа беа применети врз оние луѓе кои имаа различна раса (главно Евреи и Цигани). Медицинската заедница имаше централна и суштинска улога во програмите за убивање кои биле засновани на овие теории на исклучување и евгенички расистички теории, вклучувајќи ги и програмите за „евтаназија“ и, на крај, „финалното решение“.

Референца:

Henry Friedlander, *The Origins of Nazi Genocide. From Euthanasia to the Final Solution* (The University of North Carolina Press, 1995).

Прашања:

- Дали денес евгениката постои во медицината?
- Ако е така, како можеме да ѝ пристапиме?

Дискусија:

Зборот евгеника потекнува од грчкиот збор *eugenes* (eu [добро] и *genos* [роден]). Терминот се однесува на подобрување на расата преку создавање здрави потомства. Евгениката е наука која се занимава со сите влијанија кои го подобруваат вродениот квалитет на човечката раса, особено преку контрола на наследните фактори. Програмата за евгеника е структура на јавна политика која е дизајнирана за да ги ефектуира фреквенциите на гените во целата популација. Негативната евгеника е систематски обид да се минимизира преносот на гените кои се сметаат за штетни. Позитивната евгеника е систематски обид да се максимизира преносот на гените кои се сметаат за пожелни.

Во минатото, како што покажавме во нацистичка Германија, САД и други земји, различни расни карактеристики се користат во формулирањето на евгеничките политики, и негативни и по-



зитивни. Утилитарното расудување беше основата на нацистичката евгеничка политика. Нацистичките лекари посебно, а нацистичката заедница генерално не се согласувале со ставот дека човековиот живот треба да се почитува во сите случаи. Напротив, убедувањето било дека само ако е човечкиот живот од вредност за општеството, тогаш тоа треба да се почитува. Таквите утилитарни аргументи понекогаш се видливи и ден денес. Во сегашноста, со зголемени трошоци за медицинска нега и зголемениот финансиски притисок врз трети лица - носители на одговорност, веќе постојат предлози за минимизирање на здравствената заштита на двата краја од спектарот, и тоа за новороденчиња со конгенитални малформации или генетски болести и постари или хронично болни лица. Здравствените ресурси се исцрпуваат поради новите технологии, а старите лица се особено ранливи на дискриминација на економска основа. Во средината на спектарот е честата тема за процена на животот (и смртта) на терминално болен пациент, и носење на одлуки за тоа дали да се реанимира или не.

Проектот за човечкиот геном отвори нови области на истражување. Неговите апликации, исто така, се покажаа корисни за клиничката грижа, овозможувајќи им на лекарите да го користат знаењето за човечкиот геном со цел да се дијагностицира идната болест, како и да се индивидуализира терапијата со лекови. Денес генетското советување стана составен дел од модерната медицина. Често, медицинските одлуки, врз основа на генетиката, имаат рентабилна или утилитарна основа.

На денешните лекари може да им биде тешко да размислуваат објективно во врска со нашите постапки и практики, особено во однос на тоа како новите напредоци во науката и технологијата и нивната примена во генетско советување и клиничка грижа може да бидат штетни за нашите пациенти.

Во минатото, како во случајот наведен погоре, видовме како невини и безбедни медицински практики или јавни политики се искривуваат за да бидат применети како негативни евгеники, укинувајќи ги правата и приватноста на милиони поединци. Денес некои од нашите прифатени практики (на пример пренатална дијагноза и скрининг) од страна на некои се сметаат за негативна евгеника и сè уште се води интензивната дебата за овие прашања.



Лекарите поседуваат знаење и вештина за да овозможат реална проценка за квалитетот на животот на пациентот. Сепак, крајната евалуација на квалитетот на животот, без разлика дали станува збор за пренатална дијагноза или пак станува збор за другиот крај од спектарот т.е. за постари или терминално болни, треба да се прави само од страна на индивидуалниот пациент. Во случаи кога лицето не е во можност да донесе одлука или претходно не се изјаснил за такви евентуални случаи, процената треба да ја направи семејството или сурогат со вклучување на мислење од страна на лекарот, ако истото се побара.

1.2. Евгеничка стерилизација

Студија на случај:

Доротеа Бак била родена во Германија во 1917 година. Во 1936 година, на 19-годишна возраст, била хоспитализирана во менталната институција Von Bodelschwingsche во Бетел при што ѝ била дијагностицирана шизофренија. Во оваа ментална институција, таа била стерилизирана без нејзина согласност. Дополнително, таа не била информирана за вистинската природа на нејзината операција, и наместо тоа, била информирана од страна на медицинската сестра на одделението дека и била спроведена операција т.е. апендектомија. Таа дознала за нејзината стерилизација подоцна од друг пациент.

Сè до 1959 година Доротеа последователно претрпела четири психотични епизоди и хоспитализации. Таа на крајот се рехабилитирала, станувајќи скулптор. Во 1961 година, откако слушнала информации од судењето на Адолф Ајхман во врска со програмите за стерилизација и евтаназија, Доротеа започнала со истражување на историјата на стерилизација и евтаназија во нацистичка Германија. Доротеа го поминала остатокот од својот живот, предавајќи и пишувајќи за злосторствата извршени во психијатриските установи. Таа, исто така, стана гласен критичар на присилните стерилизации и евтаназија, како и на разните третмани за психоза.



Референца:

Dorothea Buck, *"70 Years of Coercion in German Psychiatric Institutions, Experienced and Witnessed"*. Key note speech, 7 June 2007, Congress "Coercive Treatment in Psychiatry: A Comprehensive Review", World Psychiatric Organization, Dresden, Germany. <http://www.bpe-online.de/english/dorotheabuck.htm>

Историјат:

Пред стапувањето на власт на национал-социјализмот, хируршката стерилизација била нелегална во Германија. Во последните години од Вајмарската Република, кои биле обележани со тешка економска депресија и политички немири, евгеничката стерилизација се појавила како популарна мисла меѓу генетичарите, економистите, креаторите на политичката идеологија, како и медицинските професионалци.

Неколку месеци по доаѓањето на Хитлер на власт во 1933 година, нацистите го усвоија Законот за спречување на наследни болести (Закон за стерилизација), со што се овозможи задолжителна стерилизација на „евгеничките индикации“. Лекарската професија не само што ја поддржуваше нацистичката политика туку беше и лидер во кампањата за нејзино практично спроведување. Многу лекари гледаа на ова како можност да влијаат на „регенерацијата“ на германската нација со искоренување на оние со „биолошки инфериорни наследни особини“, со цел да се „исчисти генетскиот базен на германската раса“. Според овој закон, едно лице може да биде присилно стерилизирано ако, според мислењето на евгеничкиот здравствен суд, тој или таа страда од некоја од „генетските“ болести. Тие вклучувале „вродена слабоумност“, шизофренија, манично депресивно лудило, генетска епилепсија, хантингтонова болест, „генетско“ слепило или глувост или „тежок алкохолизам“. Лекарите биле должни да посетуваат обука за „генетска патологија“, а било создадено и специјално медицинско списание за да им помогне на лекарите да определат кој треба да се стерилизира и со примена на кои методи. Нацистичкото медицинско списание *Der Erbarzt* е создадено како додаток на престижното германско списание *Deutsches Arzeblatt* во 1934 година. Овој додаток обезбедил форум за дискусија на методите,



како и критериумите и оправданоста на нацистичката програма за стерилизација.

Стапувајќи во сила на 1 јануари 1934 година, Законот за стерилизација образложил многу специфичен правен и медицински процес: лекарите биле должни да го пријават секој случај на генетска болест кој им е познат во специјални генетски судови, без притоа да побараат и да добијат дозвола од пациентот. Генетскиот суд се состоел од три члена: судија, официјален лекар и втор лекар квалификуван за евгеника. Помеѓу 1934 и 1939 година судовите наредиле извршување на околу 375.000 операции, од кои триесет и седум проценти биле доброволни, триесет и девет проценти биле присилни (против волјата на пациентот) и дваесет и четири проценти недоброволни (со согласност од старател). Почетокот на Втората светска војна во септември 1939 година го забавил напредокот на судовите. Сепак, до крајот на 1944 година, речиси 400.000 луѓе во германскиот Рајх биле стерилизирани. Слични програми за стерилизација постоеја и во многу други земји во тоа време, вклучувајќи ги и САД, Шведска, Швајцарија, Норвешка и други. Овие програми обезбедиле модели за германските закони за стерилизација. Во САД првиот задолжителен закон за стерилизација бил донесен во Индијана во 1907 година, и на крајот 28 држави имале закони кои дозволуваат присилна стерилизација. До 1930 година 15.000 американски мажи и жени биле стерилизирани. Нацистите го посочиле овој американски пример како оправдување за својата програма.

Во многу земји овие закони опстојувале сè до 70-тите години од XX век. До денешен ден сè уште има земји каде присилната стерилизација продолжува да функционира. Во САД неодамнешните судски пресуди во државата Северна Каролина пресудиле во корист на определена класа на тужители кои во минатото биле стерилизирани против нивните желби и без нивна информирана согласност. Од државата се очекува да им плати парично обезштетување на пациентите.

Референца:

Robert N. Proctor, *Racial Hygiene. Medicine Under the Nazis* (Harvard University Press, 1988).



Прашање:

- Дали е етички да се принуди пациентот да се подложи на процедура за стерилизација?

Дискусија:

Присилната стерилизација е јасно нарушување на репродуктивната автономија на една личност и основните човекови права. Ова е особено важно во случаи на лица со ментална болест или други интелектуални пречки. Може да се дебатира околу прашање за тоа колку се протегаат правата на родителите и старателите во врска со нивните ментално хендикепирани лица. Кој е одговорен за медицинските права на лицата со ментална попреченост кога се работи за репродуктивното здравје? Дали лекарот има должност да одлучи кој ќе има корист од постапка која во суштина е неповратна при идните одлуки за планирање на семејството?

Нацистичката програма за присилна стерилизација го прекршила правото на пациентот на самоопределување, човечкото достоинство, приватноста и автономијата. Исто така Програмата била во спротивност со принципот на добивање информирана согласност за каква било медицинска постапка, а исто така го прекршила и правото на пациентот или правото на сурогатот за донесување одлуки при планирање на семејство и репродуктивното здравје.

Постапката за стерилизација е трајна, животоменлива, инвазивна процедура. Можат да постојат определени ситуации во кои стерилизацијата е оправдана кога пациентите/или старателите се целосно свесни за природата и последиците на постапката. Во септември 2011 година, Светската медицинска асоцијација и Меѓународната федерација на организации за здравство и човекови права (IFHRO) ја осудија практиката на присилна стерилизација како форма на насилство која сериозно му штети на физичкото и менталното здравје на пациентите и ги повредува нивните човекови права. Тие наведоа дека доброволната стерилизација е форма на контрола на раѓањето која треба да биде достапна како опција и доволно евтина за секој поединец, во рамките на целиот спектар на сите алтернативни контрацептивни ме-



тоди. Барьерите за стерилизација, откако ќе се направи информиран избор, треба да се минимизираат.

Иако може да има случаи кога стерилизациите може да бидат етички и медицински соодветни, донесувањето на одлуките треба да се заснова на најдобриот интерес на пациентот, а не на интересите на општеството или на другите инволвирани страни.



2. Расизмот и нацистичката медицина

2.1. Употреба на расата како медицинска дијагноза

Студија на случај:

Саул Фридландер во својата книга се осврнува на случајот од 1939 година на германката наречена Fraulein M. Таа сакала да се омажи за државен службеник, но пред тоа сакала да се увери во нејзиното ариевско потекло, бидејќи презимето на нејзината баба, Голдман (вообичаено еврејско презиме) и создавало определени сомнежи. Предбрачното „генетско“ испитување било спроведено во Одделот за генетика на Институтот за антропологија, хумана генетика и евгеника Кајзер Вилхелм, во Берлин. Професорот Отмар вон Вершер, истакнат лекар и генетичар, бил раководител на овој оддел.

Едно од прашањата кое специјалистите на д-р Вон Вершер се обиделе да го решат е: „Може ли Fraulein M. да биде опишана како неариевка во смисла дека таа може да биде препознаена како таква од страна на лаици врз основа на нејзиниот ментален став, нејзината околина или нејзиниот надворешен изглед. „Генетскиот“ преглед, кој се темелел на фотографии на роднините на Fraulein M., како и на нејзините физички карактеристики, довеле до поволни резултати: медицинскиот извештај ги исклучил сите знаци на еврејско потекло. Иако Fraulein M. имала „тесен, висок и конвексно проектирачки нос“, извештајот заклучи дека таа го наследила својот нос од нејзиниот татко, а не од баба ѝ (со презиме Голдман). Fraulein M. беше прогласена за ариевка.

Референца:

Saul Friedlander, *Nazi Germany and the Jews. Volume 1. The Years of Persecution, 1933-1939* (Harper Perennial Publisher, 1998).

Историјат:

По поразот во Првата светска војна, многу германски „расни хигиеничари“ и научници ги обвиниле Евреите и комунистите за поразот кој го претрпела државата, како и за многу од социјалните зла во земјата. Адолф Хитлер бил под силно влијание на германските „расни хигиеничари“ и ги инкорпорирал нивните идеи за раса во својата книга „Мојата борба“. Воздигнувањето на Хитлер на власт им овозможи на германските политичари, научниците и носителите на политики да ги спроведат своите расистички ставови за општеството. Иако Хитлер бил голем катализатор на овие напори, лекарите и научниците играле примарна и суштинска улога.

Биолошката слика играла голема улога во нацистичката социјална политика: Евреите и Циганите се сметале за болни, за „бацили“, „апсцеси“ или „паразити“ кои го загрозувале „здравјето“ на нацијата. Нацистичките медицински анализи, користејќи расистички метафори во статиите, ги изедначиле Евреите и Циганите со болест. Овие расистички метафори, исто така, биле објавени од страна на државата и тоа на секое општествено ниво и беа користени во образованието на возрасни и деца, од основно училиште сè до универзитет.

Со доаѓањето на Хитлер на власт, германската медицинска асоцијација го инкорпорирала антисемитизмот во својата доктрина, потсетувајќи на верувањето дека Евреите страдаат од специфични болести и предупредиле против мешањето на еврејската со нееврејската крв. Германските антрополози и генетичари се обиделе да развијат расистички техники кои ги идентификувале расните карактеристики кај поединецот. Најдобриот весник за јавно здравство во Германија објавил детални извештаи за тоа како да се утврди расна припадност. Лекарите ги идентификувале Евреите дека страдаат од недостаток на хигиена и дека имаат исклучително висока инциденца на ментална болест и хомосексуалност. Дополнително, Циганите биле идентификувани како расно „асоцијални“, кои, исто така, ја ослабнуваат чистотата на ариевската раса и водат кон дегенеративно општество.

Есента 1935 година Хитлер потпишал серија од три закони познати како Законите на Нирнберг за понатамошно „чистење“



на германското население од несакани елементи. Овие закони ги опфаќале:

1. „Законот за државјанство на Рајхот“ со кој се прави разлика меѓу жителите и граѓаните. Граѓани биле оние од чиста ариевска крв.

2. „Законот за заштита на крвта“, кој забранувал брак и сексуални односи меѓу неевреи и ариевци.

3. „Законот за заштита на генетското здравје на германскиот народ.“ Овој закон ги задолжувал паровите да се подложат на медицински („генетски“) преглед пред склопување брак, со цел да се утврди генетското здравје на идниот пар и на нивните потомци. Законот, исто така, забранувал брак меѓу лица кои страдаат од венерични болести, слабоумие, епилепсија или кои било други „генетски слабости“ наведени во Законот за стерилизација од 1933 година. Оние кои се сметале за генетски болни лица им било дозволено да стапат во брак со други генетски болни лица, но само откако ќе бидат стерилизирани за да се осигури дека нема да создадат потомство.

Законите на Нирнберг, како и законите за стерилизација, биле одговорни за експанзијата на моќта и одговорностите на германските медицински служби. Илјадници лекари вклучително и „расни хигиеничари“, биле вработувани за да овозможуваат брачно советување, кое станало интегрален дел од германската јавна здравствена заштита. Се создавале нови работни места, така што и покрај исклучувањето на германските еврејски лекари, вкупниот број медицински персонал, всушност, се зголемувал во текот на тие години. Дополнително, опасностите од расно мешање биле опширно објавувани во популарните печатени медиуми, но исто така и во медицинската литература.

Законите на Нирнберг кои биле администрирани првенствено од страна на лекарите, од страна на германската медицинска заедница се сметале како мерки за јавно здравје, т.е. се сметале за здравствени закони, а не само како антисемитстички мерки. Германските медицински списанија ги поздравиле овие закони и објавувале статии за да им помогнат на германските лекари во спроведувањето на расистичките закони и политики. Водечките здравствени работници во Германија гледале на превенцијата на човековата генетска болест, заедно со превенцијата и отстранува-



њето на расното мешање, како дел од програма на одговорна политика за јавно здравје. Не постојат записи со кои може да се утврди постоењето на каква било опозиција или противење на законите на Нирнберг во германската медицинска литература од тоа време.

Со проширувањето на моќта на Хитлер, отворениот антисемитизам и расизмот силно навлегоа во медицинската професија, затоа што се поистоветуваа и се поврзуваа со Нацистичката партија. Лекарите станале лидери во формулирањето и спроведувањето на нацистичкиот поглед на светот. Поистоветувањето довело до биомедицинска визија која се состоела од три комплементарни слики: 1) Евреите и Циганите како болести, кои требало да бидат исчистени од телото на политиката; 2) германскиот народ како пациент; и 3) национал-социјализмот како лекар, каде Адолф Хитлер е прикажан како „големиот лекар на новата ариевска нација“.

За време на Втората светска војна, нацистичката медицина подоцна била користена како алатка за оправдување на антисемитизмот и расизмот. Официјалното списание на Германското лекарско здружение објавувало редовна колумна во текот на воените години насловена „Решавање на еврејскиот проблем“. Со германската окупација на Полска во септември 1939 година, Евреите како „носител на болести“ станале оправдување и причина за еврејската гетоизација низ Источна Европа. Евреите биле систематски префрлувани во гета под изговор дека постои потреба од карантин. Бидејќи условите во гетата биле толку страшни, навистина започнале да се појавуваат заразни епидемии. Германските медицински списанија потоа се повикувале на прибрани статистички податоци за гетото кои се однесувале на заразни епидемии, како што е тифусот, за да може еврејската „раса“ дополнително да се прикажува како болна раса. Исто така, Циганите биле прибирани и затворани во гета или во концентрациони логори, што довело исто така до високи појави на заразни болести. Таквите епидемии потоа биле користени како рационализација и оправдување за систематско отстранување (убиство) на Евреите и Циганите низ Германија и окупирана Европа.



Референци:

1. Michael H. Kater, *Doctors Under Hitler* (The University of North Carolina Press, 1989).
2. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene. Medicine Under the Nazis* (Harvard University Press, 1988).

Прашање:

- Како да спречиме расните прашања да влијаат врз медицинските одлуки?

Дискусија:

„Раса“ е сложен термин со широк спектар на дефиниции. Некои медицински истражувачи сметаат дека расата е критична за знаењето на потеклото и дека е неопходен елемент при клинички и биомедицински истражувања. Иако постои загриженост за потенцијалната злоупотреба на расни и генетски информации, овие истражувачи тврдат дека расното или етничкото потекло на поединецот ќе продолжи да обезбедува вредни информации за епидемиолошките студии, како и за клинички и фармацевтски истражувања. Спротивно на тоа, други истражувачи инсистираат на тоа дека дефинициите за раса и етничката припадност се несоодветни, што ги прави да бидат погрешни сурогати за повеќекратните еколошки и генетски фактори во настанувањето на болеста, вклучувајќи ги географското потекло на предците, социоекономскиот статус, образованието, како и пристапот до здравствена заштита.

Додека медицинските заклетви и етичките кодекси се разликуваат од една до друга нација (понекогаш дури може и да варираат во рамки на една иста земја), тие имаат многу заеднички карактеристики, вклучувајќи го и етичкиот мандат според кој лекарите, медицинските сестри и другите даватели на здравствена заштита не треба да ги дискриминираат пациентите или медицинскиот персонал врз основа на раса, етничка припадност, религија, класа, пол или сексуална ориентација. Сепак, и покрај постоењето на овие етички кодекси, расата и расизмот во медицината продолжуваат да ги мачат повеќето општества и про-



должуваат да бидат вмешани како причини за дискриминација, предрасуди, маргинализација, па дури и потчинување. На пример, во Соединетите Американски Држави, документирано е дека црните, хиспаноамериканците и Индијанците често добиваат помалку квалитетна здравствена заштита од белците. Овој диспаритет, главно, се должи на пониските приходи, несоодветното осигурување и недостигот на лекари во руралните области. Сите овие фактори може да придонесат за повисоки стапки на смртност и помали стапки на преживување меѓу малцинствата во споредба со белците, кои страдаат од болести со споредлива сериозност. Покрај тоа, на малцинствата во најголем дел им се оневозможува напреден медицински третман и има поголема веројатност да добиваат помалку посакувани третмани кои го нарушуваат нивниот квалитет на живот.

И покрај спротивставените погледи кои се однесуваат на расата и човечката генетика во сегашноста, повеќето истражувачи и клинички практичари имаат заедничка посветеност да утврдат и да применуваат поголемо знаење и подобро разбирање за човечкиот геном со цел подобрување на здравствената заштита на поединците и населението. Во исто време, исто така постои и заедничка загриженост од страна на многумина, за потенцијалните опасности, заблуди и злоупотреба на ваквите генетски истражувања.

Историски гледано, како во случајот погоре, имало многу случаи на злоупотреба во користењето на таканаречената „расна“ наука. Покрај тоа, човештвото, исто така, има долга историја на расизам, како и злоупотреба, потчинување и поробување на малцинствата. Во нацистичка Германија, злоупотребата на знаењето за генетската медицина обезбедила оправдување за да може германската медицинска професија да спонзорира, да промовира и да учествува во убиствени програми „во име на здравјето и науката“. Оваа псевдонаука, заснована на расно незнаење, погрешни перцепции и предрасуди, беше во голема мера одговорна за уништувањето на определени делови од населението, особено на Евреите.

Повеќе образование за расната свест и културното разбирање е еден начин на кој медицинската професија може да се заштити подобро од опасностите од расизмот.



Треба да се спроведуваат и обуки за односот меѓу расизмот, генетиката и научната студија за „расата“. Конечно, во долгата и сè уште сеприсутна приказна на човештвото, историјата на злоупотребата на генетиката и расата во медицината не треба да биде заборавена; таа треба да им се предава на сите студенти по медицина. Таквите лекции треба да се вградат во нашите срца, умови и свест, за да биде помалку веројатно дека тие може да се случат повторно. Информативните обуки и рефлексивната, исто така, ќе помогнат да се разјасни и проблемот со злоупотребата на генетските/расните информации, како и да се изнајдат најдобрите начини за неговото решавање.

2.2 Расизмот внатре во нацистичката медицинска заедница

Студија на случај 1: Студенти по медицина

Во 1935 година Моше Привес беше еврејски студент на Медицинскиот факултет при Варшавскиот универзитет. Академскиот сенат на Варшавскиот универзитет усвои специјална антиеврејска законска регулатива со која ги сегрегираше еврејските студенти од нееврејските студенти. Беа резервирани посебни клупи во предавалните исклучиво за нееврејските студенти. Аудиториумите, исто така, беа поделени на два дела - сите други народи на десната страна додека Евреите на левата страна. Овој концепт беше познат и како „гето клупа“. Освен тоа, испитните документи т.е. студентските индекси, кои претходно беа анонимни за професорот, сега носеа задолжителен печат со кој се прикажуваше верското убедување на студентот. Оваа политика беше вообичаена и во другите универзитетски кампуси низ целиот Рајх. За да се спротивстави на антисемитизмот, Привес, кој беше претставник на сојузот на еврејски студенти по медицина, свика серија итни состаноци за да се дискутираат ваквите политики и да се организираат активности како противодговор на ваквите мерки. По долга расправа, еврејските студенти се согласија веќе да не ги користат местата, клупите и столиците кои беа посебно одвоени за



нив. Наместо тоа, се договорија дека ќе стојат во една колона на скалите помеѓу редовите и ќе запишуваат приклучоци од предавањата, потпирајќи се на рамото на студентот пред себе. Моше Привес, во својата книга „Затвореник на надежта“, напишал:

„Од 1935 година па сè до избувнувањето на војната, од предавање во предавање, од ден во ден, од година во година, таков беше начинот на кој еврејските студенти ги водеа своите студии. За кратко време, практиката бргу се прошири и стана универзална меѓу сите еврејски студенти на универзитетите низ Полска. Речиси сигурно, никогаш порано или оттогаш, не постоела таква глетка како што биле „вертикалните“ студенти на Полска.“

Референца:

Moshe Prywes, *Prisoner of Hope* (Brandeis University Press, 1996).

Студија на случај 2: Лекари

Д-р Луси Аделсбергер била германски еврејски педијатар која работела во областа на имунологијата на Институтот Роберт Кох во Берлин. Таа објавила најмалку 15 трудови помеѓу 1924 и 1933 година и била основач на германското женско лекарско здружение. Во март 1933 година, два месеца по преземањето на власта од страна на нацистите, д-р Аделсбергер и осумнаесет други еврејски научници од институтот биле отпуштени. Таа била ограничена да работи само во рамки на својата приватна практика и повеќе не ѝ било дозволено да се нарекува „доктор“. Наместо тоа, таа станала „приправник“. На д-р Аделсбергер и било оневозможено да учествува во националното здравствено осигурување, а во 1938 година повеќе не можела да ги лекува нееврејските пациенти. Таа била депортирана во Аушвиц во 1943 година.

Референца:

Lucie Adelsberger, *Auschwitz. A Doctor's Story* (Northeastern University Press, 1995).



Историјат:

Во март 1933 година, кога национал-социјалистите ја презеле контролата врз германската влада, новиот режим веднаш наметнал антисемитистички декрети. Германската медицинска заедница, во согласност со нацистите, преземале големи организационски чекори во поддршка на политичките антисемитистички политики. Во тоа време, 13–17% од лекарите во Германија биле Евреи, а во Берлин овој број достигал 50–60%. Само неколку недели по формирањето на новата нацистичка влада, еврејските лекари биле отпуштени од своите позиции во болниците во главните германски градови.

Во април 1933 година бил донесен Законот за државна служба. Овој закон им забранувал на Евреите и комунистите да бидат носители на позиции во државната служба, вклучувајќи и работни места во медицинските служби. Професионалните медицински организации и здравствените осигурителни компании, исто така, ги отфрлиле еврејските лекари. На сите владини нивоа, на општествено ниво и во работните средини, било побарано еврејските лекари да бидат заменети со нееврејски лекари. До крајот на 1933 година, следела серија на законски и административни уредби со кои им се забранувало на еврејските лекари да лекуваат нееврејски пациенти, да имаат професионални интеракции со нееврејските колеги и да се стекнат со медицинско образование. До 1934 година, 31% од еврејските лекари биле отстранети од практикување медицина.

Законите на Нирнберг, донесени во 1935 година, го дефинирале терминот „Евреин“, со кој официјално им се одзема државјанството на германските Евреи. Законите го спречуваат еврејското учество во повеќето сектори на германското општество и повлекуваат сериозни последици за Евреите во медицинската професија. Уредбата за лекарите од Рајхот, која датира од декември 1935 година, наведува дека нема да им се издаваат нови дозволи на еврејските лекари.

Во 1936 година повеќето медицински факултети им забраниле на своите еврејски студенти да вршат гинеколошки прегледи на ариевките. Носењето на одлуките во врска со примената на овие ограничувања биле во рацете на директорите на болниците кои биле одговорни за еврејските практиканти по гинекологија.



Веќе во состојба во која не може да практикуваат медицина, многу еврејски лекари избегале од земјата. Протерувањето на Евреите од универзитетите и од други работни позиции испразнило голем број работни места во германските медицински училишта, институти и клиници. Овие слободни места бргу ги пополнувале млади невработени локални нееврејски германски лекари.

Во 1938 година бил усвоен и последниот дел од оваа законска регулатива. Овој закон бил последниот удар кој ѝ бил нанесен на германската еврејска медицинска професија. Комората на лекарите на Рајхот им ги укинала лиценците на еврејските лекари. Еврејските лекари веќе не се сметале за членови на медицинската заедница и им било дозволено да лекуваат само Евреи, и тоа со посебна дозвола. Титулата „лекар“ била отстранета. Еврејските лекари, сега веќе без лиценци и непризнати, отсега па натаму, требало да се сметаат само како „приправници“.

Се проценува дека најмалку 25% од германските еврејски лекари биле убиени за време на холокаустот и дека 5% починале од самоубиство.

Референци:

1. Michael H. Kater, *Doctors Under Hitler* (The University of North Carolina Press, 1989).
2. Saul Friedlander, *Nazi Germany and the Jews. Volume I. The years of Persecution, 1933-1939* (Harper Perennial, 1998).

Прашање:

- Како да спречиме расистички предрасуди меѓу медицинските професионалци?

Дискусија:

Поголемиот дел од нас сè повеќе и повеќе живеат и работат во мултикултурни општества, и тоа во однос на пациентите што ги лекуваме, како и во однос на колегите со кои студираме и ја вршиме праксата. Иако лекарите треба да бидат сигурни дека напредувањата во нивната кариера се засноваат исклучиво на



нивните способности, постојат докази од многу места дека расата може да биде пречка за напредок. Непостоењето на еднакви можности е проблемот кој секој здравствен систем и секој медицински професионалец треба да го сфати сериозно.

Дискриминацијата базирана на раса, пол и попреченост е неприфатлива. Дискриминацијата може да резултира во недостаток на мотивација, фрустрација и намалена доверба. Во многу земји расизмот постои во медицинските системи и честопати ефектите од расизмот ги чувствуваат лекарите од етничките малцинства. На пример, се покажа дека докторите од етничките малцинства, како група, работат во полоши услови и околности за практикување на медицината и се соочуваат со помали можности за напредување во кариерата за разлика од другите лекари. Истражувањата, исто така, покажаа дека запишувањето во медицинските училишта, исто така, е област каде што малцинските групи се дискриминирани. Определени медицински здруженија низ светот ги спречуваат лекарите од различни културни групи да станат членови на здруженијата.

Кодексот на медицинска етика на американската медицинска асоцијација наведува дека ниту една професионална кариера и заложба на лекар не смее да се оспорува врз основа на раса, боја на кожа, етничка припадност или национално потекло. АМА ги охрабрува сите лица да ги пријавуваат лекарите во локалните медицински друштва за кои постои сомневање дека вршат расна или етничка дискриминација.

Лекарската професија треба да покаже лидерство во отстранувањето на расизмот и да се стреми процедурите за селекција да станат транспарентни и да се базираат само на компетентност. Мора да се развие култура на почит и праведност за да може сите поединци да се чувствуваат ценети и уверени дека ќе бидат оценувани само за своите способности.

Еден од начините на кој може да се реши расизмот е да се воведат дискусии за културната разновидност и расистичките предрасуди (како во погоре споменатиот случај) во наставната програма во медицинските училишта.



3. Медицинското образование за време на владеењето на нацистите

Студија на случај:

Во 2010 година додека истражувала во библиотеката на Универзитетот во Висконсин-Медисон, д-р Тереза М. Дуело открила шест трудови на германски медицински студенти кои биле напишани помеѓу 1937 и 1940 година. Овие докторски трудови, напишани како услов за стекнување на повисок степен на медицинско образование, во детали ги објаснуваат првите пет години од медицинското искуство поврзано со стерилизацијата на стотици жени од страна на лекарите во германските болници. Истражувањата на студентите биле надгледувани и одобрувани од страна на лекарите и директорите на болниците во институциите каде што се вршеле стерилизациите.

Еден труд, напишан од Ерих Бахер од Вирцбург во 1940 година, анализираше 210 стерилизирани жени на гинеколошката клиника во градската болница во Форцхајм. Во својот вовед, Бахер напишал: „Од фундаментално значење е бргу да се задушат какви било јавни немири во врска со мерките кои се преземени поради законот и силно да се афирмира идејата за наследното здравје кај нашето население.“

Бахер, исто така, ги анализираше и забелешките на пациентите кои требале да се оперираат т.е. да се стерилизираат против нивната волја, како и проблемот со хоспитализирањето на стерилизирани пациенти заедно со другите пациенти во одделенијата. Студентот опишува два од случаите каде што жените биле стерилизирани:

„Во семејство каде што таткото бил алкохоличар, а мајката патела од слабоумност, пет од седумте деца требало да бидат згрижени во институција, бидејќи три деца имале висок степен на слабоумност, а две деца биле идиоти. Една ќерка е мажена. Едно дете е со потпросечна интелигенција. Најмладата ќерка покажува натпросечни резултати и неколку пати има добиено награди во училиште. Целото семејство, за неа, веќе го чинело државниот систем над 50.000 марки ... Во друг случај, службата за социјални работи мора да се гри-

жи за четири деца, родени вонбрачно, кои имаат четири различни татковци. Децата се исто така слабоумни. Ова семејство има неколку поколенија каде што се забележани многу случаи на ментална слабост, слабоумност и ментална болест. Поради невозможните услови за живеење во самото домаќинство, шест деца мораа да бидат одделени од нивната слабоумна мајка и децата беа згрижени од локалните власти. Од шесте деца, четири деца, исто така, се докажало дека се слабоумни; две девојки веќе биле стерилизирани. Седмото дете, кое мајката се очекуваше да го роди, никогаш не беше родено, благодарение на Судот за наследно здравје.“

Друг студент, Сторч, испитувал 190 случаи на стерилизација извршени во Градската болница во Шпајер за кои напишал:

„Ние сме обврзани и наша работа како лекари е да им ја овозможиме најдобрата можна грижа на лицата кои се засегнати од законот. Најважната работа денеска е да се заштити животот ... Само идните генерации ќе можат да го оценат вистинскиот исход од законот; сепак, нашата задача, сега како и секогаш, продолжува да биде сведување на минимум на ризиците од работењето и користење на методи кои се посигурни.“

Сите шест трудови вклучуваа исклучително детална документација за деталите од извршените хируршки процедури и хируршките компликации кои настанале. Не постои дискусија за валидацијата на дефинициите на условите кои би ја дефинирале оправданоста на самите постапки. Трудовите, всушност, промовираат дека Законот за стерилизација влијае на подобрување на германскиот народ и им оддаваат пофалби или ги сметаат евгеничките политики на Третиот Рајх како позитивни за нацијата.

Референца:

Theresa M. Duello, *Misconceptions of "Race" as a Biological Category: Then and Now*, in Sheldon Rubenfeld ed, *Medicine After the Holocaust. From the Master Race to the Human Genome and Beyond* (Palgrave MacMillan, 2010).

Историјат:

Образовните реформи беа важен дел од нацистичката медицинска политика. Уште во 1922 година, Здружението за расна хи-



гиена побарало „расната хигиена“ да се смета за задолжително поле на студирање во германската медицинска наставна програма. Расната хигиена била, исто така, вклучена во државните медицински испити кои беа суштински услов за дипломирање. Предметите за „расна хигиена“ вклучуваат теми како што се истражување на крвни групи, антрополошки мерења, истражувања на близнаци, генетика, биологија на криминалот, расно право и воена медицина. Медицинските факултети посветувале помало внимание на основните истражувања, ја менувале класичната наставна програма и го намалувале времето на медицинските студии за да произведат повеќе лекари за нацистичката држава.

Медицинските студенти биле наведувани дека овие предмети се од суштинско значење за нивното професионално образование со кои се подготвувале за нивните должности како „брачни советници и чувари на генетскиот устав“. Студентите по медицината, исто така, биле информирани и дека ги обучуваат за да бидат „биолошки војници“; обука која вклучува воено и паравоено образование со цел да ги подготви студентите да му служат на милитаризираниот идеолошки авторитет на државата. Студентите пишувале дисертации за различни расистички медицински програми. Расната обука била, исто така, вклучена во постдипломските предмети за лекари со акцент на спортската медицина, органската медицина и воената медицина.

Референци:

1. Michael H. Kater, *Doctors under Hitler* (University of North Carolina Press, 1989).
2. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology Of Genocide* (Basic Books, 1986).

Прашање:

- Дали медицинското образование треба да биде засегнато од политички или други социјални политики?

Дискусија:

На крајот од XX век германското медицинско образование се сметало за едно од најразвиените во светот. Во 1910 година, отка-



ко прочитал за германскиот метод на медицинско образование, Абрахам Флекснер го создал она што е познато како „Извештајот на Флекснер“, кој ја трансформирал природата и процесот на медицинско образование во Америка. Во извештајот е опфатено научното сознание и неговото напредување како дефинирачки етос на модерниот лекар. Овој извештај требаше да стане основа за медицинското училишно образование низ целиот свет. Всушност, медицинското образование во повеќето земји денес е базирано на германскиот систем.

Но, тоа драстично се смени за време на нацистичкиот период. Во нацистичка Германија, медицинската образовна настава, а со тоа и студентите по медицина, во голема мера биле под влијание на политичката клима во земјата во тоа време. Додека ова веројатно може да се каже за секој студент во кое било време, она што беше различно во нацистичка Германија е дека студентите по медицина се учеа дека идеолошките расистички нацистички политики се прифатлива медицина и прифатлива наука. Од студентите се очекуваше да станат застапници и промотери на нацистичките политички и расистички агенди, кои биле прогласени за добра „наука“.

Во овој високо структуриран и силно наметнат политички контекст, голем акцент бил ставен на послушноста, а исто така и на придржувањето и верноста кон политичките агенди на нацистичките лидери. Се очекуваше овие верувања да ги имаат и да ги промовираат и студентите по медицина.

Во оваа политичка клима, законот за стерилизација беше оправдуван како добра наука и добра политика. Тоа беше метод за чистење на Германија од какви било идни „непожелни“ или поединци кои се сметаа за товар за државата. Постоела цврста убеденост дека „здравјето“ на нацијата доби приоритет над грижата и третманот на поединците.

Етичките прашања кои се однесуваат на овие расистички закони не се разгледувале воопшто. Наместо тоа, тие биле претставувани на таков начин на кој се докажувал и се потврдувал нацистичкиот поглед кон светот. Ова може да се види како форма на политичко „перење на мозокот“. Но, дали таквото „перење на мозокот“ треба да биде дел од медицинското образование? Дали една од основните премиси за развој на здраво, креативно и етич-



ко медицинско образование, треба да се смета за критично и мисловно размислување?

Кои се целите на медицинското образование? Дали научното знаење е доволно за да се создадат добри лекари? Дали треба да ги учиме студентите да станат лекари, кои потоа ќе станат техничари во служба на науката или пак да ги учиме да станат лекари кои ќе можат да ги користат своите научни сознанија во служба на пациентите? Дали студентите по медицина (и лекарите) треба да станат социјални или политички застапници?

Целите на медицинското образование се многубројни а образовниот процес треба да биде доживотен процес, континуиран на учење кој започнува во медицинско училиште а завршува со пензионирање од практиката. Подготовката на студентите да применат научни сознанија за превенција, намалување и лекување на болести, медицинското образование, исто така, треба да биде инспирирано од личните етички стандарди на мисла и однесување, како и критичкото размислување.

Медицинското образование треба да ја прифати целата вредност и моќта на алатките на располагање на лекарите за да се обезбеди подобра здравствена и социјална заштита. Студентите треба да гледаат на здравјето како процес во кој еколошките, социјалните, комуникациските, физичките, економските и политичките фактори значително придонесуваат за здравјето и за благосостојбата на пациентите. Студентите, исто така, треба да се учат дека лекарите во општеството имаат моќ и авторитет да станат влијателни застапници на унапредувањето на своите пациенти. Ова може да се гледа како политичко застапување во определени околности, но секогаш треба да ја има на ум целта за здравјето на пациентот или здравјето на општата јавност.



4. Медицинското издаваштво за време на нацистичката власт

Студија на случај:

Едно од најголемите и најплодните популарни медицински списанија во нацистичка Германија, со изданија од над 100.000 примероци, беше Die Volksgesundheitswach (The People's Health Watch) или *Чуварот на народното здравје*. Ова списание беше изложено во чекалните за пациенти во клиниките и болниците низ целиот Рајх. Д-р Еуген Стале, невролог и лидер во национал-социјалистичката германска медицинска асоцијација, како и шеф на Министерството за здравство во германската држава Виртемберг, напиша колумна во 1934 година под наслов: „Крв и раса: нови истражувачки резултати“ која се фокусираше на употребата и значењето на човечката крв како средство и алатка за идентификување на расата:

„При опишување на различните раси, не смееме да застанеме на надворешниот облик на телото... Ние мора да одиме подалеку од ова, мораме подеднакво да ги истражиме важните разлики во внатрешните органи на телото, разлики кои може да покажат многу подлабоки, физиолошки разлики меѓу расите.“

Д-р Стале, исто така, ги запраша своите читатели:

„...размислете што би можело да значи тоа, ако би можеле да ги идентификуваме неариевците во самата епрувета! Тогаш ниту измама, ниту крштевање, ниту промена на името, ниту промена на државјанство, дури ниту назална операција не би можела да им помогне (избегнување да се открие Евреинот). Човек не може да ја промени својата крв.“

Неколку години подоцна, во 1939 година, д-р Стале, ветеран доктор од Првата светска војна и член на нацистичката партија, помогна во воспоставувањето на таен центар за евтаназија во замокот Графенец, кој се наоѓа во изолираната област на округот Минсинген. Замокот станал центар за убиство на ментално хендикепираните лица во нацистичката „Т-4“ Програма. Повеќе од 10.000 деца ќе бидат убиени во Графеник за помалку од 2 години. Во 1943 година, д-р Стале бил назначен за медицински професор од страна на Адолф Хитлер. По поразот на Германија во Втората

светска војна, тој бил уапсен поради неговата улога во Програмата за евтаназија и починал во затвор во 1948 година.

Референца:

Robert N. Proctor, *Racial Hygiene: Medicine Under the Nazis* (Harvard University Press, 1988).

Историјат:

Пред доаѓањето на национал-социјалистите на власт, германската медицина била една од најживописните и креативни од сите медицински традиции во светот. Германското медицинско издаваштво играло важна улога во оваа традиција. Во 1933 година, кратко време откако Адолф Хитлер станал канцелар, германските медицински водачи ги споиле двете поранешни главни медицински списанија во нова единствена публикација, *Deutsches Arzteblatt*. Оваа публикација стана официјалното списание на Лекарската комора на Рајхот и Здружението на германските лекари за здравствено осигурување. Оваа консолидација означи пресвртница во контролата на нацистите над германскиот медицински печат и издаваштво. Од тој момент натаму, на медицинските списанија им беше експлицитно наредено да добиваат одобрение за печатење од нацистичките медицински власти, кои се состоеле претежно од лојални нацистички идеолози. Политичката цензура преовладувала во секое ниво од издаваштвото.

Ова, исто така, го означил почетокот на кампањата за елиминирање на Евреите, како и комунистите и социјалистите од самата германска медицинска наука. Уредниците и консултантите на медицинскиот печат сега беа само лица од германско-ариевско потекло и лојални поддржувачи на нацистичките ставови. *Deutsches Arzteblatt* објави дека германскиот медицински печат „ќе се исчисти себеси од негермански влијанија“ со цел да ја врати професијата на „германското чувство“ и „германско размислување“. Социјалистичките медицински списанија, со долга традиција на медицинска релевантност, исто така беа забранети, како и сите публикации кои дозволуваат изразување на ставови спротивни на нацистичката медицинско-политичка визија.



Од 1933 до крајот на војната, во медицинскиот печат беа објавувани безброј статии за расната чистота, хигиена и здравствена политика. Тие беа дел од кампања поддржана од владата, насочена кон прогласување и заситување на медицинската заедница со расни хигиенски и политички ставови на нацистите. Со тоа, целта на издаваштвото се промени и тоа од алатка за обезбедување на научно валидни информации кон алатка за поддршка и промовирање на политиките на државата.

Ракописите се прифаќале за објавување врз основа на тоа колкава е нивната посветеност во промовирање на политиките на националсоцијализмот, наместо квалитетот на истражувањето. Биле основани специјални списанија, базирани врз псевдонаучни, проариевски и антисемитистички концепции, за академците и општата популација. Една примарна тема на германскиот медицински печат беше да им го наметне на читателите значењето на „крвната чистота“ за ариевската раса и германскиот рајх. Овие статии предупредувале за опасностите од „загадената крв“ што ја „носеа“ инвалидите, конгенитално болните, Евреите, црнциите и Циганите. Опасноста од оваа „лоша крв“ кон политиката на телото подоцна била искористена како политичко и медицинско образложение и оправдување за хигиенското и етничкото чистење.

Референци:

1. Henry Friedlander, *The Origins of Nazi Genocide: From Euthanasia to the Final Solution* (University of North Carolina Press, 1995).
2. Michael H. Kater, *Doctors under Hitler* (University of North Carolina Press, 1989).
3. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene: Medicine under the Nazis* (Harvard University Press, 1988).

Прашање:

- Кои се етичките кодови кои важат за медицинскиот печат или издаваштво?



Дискусија:

Пред нацистичкиот период германските медицински списанија се сметаа за едни од најпрестижните медицински публикации во светот и истражувањата кои се објавуваа во овие списанија се сметаа за реномирани и издржани. Оваа ситуација значително се променила откако нацистите ја презеле контролата, не само на политичката сцена туку и во медицинското издаваштво. Етиката на медицинското издаваштво била јасно нарушена со појавата на конфликти на интереси меѓу медицинската заедница и политичката агенда на нацистичката држава. Откако медицинските лидери, академици и уредници биле совладани од нацистичката политичка агенда, веќе не се објавуваа какви било спротивставени или опонирачки идеи во списанијата со кои ќе се изразува загриженост за научната валидност или за содржината на некои од написите. Таквата политика јасно ја наруши етиката, не само на медицинското новинарство туку и на самото новинарството во генерална смисла. Ова бил уште еден пример за нездравата врска меѓу нацистичката медицина и нацистичката политика.

Етиката во издаваштвото е важна основа за научно валидни истражувања. Важно е да се запраша, не само дали се објавени резултатите и кои се овие резултати туку и зошто и како тие резултати се собираат, се толкуваат и се објавуваат. Денес постои голема загриженост околу конфликтот на интереси во академските истражувања. Конфликтите на интерес се оние кои, кога се откриваат подоцна, ќе направат разумниот читател да се почувствува дека е доведен во заблуда или измамен. Овие конфликти може да бидат лични, комерцијални, идеолошки, политички или академски. Конфликтите на интереси се појавуваат кога авторите, критичарите или уредниците имаат интереси кои не се целосно очигледни и кои може да влијаат на тоа кој е објавен, што е објавено, како и времето, обемот и методот на процесот на објавување.

Денес е широко прифатена практиката во која медицинските истражувања се разгледуваат од страна на други медицински истражувачи пред тие да бидат објавени. Покрај тоа, издаваштвото, исто така, треба да ги земе предвид сите предрасуди (без оглед дали се потенцијални или актуелни) поради какви било конфликтни интереси. Генерално, се очекува уредниците да им нагласат на своите читатели дека имаат сопствени судири на ин-



тереси или судир на интереси во рамки на нивните тимови, членовите на семејството, уредувачките одбори, менаџерите и сопствениците.

Исто како што интересот за етиката во истражување доведе до создавањето на институционални одбори за ревизија и условот дека предлозите за истражување треба да добиваат етичко одобрување, така и специфичната свест за етиката на издаваштвото доведе до создавање на неколку институции кои сакаат да поттикнат придржување кон практиката на етичкото издаваштво. Истакнати примери меѓу овие групи се Светската лекарска асоцијација на медицински уредници (WAME), Комитетот за етика во издаваштвото (COPE) и Меѓународниот комитет на уредници на медицински списанија (ICMJE), чии критериуми за авторство беа широко прифатени.

Прекршувањата на етиката во издаваштвото не се одвоени или се разликуваат од прекршувањата на етичките норми кои го регулираат третманот на пациентите во истражувањето. Медицинските списанија треба да се занимаваат со унапредување на медицинските знаења во служба на човековото здравје, наместо да дејствуваат како дел од маркетинг мрежата на комерцијалните индустрии. Освен тоа, тие не треба да се користат како алатки за унапредување на политичките идеологии и политики, освен ако не се тие во согласност со најдобрите интереси на пациентите.



5. Двојна лојалност на лекарите: државата наспроти поединците

Студија на случај:

Д-р Ханс Деушл е роден во 1891 година во Графинг, во близина на Минхен. Студирал медицина во Минхен, каде што се приклучил на студентското братство. Како и неговиот подоцнежн пријател и поддржувач Хајнрих Химлер (кој подоцна стана лидер на СС), Деушл бил под влијание на духот на ова студентско братство, влијанието на германскиот пораз по Првата светска војна и неговото искуство како волонтер - корпусен борец во Баварија. Тој се идентификувал со германскиот национализам уште на рана возраст.

Како лекар, д-р Деушл напредувал во својата политичка кариера како локален лидер на филијалата на „Völkischer Block“ (Националистички блок) и бил кандидат за градоначалник на Графинг во декември 1924 година. Тој се приклучил на националната социјалистичка лига на лекари (НСЛЛ) во септември 1929 година и на СС во јуни 1931 година. Како член на СС, му била доделена задача да развие и да управува со медицинските служби на СС од страна на Хајнрих Химлер. Д-р Деушл станал директор на списанието на НСЛЛ и давал јавни политички изјави, охрабрувајќи ги своите колеги лекари да се придружат и да ѝ служат на својата земја. Како претседател на НСЛЛ, тој напишал:

„Оваа организација не е само професионална организација на доктори туку и воена организација. Нашите членови се најпрвин нацисти, но само потоа се лекари. Тие ја претставуваат нацијата како целина и треба да ги остават настрана своите лични интереси и да станат лидери кои се стремат кон интересите на целата германска нација.“

Д-р Деушл, исто така, бил близок пријател со шефот на НСЛЛ д-р Герхард Вагнер. Во 1935 година Деушл бил назначен за шеф на школата „Führer“ на германската медицинска професија во Alt-Rehse.

Референци:

1. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene. Medicine under the Nazis* (Harvard University Press, 2002).
2. Michael H. Kater, *Doctors Under Hitler* (The University of North Carolina Press, 1989).
3. Wilhelm Boes, Medical Doctorate Dissertation [German] “*On the person and the importance of the medical practitioner, Dr. Hans Deuschl (1891–1953), with special focus on his career in the period of National Socialism.*” http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_000000018876?lang=en

Историјат:

Кратко по стапувањето на власт на национал-социјалистичката партија во Германија во 1933 година, разните германски медицински здруженија биле координирани и обединети во хиерархиска организација наречена национална социјалистичка лекарска лига (НСЛЛ). Ова тело било подредено на нацистичката партија. Во еден од најраните говори на Хитлер пред лекарската лига изјавил: „Вие, вие национал-социјалистичките лекари, јас не можам без вас ниту еден ден, ниту еден час. Ако не сте вие, ако ме изневерите, тогаш сè е изгубено.“

Идеологијата на нацистичката партија често била портретирана на начин кој привлекувал лекари. Во Мајн Кампф, Хитлер рекол: „Секој кој сака да ја излечи оваа ера, која е внатрешно болна и расипана, прво мора да собере храброст за да ја разјасни причината за оваа болест.“

Со користење на биолошки и научни метафори, нацистичката влада ги перцепирала определени сектори од населението како закана од зараза која ќе може да го „зарази“ и да го ослаби германскиот народ. Лекарите требало да бидат „чувари“ на здравјето на германската држава и да бидат активни во превенцијата и третманот на „заразната инфекција“ каде и да било и кога и да било да се случи.

Водечка фигура во медицинската организација бил д-р Герхард Вагнер, кој бил признаен како „фирерот на лекарската лига“. Вагнер изјавил дека: „Здравствената заштита треба да биде за-



менета со здравствено лидерство; медицината која лечи треба да биде заменета со превентивна медицина и индивидуалната хигиена треба да биде заменета со “расна хигиена”.

Според Вагнер, лекарите треба да станат лекари на нацијата; од нив повеќе не се барало да бидат лекари на нивните индивидуални пациенти. Преку Вагнер и други нацистички медицински и политички лидери, медицинската професија целосно се усогласила со национал-социјалистичката политичка филозофија. Оваа филозофија се базира на евгеничките принципи на „расната хигиена“ во кои здравјето на нацијата треба да го надмине здравјето на индивидуалниот пациент.

Една од политичките цели на лекарската лига била да ги обучи германските лекари во верувањата на нацистичката партија. Во Alt-Rhesse во Мекленберг било изградено училиште за лидерство (Führer) на германски лекари. Ова училиште било познато како „училиште за карактер на германските лекари“. Д-р Ханс Деушл бил првиот директор на ова училиште.

Мисијата на училиштето за лидерство (Führer) била да ја надополни традиционалната медицинска обука со посебно внимание на обуки за лекарите преку кои требало да станат нацистички „здравствени лидери“. Сите предавања ги спроведувале високо рангирани нацисти. Школата, организирана како воен камп за обука, содржела часови по нацистичка медицинска и политика, администрација за јавно здравје и холистичка медицина. Генетската и расната наука станала централен фокус на предавањата. Оние кои учеле во оваа школа го следеле строгиот режим на милитаристички вежби и физичка работа. Во тоа време официјалните медицински списанија тврделе дека: „Новиот лекар во Германија стана многу повеќе од исцелител на болните; тој сега е исцелител на генетското здравје и е здравствен лидер на германскиот народ.“

До почетокот на 1936 година речиси илјада лекари слушале предавања во школата за лидерство. Пораката на училиштето се фокусирала особено кон младите лекари кои покажувале потенцијал за идно политичко водство. Многу од овие млади германски лекари биле привлечени од нацистичката партија со ветувањето дека национал-социјалистите ќе ја вратат моќта на Германија. Други сметале дека нацистите ќе ја зголемат честта и достоинството на медицинската професија. Конечно, многу млади



лекари и истражувачи мислеле дека нацистичката партија е средство за добивање супериорни работни места, подобри академски позиции, како и поголеми и попрофитабилни политички пријателства и економски награди.

Лекарите одговориле со тоа што се приклучиле кон нацистичката партија во раните фази и во поголем број од која било друга професионална група. До 1942 година речиси половина од германските лекари биле членови на нацистичката партија. Овој број бил далеку поголем од другите професии како што биле наставниците или адвокатите.

Референци:

1. Robert M. Proctor, *Racial Hygiene. Medicine under the Nazis* (Harvard University Press, 1988).
2. Michael H. Kater, *Doctors Under Hitler* (The University of North Carolina Press, 1989).

Прашања:

- Каде лежи обврската на лекарот?
- Дали е тој одговорен пред организацијата/политичката припадност или најпрвин пред неговите пациенти?
- Кои алатки се достапни за решавање на проблемите со двојната лојалност?

Дискусија:

Тековните меѓународни кодекси за медицинска етика генерално се насочени кон целосна лојалност кон пациентите. Меѓутоа, во практиката, здравствените работници честопати имаат обврски и кон други субјекти, покрај своите пациенти. Во контекст на конкурентните лични и професионални обврски, двојната лојалност може да се појави меѓу клиничките професионални обврски кон пациентот и обврските, изразени или имплицирани, реални или согледувани, во интерес на трето лице или субјект.

Двојната лојалност можеби е неизбежна и може да биде вообичаена во работата на медицинските професионалци. Некои



примери за ова може да бидат семејството на пациентот, полицијата или затворските власти, медицинската установа како болница или организација, работодавач, осигурител, општата јавност, државата или војската. Затоа проблемот со двојната лојалност може да се забележи во многу околности. Конфликтите што произлегуваат од двојната лојалност потенцијално може да доведат до кршење на човековите права во сите општества, дури и во оние кои се сметаат за најотворени и слободни. Сепак, овие прекршувања најверојатно ќе бидат најголеми и најзастапени во општествата кои немаат слобода на изразување и здружување; на пример, кога државните службеници бараат здравствените работници да придонесат за спречување на несогласувањата и критиките, како што беше случајот со нацистичка Германија.

Можеби еден од најспротивставените примери за двојна лојалност се јавува кај воените лекари и медицинските сестри. Со положена заклетва дека ќе ја бранат својата нација, тие понекогаш може да се најдат себеси, постапувајќи на начин што ја нарушува здравствената етика.

Многу здравствени професионални организации и индивидуални научници идентификувале дека етичките принципи и насоките за справување со двојната лојалност се спротивставени едни на други. Светската лекарска асоцијација даде неколку изјави за политики за етичките конфликти на двојната лојалност, при што од лекарите најпрвин се бара да ја разгледаат својата лојалност кон своите пациенти. Но, утврдено е дека во определени ситуации, потребите на другите ќе преовладаат над оние на пациентите при грижата за нив. Кога ќе се случи тоа, лекарите мора да ги преземат сите соодветни мерки за ублажување на каква било штета за своите пациенти. Лекарите треба да научат да ги препознаваат ситуациите во кои постои двојна лојалност и да бидат свесни за етичките и професионалните упатства што им се дадени за да им помогнат во справувањето со настанатите дилеми.



6. Притисокот на економијата врз медицината

Студија на случај: Економската основа на нацистичката програма за „евтаназија“

Аргументот на нацистите за уништување на „животот што не вреди да се живее“ не беше само евгеничко образложение за еваназија, туку исто така беше засновано и на економска оправданост дека определени категории болни луѓе претставуваат преголем финансиски товар за државата да се грижи за нив. Во 1934 година претставник на лигата на нацистичките лекари д-р Хајлиг, објави статија во едно од медицинските списанија, *Deutsche Freiheit*. Хајлиг тврди дека:

„Мора да им биде јасно на сите што страдаат од неизлечлива болест дека бескорисното трошење на скапи лекови што се трошат од јавните аптеки не може да се оправда. Родителите кои го виделе тешкиот живот на осакатеното или немоќно дете мора да бидат убедени дека, иако тие имаат морална обврска да се грижат за несреќното суштество, пошироката јавност не треба да биде обврзана ... да ги преземе огромните трошоци кои ги наметнува долгорочната институционализација.“

Д-р Хајлиг, исто така, тврди дека нема никаква смисла лицата кои се „на прагот на старост“ да добиваат услуги како што се ортопедска терапија или стоматолошки мостови; таквите услуги, тврди тој, треба да бидат резервирани за поздрави луѓе од населението. Коментарите на Хајлиг беа типични во нацистичката медицинска професија, каде што популарните медицински и „расни хигиенски“ списанија ги прикажуваа трошоците за одржување на болните на сметка на здравите граѓани.

Сепак, таков економски аргумент за грижата за хендикепираните, конгенитално и хронично болните, не е исклучиво поставен во нацистичка Германија. Истиот аргумент беше подржан и во други земји. Во 1927 година врховниот судија Оливер Вендел Холмс, кој зборуваше во име на осумчленото мнозинство во случајот на Врховниот суд на САД, Бак против Бел, го поддржа Законот за стерилизација на Вирџинија, во кој се пресликаа некои од подоцнежните нацистички аргументи кои се однесуваат на оп-

штествените оптоварувања кои и се наметнуваа на државата, водејќи грижа за лицата со посебни потреби. Судијата Холмс напиша:

„Ние видовме повеќе од еднаш дека јавната благосостојба може да зависи од животот на своите најдобри граѓани. Би било чудно ако зависи од животите на оние кои веќе ја поткопуваат силата на државата заради определени помали жртви... со цел нашето постоење да не може да се замени со некомпетентност. Подобрo е за целиот свет, наместо да се чека да се убие дегенерирано потомство за извршен криминал, или да им дозволи да умрат од глад заради нивната неможност, општеството може да ги спречи оние кои се очигледно непогодни да го продолжат својот вид. Принципот кој ја одржува задолжителната вакцинација е доволно широк да го покрие сечењето на фалопиевите цевки. Три генерации на имбецили се доволни.“

Референци:

1. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene. Medicine Under The Nazis* (Harvard University Press, 2002).
2. Edwin Black, *War Against the Weak. Eugenics and America's Campaign to Create a Master Race* (Four Walls Eight Windows, 2003).

Историјат:

Идејата за систематско стерилизирање и потоа „елиминирање“ (убивање) на ментално хендикепираните пациенти доби пошироко прифаќање по поразот на Германија во Првата светска војна. „Расните хигиеничари“ тврдеа дека трошоците за одржување на „дефектните“ биле главниот проблем за време на војната во моменти кога гладот бил сеприсутен. Во тоа време скоро половина од пациентите во германските ментални болници починале од болест или од глад.

Во 1920 година д-р Алфред Хоч, професор по медицина и Рудолф Бајндинг, професор по право, ја објавија својата книга „Овластување за уништување на животите кои не вреди да се живеат“. Авторите тврдат дека треба да се прошири принципот на „дозволено убивање“ на неизлечиво болните. Тврдејќи дека психијатриски институционализираните пациенти имаат „животи кои не вреди да се живеат“, тие заклучиле дека нивната „елими-



нација“ не е само толерантна, туку хумана постапка и треба да биде легализирана. Тие се залагале за прекинување на животот на терминално болните пациенти кои, тврделе тие, имале право на безболна смрт. Тие, исто така, тврделе дека правото на живот мора да се заработи и да се оправда, а не догматично да се претпостави, а згора на тоа дека човечкиот живот бил определен, не само по својата вредност на поединецот туку и по својата вредност (и/или товар) на општеството.

Бајндинг тврдеше дека овие болни пациенти наметнале „ужасно тежок товар“ како на нивните роднини, така и на општеството, „окупирале цела професија на здрави личности и предизвикале целосно и погрешно трошење на вредни човечки ресурси“. Хоч тврди дека „било вознемирувачко што цела генерација медицински сестри ќе вегетираат над таквите “празни школки”, од кои многумина ќе доживеат и до своите седумдесетти години или подлабока старост. „Хоч не ја прифати традиционалната обврска на Хипократовата заклетва да не прави никакво зло и неа ја отфрли како “лекарска заклетва од античко време”.“ Авторите, исто така, фаворизирале легислатива што ќе ги заштити лекарите кои вршат евтаназија на таквите пациенти.

Книгата на Хоч и Бајндинг поттикна дебата на национално ниво во врска со тоа *кога или дали воопшто* докторот бил оправдан при одземање на нечиј живот. Во текот на 30-тите години од XX век, психијатрите и други пионери на „расната хигиена“ тврдеа дека трошоците за одржување на лицата со посебни потреби мора да се намалат. Ова економско образложение, исто така, го користеа и креаторите на политиката и политичарите за да ги оправдаат намалувањата на буџетот за оваа популација што резултираше со влошување на условите за работен кадар, домување, храна и медицински третман за лицата со посебни потреби во менталните болници. Овие кратења на буџетот се одвиваа во исто време кога Германија ја реструктурираше својата економија и инвестираше во својата војска. Намалувањата, кои се сметаа за „заштеди“ од страна на оние кои се одговорни за политиките, беа пренесени на регионално и локално ниво низ цела Германија, создавајќи економски проблеми, наметнувајќи потреба од преобликување на локалните приоритети и негативно влијание врз болниците и јавната благосостојба на лицата инвалиди низ Германија.



Некои германски лекари зборуваа против оваа економски насочена политика на елиминација и предупредуваа против нејзината имплементација. На состанокот во Минхен во 1931 година, професор Освалд Бумке, психијатар, рече:

„Ако стерилизацијата може да ја спречи појавата на ментална болест тогаш сигурно треба да го сториме тоа, но не за да и заштедиме пари на владата, туку затоа што секој случај на ментална болест значи бесконечно страдање на пациентот и на неговите роднини. Но, не само што е несоодветно да се воведат економски гледишта, туку е и многу опасно, бидејќи логичната последица на самата помисла дека заради финансиски причини сите овие човечки суштества, од кои може да се ослободиме за момент, треба да бидат истребени, е мошне монструозен логичен заклучок; тогаш ќе мораме да ги убиеме не само ментално болните и психопатските личности туку и сите осакамени, вклучувајќи ги и ветераните со посебни потреби, сите стари слугинки кои повеќе не можат да работат, сите вдовици чии деца го завршија своето образование и сите оние кои живеат од сопствениот приход и примаат пензии. Тоа сигурно ќе заштеди многу пари, но веројатноста е дека тоа нема да го сториме.“

Во 1935 година, на конгресот на Нацистичката партија во Нирнберг започна да се дискутираат конкретните планови за уништување на сите „животи кои не се достоини да се живеат“ во Германија. Главен застапник за планот беше д-р Герхард Вагнер, еден од најистакнатите лекари во Германија и лидер (Führer) на национал-социјалистичката лига на лекари. Вагнер тврдел дека парите кои се трошат на „генетски инфериорните“ биле на сметка на нормалните, здрави луѓе во нацијата. За ова исто време Хитлер, исто така, го информираше Вагнер дека „евтаназијата“ ќе започне да се спроведува по започнувањето на војната.

Со почетокот на Втората светска војна, нацистичките економски аргументи за елиминација на лицата со хендикеп станале по силни и добивале сè поголема важност. Економскиот товар врз државата за грижата за поединци „чии животи не се вредни за живеење“ било споредувано со грижата кон нејзините херојски, здрави војници, жртвувајќи се за доброто на татковината. Покрај тоа, за време на тајната операција Т-4 „евтаназија“, при што ментално хендикепираните лица биле систематски убивани низ Германија и Австрија, биле правени економски статистики, иденти-



фикувајќи ги „заштедите“ на државата со елиминација на оние што се сметаат за „оптоварувачки“ за нацијата.

Референци:

1. Henry Friedlander, *The Origins of the Nazi Genocide. From Euthanasia to The Final Solution* (The University of North Carolina Press, 1995).
2. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene. Medicine Under The Nazis* (Harvard University Press, 2002).
3. George J. Annas and Michael A. Grodin eds., *The Nazi Doctors and the Nuremberg Code. Human Rights in Experimentation* (Oxford University Press, 1992).

Прашање:

- Како треба да балансира лекарот помеѓу медицинските одлуки, финансиските грижи и медицинската етика?

Дискусија:

Нацистичката примена на економските аргументи за воспоставување „расни хигиенски програми“ е екстреман пример за тоа како економските фактори може да влијаат на медицинската политика и врз донесувањето одлуки. Пациентите со инвалидитет биле убивани, бидејќи тие се сметале за финансиско оптоварување за државата. Нивната смрт била резултат на нацистичките општествени доктрини кои промовирале „расна супериорност“ и „преживување на најсилните“. Утилитаризмот на нацистичкиот режим воопшто и особено медицинската професија, овозможиле овие пациенти да бидат убиени за таканареченото „добро на нацијата“.

Денес принципот на корисност тврди дека ние медицинските професионалци треба, во сите околности, да се стремиме да создадеме најголема можна рамнотежа меѓу вредноста и невредноста за сите засегнати лица („ефективност на трошоците“). Во здравствената грижа, утилитарното размислување предвидува дека секогаш кога постои избор меѓу различни, но подеднакво



ефикасни методи на лекување, придобивките за пациентите треба да се максимизираат, а да се минимизираат трошоците и ризиците. Сепак, во современиот свет на ограничени ресурси, кога системите кои обезбедуваат здравствени услуги се под зголемен притисок да ги зауздаат трошоците (или да предизвикуваат заштеди), дали е неизбежно да се ограничат трошењата на ресурсите за определена група пациенти и/или популации.

Во општоприфатениот медицински етички дискурс правдата е една од главните принципи која треба да ја почитуваат медицинските професионалци. Едно од основните права на пациентите е познато како дистрибутивна правда, што е всушност право на правичен, еднаков и соодветен третман. Но, во сегашното опкружување, зголемените економски притисоци ги принудуваат лекарите да носат одлуки кои може да се засноваат на пошироки економски ограничувања, а не на традиционалниот поглед на дејствување во најдобрите интереси на индивидуалниот пациент.

Во целиот свет, многу општества се борат со прашањето како да обезбедат правична квалитетна здравствена заштита во контекст на зголемување на трошоците и ограничени ресурси. Во вакви дебати важно е да се препознае дека некои од најранливите популации (ментално хендикепирани, хронично болни, постари лица, како и други) се особено изложени на ризик.

Се поставуваат прашањата: Како треба да се грижиме за болните во нашето општество? Како треба да се грижиме за хронично болните? Дали постои ограничување на износот на средства коишто може да ги потрошиме за еден пациент или една група пациенти? Дали треба да постои возрасна граница за дистрибуција на ресурси или медицински третмани? Ако е така, каде треба да се повлече границата?

Во денешната медицинска практика, технолошкиот и научниот напредок, заедно со ескалацијата на трошоците за медицинска нега, како и социолошките промени, поттикнаа тековна дебата и повторна евалуација на односот лекар - пациент. Како што се зголемуваат трошоците за здравствената заштита и како што напредува употребата на медицинско рационализирање, треба да бидеме свесни за моралните избори кои ги имаме на располагање.

Лекарите, повеќе од која било друга професионална група, се во првите редови на оваа витална економска, општествена и



етичка дебата во име на пациентите. Додека лекарите, врз основа на својата професија и улогата во општеството, може да се стават во позиција на конфликт на лојалност и тоа меѓу потребите на нивните пациенти и економските потреби (и социјалните политики) на државата, лекарите треба да изберат силно и сочувствително да се залагаат за своите пациенти. Ако лекарите и другите старатели не го прават тоа, кој ќе го направи тоа? Историски гледано, веќе го имаме неморалниот и убиствениот пример на нацистичките лекари кој покажува што може да се случи со општеството кога докторите не успеваат во својата обврска на лојалност кон своите пациенти.



7. Евтаназија

Студија на случај:

Во јуни 1942 година д-р Адолф Валман беше назначен за главен доктор на Ландешеиланштал Хадамар, болница за психијатриски и инвалидски пациенти во Германија. Дури и пред доаѓањето на Валман во Хадамар, 10.000 ментално хендикепирани пациенти веќе биле убиени како дел од првата фаза од Програмата на нацистите „евтаназија“, позната како Т-4. Прекин во убиствата настанал во периодот од август 1941 година, кога била прекината Програмата Т-4, па сè до август 1942 година, кога Валман станал главниот доктор.

Во август 1942 година, во болницата пристигнале дополнителен број ментално болни пациенти. Втората фаза од Програмата „евтаназија“, позната како „дива еваназија“, сега започнала во Хадамар. Д-р Валман дизајнирал систем на утрински конференции со своите медицински сестри со цел да ја администрира Програмата. На овие конференции, Валман и неговите медицински сестри ја прегледувале евиденцијата и историјата на пациентите. Потоа, врз основа на разгледувањето на документите, тие носеле одлуки дали да се примени убиство. Конечната одлука ја носел Валман. Доколку даде одобрение, две медицински сестри го пишуваат името на пациентот на лист хартија, забележувајќи ја количината на наркотици што ја наведел Валман за да се предизвика смрт кај пациентот (на пример, бројот на таблети од луминал [фенобарбитал] или слични седативи).

Документот им се давал на медицинските сестри кој го користеле како овластување за убивање на избраните пациенти. Во текот на ноќта овие пациенти добивале значителни предозирања со овие лекови. Доколку таблетите не резултирале со смрт, следното утро се администрирало инјектирање на морфин, што на крајот секогаш завршувало со прекин на животот на пациентот. Откако пациентот е убиен, Валман правел кратка инспекција на трупот при што се фабрикувале лажни причини и време на смртта во посмртницата на пациентот.

Од средината на 1942 година, па сè додека Хадамар не бил ослободен од страна на американските сили во март 1945 година,

дополнителни 4.400 пациенти биле убиени во Хадамар и тоа со смртоносна инјекција или преголема доза лекови.

За време на судењето на д-р Валман во Франкфурт во 1947 година, државниот суд го прогласил за виновен за убиство и го осудил на смрт.

Референца:

Michael S. Bryant, *Confronting the "Good Death". Nazi Euthanasia on Trial, 1945-1953* (University Press of Colorado, 2005).

Историјат:

Бран од законски регулативи помеѓу 1933 и 1936 година идентификувале категории на „живот недостоеен за живеење“, кои ќе станат цели на политиката на национал-социјалистичко убивање помеѓу 1939 и 1945 година. Причините за елиминирање луѓе „недостойни да живеат“ произлегувале од нацистичката биомедицинска визија дека хендикепираните и другите лица со попреченост со вродени болести ги извалкале гените и не биле достоини да живеат. Идејата била дека не само што таквите луѓе го ослабуваат ариевскиот генетски базен и водат до понатамошна дегенерација на општеството, туку дека, исто така, претставуваат и значителен економски товар. Нацистичките креатори на политиката сметале дека овој економски товар е премногу скап и дека нацијата не може да си го дозволи, особено во времето на Војната.

Кон крајот на 1938 или почетокот на 1939 година, роднина, најверојатно таткото, на новороденчето по име Герхард Херберт Кречмар, кое било родено слепо и немало една нога и дел од една рака, побарал на детето да му се изврши „убиство од милост“. Хитлер му наредил на еден од своите лични лекари д-р Карл Бранд да се консултира со докторите на детето и да ги „охрабри“ да го евтанизираат детето, ако сметаат дека е соодветно. На овие лекари им било ветено ослободување од какви било правни дејства што ќе може да бидат преземени против нив. Хитлер потоа му наредил на д-р Брант и на Филип Булер, шеф на германскиот канцеларијат, да овозможат слични овластувања што ќе сметале тие дека ќе бидат неопходни за други случаи во иднина.



До крајот на 30-тите години на XX век, илјадници германски семејства кои имале болни роднини испраќале барања до Хитлеровиот канцеларијат, барајќи „евтаназија“ за своите најблиски. Сепак, случајот Кречмар ја устоличил „Програмата за детска евтаназија“, која била дизајнирана да ги убие ментално и физички хендикепираните деца. Во оваа тајна (и незаконска) иницијатива, децата биле убивани од комбинација на глад или смртоносни лекови.

Процесот на убивање бил следен. Новороденчињата и бебињата со инвалидитет, кои не биле институционализирани, биле пријавувани од страна на лекарите и акушерките. Родителите и/или старателите биле принудувани да ги остават своите деца во едно од посебните детски одделенија. Евиденцијата за тие, како и за децата кои веќе биле институционализирани, била разгледувана од страна на група медицински експерти кои биле назначени од високи нацистички функционери и лекари. Лекарите кои членувале во овие комисии и кои не ги виделе никогаш или не ги прегледале децата, носеле одлуки за животот или за смртта на детето.

Методите на убивање станале основа за експериментирање и научно истражување од страна на лекарите кои биле одговорни да го извршат убиството. Мозоци и други делови од телото често биле испраќани во медицинските академски центри заради истражување. Како што се приближувало избраното дете кон својот крај, родителите биле известувани преку стандардизирано писмо во кое се велело дека нивното дете е сериозно болно. Овие писма често биле испраќани многу подоцна откако ќе настапела смртта, во деновите пред смртта па дури и по смртта, така што родителите немале време да ги посетат своите најблиски, од кои многумина биле институционализирани во болниците кои не биле лесно достапни за семејни посети. Некои институции, исто така, забраниле родителски (или старателски) посети. Откако детето ќе било убиено, лекарите ги фалсификувале записите за смртта (и причината и времето на смртта), кои им биле испраќани на семејството потоа. Родителите, исто така, биле информирани дека, заради опасноста од епидемии, телото морало веднаш да се кремира. Во некои случаи, во писмата се наведувало и дека медицинскиот персонал преземал „херојски“ мерки за да го спаси детето, но биле неуспешни. Понекогаш смртта не била прија-



увана и по неколку месеци, па институцијата сè уште можела да наплаќа надомест за неа на пациентот.

Се проценува дека околу 5.000 деца биле убиени со глад или предозирање со наркотици. Ова требало да биде тајна програма со цел да се ограничат неистомислениците и реакциите меѓу германската јавност. Пациентите биле убивани без нивна согласност или без согласноста од нивните семејства или старатели.

Набргу по започнувањето на Програмата за „евтаназија“ на деца, истата била проширена и вклучувала инвалидизирани и хендикепирани институционализирани возрасни лица. Нацистичката дефиниција за „евтаназија“: убиство на „животот кој е недостоен за живеење“ ќе се применува на големите групи хендикепирани и хронично болни деца и возрасни. Седиштето на Програмата се наоѓало на улица „Тиергартен“ бр. 4 во Берлин и затоа Програмата била наречена Т-4.

Програмата Т-4 еволуирала од протоколите за убивање на детската програма за „евтаназија“. Сега убиствата биле извршувани и со гас, првично користејќи јаглероден моноксид, но исто така вклучувале и експериментирање со други методи на гас, вклучувајќи ја и употребата на Зиклон Б (подоцна се употребувал во Аушвиц и други логори за истребување). Посебно изградени гасни комори, користејќи гас на јаглерод моноксид, биле изградени во определени институции, од кои повеќето биле болници, дизајнирани како центри за убивање.

На сличен начин на детската програма за „евтаназија“, лекарите од Т-4 фалсификувале лажни потврди за смртта. Покрај тоа, лекарите вршеле обдукции и праќале патолошки примероци до медицински институти во Германија заради понатамошни истражувања.

И детската програма за „евтаназија“ и Т-4 биле теренот за тестирање на „финалното решение“. Убиство со гас, кое подоцна било искористено за убиство на милиони Евреи и стотици илјади Цигани, за првпат било тестирано на германските ментално хендикепирани лица. Убиствата со гас биле планирани, тестирани, надгледувани и одобрувани од страна на лекарите од Т-4. Од овие програми за „евтаназија“ всушност произлегуваат протоколите, процесите, медицинското раководство и персоналот, кои ќе го надгледуваат и ќе го спроведат подоцна убиството на



милиони лица во логорите на смртта. Повеќе од 70.000 луѓе биле убиени во периодот од јануари 1940 до август 1941 година во Програмата Т-4.

На 24 август 1941 година Хитлер нареди престанок на Програмата за „евтаназија“, бидејќи станала премногу јавна. Главен извор на јавни протести биле германските протестантски свештеници и католички свештеници, откако откриле што се случува во овие болници низ Германија.

Во реалноста Програмата не завршила, туку само се претворила во нова и поинаква фаза, наречена „дива евтаназија“. Во оваа фаза на „диви евтаназији“, убиствата станале децентрализирани. Селекциите биле вршени од страна на голем број лекари и медицински сестри во многу медицински установи во Австрија, Полска и Германија, каде што овие убиства се случувале како дел од нормалната болничка рутина. Лекарите ги користеле тие методи за „евтаназија“ кои се користеле за деца, и убивале хендикепирани и хронично болни возрасни лица со глад и предозирање со лекови. Други пациенти со психички проблеми, особено во окупираните области, едноставно биле стрелани.

За време на фазата на „дивата евтаназија“, категориите за „евтаназија“ биле проширени и вклучувале „лица кои го загозуваат јавниот ред и мир“, криминалци, „антисоцијални“ и оние за кои се сметало дека се „расно инфериорни“. Дури и лицата со поствоени шокови, вклучувајќи војници и цивили, биле убивани, заедно со странските работници од Источна Европа, кои се разболувале при максимално трудово злоставување од страна на Германците. Околу 200.000 луѓе биле убиени во Програмата „диви евтаназији“.

Во тоа време концентрационите логори биле пополнети со затвореници и така започнала нова програма за убиство, наречена „14ф13“. Лекарите од кампот, обично членови на СС, ги избирале потенцијалните жртви врз расна и евгеничка. Способноста за работа кај поединецот, исто така, станала критичен фактор во процесот на селекција. Откако ќе биле избрани овие жртви, лекари од Т-4 или „експерти“ пристигнувале во логорите за да ги потврдат изборите на лекарите од СС. Во оваа фаза камповите немале опрема неопходна за масовно убиство и затоа жртвите биле враќани назад во германските центри за убиство и таму би-



ле убивани. Потоа биле изградени гасните комори, преправени како тушеви во логорите на смртта, користејќи го советот на медицинскиот персонал од Т-4. Од 10.000 до 20.000 лица биле убиени во операцијата 14ф13.

Историчарите од холокаустот ја сметаат Програмата за евтаназија на децата, Т-4, 14ф13 и „дивата евтаназија“ како претходници на убиствата на милиони Евреи, Цигани и други кои се сметале за непожелни.

Референци:

1. Henry Friedlander, *The Origins of Nazi Genocide. From Euthanasia to the Final Solution* (The University of North Carolina Press, 1995).
2. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide* (Basic Books, 1986).
3. Patricia Heberer, *“Exitus Heute in Hadamar”: The Hadamar Facility and “Euthanasia” in Nazi Germany*. (Doctoral Dissertation, University of Maryland, 2001).
4. Ulf Schmidt, Karl Brandt. *Medicine and Power in the Third Reich* (Hambledon Continuum, 2007)

Прашање:

- Етиката на евтаназија и самоубиство потпомогнато од лекар?

Дискусија:

Потекнувајќи од грчките термини „eu“ (среќна или добра) и „thanatos“ (смрт), евтаназијата буквално значи „среќна смрт“ или „добра смрт“. Советот на Американската лекарска асоцијација за етички и правни работи го дефинира терминот на следниот начин: „Евтаназијата најчесто се дефинира како чин на доведување до смрт на безнадежно болно лице кое страда, на релативно брз и безболен начин заради милост.“

Употребата на терминот „евтаназија“ во нацистичкиот контекст е, во суштина, неточна употреба на зборот. Нацистичката програма „евтаназија“ била дизајнирана да го ослободи германското општество од определени поединци кои се сметале за „не-



достојни да живеат“. Многу од овие пациенти не страдале и денес веројатно нема да се сметаат за неспособни. Освен тоа, овие убиства се случиле, без разлика дали лицето било неспособно или не, без информирана согласност од самите лица и/или од нивните семејства и старатели. Нацистичкиот метод на „евтаназија“ во никој случај не бил овозможување за „добра смрт“, како што го кажува зборот, туку систематска програма за убиство без никаква милост.

Денес, кога се користи терминот „евтаназија“, тој всушност може да значи различни нешта во зависност од контекстот во кој се користи. Поради оваа причина, кога се зборува за евтаназија, утврдени се определен број дефинирачки термини. Овие термини помагаат да се поделат и класификуваат различни типови евтаназија. Неколку клучни термини вклучуваат: доброволна/принудна и активна/пасивна.

„Доброволната евтаназија“ е усмртување извршено од друга личност со согласност од лице кое треба да се усмрти. Оваа согласност може да биде во писмена форма, како во случај на тестамент или изјава за последна желба, или како претходно утврдени насоки. „Принудната евтаназија“ е овозможување на евтаназија за неспособно лице според одлука на старател или дури и одлука на лекарот.

„Пасивната евтаназија“ подразбира дозвола на пациентот да умре со отстранување на вештачки системи за одржување на животот, како што се респиратори и цевки за хранење, или едноставно прекинување на медицинските третмани неопходни за одржување на животот. „Активна евтаназија“, пак, вклучува експлицитни чекори за ставање крај на животот на пациентот, обично со смртоносна инјекција. Правото на пасивна евтаназија, исто така, се нарекува и „право да умре“, и постојат земји кои имаат закони кои го штитат ова право.

„Самоубиство потпомогнато од лекар“, кое се случува кога лекарот му обезбедува помош на пациентот за да може да изврши самоубиство, се разликува од „евтаназијата“. „Евтаназијата“ и „потпомогнато самоубиство“ се разликуваат во степенот до кој лекарот, или друг субјект, учествува во акцијата што доведува до смрт. „Евтаназијата“ вклучува лекар, или некој друг субјект, кој го извршува непосредното дејство за завршување на животот.



„Потпомогнатото самоубиство“ се јавува кога лекарот, или друго лице, овозможува настапување на смртта кај пациентот преку обезбедување на неопходните средства и/или информации за да му овозможи на пациентот да го изврши актот на прекинување на животот.

Декларацијата за евтаназија на Светската лекарска асоцијација, усвоена на 38-то Светско медицинско собрание, во Мадрид, Шпанија, во октомври 1987 година наведува дека:

„Евтаназијата, која е чин на намерно завршување на животот на пациентот, дури и по барање на пациентот или по барање на блиски роднини, е неетичко дело. Ова не го спречува лекарот да ја почитува желбата на пациентот да дозволи природниот процес на смртта да го следи својот тек во терминалната фаза на болеста.“

Изјавата на СЛА за самоубиството потпомогнато од лекар, усвоена на 44 Светско медицинско собрание, во Марбела, Шпанија, во септември 1992 година, исто така, вели дека:

„Самоубиството потпомогнато од лекар, како евтаназијата, е неетичко дело и мора да биде осудено од страна на медицинската професија. Кога помошта од страна на лекарот е намерно насочено кон овозможување на поединецот да го прекине својот живот, лекарот дејствува неетички. Сепак, правото на одбивање на медицински третман е основно право на пациентот и тогаш лекарот не дејствува неетички, дури и ако почитувањето на таквата желба резултира со смрт на пациентот.“

Светската лекарска асоцијација наведува дека практиката на „активна евтаназија“ со помош од страна на лекарот е усвоена во законите на определени земји.

Денес најчесто нацистичката програма е онаа која се споменува или аналогизира кога се зборува за „евтаназијата“ и „самоубиството потпомогнато од лекар“. Сепак, не треба да се заборава дека нацистичката програма воопшто не била „евтаназија“ - тоа било убиство.



8. Значењето на Хипократовата заклетва

Студија на случај 1:

Д-р Алина Бруда, еврејски гинеколог и акушер, е родена во Варшава во 1905 година. Во 1940 година таа била затворена во Варшавското гето и таму работела како лекар. Во пролетта 1943 година д-р Бруда учествувала во протестите во Еврејското гето во Варшава, грижејќи се за ранетите и скоро мртвите Евреи во скриени бункери, тајни тунели, визби и канализација. Таа го преживеала востанието, но била заробена од СС и била депортирана во Мајданек. Подоцна таа била испратена во Аушвиц каде што станала затвореник # 62761.

Во Аушвиц д-р Бруда дознала за нацистичките гинеколошки експерименти што се изведувале. Бидејќи била искусен гинеколог, таа воопшто не се сомневала дека од неа ќе биде побарано да ги врши овие операции. Во своите мемоари, таа напишала:

„Дека определени операции се изведуваа врз еврејските девојки, за тоа веќе знаев, а исто така и дека Германците беа многу луты кога таа [друга затвореничка која била лекар] одби да соработува. Исто така се чинеше дека многу веројатно и јас ќе се соочам со истата дилема. Јас не сум херојски тип. Јас само знам што е погрешно, а што е правилно. Секогаш и прва на ум ми доаѓаше Хипократовата заклетва што ја положив кога се квалификував како доктор и отсекогаш сум се обидувала да живеам по тој стандард во сето она што го правев како лекар и како хирург. Се разбира, исто така, ми изгледаше веројатно и да бидам застрелана или испратена во гасна комора ако одбијам да соработувам.“

Како што и стравувала, д-р Бруда бил испратена да работи во озлогласениот Блок 10 (блокот во Аушвиц каде што се вршеле озлогласени медицински експерименти). Таа била задолжена за медицинска нега на пациентите, меѓу кои биле и млади Еврејки кои биле подложени на експерименти. Иако експериментите биле тајни, заради нејзината непосредна близина со жртвите таа можела да осознае детали за суровите процедури, како и да ги забележи нивните катастрофални ефекти врз пациентите. Во повеќе наврати таа добивала наредби од германските доктори Еду-

ард Виртс и Хорст Шуман да врши експериментални операции. Таа одбивала. Наместо тоа, иако немала медицински материјали и опрема за да ги лекува, таа правела сè што е можно за да ги утеши и да им помогне на беспомошните жртви. Покрај тоа, таа се обидувала да им најде едноставни работни задачи на своите пациенти за да спречи да бидат избрани за експериментите.

Како што правела и во Варшавското гето, и тука д-р Бруда се приклучила на подземното движење на отпорот во Аушвиц. Една од нејзините активности била крадење дрога од диспансерот на СС за нејзините девојки во Блок 10. Години подоцна, една од нејзините пациентки ја опишала работата на Бруда:

„Ако не беше д-р Бруда, јас немаше да бидам жива. Таа беше до мене и со мене во најважниот момент од мојот живот. Ќе се сеќавам на неа сè додека не умрам. За време на операцијата, при крајот, почувствував нагон за повраќање и почнав да повторувам „О, мајко!“, а д-р Бруда рече: „Операцијата се одвива во најдобар ред моја драга. Сè е во ред.“ И покрај сè, повторно: Се сеќавам на д-р Бруда како седи до мојата глава, како мајка.“

По завршувањето на војната, д-р Бруда емигрирала во Англија, каде што ја продолжила својата гинеколошка практика.

Референца:

R.J Minney, *I Shall Fear No Evil. The Story of Dr Alina Brewda* (William Kimber and Co, 1966).

Студија на случај 2:

Д-р Ела Лингенс-Рајнер, неевреинка, е родена во Виена во 1908 година. Имала докторски студии по право и студирала медицина на локалниот универзитет. За време на војната таа и нејзиниот сопруг д-р Курт Лингенс, сокриле во нивниот стан неколку еврејски пријатели во период од неколку месеци во 1941 и 1942 година. На 13 октомври 1942 година брачниот пар бил уапсен заради помагање на своите еврејски пријатели. Курт Лингенс бил распореден во единица составена од војници кои биле испраќани на Рускиот фронт како еден вид казна заради разни кривични дела. Додека бил на фронтот, тој бил сериозно повреден. Ела пр-



вично била притворена четири месеци во затворот Гестапо во Виена, постојано била испрашувана, а потоа била и депортирана во Аушвиц, каде што била распоредена да работи како лекар на затворениците.

Во своите мемоари, кои биле напишани во 1948 година, таа се сеќава на еден разговор со нацистичкиот лекар д-р Фриц Клајн.

„Уште од самиот почеток тој покажа определена емпатија кон неговите не-еврејски пациенти, која ги правеше неговите неизречливи суровости кон еврејските затвореници да изгледаат уште посурови. Му реков дека се срамам што ме бројат заедно со Германците. Тој навивно праша: „Зошто?“, Му покажав кон оцакот на крематориумот и му одговорив: „Како можеш да прашаш – ти, доктор? ... Единствено то прашање кое се поставува тука е: „Дали ти, како доктор, имаш каква било почит кон човечкиот живот? Како можеш да се помириш со тоа, имајќи ја предвид твојата Хипократовата заклетва како доктор?“

Д-р Клајн воопшто не се почувствува засрамен. Тој само рече: „Секако дека сум лекар и сакам да го заштитам животот. Од почит кон човечкиот живот, јас ќе го отстранам загноеното слепо црево од едно заболено тело. Евреите се гангренозното слепо црево во телото на човештвото.“

Д-р Ела Лингенс-Рајнер била испратена на „марш на смртта“ од Аушвиц до Дахау и успеала да ја преживее војната. Таа умре во Виена во 2002 година. На 3 јануари 1980 година, Јад Вашем (Организацијата за спомен на мачениците и хероите во холокаустот од Израел) им оддаде почит на лекарите Курт и Ела Лингенс како „Праведни меѓу нациите“.

Референци:

1. Ella Lingens-Reiner, *Prisoners of Fear* (Victor Gollancz Ltd, 1948).
2. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide* (Basic Books, 1986).
3. Michael Grodin, *Historical Origins of the Nuremberg Code*, in John J. Michalczyk ed, *Medicine, Ethics and the Third Reich: Historical and Contemporary Issues* (Sheed and Ward, 1994).



Прашања:

- Кое е значењето на Хипократовата заклетва?
- Дали Хипократовата заклетва и денес сè уште е релевантна?

Дискусија:

Грчкиот лекар Хипократ (460–377 пр.н.е) традиционално се смета за основач на научната медицина и лекарската етика. Хипократовата заклетва, за првпат положена од страна на античките и средновековните лекари, им наметнува високи етички стандарди на лекарите. Дури и денес, нејзините принципи се сметаат за важни во професионалното и етичко образование на лекарите.

Положувањето на Хипократовата заклетва се случува во клучно време од развојот на лекарите. Таа ги поставува темелите за нивната идна кариера и нивната идна грижа за пациентите. Иако не е правно обврзувачка заклетвата, таа се смета за многу важен момент во животот на лекарите. Таа е симбол на лично значење, заедничка свеченост и доживотна заложба за етичка и сочувствителна грижа за пациентите. При положувањето на заклетвата, лекарите ги следат стапките на Хипократ и многуте генерации лекари пред нив, како и идните генерации лекари кои ќе дојдат по нив. Хипократовата заклетва преживеала со векови. Таа го положила тестот на времето бидејќи се осврнува на суштинската природа на медицината, како и на нејзините етички мандати. Иако нејзиниот јазик можеби изгледа старомоден, нејзините прописи или начела денес се валидни исто колку што биле валидни и во времето на Хипократ.

Влијанието на Хипократовата заклетва врз медицинската практика е признато на универзално ниво. Сепак, некои лекари продолжуваат да поставуваат прашања во врска со нејзината валидност, а некои медицински училишта повеќе не ја користат заклетвата за време на церемониите при дипломирање. Покрај тоа, напишани се и нови верзии на заклетвата во обид да се ажурира и да се направи таа да биде порелевантна за денешните лекари. Некои луѓе тврдат дека денес Хипократовата заклетва е несоодветна за решавање на реалноста на современата медицина и дека таа треба да биде радикално изменета или целосно отфрлена. Сепак, повеќето лекари, како и информираната јавност, најве-



ројатно веруваат дека повикот на еден лекар треба да вклучува посветеност кон Хипократовите принципи (дури и ако е застарена или модернизирана) на лекување и не предизвикување штета.

Случаите наведени погоре покажуваат како различни лекари може да ги перципираат начелата на заклетвата. Влијанието на политичките и културните вредности на општеството може да се препознае преку два многу различни пристапи кон заклетвата. Погледот кон заклетвата на затворските лекари, пренесени преку нивните сведоштва, е дека заклетвата постои само за етичка практика во генерална смисла. Тие ја гледаат заклетвата како симбол на нивните лични и професионални морални кодекси. Дури и во најтешките околности, овие затворски лекари најчесто успеваат да ги почитуваат овие принципи во кампот.

Од друга страна, гледиштето на нацистичкиот доктор кон заклетвата претставувало извитоперено чувство на медицински етички вредности, кое им давало предност на нацистичките расистички и политички цели, за разлика од индивидуалните човечки суштества и пациентите. Ова гледиште и вредностите на нацистичкиот лекар ја одразуваа идеологијата и однесувањето на нацистичката медицинска професија. Роберт Лифтон, во својата книга „Нацистичките лекари“, ни кажува дека нацистичките СС лекари положили заклетва на верност кон Хитлер како воени офицери на СС. Оваа заклетва ја заменила и се сметала за далеку повозвишена од традиционалната Хипократовата заклетва, која се сметала за отуѓен и пригушен ритуал што се користел при дипломирањето во медицинските училишта.

Денес не може да се каже со сигурност какво влијание има заклетвата врз лекарите во нивното практикување на медицината. Некои студии покажаат дека само мал процент од лекарите веруваат дека Заклетвата што ја положили во медицинското училиште влијаела врз нивните практики.

На студентите по медицина треба да им се даде можност да ја анализираат содржината на Хипократовата заклетва и начинот на кој нејзините вредности се поврзани со конкретни ситуации од минатото и сегашната медицинска практика. Преку учење за идентификуваните ограничувања на Хипократовата заклетва и други релевантни заклетви и кодекси, на ученикот ќе му се овозможи да ја цени вредноста на античките и традиционалните прин-



ципи кои ја поддржуваат и вкоренуваат медицинска етика и практиките со векови.

Според зборовите на д-р Ендру Ајви, еден од главните медицински вештаци за време на Лекарското судење во Нирнберг 1947 година:

„Моралната одговорност која го контролира или треба да го контролира однесувањето на еден лекар треба да се всади во главите на лекарите, исто како и моралната одговорност на други видови, и тие начела се јасно прикажани или потенцирани во Хипократовата заклетва, со кои секој лекар треба да биде запознаен. Во согласност со моето знаење, заклетвата го претставува Златното правило на медицинската професија. Во неа се наведува како еден лекар би сакал да биде лекуван од страна на друг лекар во случај да е болен. И на тој начин лекарот треба да ги лекува пациентите или експерименталните субјекти. Тој треба да ги третира и да ги лекува другите на ист начин како тој да е пациент.“



9. Медицински истражувања

9.1 Доверливост помеѓу лекар – пациент

Студија на случај:

Хелен Лебел, израсната како католик во Виена, Австрија, првпат покажала знаци на ментална болест кога имала деветнаесет години. Нејзината состојба се влошувала, и таа морала да се откаже од студиите по право и од нејзината работа како правен секретар. Во 1936 година нејзината дијагноза била шизофренија и била хоспитализирана во психијатриската болница Штајнхоф во Виена.

Во март 1938 година Германија ја анектира Австрија. Состојбата на Хелен се подобрила во болницата, а нејзините родители биле информирани дека наскоро таа ќе биде преместена во болница која ќе биде поблиску до семејството. Наместо тоа, Хелен била префрлена во поранешен затвор во Бранденбург, Германија, каде што била соблечена, подложена на физички преглед, внесена до „туш кабина“ и била убиена со смртоносен гас.

Референца:

<http://www.holocaust-trc.org/lebel.htm>

Историјат:

Во август 1939 година нацистите создале организација наречена „Комитет на Рајхот за научна регистрација на тешки наследни болести“, во која циркулирал строго доверлив декрет со наслов „Задолжително пријавување на деформирано новороденче“. Директивата наложувала дека „заради разјаснување на научни прашања во полето на конгениталните малформации и ментална ретардација, се задолжува регистрација на сите деца под три години кои страдале од некоја од следните сериозни наследни болести: идиотизам, даунов синдром, микроцефалија, хидроцефалија, физички деформитети и форми на спастична парализа“.

И акушерките и докторите биле задолжени да пријавуваат такви деца. Окружните лекари биле одговорни за потврдување на извештаите, а главните лекари од сите родилишта биле извес-тени дека таквите извештаи се бараат од Рајхот. Образецот содр-жел графи за демографски информации, како и детален опис на болеста, престои во болница, предвиден животен век, како и шан-си за подобрување. Подоцна прашалниците биле проширени за да вклучат и други детали за пациентот, како и семејна историја, вклучувајќи наследни состојби, употреба на алкохол и никотин, детали за физичкиот и менталниот развој, како и описи на кон-вулзии.

Наративот содржан во прашалниците наведувал многу лека-ри да веруваат дека идентификуваните деца биле регистрирани само заради статистички и истражувачки цели. Во ниеден мо-мент декретот не ги откривал вистинските причини за пријавува-њето на хендикепирани деца. Наредбите за регистрација биле објавувани во многу медицински списанија. Лекарите и акушер-ките кои се придржувале до наредбата добивале надомест по пријавен случај.

Обрасците биле испраќани до Комитетот на Рајхот во Бер-лин, каде што тие биле обработувани од страна на бирократи, а потоа биле испраќани до тројца стручни лекари: професор Вер-нер Кател (професор по психијатрија), д-р Ернст Вентцлер (дет-ски психијатар) и д-р Ханс Хајнце (раководител на државна инс-титуција Горден). Овие тројца лекари биле посветени подржува-чи на „евтаназијата“ и членови на Комитетот за планирање. Тие ги засновале своите медицински одлуки исклучиво врз основа на овие обрасци, без притоа да ги прегледуваат децата, да се консул-тираат со нивните старатели или да ги читаат нивните медицин-ски досиеја. Децата кои биле селектирани да умрат биле обеле-жувани со знакот плус; оние деца на кои им било дозволено да живеат биле обележувани со знакот минус. Децата обележани со знакот плус потоа биле префрлувани во една од дваесет и осумте институции кои биле бргу опремени со опрема за истребување. Овие „центри за убиство“ постоеле и во некои од најстарите и најреномираните болници во Германија. На родителите им било кажувано дека транспортот на децата во овие центри е неопходен за да се подобри лекувањето на нивното дете.



Референци:

1. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide* (Basic Books, 1986).
2. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene. Medicine under the Nazis* (Harvard University Press, 1988).
3. Henry Friedlander, *The Origins of Nazi Genocide. From Euthanasia to The Final Solution* (The University of North Carolina Press, 1995).

Прашање:

- Кое е значењето на доверливоста меѓу лекар – пациент?

Дискусија:

Доверливоста не е само етички принцип сам по себе, туку може да се смета и како должност на лекарот кон своите пациенти. Во суштина, обврската на лекарот да ја одржува доверливоста значи дека лекарот не смее да открие медицински информации што ги открил пациентот или што ги открил лекар во врска со третманот на пациентот.

Во принцип, медицинските етички кодекси наведуваат дека информациите што му се откриваат на лекарот во текот на односот пациент – лекар се доверливи информации од највисок степен. Целта на етичката обврска на лекарот да ја одржува доверливоста кон пациентот е да му се овозможи на пациентот да се ослободи за да може да му открие целосно и искрено информации на лекарот, со знаење дека лекарот ќе ја заштити доверливата природа на откриените информации. Во замена за искреноста на пациентот, лекарот генерално е обврзан да не открива доверливи документи или информации без изречна согласност на пациентот, освен ако тоа не се бара во согласност со закон.

Постојат неколку исклучоци од правилото, како на пример случаи кога пациентот се заканува со нанесување на телесни повреди врз себе или врз друго лице. Постојат некои земји кои имаат закони за задолжително пријавување, кои ги наведуваат лекарите или други даватели на здравствена заштита да пријавуваат пациенти кај здравствените служби или кај агенциите за спроведување на законите кои имаат определени медицински состојби



или пак повреди кои се својствени или за кои се сомнева дека биле предизвикани од зловни механизми. Првата група вклучувала пациенти со напади, други форми на губење на свеста или заразни болести, како и оние за кои постоело сомневање дека управувале возило додека биле под дејство на алкохол или опијати. Втората група вклучувала жртви на детско злоставување, сексуален напад или семејно насилство, како и пациенти со повреди од насилни инциденти. Неуспехот да се почитуваат ваквите закони може да резултира во кривични или граѓански последици.

Задолжителните закони претставуваат конфликт во моменти кога пациентот не сака да ја пријави својата состојба. Во околности како што се напади, губење на свеста или ХИВ-вирус откриен кај сопруг или друг сексуален партнер, аргументот е дека обврската за заштита на другите членови на општеството ја надминува и е поважна од интересот на индивидуалниот пациент. Така, принципите на користа и дистрибутивната правда ги надминуваат принципите на неповредливост, автономија и доверливост. Иако ова е често оправдано, сепак го става лекарот во несакана положба да служи како агент на државата, а не на индивидуалниот пациент. Ова може да ги одврати некои пациенти од барање на нега т.е. лекување.

Во сегашноста, со технолошкиот напредок на компјутеризираната медицинска евиденција, пристапот до доверливи информации стана сеприсутен. Еден од сегашните предизвици со кои се соочуваат лекарите е начинот на користење на оваа нова и развојна технологија, истовремено почитувајќи ја доверливоста на пациентот.

Нацистичките лекари ја прекршиле обврската за доверливост меѓу лекар – пациент во моментот кога пријавувале информации за своите пациенти на трети лица, без притоа да добијат согласност од пациентите или од нивните законски старатели. Медицинските информации кои требало да бидат доверливи, биле употребени против пациентите, без нивно знаење и резултирале со нивни убиства поддржани од државата заради „практични потреби“ на самата држава.

Првично некои лекари можеби и не биле свесни или информирани за вистинската или крајната цел на овие извештаи. Сепак, во согласност со тоа што е прифатливо и се смета за долгот-



рајната медицинска традиција на доверливост меѓу лекар – пациент, лекарите требало да се посомневаат во причините за пријавувањето пред да откриваат медицински информации за пациентите.

9.2. Информирана согласност при експериментирање со луѓе

Студија на случај:

Експериментите за стерилизација биле спроведени првенствено во концентрационите логори Аушвиц и Равенсбрук, од март 1941 до јануари 1945 година. Овие експерименти, спроведувани од гинеколозите д-р Карл Клауберг и д-р Хорст Шуман, биле всушност обиди за да се развие метод на стерилизација кој би бил способен ефикасно да стерилизира милиони луѓе во минимален временски период. Целта на стерилизацијата била да се спречи репродукцијата на раси кои нацистите ги сметале за „инфериорни, нечисти или генетски контаминирани“.

Розалинд де Леон, Еврејка од Холандија која ја преживеала војната и која била затвореничка во Аушвиц, сведочела против Клауберг на 26 јули 1956 година:

„Постарите [Blockälteste] ни кажуваа дека д-р Клауберг имал намера да врши научни експерименти врз нас и ако ние не се покориме, ќе бидеме испратени во Биркенау [локација на гасните комори]. Ние рековме дека во тој случај би сакале да одиме во Биркенау и дека веќе знаевме дека ќе бидеме убиени. Не можам да се сетам на ниту една жена која би била согласна да подлегне на такви експерименти - напротив, д-р Клауберг вршеше експерименти со стерилизација на мојата личност без моја согласност. Јас не протестирав бидејќи тоа ќе биде бесмислено. И тоа се случуваше без разлика на сè.

Две медицински сестри му асистираа - втората медицинска сестра и самата беше затвореничка. Стерилизацијата се правеше со инјекција и тоа со многу голем шприц кој беше инјектиран во вагината на моето тело при што беше вбризгувана бела супстанција во мене.



Најверојатно оваа супстанција беше вбригувана во мојата матка. Шприцот беше долг околу 30 см. Таквите инјектирања ми беа правени трипати со паузи од 3-4 месеци. По секоја инјекција, имав ужасно чувство на печење во мојот стомак. Се правеа рендген снимача по секоја инјекција, а се правеше и по уште едно рендген снимање следниот ден. По инјектирањето, морав да останам во кревет една недела. Колку што можам да се сетам, болката беше иста по секоја инјекција и инјекциите беа толку болни што медицинските сестри мораа да седат врз рацете на жртвата.“

Во книгата на Лоре Шели, „Криминални експерименти врз човечки суштества во Аушвиц и лабораториите за воени истражувања“, поранешната затвореничка од блокот 10, Рене Дуеринг од Амстердам, опишала како на сите новопристигнати затвореници им било кажувано од страна на еден човек дека треба да се „пријават за определени физички прегледи“ или ќе бидат убиени. Дуеринг прикажала и пртеж од „формуларот за согласност“ што го потпишала таа. Таа изјавила: „Скоро сите ние се потпишавме на тој лист хартија. Некои жени кои ги преживеаја овие настани денес тврдат дека никогаш и ништо не потпишале за нацистите, но тоа нависитна го направија; сите што останаа во Блок 10 и се користеа како лабораториски заморчиња, се потпишуваа на листот хартија ако сакаа да останат живи.“

Дуеринг се сеќава на една жена која одби да го потпише листот хартија и потоа беше префрлена во Биркенау. Оваа жена ја преживеа војната.

Референци:

1. Susan Benedict and Jane M. Georges, Nurses and the sterilization experiments of Auschwitz: a postmodernist perspective. *Nursing Inquiry* 13(4): 277–288 (2006).
2. Lore Shelley, *Criminal Experiments on Human Beings in Auschwitz and War Research Laboratories* (Mellen Research University Press, 1991).

Историјат:

Нацистичките лекари се озлогласени поради своите сурови медицински експерименти. Нацистичките медицински експе-



рименти може да бидат поделени во три главни категории: 1) експерименти кои биле предвидени да го олеснат опстанокот на германскиот воен персонал, 2) човечки експерименти кои се вршеле за тестирање лекови и методи за лекување на повреди и болести што ги добивале германските воени лица за време на борби, 3) медицински експерименти кои биле предвидени за да ги унапредат расистичките и идеолошките начела на нацистичкиот поглед кон светот.

Постоеле најмалку 70 различни експериментални програми во нацистичките концентрациони логори во кои биле вклучени илјадници затвореници и стотици лекари кои работеле во нацистичкиот здравствен систем, како и оние кои работеле директно во концентрационите логори. Овие нацистички истражувачи одржувале тесни професионални и истражувачки контакти со водечките медицински и научни институции, фармацевтски компании и универзитети во Германија. Некои од податоците добиени од човечките експерименти биле користени за академски презентации, публикации и промоции.

Жртвите на овие медицински експерименти биле принудени да се подложат на сурови, екстремно болни процедури, без никаква форма на информирана согласност. Згора на тоа, затворениците постојано биле тероризирани и стравувале за своите животи, или од самите експерименти или поради тоа што знаеле премногу. Поголемиот дел од лицата кои биле предмет на експериментирање починале од компликации од експериментите, биле убиени со смртоносни инјекции или испратени во гасните комори.

Некои од жртвите на експериментите во Блок 10 (озлогласениот експериментален блок во Аушвиц) се потсетија дека морале да потпишат „формулари за согласност“. Со оглед на природата на експериментите, ризиците, како и заканата од смрт заради непотпишување, овие парчиња хартија сигурно не може да се квалификуваат како формулари за согласност.

Медицинските експерименти претставуваат само мал дел од екстензивните нацистички медицински програми. Сепак, токму овие медицински експерименти, кои се вршеле без информирана согласност, доведоа до воспоставување на Нирнбершкиот кодекс. Во 1946 година, за време на „Судењето на лекарите“, дваесет



и три обвинети (20 германски доктори и три државни службеници) биле судени за воени злосторства и злосторства против човештвото. Ова судење даде можност за суштинска анализа на медицинските етички стандарди. Пресудата за ова судење содржи документиран доказ за медицински злосторства, а потоа продолжува со елаборација на дозволивоста на медицинското експериментирање. Пресудата завршува со набројување на кодекс од 10 точки за етика на човечко експериментирање, кој сега е познат како Нирнбершки кодекс. Принципите на кодексот ја сочинуваат основата на современите етички критериуми за експериментирање со луѓе, од кои најважна е информираната согласност. (Види прилог 1)

Дури и пред објавувањето на Кодексот на Нирнберг, во Германија постоеа експлицитни директиви за благосостојбата на луѓето кои се предмет на експериментирање. Во 1900 година прускиот министер за религиозни, образовни и медицински работи ја објавил првата регулатива која се однесувала на експериментирање врз луѓе. (Види прилог 2) Оваа директива, како одговор на јавната дебата која се водела на темата експерименти врз луѓето, им советува на директорите на медицинските установи дека сите медицински интервенции, освен за дијагноза, лекување и имунизација, биле недозволиви во било кои околности ако „човечкиот субјект е малолетник или не е способен заради други причини“ или, ако субјектот не ја дал својата „недвосмислена согласност“ дури и по „правилно објаснување на можните негативни последици“ од самата интервенција. Покрај тоа, сите истражувачки интервенции можело да ги врши само медицинскиот директор или со негово овластување.

Иако оваа директива не била правно обврзувачка, а уште помалку за нејзиното вистинско влијание врз експериментирањето со човекот, сепак истата се смета за многу важна во историјата на развојот на нетерапевтските упатства за експериментите врз луѓето. Директивата не поставува само суштински стандарди за етичко однесување при истражувањата, туку исто така содржи и специфични детали за да се утврди одговорност за истражувањето.

Во 1931 година, неколку децении подоцна, поради критиките за неетичко експериментирање врз луѓето објавени во печатот, нагласени во германскиот парламент, како и во контекст на



политичката реформа на казненото право во Германија, Владата на Рајхот издала детални „Упатства за нова терапија и експерименти врз луѓето“ (Види прилог 3).

Овие упатства јасно правеле разликува меѓу терапевтското („нова терапија“) и нетерапевтското истражување („експериментирање врз луѓе“) и поставиле строги мерки на претпазливост и заштита за човечките субјекти. Покрај принципите на корист и ненасилство, упатствата биле базирани на автономијата на пациентот и правната доктрина на информирана согласност. Во некои случаи, упатствата биле уште построги и подетални од оние упатства во Нирнбершкиот кодекс и многу подоцнежната Декларација од Хелсинки. (Види прилог 4)

Референци:

1. Aly Gotz, Peter Chroust and Christian Pross, *Cleansing the Fatherland: Nazi Medicine and Racial Hygiene* (The Johns Hopkins University Press, 1994).
2. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide*. (Basic Books, 1986).
3. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene: Medicine under the Nazis* (Harvard University Press, 1988).
4. Paul J. Weindling, *Nazi Medicine and the Nuremberg Trials: From Medical War Crimes to Informed Consent* (Palgrave MacMillan, 2004).
5. Vivien Spitz, *Doctors from Hell: The Horrific account of Nazi Experiments on Humans* (Sentient Publications, 2005).
6. <http://www.ushmm.org/wlc/en/article.php?ModuleId=10005168>
7. Irene Strzelecka, *Voices on Memory Series, volume 2. Medical Crimes: Medical Experiments in Auschwitz* (Auschwitz-Birkenau State Museum, Oswiecim, 2008).

Прашања:

- Кои се етичките мандати за добивање информирана согласност?
- Дали постои место за принуда при добивање информирана согласност?



Дискусија:

Нацистичките медицински експерименти биле дизајнирани за да ги олеснат германските воени напори, како и да ја унапредат расистичката идеологија на нацистичкиот режим. Да се објасни прашањето како ги оправдувале германските лекари овие грозоморни експерименти врз луѓето со употреба на медицинската премиса на Хипократовиот принцип за „не прави штета“, е комплексна задача.

Нацистите ги оправдувале своите постапки со утилитарни и економски оправдувања. Тие ги обележувале ментално хендикепираните, вообичаените криминалци, физички хендикепираниите и пациентите со хронични болести како лица кои живееле живот „недостоеен за живеење“. Според нацистичкото гледиште, овие лица, поради природата на нивните услови и обемните економски трошоци за нивна грижа, може да бидат законски жртвувани за да го подобрат квалитетот на здравјето и животот на мнозинството од населението.

Ова утилитарно оправдување, исто така, се применувало и во концентрационите логори, каде што затворениците не се сметале за поединци, туку едноставно како телесни материјали кои може да се искористат за проекти за „медицински истражувања“ за „доброто на државата“ и во „корист на ариевската раса“. Бидејќи лекарите во нацистичка Германија се воделе од утилитарни морални принципи, тие воопшто не требало ниту да размислуваат за информирана согласност. Ако требало да се постигне поголемо социјално добро, без притоа да се обезбеди согласност од поединецот, тоа се сметало за морално легитимно.

По војната, кога овие крволочни експерименти биле ставени на увид на јавноста за време на Нирнбершкото „Лекарско судење“, се појавила меѓународна потреба за заштита на луѓето вклучени во истражувачки програми врз луѓето. Како дел од писмената одлука, Трибуналот за воени злосторства го развил „Нирнбершкиот кодекс“ кој се смета како првиот меѓународен кодекс на етика за експерименти врз луѓето. Кодексот започнува едноставно, со една изјава која се двои од сите други: *„Доброволната согласност од страна на човечкиот субјект е апсолутно неопходна.“*

Кодексот на Нирнберг продолжува да опишува други критични елементи својствени за принципот на доброволна соглас-



ност. По Нирнбершкиот кодекс, следело создавање и на други дополнителни кодекси од страна на Хелсиншката декларација, но и други кои се обиделе појасно да ја дефинираат „информираната согласност“. Овие нови кодекси се сметале за неопходни бидејќи експериментирањето со луѓе продолжило да се врши без информирана согласност од човечки субјекти и пациенти.

Информирана согласност, во околности на здравствена заштита, е постапка со која компетентните пациенти доброволно се согласуваат или одбиваат интервенција врз основа на детално објавување на информациите обезбедени од страна на здравствениот работник, во врска со природата и потенцијалните ризици на предложената интервенција. Автономијата е примарниот етички принцип кој служи како основа за информирана согласност. Информираната согласност го поддржува и го почитува правото на пациентот да донесе одлука и да избере опција за лекување. Исто така го олеснува и го поттикнува инволвирањето на пациентите во медицинскиот процес на донесување одлуки. Принципот на автономија истакнува дека способните возрасни лица секогаш имаат право да одлучуваат што треба или не треба да им се направи, под услов остварувањето на тоа право да не ги нарушува сличните или исти права на другите.

Според сите етички стандарди, доброволната согласност не постоела при потпишувањето на таканаречените обрасци за согласност во Блок 10. Ниту автономијата на затвореничките, ниту нивната здравствена состојба или потреби не биле почитувани или разгледувани. Наместо тоа, јасно видлива била принудата и тоа во најтешка форма.

Денес, во некои ситуации, принудата сè уште е присутна, иако не секогаш на отворен и очигледен начин. На пример, потенцијален субјект на истражување може да биде убеден, или да биде навистина оптимистички настроен, дека клиничкото испитување ќе биде од негова лична корист и тогаш кога веројатноста за корист може да биде мала. Сепак, учеството во истражувањето може да биде единствениот извор на надеж за поединецот и семејството.

Друг пример е кога луѓето се платени да бидат учесници како истражувачки субјекти. Дури и мали исплати или подароци може да бидат доволни за да ги поттикнат луѓето да бидат субјек-



ти. Ако некои ресурси се многу ограничени, секоја финансиска награда може да се гледа како форма на принуда. Во овие случаи секое лице има слобода да одлучи да не учествува. Меѓутоа, ако некое лице е невработено или во тешки финансиски проблеми, неговата подготвеност за учество во клинички испитувања може да биде прекумерно зголемена.

Додека нацистичките експерименти ги претставуваат некои од најекстремните примери на прекршување на информирана согласност за потребите на истражување, сите случаи на користење на лица само како предмети, имаат навредлив карактер. Сепак, дури и откако нацистите биле откриени од светот, научниците продолжиле да вршат истражување без употреба на информирана согласност. Во 1966 година Хенри Бичер, професор по анестезиологија на Харвард, објавил статија во „New England Journal of Medicine“ под наслов „Етика и клиничко истражување“. Статијата го привлече вниманието на дваесет и два примери на неетички клинички истражувања каде што животот на субјектите бил изложен на ризик. Овие судења ги опфаќале и Тускеџи сифилис експериментите, како и други студии во кои на затворениците и на оние кои не биле слободни да изберат или да дадат согласност, било експериментирано на нивна штета.

И покрај сите етички упаства, кодекси и директиви кои биле создадени во минатото, науката и медицината имаат долга историја на игнорирање или злоупотреба на етичкиот принцип дека поединците треба да бидат вклучени во истражувањето само ако се одлучат да учествуваат слободно и свесно.

9.3. Родителска согласност за медицински третман

Студија на случај 1:

Фридрих С. бил роден во Германија во 1937 година. Кога имал четири години, тој заболел од менингитис и подоцна развил епилепсија (церебрални грчеви). Неговите родители биле убедени да го хоспитализираат својот син во менталната болница



во Ајхберг. Директорот на установата ѝ напишал на мајката: „Вашиот син е добар. Се работи за оштетување на мозокот, но ние сè уште не можеме да утврдиме со сигурност која е причината за тоа, бидејќи имавме премногу кратко време за да го набљудуваме. Ако успееме да утврдиме било што, или ако на вашето дете му се влоши состојбата, веднаш ќе ве известиме. Вие не треба да се грижите. Неодамна започнавме да му даваме терапија.“

Родителите го посетиле детето во болницата на неговиот четврти роденден на 21 октомври 1941 година. Тие забележале дека тој бил покриен со модринки и бил неисхранет. Лекарот им забранил на родителите да го земат момчето од установата под образложение дека тие сè уште го лекуваат. Им било кажано да се вратат за еден месец. По две недели, татко напишал писмо до установата. Тој добил одговор, испратен на 14 ноември 1941 година, дека нивниот мал син Фридрих веќе бил мртов.

Студија на случај 2:

Маргот Е. е родена на 28 јануари 1941 година. Таа била ментално ретардирана. По совет на окружниот лекар, Маргот била испратена во менталната институција Кауфбурен. На мајката ѝ било кажано да не го посетува детето првите пет недели за да му помогне на детето да се приспособи на новата средина. По добивање на поголем број писма со прашања за благосостојбата на детето, директорот на менталната институција на крај одговорил и ја информирал мајката дека Маргот била „вознемирена и постојано плачела“. Во второто писмо директорот ја информирал мајката дека Маргот „започнала да си игра со определени работи и изговара неколку зборови“. Во истото писмо, директорот исто така напишал: „За жал, не сум во позиција да Ви доставувам извештај секои четиринаесет дена. Ако земете предвид дека имаме 1.300 пациенти, и ако ние треба да правиме извештај на секои четиринаесет дена за секој пациент посебно, нема да ни остане воопшто време за медицински активности.“

Пет дена подоцна детето било мртво. Кога пристигнала во институцијата, мајката не добила информации за причината за смрт, и дознала дека неисхранетото тело на нејзината ќерка било подложено на аутопсија.



Референца:

Michel Burleigh, *Death and Deliverance. 'Euthanasia' in Germany 1900-1945* (Cambridge University Press, 1994).

Историјат:

Како дел од Програмата за „евтаназија“ на деца, илјадници психички и физички болни деца биле испраќани од разни клиници во Германија во „институции за убивање“, каде што биле изгладнувани до смрт или им биле давани преголеми дози на опојни дроги. Во некои случаи иницијативата за хоспитализирање на дете во некоја од педијатриските клиници во Германија доаѓала од самите родители. Во други случаи медицински сестри и лекари од национал-социјалистичките институции за јавно здравје препорачувале хоспитализација, убедувајќи ги семејствата дека нивните деца ќе добијат подобар и специјализиран третман во овие институции.

Кога децата биле префрлувани во „институциите за убивање“, родителите обично не биле известувани за тоа. Во случаите каде што се вршело известување, на членовите на семејството им било кажувано дека не може да ги посетуваат своите деца. По определен временски период персоналот на институцијата ги известувал семејствата дека нивните деца биле сериозно болни. Во реалноста детето веќе било мртво и родителите или старателите не добивале можност да ги посетат своите најблиски. Семејствата, исто така, морале да ги поднесуваат трошоците за погребување на своите најблиски.

Согласност никогаш не била побарана или добиена од страна на родителите или старателите на децата. (За дополнителни историски детали и референци за нацистичката програма за „евтаназија“, види го историјатот на случајот „евтаназија“).

Прашање:

- Дали е етички лекарот да лекува малолетно лице или друг правно неспособен пациент без согласност на старател/родител?



Дискусија:

Декларацијата од Хелсинки на Светската лекарска асоцијација (СЛА) вели дека луѓето кои се правно неспособни, без разлика дали се малолетни или возрасни лица, или физички или ментално неспособни за да дадат согласност, не треба да се користат во дијагностички, терапевтски, рехабилитациски или истражувачки постапки, освен ако следниве услови не се исполнети: 1) постапката е неопходна заради промовирање на здравјето на населението кое е застапено, 2) оваа постапка не може да се изврши на правно способни лица. Ако овие услови се исполнети тогаш лекарот/истражувачите мора да добијат согласност од законски овластениот претставник, во согласност со закон. Оваа согласност мора да ги исполнува сите нормални услови за информирана согласност. (Види прилог 4)

Како и со другите етички прашања, веќе сложените и нерешени проблеми со согласноста стануваат уште покомплицирани, посебно кога се работи за децата. Претпоставката дека родителите може да дадат информирана согласност за своите деца се потпира на претпоставката дека тие може да дадат информирана согласност за самите себе. Сепак, постојат докази каде дури и образованите, способни возрасни лица често не се информирани доволно за да дадат издржана согласност. Според тоа, правото на еден старател да зборува за други, во определени случаи, може да се доведе во прашање. Ова често се должи не заради недостатокот на информации или мотивација од страна на родителот, членот на семејството или старателот, туку заради посложените фактори вклучени во случајот, вклучувајќи ги законитостите, противставените интереси, природата на болеста, стресот и анксиозноста предизвикана од болеста, потребата од брза одлука, недостаток на доволно информации, застрашувачката репутација на болницата, како и чувство на стравопочит, доверба и зависност од лекарот. Сите овие фактори може да водат кон заведување заради добивање согласност, ритуал каде што само малкумина луѓе се, всушност, значително или соодветно информирани. Овие прашања може да бидат уште покомплексни ако пациентите се ментално хендикепирани или неспособни лица.

Покрај тоа, понекогаш се прифаќаат ситуации каде самите деца активно треба да се вклучат во процесот на согласност. Во



зависност од возраста, дискутабилно е дали децата се способни да бидат партнери во носењето на одлуки за нивното лекување и дека имаат право да добиваат информации, да бидат сослушани, како и да дадат или да одбијат согласност, ако се оценети дека се способни за тоа.

Во случаите прикажани погоре, пациентите биле малолетници и дијагностицирани како ментално болни лица (епилепсијата порано се сметаше за ментална болест). Овие пациенти биле хоспитализирани и „малтретирани“ воопшто не земајќи предвид било каква согласност од родителите, законските старатели или самите пациенти. Евиденцијата или документацијата за пациентите, исто така, била фалсификувана за да се сокријат злосторствата. Иако ова се екстремни случаи на злоупотреба на согласност од родител или старател, тие се вредни лекции од медицинска историја, потсетувајќи не на тоа што може да се случи кога правата на пациентите, родителите и законските старатели не се земаат предвид.

9.4. Утилитаризмот во клиничките истражувања

Студија на случај:

За време на судењето на лекарите во Нирнберг во 1946 година, некои од обвинетите лекари изнесувале етички аргументи како поддршка т.е. оправдание за своите експерименти во концентрационите логори. Некои го користеле образложението дека разумно е да се жртвуваат интересите на малкумина, заради користа на мнозинството.

Еден од докторите кој го користел овој аргумент бил д-р Герхард Роуз, академски лекар и светски авторитет за тропска медицина, кој бил управител на „Коч Институтот за тропска медицина“ во Берлин. Работејќи како консултант по медицинска хигиена за медицинскиот инспектор на германските воздухопловни сили (*Luftwaffe*), д-р Роуз бил промовиран во ранг на бригаден генерал во резерва. Тој, исто така, бил и медицински советник на д-р Лео-



нардо Конти, лидерот за здравство на Рајхот и државен секретар за здравство. Роуз вршел експерименти врз пациенти завореници во концентрационите кампови Дахау и Бухенвалд. Иако првично се спротивставувал на потенцијално смртоносните експерименти врз луѓето заради создавање на вакцини против тифус, Роуз дошол до заклучокот дека: „Не беше логично, а да не се ризикува животот на неколку стотици мажи во состојба кога илјада германски војници секојдневно умираа од тифус на Источниот фронт.“

Дополнително, заради откритието на Роуз дека стапката на морталитет меѓу неговите субјекти врз кои истражувал е пониска од општата затворска популација, тој тврдел дека шансите за преживување меѓу неговите субјекти биле, всушност, поголеми отколку кај другите затвореници. Исто така, Роуз ги оправдувал неговите човечки експерименти со образложение дека тие би можеле да ги зголемат шансите за преживување на неговите субјекти.

За време на неговото судење, Роуз посведочил: „Колку е важна смртта на стотина луѓе во споредба со можната корист од откривање на профилактична вакцина која може да спаси десетици илјади луѓе?“

Референца:

George J. Annas and Michael A. Grodin, *The Nazi Doctors and the Nuremberg Code: Human Rights in Human Experimentation* (Oxford University Press, 1992).

Историјат:

За време на војната тифусот неконтролирано косел меѓу војниците. Германските воени и цивилни истражувачи се обиделе да развијат вакцини и лекови за да ја спречат и да ја лекуваат болеста. За време на конференција во 1941 година, високи германски медицински лица заклучиле дека „од причина што тестовите врз животни не може да обезбедат адекватна евалуација на вакцините против тифус, мора да се спроведат експерименти врз човечки суштества“.

Првично професорот Герхард Роуз се спротивставувал на идејата за користење на затвореници за експериментирање, но д-р



Леонардо Конти, лидер за здравство на Рајхот и најмоќниот нацистички лекар во Германија, тврдел дека во прашање е јавното здравје на Германија. Роуз се согласил и започнал студија за вакцина од црн дроб на глувци, која подоцна ја тествале на затворениците во Бухенвалд.

За време на судењето на лекарите во Нирнберг, обвинителството наишло на определени тешкотии со аргументирањата на Роуз. Тимот кој ја водел одбраната на Роуз тврдел дека самите сојузници го оправдуваат задолжителното регрутирање мажи во воена служба во текот на војната, знаејќи дека многумина од нив со сигурност ќе умрат, врз основа на тоа дека жртвувањето на малкумина за да се спаси мнозинството била морално праведна причина. Покрај тоа адвокатите кои ја воделе неговата одбрана, исто така, истакнале дека низ историјата медицинските истражувачи во западните земји користеле верзии на утилитаризам за да ги оправдаат опасните експерименти врз затворениците и институционализираните лица.

Роуз, како дел од неговиот аргумент при својата одбрана, исто така ги обвинил Американците дека вршат присилни експерименти за маларија во државните казнено-поправни установи. Иако биле навистина спроведувани ваквите истражувања врз луѓето, д-р Ендрју Ајви, консултант за етика на Американската медицинска асоцијација за време на судењето, инсистирал дека таквите експерименти биле доброволни експерименти, а не принудени.

Заради вршење на воени злосторства и злосторства против човештвото, д-р Герхард Роуз бил осуден на доживотен затвор. По разгледување на жалбата поднесена од негова страна, казната била намалена на 15 години. Роуз бил ослободен од затвор во 1955 година. Починал во 1992 година.

Референци:

1. Arthur L. Caplan, *How Did Medicine Go So Wrong?* In Arthur L. Caplan ed. *When Medicine Went Mad. Bioethics and the Holocaust* (Humana Press, 1992)
2. Nuremberg Trials Project. A Digital Collection. http://nuremberg.law.harvard.edu/php/docs_swi.php?DI=1&text=overview



3. Naomi Baumslag, *Murderous Medicine. Nazi Doctors, Human Experimentation, and Typhus* (Praeger Press, 2005).
4. Paul J. Weindling, *Nazi Medicine and the Nuremberg Trials. From Medical War Crimes to Informed Consent* (Palgrave MacMillan, 2004).

Прашање:

- Дали утилитаризмот е етичка основа за вршење на човечко експериментирање?

Дискусија:

Светската лекарска асоцијација ја дефинира доктрината на последичност како етичко одлучување кое ги анализира можните последици или исходи на различните избори и дејства. Кај последичноста, вистинското дејство е она кое дава најдобри резултати. Се разбира, секогаш постојат несогласувања за тоа што се смета за добар резултат.

Утилитаризмот е една од најпознатите форми на последичност. Во оваа филозофска рамка, корисноста се дефинира како „најголемото добро за најголемиот број“. Според утилитарните принципи, треба да се мерат потенцијалните бенефити и штети и да се носи балансирана процена за пропорционалното добро кое се постигнува со определен избор или дејство. Посебен конфликт или проблем се појавува кога група за која постои ризик од штета, не е групата која може да добие каква било корист, како што е понекогаш случајот и во клиничките испитувања.

Потенцијалниот ризик од штета врз учесниците довело до широко распространета согласност дека мора да се почитуваат цврсти етички стандарди во клиничките истражувања, без оглед на предвидените придобивки. Крајните резултати, колку и да се добри сами по себе, се недоволно оправдување за средствата што се употребуваат таму каде што прекумерно може да им наштетат на оние кои се вклучени.

За време на нацистичката ера лицата кои биле предмет на експериментирање биле главно логорски затвореници кои ги сметале за потчовечки суштества, расно инфериорни, или луѓе кои „живеат живот што не вреди да се живее“. Од нацистичка пер-



спектива овие луѓе не биле достоини ниту имале право на човекови права. Некои луѓе, како што се еврејските затвореници во концентрационите логори, биле во двојна опасност; тие потпаднале во повеќе од една „нечовечка“ категорија. Покрај тоа што биле сметани за непожелни како луѓе и биле осудени на смрт во „Финалното решение“, тие биле перципирани како група на заробеници - субјекти на истражување кои биле целосно „ограбени“ од какви било права. Имајќи група заробеници кои се потенцијални субјекти, притиснати од германскиот приоритет во кој здравјето на населението е поважно од здравјето на поединецот, се создала совршената комбинација за ултимативното тестирање на утилитарните вредности со катастрофални резултати.

Водени од утилитарните морални принципи, нацистичките лекари не требало да размислуваат за добивање информирана согласност. Според нацистичката медицинска етика, добиената корист ја надминувала етичката норма за добивање согласност за експериментите. Ова се сметало за морално легитимна постапка.

Употребата од страна на нацистичките лекари на утилитарниот принцип за рационализација на нивните сурови и нечовечки експерименти е пример за тоа како овој принцип може да биде цинично злоупотребуван. Експериментите биле спроведувани врз ранливи затвореници, со целосно игнорирање на етичките принципи кои се очекуваат од клиничките истражувачи. Употребата на нивното утилитарно објаснување било само едно од оправдувањата што ги користеле за време на поствоените судења.

Постоеле многу други примери на злоупотреба на утилитарниот принцип врз други ранливи популации во други делови од светот. Врз овие популации се експериментирало со образложение дека експериментите биле вршени „заради поголемо добро на општеството“. Затвореници, војници, етнички малцинства, граѓани од земји од Третиот свет и институционализирани пациенти често биле жртви на такви експерименти. Во последната деценија во медицинската литература се води голема дебата за клиничките испитувања во земјите во развој, особено од страна на фармацевтските компании кои сакаат да користат лица кои боледуваат од превалентни болести и кои се сметаат за лесно наивни на лекови. Утилитарната перспектива на овие клинички истражувачки проекти во овие популации би била дека приоритет



мора да биде интересот за преживување на субјектите наспроти профитните интереси на акционерите на фармацевтските компании вклучени во испитувањата.

Утилитарното образложение за експериментирање врз луѓе не треба да се користи како оправдување, или да биде прифатено, освен ако не се земат предвид последиците од утилитарните одлуки.

9.5. Употреба на делови од човечки тела при- брани на неетички начин

Студија на случај:

Д-р Август Хирт, професор по анатомија, бил декан на Медицинското училиште на Универзитет во Стразбур. Тој формулирал проект за антрополошки череп, со надеж да докаже дека ариевските черепи со сигурност може да се разликуваат од еврејските черепи. За да добие одобрување, финансии и поддршка за неговото истражување, д-р Хирт стапил во контакт со здружението Аненербе (Ahnenerbe Society), организација чија мисија била да овозможи поддршка за истражувања со кои ќе се поддржи нацистичката идеологија. Главата на здружението Аненербе бил Волфрам Сиверс, кој заедно со Хајнрих Химлер, началник на СС, го одобрил овој таен проект.

Планот се состоел од следното: Нацистичките истражувачи, предводени од д-р Хирт, утврдиле дека е потребна збирка од скелети за да се докаже нивната хипотеза. Тие одлучиле дека скелетите ќе бидат земени од затвореници во Аушвиц. Во јуни 1943 година осумдесет и шест живи субјекти, чии скелети требало да се користат, биле избрани од д-р Бруно Бегер, филозоф-лекар и капетан на СС. Во Аушвиц одбраните затвореници биле ставени во карантин и одделени од остатокот на затворската популација, а притоа биле поделени и на групи по шест затвореници. Тие биле последователно испитувани и одобрувани како соодветни субјекти од страна на д-р Бегер. Адолф Ајхман бил одговорен за тран-



спорт на живите луѓе од Аушвиц до концентрационен логор Нацвејлер-Струтуф.

По нивното пристигнување во Нацвејлер, субјектите биле соблекувани и туркани голи во гасна комора, каде што биле убиени со гас. Во јули 1943 година труповите бргу биле транспортирани во Анатомскиот институт на Хирт во Стразбур. Тие биле сместени во посебно дизајнирани контејнери каде што останале повеќе од една година без да бидат допрени. Мерењата на черепите, всушност, никогаш не биле спроведени.

Со напредувањето на сојузничките сили во Германија, соголените трупови биле откриени од страна на Французите. Биле направени фотографии и тие подоцна биле користени за време на судење за воени злосторства. Д-р Хирт, откако бил уапсен и притворен од страна на француските сили, извршил самоубиство на 2 јуни 1945 година. Волфрам Сиверс бил прогласен за виновен за медицински злосторства за време на судењето на лекарите во Нирнберг и бил обесен.

На 11 декември 2005 година била поставена спомен плоча со имињата на осумдесет и шесте жртви во Институтот за анатомија во болницата во Стразбур, и на еврејските гробишта на Кронбенбург во Франција. На откривањето присуствуваа роднини на жртвите на Хирт од Солун, Лондон, Германија, Израел и Франција. На плочата стои: *“Souvenez-vous d’elles pour que jamais la médecine ne soit dévouée”*. (Секавајте се на нив за да медицината никогаш повторно не биде корумпирана).

Историјат:

Употребата на мртви затвореници и/или убиени заради дисекција, илустрација и анатомско истражување е навистина долго поглавје во човечката историјата кое се протега сè до Херофил во Египет во 300 година п.н.е. Во средниот век, заради верските закони кои забранувале сквернавење на телото, човечките трупови често се прибавувале незаконски како за потребите на медицинското знаење, така и за уметничко претставување. Во XVII и XVIII век единствениот легален извор на трупови биле труповите на егзекутираните лица.

Со проширувањето на медицинските професии и основањето на медицинските училишта, се појавила уште поголема по-



треба од трупови, а за тоа била потребна и нова законска регулатива за собирање трупови. Во Соединетите Американски Држави, Масачусетс била првата држава што усвоила закони во 30-тите години од XIX век со кои се дозволува телата на починати лица кои никој не ги бара да може да се користат за дисекција и анатомски цели. Ваквата иницијатива била проследена и од други држави кои, исто така, усвоиле закони со кои се дозволува телата на починати лица, кои никој не ги бара од болниците, ментални институции и затвори, да може да се користат во медицински истражувања.

Во 1908 година Еуген Фишер, жесток германски евгеничар, пристигнал во германско окупираната Југозападна Африка (сега Намибија). Во оваа земја германската војска имала притворено голем број локални жители во концентрациони логори. Телата на езекутираните затворениците од овие кампови биле испраќани во Германија за дисекција. Напорите на Фишер за докажување на расната инфериорност на локалните жители биле објавени како труд насловен „Die Rehoboth Bastards“ во 1913 година кој постигнал огромно влијание во Германија. Во 1921 година Фишер бил и коавтор на „Принципите на човековото наследство и расната хигиена“ заедно со Ервин Баур и Фриц Ленц, едно од делата кои се користеле како референца во Хитлеровата „Мајн Кампф“ и според тоа имало клучно влијание врз расистичката нацистичка доктрина. Во 1927 година тој станал директор на Кајзер Вилхелм Институтот за антропологија, човечко наследство и евгеника во Берлин, каде што неговиот главен фокус бил насочен кон развивање биолошка основа за антисемитизам.

Во нацистичка Германија универзитетите биле под директна управа на Министерството за наука, образование и култура (МНОК) на Рајхот. Ова министерство било одговорно за отстранување на „неариевските“ учења и усогласување на науката со национал-социјалистичката доктрина. МНОК било одговорно за институциите за анатомија во медицинските училишта, вклучувајќи го и снабдувањето со трупови. Прускиот закон од 1877 година, како и други закони им давале право на институти за анатомија да ги користат телата на езекутираните лица за дисекција, во случај ако роднините не го барале телото. Овие закони биле постојано форсирани во 1933 и во 1939 година. Анатомичарите се жалеше од потребата т.е. обврската да ги информираат



семејствата, па заради тоа во 1943 година било одлучено дека семејствата на егзекутираните лица не мора да бидат прашани за согласност за дисекција. Покрај тоа, било забрането да се предаваат телата на Евреите, Полјациите и оние кои се егзекутирани за велепредавство на нивните роднини.

Секое место на егзекуција имало определени институти за анатомија кои им биле доделени, кои пак редовно биле информирани за извесни егзекуции, така што телата можеле да бидат ефикасно пренесени до институтите за анатомија. Вкупно имало триесет и еден оддел за анатомија во Германија, Австрија, Чехословачка и Полска. Многу висок процент од овие научници биле членови на Нацистичката партија (како и другите лекари воопшто). Многу од нив предавале курсеви на медицински училиштата за „расна хигиена“ како дел од редовната наставна програма. Август Хирт, деканот на Медицинскиот факултет во Стразбур, бил офицер на СС и поддржувал многу медицински истражувачки проекти за потребите на нацистичкиот режим. Овие проекти поддржувале евгеничко размислување и биле развиени како дел од „воените напори“. Хирт спроведувал смртоносни медицински експерименти со гас врз затворениците во кампот Нацвилер како надополнение на проектот за собирање на „скелети“.

Јохан Пол Кремер бил професор по анатомија кој работел во Аушвиц. Бил вклучен во селекциите кои се вршеле на влезните рампи од логорите и работел на истражување за ефектите од изгладувањето на човечкото тело. За овие студии тој избирал затвореници пред нивната егзекуција со интракардијални фенолни инјекции, и ги собирал нивните постсмртни ткива. Кремер, за време на судењето за Аушвиц во ноември-декември 1947 година, бил прогласен за виновен за воени злосторства и бил осуден на смрт. Пресудата подоцна била преиначена во доживотен затвор.

Референци:

1. Alfred Pasternak, *Inhuman Research: Medical Experiments in German Concentration Camps* (Akadémiai Kiadó, Budapest, 2006).
2. Alexander Mitscherlich and Fred Mielke, *Doctors of Infamy. The Story of the Nazi Medical Crimes* (Henry Schuman, 1949).



3. Benjamin Madley, From Africa to Auschwitz: How German South West Africa Incubated Ideas and Methods Adopted and Developed by the Nazis in Eastern Europe. *European History Quarterly* (2005), 35(3).
4. For additional reading on current research of Anatomy during the Third Reich see: S. Hildebrandt and C. Redies (Eds.) Anatomy in the Third Reich. *Annals of Anatomy*, 2012, Vol. 194, Issue 3.

Прашање:

- Можеме ли да користиме неетички прибрани делови од човечкото тело заради медицински истражувања или други студии или испитувања?

Дискусија:

Овој случај ја доведува во прашање употребата на телото, и делови од телото за терапевтски, истражувачки или други медицински цели.

Минатото законодавство (на пример, Законот за униформен анатомски подарок од 1968 година во САД) дефинира дека донацијата на тело е право кое се заснова на слободен избор на донаторот. Според овој закон, желбите на донаторот треба да се почитуваат иако членовите на семејството и најблиските може да се спротивстават на донацијата. Законот за униформен анатомски подарок, изменет и дополнет во 1987 година, забранува продажба на органи и ткива за трансплантација, но не и за употреба во настава и истражување.

Сепак, во минатото, а и сега, постои голема сива зона или област каде што медицинските практичари и научници земаат, чуваат и користат делови од човечки тела без воопшто да помислат на етиката.

Во последниве години постојаното проширување на клиничките истражувања кои имаат потреба од примероци од крв и ткиво, како и од експоненцијален раст во количината на лични информации кои може да се дознаат од деловите на телото, ги покренуваат прашањата поврзани со законското владение, достоинствено располагање, информирана согласност и биолошка приватност на ново ниво, надзор и поголема критичка свест. На



пример, терапевтската употреба на човечки супстанции, од трансфузија на крв до имплантација на фетални мозочни клетки е, и ќе продолжи да биде, контроверзна тема.

Финансиските стимулации за обезбедување или прибирање органи и ткива ја компромитираат етиката на доброволноста и не се во согласност со принципите на правдата. Светската здравствена организација (СЗО) и Светската медицинска асоцијација (СМА) прогласија дека комерцијализацијата на човечките органи е „кршење на човековите права“ и „човечкото достоинство“ и како такво треба да биде забрането. Сепак, тврдењата или апелите за постоење на терапевтска корист во моментот е најубедлив начин користењето на човечките супстанции да може да биде прифатливо. Но, апелите упатени до „науката“ се полни со двосмислености. Она што може да се смета за „добро за науката“ од страна на едни, може да значи дехуманизација на човечката личност за други. Аргументот за образовна неопходност или потреба, како и потребата од човечки трупови за студентите по медицина, паѓа некаде на средината, од причина што определени практики, како што се дисекцијата, се оправдуваат со претпоставената терапевтска корист на добро обучени практичари.

Можеме да се запрашаме зошто овие анатомичари во нацистичка Германија се однесувале на таков начин на којшто се однесувале. Зошто тие изучувале и предавале „расна хигиена“, практикувале „расна хигиена“ и ги употребувале телата на нацистичките жртви за дисекција. Во тоа време, труповите на затворениците биле вредно средство во нивните истражувања, а со тоа и во нивните кариери. Нацистичките закони, како и уште поголемата дехуманизација предизвикана од војната, им овозможувале на нацистичките анатомичари ретка можност да ги „тестираат“ своите расни теории, без никакви проблеми и само на неколку регулативи или ограничувања кои требало да ги почитуваат. Човечките субјекти едноставно станале податоци со целосно непочитување на основната човечка пристојност или етика.

Човечките тела кои ги обезбедувала првично нацистичката влада, се резултат на воспоставени традиции по анатомија во Германија и во многу други земји. Овие практики биле потврдени од страна на нацистичкиот режим, но исто така биле и радикално проширени, поради речиси неограничениот број човечки субјек-



ти (и трупови) кои биле на располагање, како во системот на концентрационите логори, така и од нивните медицински установи. Во тоа време „расната хигиена“ била прифатена наука во Германија. Ако лекарите и истражувачите за нацистичката политика имаа какви било сомневања, тие главно молчеле. Изборите и постапките на овие нацистички лекари и анатомичари се оправдавале како промовирање на здравјето на германскиот народ, и се сметале за етички морални постапки во рамките на културата на нацистичка Германија.

Денеска собирањето, чувањето и користењето на човечки ткива за различни цели стана вообичаена практика во западната биомедицина. Сепак, историската перспектива остро може да не потсети дека практиките вообичаено изразуваат културни вредности (без разлика дали се јавни или скриени) и дека културните вредности се разликуваат значително меѓу различните популации и во различни временски периоди. За да се создадат корисни, фер, хумани и чувствителни етички упатства за научни користења на човечките материјали треба да се земе предвид разновидноста на верувањата и практиките на плуралистичкото општество. Дополнително, од витално значење е сите општества да се залагаат за почитување на човечката личност, без разлика дали е жива или мртва, и внимателно да ги надгледуваат медицинските и истражувачките практики кои ја дехуманизираат или ѝ штетат на човечката личност, без оглед на расата, полот, идеологијата или класата. Јасно е дека таквите етички размислувања не биле земени предвид во нацистичкиот експеримент опишан погоре и дел од рационализацијата на ова неетичкото однесување може да се објасни во културни рамки.

9.6. Фалсификување на медицинската евиденција

Студија на случај:

Извадокот од сведочењето на Адам Захарски, поранешен затвореник со број: 18.293, вработен во затворската „болница“ во главниот камп во Аушвиц наведува:



„Јас работев во оваа болница, во оваа канцеларија - односно, работев во фабрика за сите тие лажни документи што, по наредба на органите на СС и канцеларијата на командантот на кампот ... беа пополнувани со причините за смртта. Причините ... беа следниве: природна смрт, смрт со гас, инјекција, егзекуција во Блок 11. Би сакал навистина да нагласам и да кажам дека фалсификувањето се состоеше во фактот дека сите овие луѓе беа запишани како болнички пациенти ... Имаше четворица затвореници кои постигнаа совршенство во техниката на пишување на лажни сертификати. Секој од нив имаше во рака мала книга која содржеше до дваесет видови најчесто избирани болести. Потоа користеа еден германски учебник насловен „*Innere Medizin*“, за копирање на разни видови болести, нивниот тек и симптомите ...

Во историјатот на пациентот, потребно беше да се започне од моментот кога пациентот влегува во болницата, со температура, симптоми на болест, треска, администрираниот лек и инјекциите кои пациентот ги примил ... Некои од случаите беа комични и трагични за нас. Се сеќавам на еден инцидент каде 120 млади момчиња пристигнаа во кампот, деца на возраст од 8, 12 и 14 години од регионот на Замок. Децата беа одделени од нивните родители кои останала во Биркенхау, а тие беа испратени во главниот камп. Тогаш се сеќавам на трагичниот момент што речиси заврши со смрт на затвореникот кој направил грешка при изборот на дијагнозата и како дијагноза за 8-годишно дете запишал: сенилна дебилност - *Alterschwache* ...“

Референца:

Irena Strzelecka, Voices of Memory Series, Volume 3. *Medical Crimes: The Hospitals in Auschwitz* (Auschwitz-Birkenau State Museum in Oswiecim, Oswiecim, 2008).

Историјат:

Фалсификувањето на медицинските евиденции и досиеја не започнало во Аушвиц. Тоа веќе било вообичаена практика и во програмите за (Т-4) „евтаназија“ на деца и возрасни. Овие неетички и нелегални практики, кои требало да го сокријат вистинскиот медицински статус на пациентите, како и причините за смртта, биле пренесувани од болничките поставки во концентра-



ционите логори. Многу од лекарите и администраторите кои биле задолжени за програмите за „евтаназија“, исто така преземале одговорност и за планирањето, спроведувањето и практиките во концентрационите логори.

На избраните затвореници кои биле задолжени да работат во канцелариите на болницата во Аушвиц-Биркенау им било наредено да одржуваат детални записи. Овие записи им помагале на СС-лекарите во нивниот надзор и селекции. Овој процес, исто така, обезбедил и документациона основа за фалсификување на евиденцијата, камуфлирање на процесот на истребување во Аушвиц, како и во други затвори и концентрациони логори.

Затворениците кои биле „чувари на евиденцијата“ воделе евиденција за болните затвореници и оние кои биле отпуштени од болницата. Сепак, нивната најважна задача била создавање постхумна документација за затворениците кои починале во болниците или на друго место. Оваа документација, исто така, ги опфаќала и затворениците кои биле застрелани, починале со мачење или преку експериментирање со луѓе, како и оние кои биле убивани во гасните комори или со смртоносна инјекција.

Во документацијата обично се наведувала фиктивна причина за смрт или воопшто не се наведувала причина. Причините за смртта биле копирани од листа на болести која била посебно подготвена од лекарите од СС за користење на свештениците. Причините за смрт вклучувале срцев напад, пневмонија, сепса, коронарна инсуфициенција и други. Во речиси сите случаи, таканаречениот извештај на лекарот содржел обемен, фиктивен опис за текот на болеста, и обично содржел изјава дека затвореникот пристигнал во логорот во лоша здравствена состојба што значело дека преживувањето било скоро невозможно, и покрај внимателниот медицински третман. Кога затворениците биле убивани во поголема група, датумите на нивната смрт биле фалсификувани во постхумната документација со цел да се распореди датумот на смрт во период од неколку недели, наведувајќи различни броеви затвореници дека умираат секој ден.

Сведоци на судењето на лекарите во Нирнберг во 1946 година изјавиле дека, ако нацистите не биле поразени, пристрасниот набљудувач, проучувајќи ја историјата на болестите на затворениците и протоколите за лекување, можел да заклучи дека Ауш-



виц всушност бил модел на добра санитарна, хигиенска и медицинска практика, и дека затворениците добивале грижа која ги олицетвори најновите достигнувања на науката и медицината.

Референца:

Irena Strzelecka, Voices of Memory Series, Volume 3. *Medical Crimes: The Hospitals in Auschwitz* (Auschwitz-Birkenau State Museum in Oswiecim, Oswiecim, 2008).

Прашање:

- Дали е етички во која било околност да се фалсификува медицинска евиденција?

Дискусија:

Случајот погоре е екстреман случај за тоа како нацистичките лекари во камповите ја злоупотребиле својата медицинска етика и морал кога издавале наредби евиденцијата да биде фалсификувана. Ова е само еден аспект на злоупотреба на медицинската етика од страна на нацистите лекарите и на „медицинската аура“ во болниците во концентрационите кампови, но служи и како пример за тоа како медицинската етика може да се злоупотреби.

Намерното менување, фалсификување или уништување на медицинска евиденција се коси со сите стандарди на медицинската етика и се смета за злонамерно дејство со сериозни правни последици, дури и ако не му е нанесена никаква штета на пациентот. Медицинските досиеја се сметаат за многу лични документи, и тие треба да се водат точно од етичко и правно гледиште. Дури и ако се појават грешки во процесот на лекување, важно е тие да им бидат пријавени на пациентот или на неговото семејство, како и фактот дека евиденцијата не е менувана. Постојат издржани причини за пријавување на грешки, вклучувајќи го и одржувањето на односот на доверба меѓу пациентот и докторот и можноста дека откривањето или пријавувањето грешка всушност може да доведе до намалување на бројот на медицински грешки во иднина.



Медицинската евиденција не треба да се фалсификува за да се прикријат грешки или која било друга рационализација на процесот на лекување.

9.7. Дали да се користат податоците добиени од нацистичките лекари?

Студија на случај:

Едуард Пернкоф се здобил со медицинска диплома од медицинското училиште во Виена во 1912 година и служел како лекар во армијата во период од една година во Првата светска војна. Во 1933 година веќе бил професор по медицина и директор на Институтот за анатомија во Виена, кога станал и член на Нацистичката партија. Една година подоцна тој им се приклучил на германските *специјални единици* (storm troopers) и во текот на нацистичката ера, тој бил страстен нацистички поддржувач.

Д-р Пернкоф, откако бил назначен за ректор на Универзитетот во Виена во 1943 година, бил и уредник на една од најистакнатите книги за анатомија што биле напишани некогаш, *Topographische Anatomie des Menschen* (атлас на топографска и применета анатомија). Атласот на Пернкоф, кој се состои од седум тома, илустрира повеќе од 800 слики на човечкото тело. Според сите медицински и уметнички гледишта, ова дело е врвно достигнување во анатомската илустрација и уметност.

Пернкоф почнал да го составува својот анатомски атлас во 1933 година, а работата била завршена по неговата смрт во 1955 година. Тој ангажирал уметници за да ја илустрираат книгата, од кои многумина исто така биле жестоки нацистички поддржувачи. Некои од уметници биле Ерих Лепиер, Франц Батке и Карл Ентресер, кои често ја демонстрирале својата верност кон нацистичката кауза со потпишување на нивните анатомски илустрации со нацистички икони. Ерих Лепиер често го потпишал своето име со свастика. Карл Ентресер го потпишал своето име со „СС“ симбол при изработка на илустрација на анатомска дисекција на бут на очигледно обрежан маж. Потписот на Франц Батке



завршувал со „СС“ при изработка на илустрација на анатомска дисекција на вратот. Ова се само неколку примери во кои нацистичките иконите се појавуваат во изданијата на книгата на германски јазик.

Во 1938 година, веднаш по германската анексија на Австрија, д-р Пернкоф бил назначен за декан на Медицинскиот факултет на Универзитетот во Виена, а исто така и за главен уредник на службеното списание на Виенското друштво на лекарите. По војната, иако не бил осуден за какво било злосторство, тој бил затворен три години. По излегување од затвор на Пернкоф му биле одземени сите титули и функции, но тој продолжил да работи на својот атлас. Починал во 1955 година, а финалните верзии на томовите по анатомија биле објавени по неговата смрт. Поновите изданија на книгата ги содржат истите илустрации, но повеќето од нацистичките икони се избришани или се со променети потписи. Студент или хирург кој би користел некоја од поновите верзии на атласот на Пернкоф, не би можел да ги препознае или увиди нацистичките симпатии на Едуард Пернкоф и неговите уметници.

Историјат:

Многу децении по војната многу малку било кажано или напишано за личната историја на Пернкоф или за потеклото на атласот. Во раните 60-ти години од XX век свастиките биле отстранети од печатарските плочи на илустрациите и атласот бил преведен на други јазици.

Во 1990 година, New England Journal of Medicine прави преглед на атласот во кој наведува дека „оваа извонредна книга може да биде од голема вредност за анатомичарите и хирурзите“ и претставува „книга од посебна класа и ќе продолжи да се вреднува како пример на труд, дури и ако нејзината висока цена и одлични детали ја прават книгата прескапа за купување од страна на студентите по медицина“. Друг преглед од страна на списанието на Американската лекарска асоцијација, исто така, во 1990 година, посочува дека овој атлас претставува „класика меѓу атласите по анатомија“ и дека „ќе му биде најкорисен на отоларинголозите, пластичните хирурзи, хирурзите за глава и врат, офталмолозите, оралните хирурзи и ортопедите“.



Томови од Атласот на Пернкоф може да се најдат во водечките медицински центри низ светот. Несомнено овој класичен атлас за анатомија помагал во обучување и асистирање на голем број анатомичари, хирурзи и други лекари во текот на многу децении.

Во 1985 година, Џералд Вајсман објавил статија за говорот на Пернкоф за „Национал-социјализмот и науката“, кој се фокусира на неговата вирулентна националистичка, „расна хигиенска“ реторика, како и на делата на многу други нацистички лекари во тоа време. Во 1988 година, Дејвид Вилијамс напишал статија за историјата на Атласот, откривајќи детални биографски аспекти од политичките активности на Пернкоф. Во 1995 година, една статија во *Annals of Internal Medicine*, ја раскажува историјата на Универзитетот во Виена во 1938 година. Ги опишува административните и политички активности на Пернкоф и ја опишува неговата професионална работа поврзана со објавувањето на анатомскиот атлас. Постојат тврдења кои укажуваат дека атласот содржи материјал од деца убиени во виенската болница и дека Институтот за Анатомија на Пернкоф ги користел телата на погубените лица во наставни цели.

Овие статии, како и дополнително истражување на оваа тема, доведоа до доставување на формално барање во 1995 година од Институтот за спомен на жртвите на холокаустот од Израел Јад Вашем со кое се бара од Универзитетот на Виена да спроведе официјална истрага за историјатот на Атласот на Пернкоф.

Статијата што ги предизвика актуелните контроверзии околу Атласот на Пернкоф, беше писмо испратено до уредникот на ЈАМА во ноември 1996 година, потпишано од страна на професор по стоматолошка хирургија од Универзитетот на Колумбија д-р Хауард Израел, и професор по семејна и по општа медицина од Универзитетот на Торонто д-р Вилијам Сиделман. Тие конкретно забележале дека некои од сликите содржеле изрази на нацистички симпатии (свастики и „СС“ букви во потписите на уметниците). Нивното писмо го нарекло Атласот на Пернкоф дека е наследство од трагичната ера кога злоупотребите во медицината ја заразиле целата медицинска професија.

Финалниот извештај на Комисијата на Универзитетот во Виена бил издаден на 1 октомври 1998 година. Истрагата го објавила следното:



„Дека Институтот за анатомија примил најмалку 1.377 тела на егзекутирани лица, вклучително и 8 жртви од еврејско потекло... Врз основа на општ декрет од 18 февруари 1939 година, телата на убиените т.е. егзекутираните лица биле доделени на Одделот за анатомија на најблискиот универзитет заради истражување и наставни потреби... Не можеше да се најде доказ дека телата биле донесени од кампот Маутхаузен во Одделот за анатомија во Виена... Презумпциите и сомневањата дека некои од илустрациите може да бидат од воени затвореници или еврејски жртви, главно се базираат на впечатоци кои го погодуваат критичниот набљудувач. Меѓутоа, во овие случаи, истрагата не успеа ниту да ги докаже ниту да ги побие сомнежите. Поради систематската практика на анонимност при правење на примероците, се чини веројатно дека конечното појаснување на таквите сомневања сега нема да биде можно.“

Огромната злоупотреба на моќта од страна на нацистичките лекари е навистина добро документирана. За време на Втората светска војна, страшни злосторства биле вршени против невини луѓе од страна на нацистите. Некои од овие злосторства биле само егзекуции, додека други биле бавни, маченички агонии предизвикани од секојдневниот живот или нацистичко медицинско експериментирање. Нацистичкото медицинско експериментирање е главна контроверзност во денешното напредно медицинско поле. Се поставуваат многу прашања за тоа дали нацистичките податоци, добиени од затворениците кои никогаш не дале информирана согласност како и други лица, треба да се користат за да се подобри знаењето на медицинското поле во определени области. На пример, озлогласените хипотермички експерименти во Дахау од страна на д-р Сигмунд Рашер, не биле дело на разјарен лудак кој работел во изолација во концентрационен логор. Експериментите на Рашер, кои вклучувале потопување на затворениците од кампот во ладна вода, биле вршени за потребите на Luftwaffe т.е. германската авијација. Резултатите од експериментите со хипотермија на Рашер и денеска продолжуваат да се цитираат во медицинската литература.

Германската медицинска наука, исто така, ги искористила убиствата од времето на Хитлеровата ера, како можност за искористување и експлоатирање на остатоците од мртвите. Постоеле редовни транспортирања од коморите на Гестапо затворите каде



се вршеле егзекуциите до универзитетските институти за анатомија. Колку што е познато денес, сите одделенија по анатомија во германските медицински училишта, без исклучок, ги прифаќале доброволно и без никакво двоумење понудите на тела.

Во моментов има голем опсег на истражувања кои се вршат во однос на етичката улога на германските анатомичари во Третиот Рајх и нивната употреба на телата на егзекутираните жртви.

Референци:

1. Michel C. Atlas, Ethics and Access to Teaching Materials in the Medical Library: the Case of the Pernkopf Atlas. *Bull Med Libr Assoc.* 89 (1): 51-58 (January 2001).
2. Robert L. Berger, Nazi Science: *Comments on the Validation of the Dachau Human Hypothermia Experiments.* In Arthur L. Caplan, *When Medicine Went Mad. Bioethics and the Holocaust* (Humana Press, 1992).
3. S. Hildebrandt, Anatomy in the Third Reich: Outline, Part 1. National Socialist Politics, Anatomical Institutions and Anatomists. *Clinical Anatomy* 22:883-893(2009).
4. S. Hildebrandt, Anatomy in the Third Reich: Outline. Part 2: Bodies for anatomy and related medical disciplines. *Clinical Anatomy* 22, 894–905 (2009).
5. Howard A. Israel, William E. Seidelman, Nazi Origins of an Anatomy Text: The Pernkopf Atlas. *JAMA* 276(20): 1633 (1996).
6. S. Hildebrandt and C. Redies (Eds.) Anatomy in the Third Reich. *Annals of Anatomy* 194, Issue 3 (2012).

Прашање:

- Дали е етички да се користат нацистичките медицински податоци?

Дискусија:

Студијата на случајот со Пернкоф ја вклучува употребата на атлас по анатомија кој содржи цртежи на жртви на нацистичките злосторства. Атласот бил изработен неколку децении пред



широко распространета достапност на анатомски слики од други извори и се користел во многу, ако не и повеќето факултети за медицинска едукација. Сепак, не може да се оспори значајниот придонес на овој класичен атлас по анатомија за здравствените професии во текот на годините. Сепак, истражувањата за животите и кариерите на Едуард Пернкоф и неговите уметници, особено за начинот на кој ова дело било создадено, покренува значајни прашања за биомедицинската етика кои се исклучително релевантни денес. Некои од прашањата што произлегуваат од овој случај се: Дали е важно да се определи потеклото на субјектите што се користеле во Атласот на Пернкоф? Дали е соодветно да се користат овие информации? Како да им пристапуваме или како да ги третираме сите податоци од истражувања кои се добиени на неетички начин?

Постојат многу позиции за оваа етичка дебата:

1) Атласот и другите податоци треба да се користат, кога е соодветно, за медицински истражувања и образование, без ограничувања или цензура. Сега апсолутно ништо не може да се стори за тоа како биле прибавени труповите. Научните сознанија често може да се случат под услови (на пример, војни) кои не се секогаш идеални или етички. Во користењето на податоците во денешно време, определено добро или корист може да се извлече од употребата на Атласот за да се спаси живот или да му овозможиме на хирургот да работи повешто.

2) Податоците треба да се користат за истражување и образование со определени ограничувања и цензура. Некои од ограничувањата може да вклучуваат: а) истражувања поврзани со самиот атлас; б) комеморација на жртвите; в) објаснување кое би било вклучено во новите изданија за историјатот на Пернкоф и Атласот; г) определена ограничена цензура (да не е достапен за јавна продажба).

3) Други тврдат дека со некористење на податоците ние им дозволуваме на луѓето кои го оспоруваат постоењето на холокаустот да ги зацврстат своите тврдења, а во исто време ги забораваме и невините жртви кои биле подлегнати на експериментите. Луѓето веруваат дека со објавување на податоците, не само што можеме да докажеме дека овие злосторства навистина се случиле туку и дека преку сеќавањето на нив, помагаме да спречиме пов-



торно да се појават исти такви настани. Со користење на податоците, некои сметаат дека ја чествуваме жртвата која ја положила убиените лица.

4) Некои од лицата кои ги преживеале експериментите веруваат дека податоците треба да се користат, и бидејќи мачењата им се случиле ним лично и тоа од прва рака, тие може да зборуваат во име на оние кои не биле толку „среќни“ како нив.

5) Некои други може да тврдат дека вистинската цел на науката е да му служи на човештвото преку олеснување на страдањата и подобрување на квалитетот на животот. Нацистичките експерименти и примерот со атласот на анатомијата биле вршени без било каква форма на согласност и вклучувале сурови неетички методи и тортура. Поборниците на ова мислење укажуваат дека науката и етиката се неразделни и дека е невозможно да се оправда употребата на научни податоци изработени од доктори кои го злоупотребувале својот етички код во вршење на истражувања со кои тие предизвикале неразбирливо човечко страдање.

6) Некои сметаат дека моралното и етичкото потекло на истражувачите (во овој случај уметниците) е суштински фактор во медицинските експерименти. Тие би рекле дека треба одделно „да ја гледаме работата од човекот“. Други би тврделе дека никогаш не треба одделно „да ја гледаме работата од човекот“.

7) Други дополнително би тврделе дека користењето на научни податоци кои произлегле од нацистичките злосторства создаваат средина за повторување на таквите прекршувања на биомедицинската етика, во која постои понатамошно потенцијално оправдување и рационализација за неетичко медицинско експериментирање во име на продолжување на научните истражувања.

8) Друга форма на загриженост што беше изразена се однесува на научната валидност на нацистички експерименти.

9) Дополнително образложение за неупотреба на податоците е тврдењето дека со цел експериментот да биде спроведен правилно, мора да биде во можност да се повтори. Суровите експерименти кои ги вршеле нацистите би биле речиси невозможно да се повторат, особено со оглед на состојбата на пациентите во која биле.



10. Лекарите и тортурата

Студија на случај:

Жорж-Андре Кон бил роден во Париз на 23 април 1932 година. Во август 1944 година тој бил испратен во Аушвиц и затворен во Барака бр. 11, во која биле сместени деветнаесет други еврејски деца од цела Европа, на возраст меѓу пет и дванаесет години. Нацистичките лекари планирале да ги користат овие деца за медицински експерименти.

При крајот на ноември 1944 година, кога Црвената армија напредувала кон Аушвиц, Жорж заедно со деветнаесетте други деца, бил транспортиран до Концентрационен логор Нојенгам во близина на Хамбург. Во Нојенгам, СС докторот Курт Хајсмаер извршил сурови и ужасни медицински експерименти врз децата; првично ги инфицирал со туберкулоза, смртоносна белодробна болест. Пред Божиќ сите деца станале сериозно болни. Жорж бил особено слаб и не можел сам да стои на своите нозе, како што подоцна било репортирано од страна на француски доктори и холандски медицински сестри, кои и самите биле затвореници. Овие затвореници - лекари и медицински сестри се грижеле и ги лекувале децата, станувајќи нивни сурогат родители.

Д-р Хаисмајер потоа им ги отстранил лимфните јазли на децата бидејќи верувал дека содржеле специфични супстанции кои ги создавале телото како заштита од туберкулозата. Откако ги отстранил сите лимфни јазли од децата, тие биле фотографирани. На крајот децата ги подигнувале своите раце и ги покажувале своите лузни за да бидат фотографирани.

Во април 1945 година, како што крајот на војната бил се поблиску, СС лекарите и водачите на логорот Нојенгам се плашеле дека ќе бидат казнети од страна на сојузниците, ако бидат откриени нивните злосторства. Со цел да ги прикријат своите медицински експерименти, раководството на СС ги однело децата заедно со нивните медицински сестри во училиштето во Булхумбур Дам, кој се наоѓал во бомбардиран и напуштен дел од градот Хамбург. На 20 април, во 1945 година, СС ги обесил сите деца во подрумот на училиштето. Нивните трупови биле натоварени во камион и биле вратени во Нојенгам, каде што биле кремирани. Војната во Европа заврши седумнаесет дена подоцна.

Историјат:

Курт Хаизмајер студирал медицина во Марбург, каде што се приклучил на антисемитското братство наречено *Арминија*. Лиценциран да практикува медицина, во 1933 година тој станал резидент во болницата Аугуст-Викторија во Берлин. Во 1937 година д-р Хаизмајер се приклучил на нацистичката партија, а една година подоцна бил назначен за постар лекар во Хоенлихен, здравствена бања управувана од Црвениот крст во Укермарк, северно од Берлин, каде што на крајот станал помошник-директор.

За да ја оствари својата цел и да стане професор по медицина, Хаизмајер предложил да спроведува експерименти за туберкулоза. Иако неговото познавање за болеста било многу ограничено, бил добро поврзан во нацистичките кругови и добил дозвола да продолжи со своите експерименти врз затвореници од концентрациони логори. Во јуни 1944 година тој ги започнал своите експерименти во Нојенгаме, каде што првично експериментирал врз возрасни лица и тоа со вирус на живи туберкулозни бацили, а потоа продолжил да користи деца како тест-субјекти. Секоја среда тој патувал 165 милји од Хоенлихен за да ги надгледува своите експерименти врз затворениците од Нојенгам.

Иако биле зачувани медицински податоци од само 32 експерименти врз возрасни лица, се верува дека Хаизмаер експериментирал врз над 100 поединци. Децата биле избирани од концентрацискиот логор во Аушвиц. Неговите субјекти биле десет девојки и десет момчиња, кои биле на возраст од пет до дванаесет години. Нивното дводневно патување до Нојенгаме се вршело со воз. Хаизмаер за секое дете доделувал по едно морско прасе, а потоа и детето и морското прасе биле инјектирани со исти бацили. По еден месец, и покрај поткожните инјекции со туберкулозни бактерии, сите деца биле болни.

Како што нивната состојба се влошувала, Хаизмаер сметал дека ќе биде корисно да се види како аксиларните жлезди на децата реагираат на бактериите. Бидејќи тој не бил хирург, тој му наредил на еден чешки затвореник хирург Богумил Доклик да изврши дисекции на лимфните јазли. Овие сурови постапки биле изведувани под локална анестезија, а раните се затворале или се преврзувале без шиене. Една недела по операцијата, ги отстранувале преврските. Во рок од две недели, од секое дете се зема-



ло примерок на билатерален аксиларен јазол. Жлездите се чувале во формалин и кога сите процедури би биле завршени, примерците биле испраќани кај патолог.

По извршените процедури децата станувале се послаби и биле затворени во бараките. Потоа Хеизмаер се соочил со дилема: Што да се прави со дваесет и девет болни еврејски деца кои се пред умирање? За да се сокријат доказите, одлучено е децата да бидат убиени. Вечерта на роденденот на Адолф Хитлер (20 април) децата биле обесени.

Д-р Хеизмаер избегал од Хоенлихен на 21 април 1945 година. На крајот се населил во Магдебург како специјалист за бели дробови. Во период од 18 години тој уживал во успешната работа како директор на единствената приватна клиника за туберкулоза во Германија. Во 1966 година тој бил осуден на доживотен затвор во Бауцен. Четиринаесет месеци подоцна тој починал од срцев удар.

Иако постоело сериозно противење на почетокот, училиштето во Биленхузен Дам на крајот било претворено во меморијален центар за убиените деца. Денес „Училиштето Јануш Корчак“, е именувано по еврејскиот лекар кој го водел варшавското сиропиталиште и кој бил убиен заедно со неговите сирачиња во Треблинка во август 1942 година.

Референца:

Gunther Schwarberg, *The Murders at Bullenhusen Damm. The SS Doctor and the Children* (Indiana University Press, 1980).

Прашање:

- Дали е етички лекарот да учествува во тортура?

Дискусија:

За време на нацистичката ера медицинската етика честопати била заменета со расистичка идеологија, како и со политички, економски и воени цели. Нацистичкиот поглед кон светот ја легитимира тортурата и уништувањето на немоќните, ментално ретардираните и слично болните лица. Оправданијата за тортура-



та, како и нејзините методи, често ги дефинирале самите лекари-те. Некои лекари, исто така, активно учествувале и во самата тортура. Ова особено се гледа од нехуманите медицински експерименти на нацистите во кои илјадници жртви биле осакатени и убиени.

Иако злосторствата извршени од страна на нацистите пред повеќе од половина век може да се сметаат за најголемите злоупотреби на човековите права во глобалната свест, тортурата и другите нехумани дела сè уште се вршат и ден денес. Тортурата сè уште е оправдана и практикувана во многу земји, па дури и е перципирана како неопходно зло во глобалната „војна против тероризмот“. Иако е тешко да се замисли дека лекарите може да бидат поврзани со мачење и тортура, постојат документирани докази дека во некои места во светот, вклученоста на лекарот во самото мачење или тортура сè уште е присутно и денес. Лекарите се обучени да го намалуваат страдањето и да спасуваат животи; сепак, мачењето вклучува намерно нанесување на страдање, понекогаш дури и до точка на смрт. Како може да го оправдаме учеството на еден лекар во тортура?

Лекарите доаѓаат во контакт со тортура на многу начини и форми. Жртвите на тортура честопати имаат потреба од медицинска помош, без разлика дали се во затвор, притвор или болница. Значи, лекарите често се првата линија на откривање на случаи на мачење, бидејќи тие се првите што ја прегледуваат жртвата. Оние кои вршат тортура понекогаш бараат помош и консултации од лекарите. Извештаите од различни земји покажуваат дека лекари биле присутни кога се случувала тортура и во определени моменти, лекарите дејствувале како медицински советници или супервизори на самото мачење. Лекарите, исто така, ја користат својата експертиза за да овозможат медицински третман за време на тортура, за да ги одржуваат жртвите во живот или да ги реанимираат. Во други случаи лекарите биле повикани да изработат медицински извештаи по мачењето и во некои случаи е констатирано дека давале лажни или неточни медицински податоци.

Тортурата или мачењето обично се случувало во затворите, полициските центри за притвор и воени институции. Затворските, полициските и воените лекари, според тоа, се лекари кои најверојатно ќе се соочат со случаи на тортура и мачење. Тие, исто



така, најверојатно ќе бидат изложени или ќе бидат сведоци на тортурата.

Може да има многу причини зошто лекарите се вмешани во тортура и мачење, а причините би се движеле од лојалност кон работното место, закани за насилство, верски, идеолошки или национални верувања, а во неколку случаи, можеби дури и садизам. Етичките прашања во медицината ретко имаат јасно црно-бела слика, вистински или погрешни решенија, но сепак во случајот со тортурата, се приближуваме кон сигурност онолку колку што е возможно. Вклучувањето на лекарите во тортура, во каква било форма и степен, е секогаш спротивно на медицинската етика. Ова е дефинирано од страна на сите меѓународни и регионални стандарди за човекови права.

Доказите покажуваат дека повеќето лекари постојано се обидуваат да дејствуваат во и за најдобрите интереси на своите пациенти. Тие ја сметаат тортурата за одвратна и не сакаат да помагаат или да учествуваат во неа на кој било начин. Сепак, и покрај овие мотивации и грижи, како што е прикажано погоре, некои лекари може да се најдат во определени околности каде што може да бидат принудени да дејствуваат на начин што е спротивен на принципите на медицинската етика.

Сите лекари треба да одбиваат соработка или учество во тортура или во мачење. Сепак, треба да се признае дека наметнувањето на товарот или обврската за одбивање само на докторот, може да води кон носење на тешка одлука и тоа во најтешките средини и околности. Одбивањето од страна на лекарот да учествува во тортура ќе стане далеку полесно доколку колективниот товар на медицинските и правните професии застане во одбрана и ги брани таквите одбивања.



11. Учеството на лекарот во геноцид

Студија на случај:

Имфрид Георг Ролф Еберл бил роден во Брегенц, Австрија во 1910 година. Ги започнал своите медицински студии во Инсбрук, а се приклучил на Нацистичката партија во 1931 година. Откако дипломирал на медицинското училиште, се преселил во Десау, Германија, каде што работел како шеф на Одделот за јавно здравје. Во 1939 година, и покрај неговата ограничена обука во психијатријата, д-р Еберл бил назначен за раководител на институцијата Бранденбург, затвор кој бил трансформиран во прва локација на Т-4 Програмата „евтаназија“.

За време на неговиот престој во Бранденбург д-р Еберл бил одговорен за организацијата и имплементација на Програмата за „евтаназија“ на ментално болните пациенти. Потоа, тој бил назначен за шеф на психијатриската болница во Бернберг, каде што повторно бил назначен да воспостави Програма за „евтаназија“, која вклучувала убивање со гас. Д-р Еберл, исто така, играл важна улога во одржување на тајноста на Програмата, вклучително и фалсификување на евиденцијата за смрт. Во текот на истата, 9772 пациенти во Бранденбург и 8601 пациенти во Бернберг биле убиени како случаи на „евтаназија“. Вкупно 70.273 луѓе биле убиени за време на 18-месечната Т-4 програма (1939 – 1941).

Во април 1942 година д-р Еберл бил назначен да управува со изградбата на Треблинка, логор на смртта изграден исклучиво за спроведување на масовни убиства на Евреи. На 23 јули 1942 година пристигнал првиот транспорт на Евреи од Варшавското гето, а потоа и секојдневни пристигнувања од стотици и илјадници жртви кои воопшто не биле свесни што ќе се случува со нив. Кон крајот на август 1942 година, д-р Еберл бил ослободен од должностите во Треблинка, бидејќи иако постигнал рекорд во бројот на убиени луѓе, тој бил обвинет дека административно не бил успешен во отстранувањето на телата.

Се проценува дека во Треблинка биле убиени 280.000 луѓе и тоа во период од шест недели под команда на д-р Еберл. Од јули

1942 до ноември 1943 година, помеѓу 870.000 и 925.000 луѓе биле убиени во центарот за убиство во Треблинка.

Во 1944 година д-р Еберл се преселил во Вермахт, каде што останал за времетраењето на војната. Тој бил уапсен во јануари 1948 година и се обесил во својата ќелија на 15 февруари 1948 година.

Референци:

1. Rael Strous, Dr. Irmfried Eberl (1910–1948): Mass Murdering MD. *IMAJ*, VOL 11, April (2009).
2. Yitzak Arad, *Belzec, Sobibor, Treblinka: The Operation Reinhard Death Camps* (Indiana University Press, 1987).

Историјат:

Операцијата Т-4, првата национал-социјалистичка програма за масовни убиства, била наменета за германските граѓани, вклучувајќи ги ментално хендикепираните и конгенитално болни лица, кои се сметале дека водат живот „недостоеен за живеење“ и кои претставуваат економско оптоварување врз државата. Оваа програма за „евтаназија“ е првата програма која го воспоставила организацискиот персонал и протоколите на функционирање, како и бирократските и научни механизми за ефикасно вршење на масовни убиства.

Некои од лекарите и техничките лица кои стекнале искуство во убивање на психијатриски пациенти во Германија подоцна биле назначени да го надгледуваат и да го спроведуваат геноцидот врз Евреите и Ромите во камповите за истребување, првенствено лоцирани во Полска. Овие кампови ги вклучувале Хелмно, Белзек, Треблинка, Мадјанек и Аушвиц.

Учеството на лекарите во геноцидот заземал многу форми. Некои лекари, како што е д-р Имфрид Еберл, биле задолжени за градење, организирање и управување со објектите за егзекуција. Во други случаи лекарите работеле како консултанти заедно со хемичари и други научници и инженери, за да ги надгледуваат и да ги усовршуваат специјализираните техники на убивање, без разлика дали се вршеле преку инјекција, изгладнување или гас.



Лекари го вршеле „изборот меѓу животот и смртта“ на затворениците, и тоа од моментот на нивното пристигнување во камповите, па и подоцна откако затворениците останувале во логорот неколку дена, недели, месеци или во некои случаи, дури и години. Лекарите одлучувале кои затвореници се способни за работа, а кои треба да се испратат во гасните комори. Лекарите давале совети за тоа како да се врши изборот т.е. селекцијата и како тоа да се врши непречено. Тие биле консултирани и околу ефикасното функционирање на крематориумите, ги утврдувале фиктивните причини за смртта на жртвите и биле одговорни за фалсификување на причините за смртта, а со тоа и на евиденцијата. Во многу случаи нацистичките лекари сами администрирале смртоносни инјекции или им наложувале на медицинските сестри да ги извршуваат убиствата. Лекарите биле одговорни за иницијацијата и имплементацијата на варварското, сурово и неетичко експериментирање врз луѓето.

Лекарите учествувале во самиот процес на убивање и тоа од самиот почеток на постапката па сè до постсмртното испитување на некои од жртвите.

Референци:

1. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide* (Basic Books, 2000).
2. Robert N. Proctor, *Racial hygiene: Medicine under the Nazis* (Harvard University Press, 1988).

Прашање:

- Дали, воопшто, лекарите смеат да имаат каква било улога во убиства поддржани од државата?

Дискусија:

Како лекарите би ја почитувале положената Хипократова заклетва ако имале добиено мандат за вршење на геноцид? Како и многу други професионални групи, лекарите се истовремено и членови на општеството и се подложни на општествениот морален кодекс и на социјалната клима. Но, лекарите, исто така, се



обучени да работат според нивните професионални етички ставови. Во повеќето општества лекарите се сметаат за државни службеници; тие, исто така, уживаат голема доверба и почит од повеќето луѓе во заедницата или во државата. Понекогаш политичките власти за да обезбедат правна рамка за активности преземени од страна на државата се обидуваат да ги искористат лекарите како лобисти. Кога една нација ќе усвои ексклузивна политика на хипернационализам, сите нејзини граѓани, вклучително и лекарите, може да се најдат и на двете страни на поделбата. Во такви времиња лекарите може да се најдат во ситуација на професионална и етичка двосмисленост. На кого треба да им бидат лојални: на нивните пациенти или на нацијата? Без разлика дали ќе дејствуваат како доброволни учесници или ќе дејствуваат како приморани соучесници, лекарите станале дел од планирањето и спроведувањето на масовни убиства во многу земји.

Во 1915 година одреден број на турски лекари спроведувале медицински експерименти, учествувале во масовни депортации и промовирале геноцидна идеологија што довело до сеопшта смрт на ерменското население. Помалку од две децении подоцна, лекарите во нацистичка Германија, исто така, вршеле злосторства во еден систем кој потоа кулминирал во холокаустот. Масакр, исто така, се случил кога Хуту лекарите се свртеле против пациенти од Тутси племето за време на геноцидот во Руанда. Слично на тоа, меѓународниот трибунал ги осудил српските лекари за воени злосторства заради нивната улога во етничкото чистење во Босна и Косово. Ова се само неколку примери кога лекарите биле вклучени во случаи на геноцид.

Дури и во ситуации кои не биле првично планирани како геноцид, лекарите ја позајмувале својата медицинска експертиза во обид да ги отстранат или да ги ограничат „непожелните“ елементи на населението. На пример, медицински персонал во Аргентина, Боливија, Чиле, Ирак и на други места учествувал во тортурата и смртта на дисиденти и непријатели на државата. Друг пример на вклученост на лекари во убиства поддржани од државата е во случај на егзекуции, вклучувајќи ги и оние во САД.

Постојат многу теории кои нудат различни перспективи за да објаснат како лекарите ги оправдуваат и одобруваат програмите, во кои тие навидум ја претставуваат својата улога како ис-



целители. Една теорија тврди дека докторите не ја напуштаат медицинската етика за да ги следат евгеничките или геноцидни политики; напротив, тие ја толкуваат или интерпретираат етиката за да се приближат кон доминантната и преовладувачка политичка агенда на времето во кое работат.

Втората теорија ја промовира идејата за учество преку „лизгава падина“, при што прекршувањата на медицинските, етички и општествени морални кодекси започнуваат во мал обем, но постепено се зголемуваат за да излезат на крајот надвор од чија било контрола.

Третата теорија тврди дека лекарите учествуваат затоа што не можат да најдат начин како да се оправдаат или да се отргнат од такви активности без притоа да избегнат тешки лични, професионални или телесни повреди.

Последната теорија тврди дека некои лекари агресивно бараат да учествуваат во геноцидни или евгенички програми со мотивација која се движи од опортунистичка желба за лична или професионална добивка, па сè до вкоренето верување во идеологијата за истребување, за која се залагаат политичките сили и власти.

Релевантно е разгледувањето за тоа дали воопшто лекарите и медицинските сестри смеат да имаат каква било улога или да учествуваат во убиства поддржани од државата. Светската медицинска асоцијација наложува доследно следење и почитување на лекарската етика, која не се разликува во време на војна или мир. Според нивните упатства, медицинската етика во време на вооружен конфликт е идентична со медицинската етика во време на мир. Примарната обврска на лекарите е секогаш насочена кон нивните пациенти; во извршувањето на нивните професионални должности, совеста на лекарот, како и долгогодишната традиција на етика во медицината треба да им бидат основната водилка.

Нема сомневање дека делата кои ги извршиле Ирмфрид Еберл и други лекари под оправданието наречено „национал-социјализам“ биле неетички кога убивале во име на државата. Некои од изјавите кои се користеле при нивната одбрана биле: 1) тие само ги следеле наредбите; 2) евтаназијата ги ослободувала луѓето од нивното страдање; и, 3) тие ја лечеле нацијата со елиминирање на нездравите сегменти. Неколкумина биле осудени за



своите злосторства и биле казнети. Некои, како Ирмафрид Еберл, извршиле самоубиство наместо да се соочат со судење. Повеќето нацистички лекари кои биле сторители на разни злодела продолжиле со своите животи по војната без да платат каква било цена за своите дела.



12. Етиката на фармацевтските компании во медицинските истражувања

Студија на случај:

СС Капетанот д-р Хелмут Ветер, роден во 1910 година во Расенбург, Туринген, долги години бил вработен во фармацевтската компанија Bayer Group WII на ИГ Фарбен индустри АД, Леверкузен, каде што работел како продавач и претставник на лекови. Како дел од неговата работа тој патувал во Аушвиц, Маутхаузен и други кампови за да администрира медицински експерименти кои се спроведувале со фармацевтски лекови врз затворениците. Помеѓу 1942 и 1944 Ветер постојано патувал на релација Аушвиц – Маутхаузен за да ги надгледува клиничките студии за ефектите од производите на Баер врз медицински состојби или болести како што се тифус, тифоидна треска, паратифоидна треска, дијареја, туберкулоза, еризипел и „црвена треска“.

За да добие човечки субјекти потребни за неговото истражување, Ветер избирал затвореници кои страдале од специфични болести. Затворениците на логорите биле селектирани според различни критериуми, вклучувајќи контролни групи, кои прикажувале или демонстрирале различни фази од процесот на болеста. На затворениците им биле администрирани регулирани дози за да се тестира токсичноста и ефикасноста на лековите. Само во Аушвиц, Ветер користел помеѓу 150 и 250 затворски пациенти за потребите на овие експерименти. За секој пациент се воделе детални историјати, а резултатите биле прецизно документирани. Не била побарана ниту обезбедена каква било согласност од лицата врз кои се експериментирало.

Овие фармаколошки експерименти не биле наменети за да им се помогне на пациентите. Напротив, намерата била едноставно да се набљудуваат и да се евидентираат реакциите на пациентите од самите лекови. Дури и кога било очигледно дека лековите се токсични, предизвикуваат екстремно болни состојби и немаат терапевтски ефекти, експериментите продолжувале со цел да се соберат научни податоци за фармацевтската компанија.

Таквите податоци потоа ќе се користеле за да се изработуваат, произведуваат и да се продаваат нови лекови од страна на корпорацијата. Голем процент од пациентите во затворот починале како последица од експериментите.

Д-р Хелмут Ветер бил осуден за воени злосторства во 1947 година. Тој бил егзекутиран во 1949 година.

Историјат:

И.Г. Фарбен, најголемата хемиска компанија во светот во тоа време, бил моќен германски корпоративен картел составен од БАСФ, Баер, Хоест и други германски хемиски и фармацевтски компании. ИГ Фарбен, најголемиот донатор во изборната кампања на Адолф Хитлер, донирале 400.000 марки за Хитлер и за нацистичката партија, непосредно пред Хитлер да стане канцелар. Нивната поддршка кон нацистичката воена машина им овозможила на ИГ Фарбен и нивните различни економските експозитури да станат еден од најголемите воени профитери.

Некои од фармацевтските оддели во картелот на ИГ Фарбен користеле затвореници во човечки експерименти заради тестирање на нови и развојни лекови и вакцини. Гас под името Зиклон-Б, кој првично се користел како пестицид, а подоцна и како метод за убивање со гас со цел да се убијат милиони луѓе, бил произведен од една од компаниите поврзани со бизнис-конгломератот на ИГ Фарбен, експозитура на *Deutsche Gesellschaft für Schädlingsbekämpfung* (Degesh).

Во Аушвиц, Баер Леверкузен, друга експозитура, платила за да добие 150 жени затворенички и нив да ги користи во експериментални цели. Писмената комуникација меѓу командантот на логорот Аушвиц и компанијата Бајер го открива следново:

„Со оглед на планираните експерименти во кои ќе се тестира нов лек кој поттикнува спиење, ние би ценеле ако можете да ни овозможите определен број затвореници да ни бидат на располагање... Ние го потврдуваме вашиот одговор, но сметаме дека цената од 200 марки за една затвореничка е премногу висока. Предлагаме да платиме не повеќе од 170 марки по затвореничка. Ако е прифатливо ова за вас, жените ќе бидат во наша сопственост. Ни треба околу 150 жени ... Ние го потврдуваме вашето одобрување на договорот. Ве молиме да подготви-



те за нас 150 жени во најдобра здравствена состојба... Го добивме нашето барање за 150 жени. И покрај нивната угладнета состојба, тие се проценети дека се во задоволителна состојба. Ние ќе ве информираме за случувањата во врска со експериментите ... Експериментите беа изведени. Сите тест лица починаа. Ние ќе ве контактираме за кратко време во врска со нова пратка. "

Поранешен затвореник во Аушвиц, исто така, сведочел за овој човечки експеримент спонзориран од Баер:

"Во блок 20 имаше голем оддел за лица заболени од туберкулоза. Компанијата Баер испрати лекови во необележани и неименувани ампули. Заболениите лица беа инјектирани со овие ампули. Овие несреќни луѓе никогаш не биле убиени во гасните комори. Морало да се чека заболениите да умрат, што не траело премногу долго ...150 еврејски жени кои биле купени од логорот кој бил закупен од страна на Баер... служел за експерименти со непознати хормонски препарати."

Во мај 1943 година двајца влијателни нацистички доктори Карл Гебарт и Фриц Фишер ја пофалиле Воената медицинска Академија во Берлин за нејзиното спонзорство за новите лекови произведени од страна на фармацевтската група на Баер на ИГ Фарбен индустријата. Лекарите репортирале дека истражувањата на д-р Хелмут Ветер биле спроведувани врз 200 жени затвореници во Аушвиц. Нивниот извештај открива како Ветер ги инјектирал белите дробови на жените со гас или бацили, предизвикувајќи смрт од белодробен едем. Нивната презентација која се одвивала во концентрациониот камп Равенсбрук бил објавен и резултатите од експериментите биле дистрибуирани во рамки на германската медицинска професија.

СС лекарот д-р Валдемар Ховен од Бухенвалд и еден од обвинетите во судењето на лекарите во Нирнберг во 1947 година, сведочел во врска со улогата на ИГ Фарбен во човечките експерименти кои се спроведувале врз затворениците во концентрационите логори:

"Треба да биде општо познато, а особено во германските научни кругови, дека СС немаше значајни научници на располагање во своето опкружување. Јасно е дека експериментите во концентрационите логори со препарати на ИГ се правее само во и за интерес на ИГ, кои се стремее со сите средства да ја определат ефективноста на нивните препарати. Тие ги оставаа СС да се справуваат со – да кажам – валка-



ната работа во концентрационите логори. Не беше намерата на ИГ сето ова да се дознае во јавноста, туку да се постави една димна завеса околу експериментите со која ... тие би можеле да ги задржат сите профити за себе. Не СС, туку ИГ ја имаше и водеше иницијатива за експериментите во концентрационите логори.“

Во надополнување на својата улога во експериментите со луѓето и производството на гасот наречен Зиклон Б, И.Г. Фарбен користел десетици илјади затвореници како робови за градење и работа во кампот Буна-Моновиц во Аушвиц. Робовската работа најмногу се користела за производство на синтетички каучук и горива, која била голема воена активност за потребите на картелот.

Во 1946 година Американскиот воен трибунал започна кривична постапка против дваесет и три водечки германски лекари и администратори заради нивното доброволно учество во воени злосторства и злосторства против човештвото. Меѓу обвиненијата биле и оние за кои германските лекари спроведувале медицински експерименти врз илјадници затвореници во концентрационите логори, без нивна согласност. Повеќето од субјектите на овие експерименти починале или биле трајно осакатени како последица од нив. Како директен резултат на судењето, Кодексот на Нирнберг беше устоличен во 1948 година, наведувајќи дека: „Доброволната согласност од страна на човечкиот субјект е апсолутно неопходна.“ Кодексот јасно става до знаење дека субјектите треба да дадат согласност и дека придобивките од истражувањето мора да ги надминуваат потенцијалните ризици. Иако немаше сила на правно дејство, Кодексот на Нирнберг беше првиот меѓународен документ за експериментирање врз луѓе кој се залагаше за доброволно учество и информирана согласност. (Види прилог 1).

Во август 1947 година дваесет и четири раководни лица на ИГ Фарбен биле обвинети и тужени за воени злосторства, вклучувајќи и обвиненија за воени грабежи/ уништување, поробување и убиство. Судењето на ИГ Фарбен резултираше во осудителни пресуди за тринаесет главни директори. Единаесет други обвинети беа ослободени. Врз основа по промената на поствоената политика, многу од осудените раководни лица служеле затворски казни помали од пресудените или добивале намалени затворски казни.



Во 1951 година Картелот ИГ Фарбен бил растурен на неколку големи компании, вклучувајќи ги Баер, Хост, БАСФ и други. До средината на 70-тите години од XX век, овие три фирми повторно беа дел од една од најголемите корпорации во светот.

Во 1964 година Светската лекарска асоцијација дефинираше препораки по кои треба да се водат лекарите при биомедицинските истражувања кои вклучуваат човечки субјекти, што денеска се познати како Хелсиншка декларација. Декларацијата ја дефинира меѓународната истражувачка етика и ги дефинира правилата за „истражување комбинирано со клиничка нега“ и „нетерапевтски истражувања“. Декларацијата од Хелсинки беше ревидирана во 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2002, 2004, 2008 и во 2014 година и таа се смета за дефинитивен документ за тоа како денес да се спроведува клиничко истражување. (Види прилог 4)

Референци:

1. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide* (Basic Books, 1986).
2. Naomi Baumslag, *Murderous Medicine. Nazi Doctors, Human Experimentation, and Typhus* (Praeger Press, 2005).
3. Diamuid Jeffreys, *Hell's Cartel: IG Farben and the Making of Hitler's War Machine* (Metropolitan Books, 2008).

Прашање:

- Кои етички прашања произлегуваат кога фармацевтски компании се вклучени во медицинските истражувања?

Дискусија:

Случаите со ИГ Фарбен покажуваат како во минатото фармацевтските компании ги напуштиле сите етички принципи и практикувале истражувања без да размислуваат притоа за инволвираните пациенти.

Фармацевтското истражување денеска сè уште има голема улога во медицината, и од многу лекари и здравствени организации сè повеќе се бара да станат партнери во медицински истра-



жувања кои се спонзорирани од индустријата. Трошоците на медицинските истражувања се огромни и затоа медицинските истражувања честопати зависат за финансиската поддршка на фармацевтските корпорации.

Еден од вродените конфликти во партнерството меѓу лекарот и фармацевтската индустријата е потенцијалот лекарот да стане „продолжена рака“ на индустријата, на штета на пациентите. Со оглед на оваа економска реалност, лекарите, болниците и престижните истражувачки институции соработуваат со фармацевтската индустрија и со други компании, со цел да ја унапредуваат медицината, но во исто време и да го зголемат корпоративниот профит.

Етиката за истражувањето е применлива на сите оние кои се вклучени во медицинските истражувања, без оглед дали станува збор за индивидуален истражувач или фармацевтска компанија. Целта треба да биде бенефит или корист за пациентите. Сепак, истражувањата финансирани од индустријата на фундаментален начин го менуваат односот меѓу пациентот и лекарот, како и етичките грижи или проблеми кои се појавуваат за време на клиничкото истражување. Фармацевтските компании обично се фокусираат на генерирање профит, зголемување на цената на акциите и удел на пазарот. Се подразбира, корпорациите навистина имаат обврска кон своите акционери да работат на зголемување на пазарниот удел и цената на акциите. Овој пристап може да ги натера компаниите да иницираат нови медицински третмани кои имаат малку или никаков потенцијал за подобрување на целокупното здравје и благосостојбата на пациентите.

За да се добие пристап до пациентите и докторите заради истражување, индустријата често ги плаќа лекарите како консултанти или им обезбедува парични средства или други видови награди (конференции, бесплатно патување, домување, храна, бизнис-контакти, работни места за членовите на семејството итн.). Лекарите кои добиваат надомест или противуслуги од индустријата, имаат поголем потенцијал да бидат во судир на интереси меѓу нивниот однос со индустријата наспроти нивната одговорност и грижата кон своите пациенти. Овој однос, исто така, може да влијае негативно на истражувачките цели и наоди на лекарот или научникот. Исто така постои и поголема веројатност



да се влијае или да се извитопери расудувањето на начини кои се спротивни на соодветиот третман за пациентите, како и врз заштитата на истражувачките субјекти.

Понекогаш фармацевтската индустрија им дава финансиски стимулации и надоместоци и на пациентите. И покрај фактот дека оваа практика е сè позачестена, соодветноста на плаќање надомест на субјекти кои учествуваат во истражување може да се доведе во прашање врз основа на тоа дека самото плаќање ја поткопува етичката заштита на слободна и информирана согласност.

Постојат етички прописи за инволвираноста на фармацевтските компании во клиничките истражувања и тие се разликуваат од земја до земја. Некои медицински здруженија дефинирале строги етички правила за односот меѓу лекарите и компаниите од фармацевтската индустрија, со цел да се обезбеди рамнотежа меѓу различните интереси, но притоа одржувајќи максимална транспарентност и интегритет кај сите инволвирани страни.

Оваа врска или однос меѓу лекарите од една страна и фармацевтските компании од друга страна, е комплексна сама по себе и затоа е потребно да постојат и да се надгледуваат строги кодекси на етичко однесување за двете страни. Од витално значење е лекарите да останат независни во кои било односи кои може да му наштетат на односот пациент – лекар.



13. Лекарската совест и пријавување на злоупотреби

Студија на случај:

На 15 август 1940 година Готфрид Евалд, професор по психијатрија и директор на Државната болница во Гетинген, бил поканет во Берлин и од него било побарано да работи како раководител на тајниот нацистички проект „Т-4 евтаназија за возрасни“. Предложената позиција барала од него да носи одлуки за тоа дали определени пациенти ќе бидат убиени од страна на медицинскиот персонал. Опкружен со други лекари и високи претставници на проектот, д-р Евалд одбил да учествува заради, како што ја нарече, неговата „медицинска совест“ и „внатрешна потреба“ што резултирало во барање да го напушти состанокот. Евалд изјавил: *„Во согласност со моите принципи, јас не би ја позајмил мојата рака за да се врши истребување на овој начин на пациенти кои ми се доверени мене.“* Тој, исто така, истакнал дека шизофрениците не биле „сосема празни и безнадежни“ како што се тврдело за нив и дека таквите пациенти може да имаат корист од нови форми на терапија која во тој моментот се развивала.

По овие случки д-р Евалд напишал протестно писмо до деканот на неговиот факултет на Универзитетот во Гротинген, како и до други високи нацистички медицински претставници во Берлин, изразувајќи го своето противење на „евтаназијата“ поддржана од страна на државата. Тој тврдел дека евтаназијата, по дефиниција, требало да има *„повисока медицинска и општа цел“* за пациентите кои биле крајно болни и барале милосрдна смрт. Тој нагласил дека семејната врска меѓу родителите и децата, и други ментално хендикепирани блиски лица, секогаш заслужува почит и достоинство и затоа нацистичката програма за „евтаназија“ била неприфатлива за него: *„Не можам да избирам професија чија дневна работа е да елиминира болен човек поради неговата болест, откако тој или неговите роднини ми се обратиле мене, верувајќи ми и барајќи било каква помош“.*

И покрај стравот од одмазда, ништо не му се случило.

Референца:

Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide* (Basic Books, 1986).

Историјат:

Професионалниот статус на лекарите не постави никаква пречка за нивно учество во нацистичките злосторства, и многу лекари демонстрираа длабока посветеност кон злосторствата. Многу лекари беа составен дел од воведувањето систем за идентификување, известување, транспортирање и убивање на стотици илјади ментално болни и „расно и когнитивно компромитирани“ поединци во околности кои вклучувале централизиран психијатриски болници, затвори и логори за смрт.

Улогата на лекарот имала централна и критична улога во успехот на нацистичките политики и планови. Психијатрите, заедно со многу други лекари, помогнале во олеснувањето на идеолошките медицински практики на режимот. Имало многу малку лекари кои се спротивставиле или дури изразиле несогласување со нацистичките цели или методи.

Повеќе од половина германски лекари биле членови на Нацистичката партија. Лекарите играле истакната и централна улога во програмите за стерилизацијата и евтаназија. Лекарите биле членови во комитетите за планирање на двата процеса, и тие обезбедиле теоретска поддршка за она што се случило. Лекарите ги пријавувале своите пациенти до властите, го координирале нивниот трансфер од цела Германија до гасните комори во институциите за убиство и го олеснувале нивното убиство. На крајот, лекарите биле тие кои ги фалсификувале причините и времето на смртта во евиденциите и сертификатите кои биле испраќани до роднините на овие пациенти.

Голем дел од овој процес се одвивал и пред да се развие планот за уништување на Евреите, Циганите, хомосексуалците и другите групи во Европа. Хитлер никогаш не издал наредба да се убиваат пациенти со ментални болести. Тој го дозволил тоа во писмо кое било напишано во октомври 1939 година, а датирано од 1 септември, 1939 година. Според тоа, лекарите никогаш не добиле наредба да го помогнат процесот или да вршат убиства



на ментално болни туку биле охрабрувани да го сторат тоа. Оваа активност која се вршела во психијатриските установи, ја претставувала поврзаноста меѓу „евтаназијата“ и поголемо уништување на Евреите и други „непожелни“, во она што стана познато како „Холокауст“.

Д-р Лео Александер, главниот медицински консултант во судењето на лекарите во Нирнберг во 1946 година, ги споредил дејствата на германската медицинска професија со оние на докторите во Холандија за време на германската окупација, кои одбиле да го направат првиот мал чекор кон геноцид. Во декември 1944 година, била издадена наредба од страна на нацистичките власти до сите холандски лекари:

„Лекарот е должен, преку совет и практика, совесно и во согласност со неговата најдобра способност, да му помогне како помошник на лицето кое му е доверено во негова грижа во одржувањето, подобрувањето и повторното воспоставување на неговата виталност, физичката ефикасност и здравјето. Остварувањето на оваа должност е јавна задача.“

Оваа изјава може да изгледа, при првото читање, како неспорна и едноставна. Сепак, холандската медицинска професија, која била свесна за нацистичкиот систем за истребување, препознала дека оваа наредба ќе служи како основа за унапредување на нов стандард на грижа. Овој стандард би го позиционирал првиот приоритет врз враќање на пациентите во состојба на продуктивност за државата, наместо врз нивниот сочувствителен третман и олеснување на нивното страдање. Во овој контекст и пациентите и лекарите последователно би биле потчинети кон државата и нејзините сопствени интереси за одржување на власта, со цел да го координира општеството и да ја зголеми економската ефикасност и корисноста.

Холандските лекари едногласно одбиле да се придржуваат кон оваа наредба. Кога нацистите се заканиле дека ќе им ги одземат лекарски дозволи на оние лекари кои не сакале да соработуваат, холандските лекари ги вратиле своите лиценци и ги затвориле своите канцеларии, но продолжиле да прегледуваат пациенти во приватни околности. Нацистите потоа уапсиле 100 холандски лекари и ги испратиле во концентрациони логори. Сепак, медицинската професија одбила да се повлече т.е. да се пре-



даде. На крајот ниту еден холандски лекар не учествувал во убиства и нацистичките планови за медицински истребувања во Холандија не биле реализирани.

Д-р Готфрид Евалд бил еден од ретките германски лекари кои отворено се спротивставил на „евтаназијата“ на ментално хендикепираните лица. Тој го стори тоа, не како противник на нацистите, туку како нивен поддржувач. Тој ја поддржувал Нацистичката партија, но неговото барање за членство било одбиено, веројатно затоа што имал само една рака, која била ампутирана по повреда која ја претрпел за време на Првата светска војна. Така, тој бил спречен активно да учествува во СА. Примарното образложение на Евалд било дека Програмата за „евтаназија“ била директно во спротивност со неговата лична совест, а со тоа и на неговите професионални одговорности како грижлив и сочувствителен лекар. Тој сметал дека Програмата на нацистичката „евтаназија“, исто така, би ја прекршувала довербата меѓу лекарот, пациентот и неговото/нејзиното семејство.

Малкумина други лекари одбиле да учествуваат во убиствата, исто како Евалд. Д-р Фридрих Хелцел, лекар во Еглфинд-Хар бил уште еден таков пример. Во писмо до директорот на институцијата, тој изјавил:

„Секогаш ќе се потсетувам на разликата што постои меѓу судија и целат. Затоа, и покрај сите интелектуални увиди и добрата волја од моја страна, не можам да избегам од сознанието дека според мојата лична природа јас не сум подобен за оваа задача. Исто како и мојата желба за постигнување на какво било подобрување на природниот тек на нештата, подеднакво ми е одвратно да се носам со ова како систематска политика на ладнокрвно дејствување според објективни научни принципи и без чувство кон пациентот.“

Хелцел потоа поднел оставка од својата позиција.

Програмата Т-4 „евтаназија за возрасни“, која веќе убила околу 70.000 луѓе, официјално била прекината од Адолф Хитлер во август 1941 година заради протести од страна на истакнати црковни водачи, и протестантски и католички. Хитлер стравувал од какви било понатамошни протести кои може да доведат до лоши односи со јавноста и негативно да влијаат на воениот морал во Германија. Сепак, иако формално „евтаназијата за возрасни“ била запрена, медицинското убивање едноставно се преселило на



нови локации, вклучувајќи ги и болниците во окупираните територии, затвори и концентрациони логори. Некои германски лекари продолжиле да ги убиваат своите пациенти во она што било познато како „дива евтаназија“, при што повеќе од 200.000 лица со ментални нарушувањата од сите поттипови биле убиени. Покрај тоа, Програмата за „евтаназија на деца“ продолжила да функционира низ цела Германија.

За време на поствоеното судење на лекарите во Нирнберг, д-р Ендрју Ајви, медицински научен консултант, за обвинителството ќе изјави:

„Можеби е премногу да се каже дека еден храбар поединец, еден достоин претставник на германската медицина би можел, со помалку внимателно размислување за неговата физичка удобност, да ја спаси честта на целата професија. Сепак, јас сум убеден дека таквиот поединец би можел да направи нешто за ублажување на ужасите кои се поврзани со оваа книга [Лекари на несреќата: Приказната за нацистичките медицински злосторства]. Ако зазеде професијата силен став против масовното убивање на болните Германци пред војната, замисливо е дека целата идеја и техниките на смртоносните фабриките за геноцид не би се материјализирале.“

Референци:

1. Leo M. Alexander, *Medical Science Under Dictatorship* (Bibliographic Press, 1996, Reprinted from the NEJM, July 1949).
2. Rael D. Strous. Psychiatry during the Nazi era: ethical lessons for the modern professional. *Annals of General Psychiatry*, 6:8 (27 Feb 2007).
3. Alexander Mitscherlich, Fred Mielke, *Doctors of Infamy. The Story of the Nazi Medical Crimes* (Henry Schuman, 1949).
4. Michael Burleigh, *Death and Deliverance* (Cambridge University Press, 1994).
5. Robert Proctor, Nazi Science and Nazi Medical Ethics: Some Myths and Misconceptions. *Perspectives in Biology and Medicine*, 43: 335-46 (2000).



Прашање:

- Прашањето за лекарската совест: Дали пријавувањето на злоупотреби е должност на лекарот?

Дискусија:

За време на нацистичкиот режим, медицината поддржувала задолжителна стерилизација и „евтаназија“ на физички и психички болни лица, а потоа и убивање на „инфериорни“ раси. Тие го направиле ова со примена на научно невалидни заклучоци од еволутивната биологија. Иако биле погрешни овие филозофски конструкции и научни парадигми на еволутивната теорија, тие исто така биле и неморални и спротивни на основните начела на медицинската етика и клиничката практика. Било наведено дека првиот знак на распаѓање на нацистичката медицина бил неуспехот на германските лекари да го оспорат суштинското јадро на нацистичките вредности. Во овој контекст премногу лекари биле подготвени молчешкум да се согласуваат со политичкиот тек; премногу лекари не сакале да се спротивстават, и премногу од нив биле подготвени да отстапат од општоприфатените практики кои биле создадени од расистичката држава.

Ова не е местото каде што може да се реши прашањето за тоа зошто постоел толку мал отпор или одбивање на овие програми меѓу германските лекари. Она што е важно е да се забележи дека таму каде што имало значителен отпор од страна на медицинската заедница, како во случајот со холандските лекари, забележително е дека се постигнул значаен успех во запирањето на процесот на убиство во името на науката. Овој пример ни покажува колку моќна алатка може да биде медицинската или лекарската совест. Постапките на холандските лекари се темелат на нивните доблесни размислувања дека првото нешто за кое треба да помислат е интересот на нивните пациенти, а не други идеолошки политики, без разлика дали се политички, социјални или економски. Поради тоа што лекарите одбиле да учествуваат во убиствените шеми и тоа заради нивните етички убедувања, холандските ментално болни лица биле поштедени.

Може да се постави реторичкото прашање: Што би се случило ако постоеле повеќе лица како д-р Евалд кои би пријавувале



злоупотреби? Обврската за пријавување на некомпетентност, оштетување или несоодветно однесување од страна на своите колеги, честопати наречено како „свиркање“ т.е. „пријавување на злоупотреби“, е нагласена во кодексите на медицинската етика. На пример, Меѓународниот кодекс за медицинска етика на СМА вели: *„Лекарот треба... да ги пријави на надлежните органи оние лекари кои практикуваат медицина на неетички или некомпетентен начин или кои се вклучени во каква било форма на измама.“*

„Свиркањето“ т.е. „пријавувањето на злоупотреби“ во рамки на здравствената заштита вклучува голем број активности, од искреност кон пациентите кога се случуваат медицински грешки, до јавни откритија на големи институционални пропусти или неетички практики. „Свиркањето“ може да се гледа како „совест која се разбудила“, а совеста е камен-темелник на медицинската етика и доблесната професионална практика. Во медицината, дејствувањето во согласност со совеста и професионалниот интегритет треба да биде правило, а не исклучок. Ова значи дека лекарите не треба да постапуваат само според она што мислат дека е исправно, туку исто така треба да применуваат и етички принципи и практики во име на нивните пациенти.

Лекарите може да одбијат да се согласат со определени барања врз основа на личната совест, и тие може да одбијат да извршат определена процедура врз основа на професионалната совест, особено кога постапката е неспојлива со медицинската етика и соодветните цели на медицината. Покрај тоа лекарите треба да алармираат со „свирчето“ кога ќе утврдат каков било прекршок затоа што ако не постапуваат поинаку тоа ќе биде во спротивност со фундаменталните професионални вредности кои ја дефинираат неговата или нејзината улога како лекар.

Сепак, примената на таквите етички принципи не е така лесна. Може да има штетни последици за лекарот кој би пријавил злоупотреба, или одбива „да се согласи“ со постапка или политика која е, според неговото мислење, етички погрешна. Ваквите постапки може да се сметаат за „предавство“ на колега, супервизор или од општеството во кое живее и работи. Непријателство, професионална и политичка одмазда, како и лични и навредливи напади се очекуваните резултати. Сепак, и покрај овие потенцијални недостатоци, професионалната обврска на лекарот



е да се труди да го стори вистинското и етичкото дело. Покрај тоа, лекарите, исто така, се одговорни за одржување на добриот углед на професијата. Тие честопати може да бидат единствените кои се во позиција да ја увидат или да ја откријат неспособноста, оштетувањето или несоодветното однесување.

Затоа, очекувањата на јавноста и професијата треба да бидат насочени кон промена во однесувањето или прифаќање и олеснување на постапката за пријавување на злоупотреби т.е. „свиркањето“ во медицинското образование и практиката кое е пожелно и итно потребно. Неопходно и разумно е медицинските училишта да развиваат наставни програми и програми за обука во кои учениците ќе научат како да ги разберат комплексните етички и правни принципи и принципите за човековите права кои го оправдуваат чинот на пријавување на злоупотреба. Историските случаи, исто така, треба да бидат дел од наставната програма со цел да се обезбедат вистински човечки примери на медицинска и морална совест.



Втор дел:

Лекарите затвореници

Историјат за лекарите затвореници

Во раните години на нацистичкиот режим, национал-социјалистичката влада формирала концентрациони логори за да ги притвора политичките и идеолошките противници. Сè повеќе во годините пред почетокот на Војната, СС и полициските службеници во логорите затворале Евреи, Роми и други жртви на етничка и расна омраза.

За да го концентрираат и да го надгледуваат еврејското население, а подоцна и да ја олеснат депортација на Евреите, нацистите и нивните соработници во окупираните земји создале гета, транзитни кампови и кампови за принудна работа за Евреите во текот на воените години.

Гетата биле градски области (често затворени), налик на логори, каде Евреите биле држени под строга контрола посебно во однос на нивниот внатрешен живот и организација која им се наметнувала и била спроведувана преку насилни средства од страна на нацистичкиот режим. Гетата ги изолирале Евреите со одвојување на еврејските заедници од нееврејското население, како и од другите еврејски заедници.

Едно од оправдувањата за создавање на овие гета било да се спречи ширењето на заразни болести од страна на Евреите. Некои научници тврдат дека гетата биле дизајнирани да служат како индиректен инструмент за уништување, како средство за физичко уништување на Евреите со ускратување на основните потреби за животот, наместо со употреба на смртоносно оружје. Нацистите основале најмалку 1.000 гета во земјите окупирани од Германија, вклучувајќи ја и приспоената Полска и Советскиот Сојуз.

Германците сметале дека основањето на овие гета претставува привремена мерка за контрола и сегрегација на Евреите во период кога нацистичкото раководство во Берлин размислувало за начини на уништување на еврејската популација. Некои гета постоеле само неколку денови, други со месеци или години.

Со спроведувањето на „финалното решение“ (планот да се убијат сите европски Евреи) кое започнало кон крајот на 1941 година, Германците систематски ги уништувале гетата. Германците и прогерманските власти од другите држави ги убивале жителите на гетата и ги фрлале во масовни гробници лоцирани во близина на гетото или ги депортирале жителите, обично со воз, во центрите за убивање каде што биле убиени.

На катастрофите што се случиле во многу од гетата поради одврнатите услови, може да се гледаат како на претежно медицински услови или причини. Секое гето било карактеристично по густата пренаселеност, а животот во гетото бил насочен кон пронаоѓање доволно храна за да се преживее, а со тоа да се избегне дебилизација што предизвикувала подложност на болест. Заканата од болести и глад била очигледна и присутна долго време пред да биде препознаен крајниот план на нацистите и еврејските заедници морале да се борат во одржување на здравствените услуги и јавното здравје во неизмерно пренатрупаната популација. Жителите на гетото живееле во ужасни услови со ограничен простор, храна, вода, топлина, електрична енергија, канализација и санитарни услови. Медицинските и здравствено поврзани потреби биле огромни и обидите да се задоволат овие потреби секогаш биле комплицирани и претежно неуспешни. Но и покрај тешкотиите, медицинските установи кои постоеле и од претходно требало да се управуваат, но исто така требало да се создаваат и нови, биле во согласност со позицијата и потребите на гетото. Медицинската практика се грижела за сите проблеми и несигурности исто како и на други места каде било во светот, како и за многумина други лица кои биле поврзани на кој било начин со животот во нацистичкото гето. Во гетото не биле достапни ефективните мерки за лекување на вообичаено лесно излечивите болести.

Но гетото ги содржело и сите услови што биле потребни за деградирање на здравјето во заедницата и ширењето на заразни болести. Еден од главните проблеми била контролата на заразни-



те болести како тифус. Иронично, германската власт им наредила на еврејските заедници, под раководство на Еврејските совети во секое гето, да се справат со овие проблеми, но на еврејските лекари и другиот медицински персонал не им биле обезбедени условите за да се борат со проблемот на ефикасен начин. Германскиот метод за контрола на заразните болести било да се користат брутални карантински и дезинфекциски методи или да се запалат болниците со вработените и пациентите заробени внатре. И покрај овие тешкотии, во многу гета еврејските одделенија за здравство воделе епидемиолошка војна против овие заразни болести и во многу случаи напорите биле привремено успешни.

Друг фактор кој морал да се земе предвид била константната опасност и стравот кои станале составен дел од животот на жителите во гетото. Германските апсења постојано ги вознемирувале еврејските медицински активности, како што правеле и со секој друг аспект од животот.

Германската власт, исто така, создала голем број логори за принудна работа за неевреите и мало малцинство на Евреи, чија работа и труд била планирана да биде искористена од страна на Германците.

За разлика од концентрационите логори, кои првенствено послужиле како притвор и центри за принудна работа, центрите за убивање (исто така познати како „логори за истребување“ или „кампови на смртта“), биле речиси исклучиво „фабрики за смрт“. Помеѓу 1941 година и 1944 година, нацистичките германски власти депортирале милиони Евреи од Германија, од окупираните територии и од земјите сојузници кои припаѓале на оската на злото во гета и во логори за истребување. Германската СС и полицијата убиле речиси 2.700.000 Евреи во центрите за убивање или со задушување со отровен гас или со стрелање.

Најголемиот камп за истребување бил Аушвиц.

Докторите на СС биле формално одговорни за здравјето на затворениците, но сите тие се откажале од медицинската обврска кон затворениците и одржувале вистинска фасада на медицински третман. Во текот на првите години во Аушвиц, лекарите во затворот, ако им било дозволено, воопшто, да работат на својата професија, биле вработувани исклучиво како медицински сестри или помошници, а диспанзерите се сметале само како засолниш-



те од ужасите во логорот или како место за релативно мирна смрт. Болните затвореници речиси и да не добивале медицинска помош, а сериозно болните затвореници вложувале максимални напори за да избегнат хоспитализација. Со почетокот на селекциите кои биле вршени од страна на СС докторите и осудувањето на болните затвореници на смрт со примена на фенолни инјекции или гасни комори, болниците станале ефективни „чекални за крематориум“. Речиси немало никакви медицински инструменти или лекови и повеќето затвореници добивале комплетно несериозни третмани кои биле под сите прифатливи стандарди на грижа за пациентот. Многу малиот број лекари во затвор, барем на оние на кои им било дозволено да работат во оваа фаза, не можеле да направат практично ништо за да го намалат страдањето на нивните пациенти.

Како што растела побарувачката за работна сила на германската воена економија, која се хранела од трудот на затворениците во концентрационите логори, СС се обидела да ја намали високата стапка на морталитет во логорите. Властите на СС изградиле нови одделенија и други медицински услуги, и дозволиле вработување на повеќе затворски лекари во логорскиот болнички систем. Оваа одлука, сепак, не значела дека условите во диспанзерите се подобриле, туку дека на лекарите затвореници им било дозволено да се обидат да им овозможат некаква форма на медицинска грижа на своите пациенти затвореници. Во некои случаи нивото на третман се подобрило, но никогаш не стигнало до нивото на прифатлив стандард на медицинска нега. Во оваа фаза, логорскиот болнички систем им овозможувал медицински третман само за оние затвореници чија состојба ветувала брзо закрепнување и враќање на работа. За посериозно болните затвореници, особено за Евреите, системот продолжил да функционира како инструмент за истребување. Напорите кои ги правеле лекарите затвореници за да ги заштитат сериозно болните и ослабени затвореници биле систематски прекинувани од страна на континуирана практика на докторите од СС со постојаната селекција на пациенти и нивно упатување во гасните комори. Лекарите затвореници честопати ги криеле или предвреме ги испуштале пациентите од болниците знаејќи дека се планираат нови селекции. Искористувајќи ги пропустите на докторите од СС, кои никогаш сами не ги прегледувале пациенти туку само ги проверувале ме-



медицинските картони, лекарите затвореници ги фалсификувале медицинските записи и евиденцијата и им ги презентирале нив, знаејќи дека постојат добри шанси за преживување.

Многу од овие еврејски лекари преживеале затоа што како медицински професионалци тие имале квалификации што можеле да се искористат во гетата и логорите, и затоа што биле подготвени или способни да ги применат таму. Тие биле свесни за системот кој ги занемарувал нормалните етички вредности и ги принудувал своите жртви да соработуваат. Споредувањето на нацистичката употреба на медицината за нанесување болка и страдање врз невини жртви и обидите на еврејските лекари за давање на каква било помош, во отсуство дури и најосновните алатки, за да се ублажат страдањата и да се зачува животот, ги демонстрира дијаметрално спротивставените цели кон кои може да се насочат медицинските вештини. Лекарите, како лекари, грижејќи се за своите пациенти успеале да најдат причина и да водат битка за опстанок. Постапките и делата кои се одлучувале тие да ги прават биле оние постапки и дела за кои сметале дека најмногу ќе им помогнат на нивните созатвореници. Лекарите и медицински сестри затвореници, генерално направиле се што можеле за своите пациенти и покрај неверојатно тешките услови, и нивната работа во нацистичките гета и логори ги натерале да им се спротивстават на етичките дилеми кои не ги сретнале претходно. Некои од овие етички дилеми се дискутираат и во случаите презентирани во текстот.



1. Медицинска бесмисленост во екстремни околности

Студија на случај:

Д-р Алберт Хас, еврејски доктор од унгарско и француско потекло, бил регрутиран од француското движење на отпорот. Откако бил поткажан и откриен, тој бил фатен од нацистите, кои го мачеле и го испратиле во концентрациониот логор Дахау. Подоцна, д-р Хас бил испратен во концентрациониот логор Гусен 11, кој бил дел од комплексот Маутхаузен во Австрија. Таму бил испратен да работи во амбулантскиот блок каде што се грижел за логорските затвореници кои биле премногу болни за да можат да работат. Ресурсите за лекување биле неверојатно ретки и недостапни. Лекарите можеле да направат многу малку. Тие се обидувале да ги одржат пациентите во живот со тоа што малку го имале на располагање. Повеќето пациенти починале од глад или исцрпеност или биле убиени од страна на суровите чувари пред воопшто да можеле да се лекуваат.

Кога пристигнал д-р Хас во медицинската амбуланта во Гусен II, тој го прашал својот колега д-р Хенри Дезол, кој веќе бил таму определено време, да му помогне да ја разбере улогата на лекарот во логорите. Д-р Дезол одговорил:

„Како можам да ја објаснам залудноста и бесмисленоста на нашата професија во ова место? Сигурен сум дека и ти си бил идеалист кога си бил студент, со соништа за победа над фаталната болест. Се бориш напорно, се бориш да го разбереш човечкото тело и конечно се чувствуваш подготвен да ја прифатиш вечната борба против смртта... Кога ќе ги видиш пациенти внатре во НКВ [амбулантата], ќе се запрашаш дали Германците го направија најсуровиот потсмев на Хипократовата заклетва!“

Откако лекарот бил воведен во работата на амбулантата, д-р Хас наскоро ја доживеал реалноста како е да се биде лекар во Гусен. Хас напишал во своите мемоари:

„Само што влеговме во Одделот, ме удри силен и непријатен мирис. Креветите беа полни со заплеткани полусвесни тела, исушени раце и нозе кои се движат полека и бесцелно, тела кои вршат дефекација и уринираат едно на друго. На секој кревет имаше куп од шест до

осум од овие живи скелети, полека движејќи ги своите екстремитети, со кожата протегната над коските и со монструозно зажарени очи, пропорционално многу поголеми од ужасно исцедената глава и тело. Беше тешко да се поверува дека некогаш овие тела биле здрави, среќни човечки суштества. Затворениците кои боледуваа од неконтролирана дизентерија тука ја чекаа својата смрт. Тие не добиле никаков лекарски третман и само половина од порцијата која им ја давале на другите пациенти во амбуланта.

Ние не можевме да направиме ништо ефективно за затворениците кои имаа дизентерија освен да им дадеме вода измешана со аспирин и неколку зборови за охрабрување за да не се чувствуваат потполно напуштени. За жртвите од тифус сè што можевме да направиме е да спречиме тешка дехидрација за време на фазата на треска.

Потоа ќе се случи тепање кое бргу резултираше со некроза. Јас ќе ја обложев областа на повредата, но недостатокот на антисептик значеше дека беше само прашање на време пред пациентите да развијат општа септикемија и да починат во ХКБ, или од инфекција или од раката на тепачот - Blockaltester.

И така ја започнав мојата професионална кариера како лекар на проколнатите од Гусен 11.“

Референца:

Albert Haas, *The Doctor and the Damned* (St. Martin's Press, New York, 1984)

Историјат:

Затворениците и медицинските сестри понекогаш биле испраќани да работат во медицински објекти (бараки) во концентрационите логори. Овие медицински блокови биле направени кога нацистите сфатиле дека затворениците конституираат вреден извор на принудна работа за нивните фабрики, и дека било во национален интерес да ги одржат доволно здрави за да може да работат за воените и економските потреби на Рајхот. Во реалноста, овие медицински блокови биле колиби, исти како и другите кои биле направени за да може затворениците да добиваат некаква форма на медицински третман. Овие таканаречени болнич-



ки бараки биле слабо опремени и неизмерно пренатрупани, така што вистинскиот медицинскиот третман бил крајно ограничен. Повеќето пациенти во болничките блокови во логорите умираше од болест пред да може да бидат убиени во гасните комори или со некој друг метод, како што се инјекции, стрелање или бесење.

Прашање:

- Етичкото прашање на медицинската бесмисленост: Што може да го направи лекарот во бесмислени ситуации кога сета надеж е загубена?

Дискусија:

Овој случај се занимава со медицинската бесмисленост. Во контекстот на смрт, притворање, мачење, болест, глад и екстремно ограничени ресурси, лекарите во концентрационите логори се соочувале со реалноста за тоа што може да направат тие како лекари. И покрај ужасните услови, многу лекари затвореници се обиделе да ги лекуваат пациентите, да ги одржуваат живи и колку што е можно поздрави, па дури понекогаш ги ризикувале и своите животи за да ги спасат своите пациенти од истребување.

Случајот на д-р Хас открива дека во многу околности, она што лекарите можеле да го понудат е палијативна нега на најосновното ниво: охрабрувачки зборови, чаша вода, аспирин. Сепак, дури и овие најосновни и грижливи дела, може да направат разлика во благосостојбата на пациентите. Ова е откриено од мемоарите на многуте преживевани лица: многумина се секаваат на хуманиот пристап на лекарите и медицинските сестри кои се грижеле за нив, а кој бил главниот фактор што ги одржувал во живот.

Лекарите и другите даватели на професионална нега не може секогаш да ги лечат и да ги спасуваат животите на пациентите. Но, крајната цел требала да биде подобрување на прогнозата, благосостојбата, удобноста или општата здравствена состојба. Нивниот повик, заснован на медицинската експертиза и етика, е максимално да им помогнат на своите пациенти. Кога потребниот лек недостасува или кога медицинските ресурси се ограничени или воопшто не постојат, понекогаш сето она што може да го



стори негувателот е да биде љубезно, сочувствително и грижливо лице кон своите пациенти. Медицинските околности и ресурси се разликуваат со секој пациент и во секое клиничко опкружување, како во текот на историјата, така и во нашево време. Медицинските околности, исто така, може да варираат помеѓу најоптималните и најлошите услови за неа. Сепак, улогата на медицинскиот професионалец е да обезбеди сочувствителна грижа, без оглед на ситуацијата или околностите. Давателот на медицинската неа треба да се обиде, онолку колку што е способен, да ги максимизира условите за здравје и за лекување, да ги ублажи болката и страдањето, и да обезбеди најдобра можна грижа кои ја дозволуваат околностите.



2. Медицинска тријажа

2.1. Злоупотреба на медицинската тријажа: нацистичка „селекција“

Студија на случај 1: д-р Луси Аделсбергер

Луси Аделсбергер, еврејски педијатар, е родена во 1895 година во Нирнберг, Германија. Таа била транспортирана во Аушвиц во 1943 година, каде што работела во Циганскиот логор, а подоцна и во Женскиот логор како лекар затвореник во логорот. Во своите мемоари го опишува процесот на „селекција“ кој го вршеле нацистичките лекари:

„Она по што беа познати концентрационите логори во Аушвиц беше процесот на селекција. Со ова мислам на сортирањето луѓе кои беа праќани во гасните комори и последователно кремирани. Оваа постапка се применуваше речиси исклучиво на Евреите и вклучуваше три категории на луѓе, три „нови субјекти“: оние кои само што пристигнале во Аушвиц, затвореници од логорот и болни луѓе од самиот логор. Старите, слабите и оние лица кои очигледно биле болни и неспособни да работат, автоматски биле селектирани.

Механизмот на селекција беше премногу цврсто воспоставен и сите го знаеја и најмалиот детаљ. Лекарот на логорот командуваше со еден или повеќе блокови и им наредуваше на голите затвореници да се движат во една редица. Тој потоа ги избираше лицата, кои поради слабост или недоволна ухранетост, едема на глад, или поради шуга или изгореници - овие беа доволно добри причини - требаше да одат во гасна комора. Броевите за идентификација на овие несреќници беа запишувани на самото место и тие веднаш беа префрлувани во блокот за селекција, каде што чекаа смрт, често без храна и целосно свесни за својата судбина.

Проблемот за нас во Аушвиц не беше дали ќе бидеме селектирани, туку кога и како.“

Референца:

Lucie Adelsberger, *Auschwitz: A Doctor's Story*. (Northeastern University Press, 1995).

Студија на случај 2: д-р Едуард Виртс

Д-р Едуард Виртс бил роден во 1909 година во Германија. Додека бил во медицинско училиште на Универзитетот во Вирцбург, се приклучил на нацистичката партија, а потоа и на германските специјални сили (storm troopers) во 1933 година. Во 1939 година, волонтирајќи во воената служба, тој бил примен во Waffen SS и служел во Норвешка и на Источниот фронт, каде што бил прогласен за медицински неспособен за борбена должност. Во 1942 година д-р Виртс бил назначен во Аушвиц како главен медицински офицер.

Првично д-р Виртс се спротивставил на смртните селектирања, како и на фактот дека лекарите ги вршат селекциите. Сепак, подоцна тој станал убеден дека суштинска одговорност на лекарите од логорот е да ги прават овие избори, па така и тој лично започнал да прави селекции како дел од неговите медицински обврски. Покрај тоа, тој вршел притисок и врз неговите медицински помошници да учествуваат во оваа работа. Селекциите, направени од овие лекари, ги делеле луѓето на „способни за работа“ или на оние кои се сметаат за „непогодни“; со други зборови одлучувал кој ќе умре, а кој ќе остане жив.

Како главен доктор, Виртс го одобрувал бројот на затвореници избрани за смрт. Овие броеви се базирале на капацитетот на затворите, како и на „квотите“ за производство на логорот, кои се утврдувале од страна на Нацистичкиот оддел и СС. Поради постојаното менување на околностите на војната, како и постојаните депортации кои пристигнувале во логорите сочинети од Евреи, Цигани, затвореници и туѓинци на присилна работа, бројот на затворениците во логорите постојано флукуирал. Селекциите често се правеле за да се направи простор за нови затвореници, да се растовари пренатрупаноста во логорот, работните квоти за производство, како и заради спречување на ширењето на епидемии. Виртс, исто така, бил одговорен (заедно со други лекари и логорски функционери) за носење на одлуката дали да се одвојат мајките и децата при правењето на селекциите.

По војната д-р Едуард Виртс бил уапсен од страна на Британците. Тој извршил самоубиство во септември 1945 година.



Референци:

1. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide* (Basic Books, 2000).
2. Hermann Langbein, *People in Auschwitz* (The University of North Carolina Press, 2004).

Историјат: Селектирањето во Аушвиц

Откако ќе пристигнеле во Аушвиц, Евреите, Циганите и другите биле предмет на постапка наречена „влез“. Овој термин е несреќно познат и како „селекција“. Тоа всушност било екстремна злоупотреба на медицинската функција на тријажа (оригиналниот термин кој потекнува од француска војска, всушност, значи употреба на ограничени ресурси за лекување на оние кои би можеле да бидат спасени).

Селекциите обично биле спроведувани од страна на лекарите од СС, заедно со стоматолози и фармацевти и други функционери од СС. Првенствено, селекциите биле вршени врз основа на расата, возраста и „подготвеноста за работа“. Некои поединци, имајќи посебни физички, вродени или наследни карактеристики, како што се близнаци, исто така биле „тријажирани“ за експерименти врз луѓе.

Докторите од СС вршеле дополнителни форми на селекции. Во логорот еврејските затвореници честопати биле свикувани и поредувани во редица каде што најслабите биле бирани за смрт, со цел да се направи простор во логорот за новите пристигнувања на депортирани лица. Селекциите, исто така, биле спроведувани и во медицинските блокови, каде што лекарите селектирале сериозно изнемоштени пациенти, луѓе со сиромашна и влошена виталност, особено оние кои имаат потреба од повеќе од две или три недели за нивното закрепнување. СС лекарите биле консултирани за да го определат најдобриот начин за ефикасно организирање и управување со селекциите. Тие, всушност, давале препораки за селекциите на мајките и нивните деца. Тие служеле како медицински советници, посочувајќи најдобри методи за ефикасно и брзо убивање на голем број луѓе во краток временски период. Тие давале совети за политиките за смртни квоти во камповите и ги мереле економските трошоци и придобивките на на-



цистичкиот режим меѓу одржување на затвореникот во живот наспроти изборот за истребување.

Изборите во Аушвиц биле продолжение на Програмата „евтаназија“ во германските ментални институции, каде што принципот на убивање на болните и несаканите веќе бил воспоставен во нацистичките медицински кругови.

Според зборовите на Роберт Џеј Лифтон: „*Нацистичките верзии на „евтаназијата“ и „финалното решение“ им се приближуваа на медицинските блокови во Аушвиц, а со тоа му овозможуваа на Аушвиц важна алатка за медицинско оправдано убиство.*“

Референци:

Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide* (Basic Books, 2000).

Прашања:

- Кои се етичките размислувања при вршењето на медицинска тријажа?

Дискусија:

Тријажа е медицинска постапка за приоритизирање на лекувањето и управување со лекувањето заснована на брза дијагноза и процена за прогнозата за секој пациент. Тријажата мора да се врши систематски, земајќи ги предвид медицинските потреби, медицински можности за интервенција и расположливите ресурси.

Идеално, тријажата треба да им се довери на овластени, искусни лекари или на други медицински тимови како медицински сестри, потпомогнати од страна на компетентен персонал. При изборот на пациенти кои може да бидат спасени, лекарот треба да го има предвид само нивниот медицински статус, а да ги исклучува кои било други разгледувања кои се базираат на немедицински критериуми. Лекарот треба да дејствува според потребите на пациентите и достапните ресурси. Тој/таа треба да се стреми да постави редослед на приоритети при лекувањето по



кој ќе може да се спасат најголем број животи и кој ќе ја ограничи или ќе ја одржува смртноста на минимум.

Нацистичките лекари вршеле екстремна и цинична медицинска тријажа како дел од нивната професионална работа во логорите. Тријажата која се вршела, всушност не се вршела врз болни пациенти кои имаа потреба од лекување, тука на беспомошни, болни затвореници кои биле категоризирани, не според нивните медицински потреби, туку врз основа на суровите критериуми утврдени од страна на нацистите, во согласност со неопходното функционирање на концентрационите логори.

Одлуките на овие нацистички лекари не се засновале на етичката премиса дека тријажата се изведува со цел да се спаси најголемиот број животи, туку се засновале на знаењето дека нивните одлуки би довеле до смрт кај селектираните. Медицинското знаење на медицинскиот персонал кој ги вршел овие недела било злоупотребувано во екстремни пропорции, исто како што бил злоупотребуван и нивниот медицинскиот статус, бидејќи овој процес на селекција во суштина претставувал форма на „организирано убиство маскирано во форма на тријажа“. Овие нацистички лекари, обучени како професионалци, кои во многу случаи биле искусни лекари, знаеле многу добро што, всушност, треба да претставува тријажата. Со правењето избор во кој се согласуваат со вршење на неморална селекција во логорите, тие ги прекршиле сите етички, морални и професионални размислувања и постапувања.

2.2. Дистрибутивна правда

Студија на случај:

Д-р Абрахам Вајнриб бил роден во Киелце, Полска, во 1912 година. Дипломирал на медицинското училиште во Варшава. Во 1941 година работел во здравствениот оддел на Вилна кога германската војска извршила инвазија на градот и кога Вилна гетото било формирано. Во гетото на д-р Вајнриб му била доделена одговорноста за администрација на Еврејската болница. Болницата функционирала под навистина тешки околности, со стотици па-



пациенти кои биле во грозна состојба. Германците официјално го забраниле снабдувањето со лекови за Евреите во гетото што довело до сериозен недостиг на медицински потрошен материјал, а со тоа и до загрозување на животите на жителите во гетото. Како шеф на болницата, тој морал да изнајде метод на одлучување за тоа кои пациенти би добиле третман т.е. би се лекувале и со така скромните ресурси кои ги имале на располагање, а кои пациенти не би ги добиле.

Д-р Вајнриб ја објаснува оваа дилема со која се соочувале еврејските лекари. Според неговите зборови:

„На кој требаше да му се даде правото да одлучува за тоа кој ќе живее, а кој ќе умре? Лековите не беа доволни за сите пациенти. Бројките не се она што го прават ова прашање да биде толку проблематично, затоа што бројот на пациентите не можеше ни да се спореди со бројот со кој Judenrat [Еврејскиот совет] мораше да се справува. Прашањето беше како да се справиме со овој проблем на хуман начин? Еден човек нема право да одлучува за судбината на друг човек, без разлика колку луѓе се вклучени...

Снабдувањето со медицински ресурси за Евреите во гетото беше целосно прекинато. Се секавам на средбата со фармацевтот Фрумкин, на која разговаравме за калциумот. Во тие години калциумот се сметаше за единствениот достапен лек со кој може да се лекуваат пациенти со туберкулоза... Резервите на калциум беа при крај и имаше само една алтернатива, а тоа беше да се намали дозата на лекот која се дава по пациент, а исто така да се намали и бројот на пациентите кои ќе го примаат лекот. Но, овој лек е ефикасен и дејствува само ако се администрира во определени дози! Кој ќе добие калциум, а кој нема да добие? Чие право беше да одлучува за тоа? Кој треба да живее, а кој треба да умре?“

Никој од медицинските власти во гетото не можел да ја реши оваа дилема. Вајнриб одлучил да формира комитет составен од три интернистички специјалисти, рабин и правник. На состанокот тој ја објаснил важноста на овој лек за пациентите и ги опишал страшните последици ако пациентите не го добијат лекот. Рабинот ја објаснил својата позиција со наведување дека само Бог го дава и го одзема животот и дека тие немаат право да одлучуваат. Другите лекари кои биле присутни ја напуштиле собата. Правникот се обидел да ја објасни дилемата од правна гледна точка.



Комитетот не можел да го реши овој проблем и тие сите ја напуштиле собата.

Д-р Вајнриб останал сам со проблемот. Резервите на калциум постепено се намалувале за по два месеца целосно да се потрошат.

Референца:

Abraham Wajnryb, Personal testimony: *Memoirs of a Doctor from the Wilno Ghetto*.

Прашања:

- Дали за проблемот со дистрибутивната правда лекарот треба сам да одлучува? - Кои алатки му се достапни на лекарот во овој процес на одлучување?

Дискусија:

Еден од водечките принципи на медицинската етика е потребата за правда, што е синоним за праведност, и може да се сумира како морална обврска да се дејствува врз основа на фер расудување помеѓу спротивставени тврдења. Дистрибутивната правда во медицината претставува фер дистрибуција на ограничените ресурси. Општо е прифатено дека лекарот има обврска да стори сè што може во корист на индивидуалниот пациент. Сепак, во услови кога ресурсите се ограничени, способноста на лекарите да ја исполнат оваа обврска може да биде ограничена. Во дискурсите и општествените дебати за дистрибутивната правда во медицината, лекарите, врз основа на својата професионална експертиза, имаат должност да ги штитат интересите на своите пациенти. Иако лекарите не треба сами да донесуваат одлуки во такви случаи, од витално значење е лекарите да учествуваат во етичката дебата и во процесот на носење на одлуката, со цел да ги заштитат и да се залагаат за интересите на пациентите на општествено ниво.

Случајот со дистрибуцијата на ограниченото медицинско лекување во Вилено гетото претставува екстреман пример на дистрибутивна правда. Лекарот д-р Вајнриб, морал да донесе одлука. Тој ја препознал важноста на другите чинители во процесот на донесување одлуки и на тој начин формирал комитет од клучните сектори во заедницата на гетото. Тој се надевал дека таквата



етичка комисија може да донесе морално прифатлива и правична одлука. Ова може да се спореди со одлуките за дистрибутивна правда кои денес често се прават во организации и во поголем општествен и политички контекст. Сепак, овој случај, исто така открива дека кога не се формулира или постигнува правично решение, проблемот не исчезнува. Наместо тоа, лекарите сè уште се соочуваат со етичката дилема и треба да се обидуваат да го направат најдоброто што може да го направат во дадените околности.

Постојат два начина на кои комитетот може да ѝ пристапи на оваа страшна дилема: лотарија и тријажа. Тријажата често се применува во ситуации во кои здравствените работници, процедурите или третманите не им се доволни на оние на кои им се потребни. Во случај на тријажа, во итни ситуации, оние луѓе кои имаат најголема веројатност да преживеат се, всушност, оние кои треба први да се третираат или да се лекуваат. Оние со мала веројатност за опстанокот се последните што треба да добиваат лекување, ако има воопшто логика од лекување. Во случај на ограничени лекови, лицата кои бргу би заздравиле, би биле идентификувани од страна на комисијата и би добиле третман. Предноста на овој метод е тоа што поединците кои би имале најдобри шанси за преживување би добиле терапија. Недостатоците се дека нема сите поединци да имаат еднакви шанси при добивањето лекови и комитетот ќе мора да носи одлуки кои најверојатно ќе ја забрзаат смртта кај некои луѓе.

Вториот пристап би можел да биде лотарија. Ако се претпостави дека сите животи имаат еднаква вредност, тогаш сите треба да имаат еднакви шанси за добивање третман. Комисијата можела да воспостави постапка во која ќе се утврдува максималниот број лица кои би добиле терапија и тие лица би биле избрани по случаен избор. Предноста на овој метод е дека нема да постои сомневање за правичност и тие лица кои би биле избрани, би биле избрани случајно. Во тој случај одлуката нема да биде донесена од страна на комисијата или од кој било поединец. Недостатокот на овој пристап е што некои поединци кои имаат фактори кои придонесуваат за севкупна полоша прогноза може да добијат навистина вредни лекови, додека други поединци кои имаат поголема шанса за преживување може да бидат одбиени и да починат во ситуации во кои лесно можеле да преживеат.



3. Ризиците на медицинската нега

3.1. Обелоденување на професионалниот идентитет во ситуации кога се соочуваме со смртоносна опасност

Студија на случај:

Д-р Готфрид Блох бил роден во 1914 година, во Бохемија. Тој посетувал медицинско училиште во Прага, но бил принуден да го напушти училиштето во текот на последниот семестар, откако Германија извршила инвазија врз Чехословачка во 1938 година, кога на нееврејските студенти по медицина не им било дозволено да ги продолжат своите студии. По германската анексија, тој работел во еврејски општествен центар како психолог.

Во 1943 година д-р Блох, заедно со неговото семејство, бил испратен во гетото Терезиенштат. Тој работел во гетото како доктор каде што дознал за „исчезнувањето на луѓето во мистериозните пратки кон исток“. По неколку месеци во Терезиенштат, и самиот д-р Блох бил депортиран во Биркенау-Аушвиц и бил затворен во чешкиот семеен камп. Откако му бил истетовиран број на раката, му било кажано од друг затвореник дека само оние што се потребни за работа во кампот имаа добри шанси за преживување. Кратко потоа слушнал звук на свирче и наредба сите лекари да се пријават на повик.

Во своите мемоари д-р Блох пишува дека знаел дека ова ќе биде „Одлучувачки момент во мојот живот“. Тој морал да донесе одлука дали да открие дека е лекар или да премолчи. Во тоа време тој немал претстава колкаво ќе биде значењето на оваа одлука.

Блох истрчал бргу и се наредил заедно со другите затвореници. Навистина долго чекале да дојде лекарот од СС. Тензијата била неподнослива. Кога сите лекари затвореници се наредиле во колона и докторот од СС започнал да ги испитува, Блох излегол од колоната и објаснил дека тој сè уште не е квалификуван лекар. СС лекарот само му се насмевнал („Тоа беше првата и последна смеа што ја слушнав во Аушвиц.“), а потоа продолжил да му наре-

дува да работи во болничките бараки. Според д-р Блох оваа одлука му го спасила животот. Според него: „Почувствував олеснување во врска со мојата задача. Се сомневав дека одлуката за мојата професија беше навистина важна. Само тогаш не знаев колку ќе биде битна.“

Д-р Блох продолжил да работи во различни логори во Аушвиц. Тој бил во можност да преживее затоа што можел да работи како лекар (а лекарите биле особено потребни во некои затворски логори заради лекување на други затвореници, одржувајќи ги живи за да работат). Блох подоцна бил транспортиран заедно со други затвореници кои биле медицински персонал во логорот за принудна работа Ордриф, каде што неговата физичка состојба се влошила заради исцрпеност и сериозно инфицирани рани на нозете. Откако одлучил да му помогне на еден созатвореник, и покрај тоа што неговото здравје било навистина влошено, негов колега лекар кој, исто така, бил затвореник побарал од него повторно да работи како лекар: „Постојано мислев на лезиите на моите нозе, кои ме болеа со секој чекор кој го правев, внимателно покриени со моите панталони. Можев јас да бидам оној што лежи на оваа маса. Знаев дека следните неколку минути ќе бидат одлучувачки за тоа дали јас ќе бидам пациент и ќе бидам отстранет како безвредно човечки ѓубре или повторно ќе бидам прифатен како лекар...“

Уште еднаш неговиот живот бил поштеден затоа што признал дека е лекар.

Референца:

Gottfried R. Bloch, *Unfree Associations. A Psychoanalyst Recollects the Holocaust* (Red Hen Press, 1999).

Прашање:

- Треба ли да открива лекарот секогаш дека е лекар кога ќе се јави потреба од тоа?

Дискусија:

Горенаведениот случај се јавува во екстремна ситуација во која лекарот е повикан да ја практикува својата професија и покрај



заstraшувачките, неизвесните и опасни околности. Во медицинската професија може да се појават ситуации во кои лекарот е повикан да обезбеди медицинска помош во моменти кога неговиот/нејзиниот сопствен живот може да биде во опасност. Иако лекарите не се законски обврзани да дејствуваат како добри самарјани, моралната должност генерално сугерира дека тие ќе одговорат на повикот „Има ли лекар во куќата?“

Една од вредностите на медицинскиот професионализам е обврската за грижа. Лицето кое станува лекар се обврзува и ветува дека ќе ги користи своите способности на најдобар можен начин. Ова ветување е должност само по себе а лекарот е морално обврзан да ја исполнува таа должност, дури и ако го доведе својот живот во опасност. Многу е тешко да се определи количина или големина на „опасноста“, па така прашањето за должноста на лекарот да се грижи, може да се дебатира во случаи кога постои неминовна опасност по неговата лична безбедност.

Должноста за грижа не е јасно дефинирана и ги опфаќа основните медицински етички правила на корист, злоупотреба, почитување на автономија, како и другите стари етички принципи. Должноста за грижа може да значи различни работи за различни луѓе во различни околности и исто така мора да се разгледува и во контекст на други права, ограничувања и одговорности. На пример, да се потсетиме на околностите што се јавуваат кога лекарите се обврзани да лекуваат пациенти од високо заразни болести, на пример САРС или на околностите на почетокот на епидемија на СИДА. Дали лекарот или медицинската сестра треба да се грижат за овие пациенти? Лекарите или медицинскиот персонал кои ги лекуваат пациентите со инфективни или опасни болести, исто така, имаат должност да се грижат и за себе, како и за своите деца и најблиски преку заштита од инфекција или опасност. Може да се дебатира дека, во исклучителни околности, лекарите или медицинските сестри кои не ја вршат својата должност за обезбедување на грижа, не значи дека прават морална грешка, без разлика колку и да се сериозни последиците врз пациентите кои ги напуштиле.

Д-р Блох бил свесен дека неговата одлука да оди чекор напред, да истапи од колоната, да биде искрен и да обзнани дека е лекар, може да има големи последици врз неговиот живот. Тој



бил свесен дека оваа одлука може да ја загрози неговата лична безбедност или да му го спаси животот. Тој препознал дека неговата одлука е клучна во начинот на кој може да си обезбеди статус на работник, кој бил неопходен за определена функција во логорот. Во исто време тој сфатил дека неговиот медицински статус може да биде начинот преку кој може да си го обезбеди сопствениот опстанок, а во исто време и на другите затвореници кои имале потреба од медицинска помош.

Дали д-р Блох ја донел вистинската етичка одлука во двете околности? Што можело да се случи ако тој се одлучел да не го открие својот медицински идентитет и статус?

3.2 Лекување на непријателот

Студија на случај 1:

Д-р Елханан Елкс бил избраниот лидер на Еврејскиот совет во гетото Ковно во Литванија. Бил назначен за лидер на Еврејскиот совет на гетото, и како таков, тој често морал да донесува одлуки за живот и смрт кои влијаеле не само на неговите пациенти туку и на целата еврејска заедница. Во гетото Ковно, како и во сите други гета, на еврејските лекари не им било дозволено да лекуваат нееврејски пациенти, а на нееврејските лекари не им било дозволено да ги лекуваат Евреите.

Еден ден главниот СС наредник Штиц, кој бил задолжен за еврејските односи во гетото, се чувствувал лошо. Тој побарал од д-р Елкс, кој бил истакнат интернист да го прегледа и да му препише соодветна терапија. Иако нацистичките закони за раса им забранувале на еврејските лекари да ги лекуваат Германците, законот секогаш не се почитувал од страна на СС лидерите во практика, кои понекогаш барале медицинска помош од еврејски лекари. Штиц бил суров човек кој претходно наредувал и вршел убиствени егзекуции во гетото и бил познат по тоа дека има украдено многу вредни скапоцености од Евреите во гетото.

Д-р Елкс се наоѓал во тешка недоумица и тоа помеѓу неговите обврски како водач на еврејската заедница во гетото и неговото чувство на должност како лекар. Неговата одлука била да го прег-



леда нацистичкиот наредник и да му ја препише потребната терапија на болниот.

По инцидентот, д-р Елкс му кажал на Аврам Тори, колега Евреин од гетото: „Овој пациент, кого судбината ме натера да го прегледам, е шокантен и тоа во екстремни размери. Самото допирање – знаејќи дека неговите раце се покриени со крв на Евреите – беше ужасно. Сепак, претпоставувам дека го направив она што требаше да го направам. Тоа може да помогне да се спасат животи.“

Референца:

AbrahamTory, *Surviving the Holocaust. The Kovno Ghetto Diary* (Harvard University Press, 1990).

Студија на случај 2:

Д-р Зимун Клуковски, 55-годишен полски лекар, поминал поголем дел од војната како началник на окружната болница Замоск во Шчебжешин. Во ноември 1942 година Замоск била прогласена за првата официјална нацистичка област за преселување во Полска, каде што еврејското население од околу 60.000 лица веќе биле убиени како дел од нацистичката програма за етничко чистење. Покрај тоа, повеќе од 100.000 Полјаци биле насилно отстранети од регионот и испратени во логори за присилна работа. Во текот на војната д-р Клуковски, кој бил член на полското подземије, водел таен дневник. Подолу се дадени неколку извадоци од неговиот дневник:

„23 јули 1940 година: Окружниот хирург од Билгорај д-р Снаки... ги повика сите лекари заедно и ни ја даде новата германска регулатива во врска со третманот и лекувањето на Евреите. Не смееме да потпишуваме белешки, како што е белешката за ослободување од работа... Не смееме да му помогнеме на ниеден Евреин. Откако се спротивставив на ова, велејќи дека во Шекзезин не постои ниту еден еврејски доктор, Германците се согласија дека болницата може да им овозможи лекарска помош на Евреите, но само еден час во денот и тоа само кога нема други пациенти. Но, сè уште немавме право да ги прегледуваме Евреите во болницата, освен во случај на заразни болести ... Бев принуден да отпуштам неколку Евреи од болницата. Многумина од



нив ги чував во болницата за да ги заштитат од депортирање во логори за присилна работа, а не поради некоја болест.

8 мај 1942 година: Околу 3 часот попладне во градот започна вистински пекол. Од Замоск пристигна една група Гестапо војници. Тие му наредиле на Judenrat (еврејскиот совет) да обезбеди 100 Евреи за принудна работа, давајќи им само еден час. Откако помина еден час, Гестапо војниците со помош од жандармите, почнаа да ги фаќаат Евреите, што, всушност, беше почетокот на масовно убивање... Убиваа луѓе како патки, убивајќи ги не само на улиците туку и во нивните сопствени домови – мажи, жени и деца, неселективно... Многу Евреи доаѓаа кај мене барајќи помош, па испратив неколку екипи со носилки за да ги соберат повредените. По кратко време почнав да мислам: јас веќе имам наредба... да не им давам каква било медицинска помош на Евреите. Затоа се јавив во полициската станица и ми беше кажано дека Евреите не се моја работа. Потому му се јавив на окружниот лекар во Билгорај. Тој ми го кажа дека болницата нема право да им помага на Евреи, бидејќи во градот веќе има еврејски лекар.... Јас поставив неколку луѓе на влезот на болницата за да објаснуваат дека не ни е дозволено да примаме Евреи за лекување.

Околу 4 часот попладне двајца Гестапо мажи, еден жандармер и еден член на „сината полиција“ влегоа во болничкиот ходник, сите вооружени со митралези, и прашаа дали сум примил или сум помогнал на кој било Евреин. Им реков не.

Околу 5 часот попладне д-р Болотни, единствениот еврејски лекар во градот, дојде кај мене, молејќи ме за помош. Ми беше жал што морав да одбијам да дадам каква било помош. Ова го сторив само заради строгите наредби на Германците. Ова беше спротивно на моите чувства и спротивно на лекарските должности. Со моите очи сè уште ги гледам вагоните исполнети со мртвите тела... и многу повредени како лежат на тротоарите спроти мојата болница, каде што ми беше забрането да им дадам каква било помош.“

Референца:

Zygmunt Klukowski, *Diary from the Years of Occupation, 1939-1944* (University of Illinois Press, 1993).



Прашање:

- Како треба да постапуваат лекарите во случаи кога лекуваат пациенти кои се сметаат за непријатели?

Дискусија:

Во случаите наведени погоре, од лекарите, од затвореникот (Елке) и од „победениот“ неборбен полски лекар (Клуковски), се бара да лекуваат (или да не лекуваат) пациенти кои биле дефинирани како припадници на непријателот. Околностите на војната ги диктирале дефинициите за „непријателот“, иако овие професионалци не дејствувале во воен контекст. Но, етичките дилеми може да бидат слични на она со кое може да се соочат медицинските професионалци, особено во воената служба.

Потенцијалните дилеми може да бидат: Да се лекуваат болните и повредените или да не се лекуваат? Да се следи сопствената совест или надворешната власт? Да се следат медицинската етичка традиција и кодексите или да се следат директивите на државните органи, воен офицер или затворски чувар? Да се заштити личната безбедност или да се ризикува таа во обид да се лекуваат или да се спасат другите?

Случаите погоре, исто така, откриваат дека променливата воена и политичка ситуација, исто така, може да доведе до неконзистентност и варијабилност во етичките избори и при носењето на одлуки.

Во време на војна здравствените работници често се наоѓаат во околности во кои од нив се бара да ја одмерат својата одговорност и посветеност кон пациентите, споредено со својата лојалност кон трети субјекти. Во некои воени (или други) околности, етичките принципи на благосостојба, злоупотреба, автономија на пациентот и самоопределување не мора да се совпаѓаат со воените или цивилните обврска на лекарите. Многу етички дилеми може да се исправат пред лекарот на бојното поле, или на кое било друго место, во воена зона, вклучувајќи го и третманот на приговорниците и приоритет на лекување ранети непријателски војници или цивили.

Таквите ситуации може да доведат до проблемот на двојна лојалност што се манифестира во конфликти помеѓу професио-



налните должности кон пациентите наспроти обврските кон трети лица или субјекти. Тие, исто така, може да доведат и до соучество од страна на здравствените работници во кршење на човековите права и непочитувањето на медицинската етика. Може да се појават определени ситуации кога личната безбедност на лекарот може да биде загрозувана од страна на војската или од владин орган. Во таков случај, кон кого лекарот има обврска и должност?

Бидејќи здравствениот персонал е растргнат меѓу должностите за лекување од една страна и должностите за поддршка на воените цели од друга страна, овие тензии резултираат во неизбежни етички последици и последици по човековите права, како кај војниците така и кај цивилите. Кога лекарите се соочуваат со конфликт каде треба да се одлучат дали ќе следат државни или национални политики наспроти почитувањето на меѓународните принципи на законот за хуманитарна помош и медицинската етика, лекарот секогаш треба да ја избира втората опција.

3.3. Медицинска нега во опасни околности - Обврската на лекарот/медицинската сестра

Студија на случај:

Во доцната есен 1944 година гетото Лоѓ веќе било ликвидирано. Од над 200.000 Евреи кои некогаш живееле во гетото, останале само околу 900 лица. Шестстотини Евреи биле дел од екипажот за расчистување, кои живееле во добро обезбеден логор за принудна работа, додека другите тристотини Евреи се криеле во подрумите, напуштените згради и во тајни бункери.

Една вечер еден човек влегол во логорот. Неговата сопруга, која се криела во напуштена кука, крвавела до смрт по раѓањето на машко бебе. Откако побарал помош од хирург кој одбил да им помогне, на човекот му било кажано дека во кампот имало бабица која можеби ќе се согласи да помогне. Бабицата Рејчел Хершенберг била мажена и мајка на тинејџерка со име Саломеа.



Семејството Хершенберг преживувало во логорот Лоѓ од моментот кога тој бил запечатен т.е. затворен на 1 мај 1940 година.

Рејчел решила да оди со мажот за да им помогне на неговата жена и дете. Според зборовите на нејзината ќерка, Саломеа: *„Во гнасен, добро камуфлиран подрум, мајка ми ја прегледа жената која имаше обилно крвање и ги острани преостанатите делови од плацентата, без медицински ракавици и не премногу чиста рака. Таа чекаше крвавењето да запре, го провери бебето, а потоа сама се врати во логорот. „Сали“, рече таа, а нејзиното лице зрачеше од гордост, „тоа е здраво и преубаво машко бебе“.*

Рејчел одлучила уште еднаш да го посети својот пациент за да провери дали е сè во ред по породувањето. Саломеа се обидела да ја разубеди: *„Немој мамо, не е тоа посета по породување; тоа е опасно патување. Ти ја предизвикуваш смртта. Хирургот имал доволно здрав разум да одбие и да не им помогне. Освен тоа, жената поставила навистина глупаво кога одлучила да се крие за време на бременост. Тоа е двоен билет кој води кон смртта. Не разбираам како среде глад, уништување и депортација некој може да забремени?“*

Рејчел одговорила: *„Потребата за интимност е многу силна дури и во најлошите човечки услови, иако гладта направи многу од нас да бидеме асексуални... Вие не гледате нешто симболично во ова породување?“*

Саломеа одговорила: *„Не, гледам опасност по твојот живот и не ме интересираат симболики. Не смееш да ми дозволиш да умрам без тебе и не смееш да ми дозволиш да преживувам без тебе. Немој да одиш.“*

Рејчел, откако накратко и одговори на својата ќерка за нејзините стравовите, ѝ рекла: *„... Нацистите ни ги одземаа правата да бидеме бремени и да раѓаме деца. Јас сум обучена да пораѓам бебиња, а бебињата се ветувањата во животот. Тие се преродбата на нашата нова нација.“*

Рејчел сама отишла на втората посета. Таа се вратила бликајќи од радост и со парче леб. Мајката и бебето биле навистина добро.



Референца:

Solomea Kape, The Midwife of Łódź, <http://www.kozerawski.com/2010/12/27/lodz-ghetto-the-midwife-from-lodz-by-salomea-kape/>

Прашање:

- Дали е обврзан медицинскиот професионалец да се грижи за пациент кога неговиот/нејзиниот живот е загрозен?

Дискусија:

Во оваа ситуација бабицата доживува судир на интереси: најдобриот интерес за пациентот во добивање на соодветна медицинска нега наспроти нејзиниот личен интерес да остане жива. Таа, исто така, има конфликт во своите обврски: нејзина должност да лекува пациенти, врз основа на својата професионална обука наспроти сопствената обврска како мајка.

Медицинската етичка традиција одамна го одобри принципот кој вели дека медицинските професионалци (лекари, медицински сестри и други) треба да ги лекуваат пациентите кои имаат потреба од тоа, без оглед на ризиците кои постојат кон нивните животи. Ова не значи дека треба да ги игнорираат ризиците кон себе, туку наместо тоа, загриженоста во врска со потенцијалните ризици не треба да бидат највисокиот приоритет. Кога едно лице станува медицински професионалец, положува заклетва дека ќе биде исцелител и дека ќе им служи на болните. Генерално се очекува медицинските професионалци да се стремат да направат сè што може за да му помогнат на пациентот. Иако очекувањето од медицинскиот професионалец да се откаже од својот живот заради животот на друго лице ќе се смета за далеку повисока цел од дефинираните обврски на лекарот, се очекува тој (или таа) да постапува со храброст и хуманост секогаш кога е потребно.

Овој случај се однесува на принципот на должност и обврска. Лекарите, медицинските сестри и акушерките имаат должност да обезбедат грижа за другите. Меѓутоа, во овој случај, исто така постои обврска и да се заштити семејството. Како некој може да измери и да постави приоритет меѓу професионалната обврска и



обврската за заштита и грижа кон своето семејство? Исто како што не се очекува од човек да се откаже од својот живот со цел да го спаси животот на пациентот, исто така не се очекува од некој да изложи член од семејство на опасност со цел да спаси непознатото лице. Во овој случај бабицата имала ќерка тинејџерка. Останува прашањето што би одлучила таа ако нејзината ќерка била бебе.

Случајот со бабицата од Лоѓ, исто така, претставува пример за уште еден аспект на човештвото, а во многу случаи и на медицинскиот професионализам: слободата со која секое лице треба да донесува одлуки и да прави избори со цел да добие смисла во животот.

Виктор Франкл, еврејскиот психијатар кој го преживеал холокаустот, го нагласи ова во својата книга „Човековата потрага по значење“. Во неговата теорија за логотерапија, Франкл забележува дека на едно лице може да му се одземе неговиот имот, семејство, честа и животот, но она што не може да му се одземе е неговата способност да размислува, да доживува и да прави лични избори. Бабицата Рејчел Хершенберг го поддржува пристапот на Франкл. Таа немала морална обврска да го ризикува својот живот, ниту животот на своето семејство заради животот на друго лице, но сепак таа направила свесен и професионален избор да го изложи својот живот на ризик со цел да му помогне на пациентот, и преку правење на овој избор лично постигнува определено значење за својот живот и покрај угнетувачките услови во нацистичкото гето.

Референца:

Victor Frankl, *Man's Search for Meaning* (Pocket Books, 1984).

3.4. Менување на етичките ставови

Студија на случај:

Кога нацистите го окупирале Лвов во јуни 1941 година, професорот Лудвик Флек кој бил познат бактериолог, го изгубил сво-



јот дом при што тој и неговото семејство биле присилени да живеат во гетото. Во гетото професорот Флек, заедно со неколку колеги, продолжиле со своето истражување за вакцина против тифус. Преку нивните напори, и покрај исклучително тешките услови, тие успеале да развијат вакцина. Вакцината која била заснована на урината на еврејските пациенти, ги спасила животите на многу пациенти кои биле третирани со вакцината. Додека биле третирани против тифус, пациентите, исто така, биле заштитени од селекциите кои воделе во смрт.

Во јануари 1943 година д-р Флек и неговата сопруга биле депортирани во Аушвиц. Во Аушвиц Флек се заразил со тифус, но бидејќи самиот се третирал со вакцината, тој прележал само блага верзија на болеста. Иако Флек првично работел принудна работа во Аушвиц, подоцна бил назначен да врши лабораториски т.е. бактериолошки истражувања за затворениците.

Во јануари 1944 година д-р Флек бил испратен во Блок 50 во Бухенвалд за да спроведе истражување за вакцини против тифус. Заедно со двајца колеги, тој открил дека вакцината што се произведува таму, всушност, била неефикасна. Знаејќи го ова, Флек и неговите колеги донеле свесна одлука да продолжат со производството на неефикасна вакцина како чин на саботажа врз работата на германските лекари. Оваа неефективна вакцина била испратена до германската армија за вакцинација на нејзините војници. Според сведочењето на Флек по војната, нацистичките лекари кои ја развиле вакцината имале многу ограничено знаење за ова истражување. Ова ограничено знаење им овозможило на др. Флек и неговите колеги да продолжат со производството на неефикасна вакцина. Во исто време додека ова се случувало, Флек заедно со своите колегите успеале да произведат ефикасна вакцина која им ја давале на своите колеги затвореници. Некои од ефективните вакцини, исто така, биле испратени кај Германците како контролни примероци и така лажните вакцини никогаш не биле откриени.

По војната, д-р Флек сведочел во Нирнберг како вештак против германскиот конгломерат на лекови И.Г. Фарбен кој спроведувал експерименти врз луѓе заедно со СС лекарите заради развој на вакцини.



Историјат:

Тифусот, болест што се шири преку вошки, била една од главните заразни болести во Првата светска војна и во Втората светска војна, како и во други војни во претходните векови. Несанитарните услови и пренатрупаноста, како во гетата, така и во концентрационите логори, воделе кон ширење на болеста од едно лице на друго, предизвикувајќи епидемски размери на болеста. Германските власти биле особено загрижени дека тифусот може да се прошири и меѓу нивните војници и меѓу цивилната популација. Стравот од тифус и други заразни болести било едно од образложенијата кои го користеле Германците за да основаат еврејски гета во окупирани територии. Самите гета станале „карантински“ области за да се ограничи болеста првенствено кај еврејското население.

Германските воени лекари откриле дека пренатрупаните и нехигиенските услови во гетото веројатно ќе доведат до повеќе случаи на тифус меѓу населението во гетото. При создавањето на некои гета, германските лекари работеле заедно со еврејските лекари за да воспостават медицински протоколи со кои ќе се борат против тифусот.

Кога германските власти ќе утврделе дека е неизбежна појавата на епидемија на тифус, тие дејствувале бргу и брутално. Во декември 1941 година, кога Циганскиот камп (кој првично се состоел од околу 5000 луѓе) во гетото Лоѓ бил заразен со тифус, СС и германската полиција го испразниле кампот и ги испратиле сите Цигани во Хелмно, каде што биле убиени. Друг пример е гетото во Ковно (Каунас) во Литванија, каде што на 4 октомври 1941 година, Германците селектирале и убиле околу 2000 луѓе во малото гето, вклучувајќи ги и оние во еврејската болница, која била полиена со бензин и запалена, со сите пациенти и вработени лица затворени внатре. Стравот од тифус бил едно од оправдувањата за убиството.

Во гетата низ Источна Европа, како и во концентрационите логори, еврејските како и нееврејските лекари затвореници, обично правеле сè што било во нивна можност за да се контролира тифусот во пренатрупаните и нехигиенски услови. Тие го правеле ова за да ги спасат животите на своите колеги затвореници. Покрај тоа, овие лекари, исто така, се труделе да прикријат или



да маскираат какви било епидемии на тифус од германските медицински или административни власти. Тие знаеле дека ако откријат Германците некогаш тифус во логорите/гетата, голема била веројатност дека многу луѓе ќе бидат убиени.

Референци:

1. Ludwig Fleck, Survivor Testimony/Document 0-3/650, Yad Vashem, Jerusalem.
2. Naomi Baumslag, *Murderous Medicine: Nazi Doctors, Human Experimentation, and Typhus* (Praeger, 2005).
3. Robert S. Cohen, Thomas Schnelle eds., *Cognition and Fact. Materials on Ludwig Fleck* (Reidel Publishing Company, 1986).

Прашања:

- Дали било етички правилно да се произведува оваа лажна вакцина? Дали постојат околности во кои е етички да се променат медицинските вредности?

Дискусија:

Д-р Флек и неговите колеги не работеле во типична истражувачка средина. Тие биле затвореници во концентрационен логор, нивните животи и животот на членовите на нивните семејства, ако сè уште биле живи, биле под ризик во секој момент. Сепак, тие избрале да го искористат своето медицинско знаење за да им помогнат на другите затвореници, како и да ги саботираат германските воени напори, на единствениот начин што го имале на располагање. Тие признале дека фалсификувањето на податоците од истражувањето било неетички во нормални околности и дека нивните дејства нема да донесат корист за германските војници, па дури можеле да доведат и до штета. Но, иако затворени и живеејќи во високоризична ситуација, тие ги користеле своите медицински знаења како стратешка можност за да им се спротивстават на нацистите. Од перспектива на затвореници, ова било оправдано дејство. Суровата реалноста на нацистичкиот концентрационен логор направила задолжително носење одлуки од



страна на лекарите затвореници, кои не биле компатибилни со нивните минати етички и вредносни системи.

Од медицинските професионалци се очекува да ги почитуваат и да ги следат вредностите на вистината и чесноста, но сепак различните околности може да создадат различни реалности и различни стандарди при расудувањето што е чесно и етички вистинито. Но, што ако овие вредности дојдат во конфликт со други суштински вредности, како што е самиот живот, благосостојбата или слободата? Дали може да се оправда лага или друга неетичка форма на однесување ако со тоа се спасува човечки живот или заедница, или ако се избегнува друго големо зло?

Во овој случај се поставува прашањето дали етички било дозволиво да се снабдува вакцината која била неефикасна за непријателските војници. Ова прашање, споредбено, го контрастира актот на војна (снабдување на неефикасна вакцина против непријателот) со елементот на Хипократовата заклетва кој не опоменува дека „не треба да се нанесе штета“. Во услови на војна, кон кого лекарите треба да ја насочат својата лојалност? Дали тој или таа се обврзани да ги спасат животите на оние кои се посветени кон убиство на невините? Во војна, дали е секогаш возможно лекарот кој е вклучен во воени напори да дејствува според највисокиот етички интегритет и што е етички интегритет во таа екстремна ситуација?

3.5. Согласување и придружување со нацистичките лекари

Студија на случај:

Миклош Ниизли бил роден во 1901 година во Семљо, Романија. Тој ги започнал студиите на медицинското училиште на Универзитетот во Клуг, продолжи во Кил во Германија, а ги завршил своите студии во 1930 година во Бреслау. Во 1944 година д-р Ниизли бил депортиран во Аушвиц-Биркенау заедно со својата сопруга и ќерка. По пристигнувањето во Биркенау, тие биле селектирани од страна на СС лекарот д-р Јозеф Менгеле да се прик-



лучат на групата затвореници кои биле способни за работа. Менгеле им наредил на сите лекари од оваа група да направат еден чекор нанапред и им кажал дека бара лекар кој има стручно знаење во медицинска форензика. Откако бил испрашуван од Менгеле, Ниизли бил одвоен од групата, бил избричен, дезинфициран и истетовиран. Потоа бил однесен во реновирана просторија за дисекција за вршење на обдукции.

На д-р Ниизли му било наредено да врши обдукции на цуциња и близнаци кои биле предмет на експерименти, како и други затворски трупови кои биле дисектирани заради медицински истражувања. Ниизли имал обврска да ги испраќа своите извештаи од анатомските истражувања до Кајзер Вилхелм Институтот за антропологија, наследна наука и евгеника во Берлин. Како дел од неговата работа, тој исто така требало да му обезбедува медицинска нега на персоналот на СС и на затворениците од еврејскиот логор *Sonderkommando*, кои ги отстранувале труповите од гасните комори и ги пренесувале во крематориумот.

Преку својата работа, Ниизли открил прецизни детали за варварските експерименти, како и за методите кои се користеле за убивање на жртвите. Ниизли постојано пишувал дека не очекувал да го преживее логорот, но тој исто така знаел дека ако не ја извршува својата професионална должност како лекар, дека ќе биде убиен. Ниизли напишал:

„Буквално ми се креваше косата кога ќе помислев колку јас научив за време на мојот краток престој во крематориумот и уште колку многу ќе мора да научам, без каков било приговор, пред јас да дојдам на ред. Го сфатив неизбежното во моментот кога поминав низ портата на крематориумот, но сега знаев толку многу тајни, па немав ни најмало сомневање дека сум веќе мртов човек. Беше невозможно да се надевам дека д-р Менгеле и институтот во Берлин-Далем кога било ќе ми дозволат жив да го напуштам тоа место.“

Д-р Ниизли и неговите созатвореници од *Sonderkommando* запишувале детали за сторителите, жртвите, методите и алатките за масовното убиство. Членовите на *Sonderkommando* го потпишале документот и го закопале. Иако овој конкретен документ никогаш не бил пронајден, слични документи биле откриени по војната.



Кон крајот на јануари 1945 година д-р Ниизли бил депортиран во Маутхаузен, каде што тој бил ослободен од американската војска на 6 мај 1945 година. Неговата сопруга и неговата ќерка биле ослободени во Берген-Белсен. По војната д-р Ниизли се вратил во градот Ордеа и повторно работел како лекар. Во мај 1956 година д-р Миклош Ниизли починал од срцев удар.

Мемоарите на д-р Ниизли, за првпат објавени во 1946 година, служат како едни од првите и најдетално документираните сведоштва за нацистичките експерименти, гасните комори и крематориумот во Аушвиц.

Референца:

Miklos Nyiszli, *Auschwitz. A Doctor's Eyewitness Account* (Arcade Publishing, 1993).

Прашање:

- Дали е етички лекарот да се согласува и да му се придружува на непријателот?

Дискусија:

Иако двајцата лекари биле вклучени во принципите и крајните истражувања, д-р Менгеле и д-р Ниизли не работеле на исти страни. Истражувањето на д-р Менгеле имало за цел да помогне и да ги поткрепи нацистичките биорасни теории, како и своите професионални, академски и идеолошки цели. Д-р Ниизли, иако учествувал во истражувањето на Менгеле како лекар и медицински анатомичар, тоа го правел како затвореник и заради својот и опстанокот на неговото семејство. Целите на двајцата лекари биле сосема различни.

Ако некој не поминал или не живеел во такви грозни околности, не може да ги знае границите или искушенијата на согласност. Ние треба да бидеме навистина скромни во нашите етички пресуди. Дополнително, дури и во најдобрите примери на човештвото, времето и околностите, исто така, се правеле разлика. Меѓутоа, во случајот со д-р Ниизли, се истакнуваат неколку точки:



1) Ја извршувал својата должност како лекар затоа што ако не го правел тоа, најверојатно ќе бил убиен заедно со своето семејство. Ова бил непобитен факт.

2) Тој не учествувал во селекциите, туку само ја извршувал улогата на патолог. Тој ниту ја предизвикал смртта, ниту пак можел да им ги спаси животите на луѓето. Во тој момент, тој само можел да го спаси својот живот, а можеби преку неговата согласност, и животите на својата сопруга и ќерка.

3) Работел како лекар, помагајќи им и на некои од сторителите (СС) и на другите затвореници. Во оваа улога, тој ја исполнил својата должност како лекар, им помогнал на другите да преживеат, а исто така дознал и повеќе информации за процесот на истребување.

4) Кога имал можност за тоа, тој ги прибележувал убиствениите методи на нацистичкиот процес на истребување. Ова постапување, кое можело да резултира со негова смрт доколку бил откриен, било насочено кон идните генерации и заради задоволување на правдата.

Една од основните лекции на овој случај е дека ние мора да му пристапиме на прашање на „согласување“ со голема понизност. Што би направиле ние? Кои избори би ги направиле ние? И денес, кога од нас ќе побараат, во нашите сопствени земји и во нашето време, да се придржуваме кон политиките, прописите и законите кои се неправедни, што треба да сториме ние? А, можеби постои и паралела: Што би направиле ние за да ја осигураме и/или да ја ризикуваме безбедноста на нашите семејства и сакани лица?

При читање на книгата на Ниизли: *Гордост во работата*, се појавува збунувачка променлива. Д-р Ниизли се гордеел со својата работа. Ова се потврдува со неговите описи на прецизните аутопсии, наоди и клинички извештаи. Иако е разбирлива гордост за сопствената работата, па дури за пофалба во мирни и обични времиња, појавата на таквата гордост во наративот на Ниизли е, исто така, и вознемирувачка. Сепак, можеби оваа гордост во работата е она што му овозможило на Ниизли да го преживее пеколот во работата и живеењето во крематориум во Аушвиц.



4. Абортус: перспектива од страна на нацистичките лекари и лекарите затвореници

Студија на случај 1: Абортуси кои се вршеле врз здрави еврејски жени во гетата

Д-р Ахарон Перец, гинеколог во гетото Ковно, опишува како еврејските лекарите се обидуваа да ги заштитат бремените жени. Во своите мемоари, тој напишал:

„Успев да добијам дозвола за оние жени кои беа во осмиот или деветтиот месец од бременоста да продолжат со своите бремености. Бремените жени се обидуваа да се кријат и да не излегуваат на улиците во текот на денот. Бидејќи јас бев официјалниот акушер во болницата, морав да се погрижам дека овие раѓања ќе се чуваат во тајност. Им давав инструкции на акушерките и пациентите како нивните бремености да останат тајна, и им наредив да ме викаат само во случај на итна состојба.

Бев принуден да заклучам дека во гетото не постоеше никаков избор освен да се изврши абортус врз овие бремени жени. Пред сето ова абортусот беше дозволен само кога здравјето на жената е во опасност. Сега, ниту туберкулозата ниту која било друга тешка болест не можеше да биде причина за вршење на овие абортуси, освен Гестапо и нивната политика на уништување!

Кога ќе пристигнеше бремена жена во болницата, јас работев на секој случај со ладно срце и дух.“

Референци:

Aharon Peretz, *They did not cry in the Camps* [Hebrew] (Massada, 1960).

Студија на случај 2: Абортуси кои се вршеле во концентрационите логори

Д-р Жизела Перл била еврејски гинеколог од Марамарос Зигет, Трансилванија. Во 1944 година таа била депортирана во Ауш-

виц заедно со нејзините родители, нејзиниот сопруг и нејзиниот син. Таа била единствената која преживеала. Д-р Перл ги лекувала жените затвореници во Аушвиц. Во Аушвиц, гледајќи со свои очи како бремените жени се фрлаат живи во крематориумот, д-р Перл се сеќава:

„Но, постепено ужасот се претвори во револт и овој револт ја затресе мојата летаргија и ми даде нов поттик за живеење. Морав да останам жива. Од мене зависеше дали ќе ги спасам сите бремени жени во логорот Ц од ова нивна неколна судбина. Од мене зависеше дали ќе ги спасам животите на мајките, ако немаше друг начин, тогаш преку уништување на животот на нивните неродени деца. Истрчав назад во логорот и одев од еден блок до друг блок и им го кажував на жените она што го видов. Никогаши повторно немаше да може некој да ја открие нивната состојба. Ова мораше да го направиме на дури и тоа да ни биде последниот здив, далеку од очите на СС, на стражарите, на дури и на лидерот на блокот... Најпрвин започнав со жените во деветтиот месец на бременост... Започнав да ги пораѓам жените кои беа бремени во осмиот, седмиот, шестиот, петиот месец, и тоа секогаш го правев во брзање, со моите пет прсти, во темнината, во ужасни услови.

Никој никогаш нема да знае како се чувствував кога ги уништував овие бебиња. По години и години на медицинска практика, породувањето сè уште беше за мене најубавото, најголемо чудо на природата. Ги сакав тие новороденчиња не како лекар, туку како мајка и секој пат, повторно и повторно и повторно, беше моето дете кого го убивав за да го спасам животот на една жена. Секој пат кога клекнував на колена, во човечкиот измет кој го покриваше подот од бараката за да го извршам породувањето без инструменти, без вода, без најелементарните услови за хигиена, му се молев на Бога да ми помогне да ја спасам мајката или никогаш повеќе нема да допрам бремена жена. И ако не го сторев тоа, и мајката и детето ќе беа сурово убиени. Бог беше добар со мене. И како за чудо, кое на секој лекар би му звучело како бајка, сите овие жени се опоравуваа и беа во можност да работат, што барем за некое време им го спасуваше животот.“

Референца:

Gisella Perl, *I was a Doctor in Auschwitz* (Ayer Company Publishers, Inc., 1997) [original book published in 1948].



Историјат: Нацистичката употреба на абортусот како евгеничка алатка

Во Германија во текот на Вајмарскиот период, се дебатираше за легализацијата на абортусот и постоеја движења за легализирање на абортусот. Многу лекари, сепак, се спротивставија на либерализацијата на абортусот. Откако нацистите ја презедоа власта во 1933 година, се случи брза и уште поголема политичка промена во сите сектори на општеството. Медицинските асоцијации и лекарските групи кои некогаш се спротивставуваа на абортусот, сега почнаа да го поддржуваат нацистичкиот став кој го фаворизираше абортусот на расна основа. Нацистичките политики за абортус, засновани на „расните хигиенски“ принципи, беа сочинети од два основни столба: закони за забрана на абортус кај здрави германски жени (позитивна евгеника), и легализиран абортус за нездрави германски жени, како и за неариевки (негативна евгеника).

Политиката против абортусот кај жените ариевки беше најважната регулатива за нацистите. На здравите жени од Германија им беше забрането да абортираат и можеа да бидат законски осудени за таквата постапка. Официјалното лекарско списание на Баварија го прогласи абортусот за форма на предавство. Владата го основа и го објави она што се нарекуваше „четири семејни идеали“ и на жените им беа доделувани медали „Крстот на честа на германското мајчинство“, според бројот на нивните деца. Пристапот до какви било контрацептивни средства и процедури беше строго контролиран и забранет за здравите ариевки. Абортусите беа дозволени само ако беше во опасност животот на германската мајка. Нацистичките лекари главно го предлагале бракот како решение за вонбрачната бременоста. Иако абортусите беа нелегални за здравите германски жени, абортусот врз основа на „расна хигиена“ беше дозволен со закон. Законот за стерилизација од 1935 година овозможи абортусот да се смета за легален само врз основа на евгенички причини, дозволувајќи вршење на абортус кај жени кои веќе биле предвидени за стерилизација. Покрај тоа Министерството за внатрешни работи ги поттикнувало лекарите од јавното здравство да ги пријавуваат своите пациенти за абортус (и стерилизација) посебно кај „антисоцијалните“ германски жени.



Нацистичкиот план особено бил насочен кон Евреите и другите жени кои се сметале за „инфериорна стока“ како што биле проститутките. Од гледна точка на нацистите, тоа биле жени кои го „загадуваа“ ариевскиот генетски базен и овозможувале продолжување на животот на поединци и на раси кои се сметале како „недостойни за живот“. Во 1938 година судот во Лунеберг го прогласил абортусот за легален за еврејските жени.

Откако започна Втората светска војна, нацистичката политика за абортус дополнително се радикализирала. Во пролетта 1942 година, нацистите издадоа декрети за забрана за раѓање во некои гета. Казната за раѓање на еврејско дете била смрт за мајката, детето и потенцијално целото семејство. Во случај кога ќе се откриела бременост на еврејска жена во концентрационен логор, жената била принудувана да изврши абортус, иако потоа, откако ќе се открие бременоста, жената сепак била испраќана да биде убиена.

Полските и другите источноевропски жени кои работеле како принудни работници во германските фабрики, исто така биле принудени да извршат абортуси за да се вратат порано на нивната принудна работа. Нацистичката политика за контрола на населението наведувала дека:

„Кога девојките и жените од окупираните територии на Истокот имаат абортуси, ние можеме да дадеме само поддршка; во кој било случај, ние не треба да се спротивставуваме на тоа. Фирерот верува дека треба да го дозволиме развојот на просперитетната трговија со контрацептивни средства. Ние не сме заинтересирани да гледаме како негерманското население се размножува.“

Ќе биде неопходно да се отворат специјални институции за абортус, и да се обучуваат акушерки и медицински сестри за оваа намена. Населението ќе практикува и применува абортус и тоа доброволно ако овие институции бидат компетентно управувани. Лекарите мора да бидат способни да помогнат, во случај да постои сомнеж дека тоа е прекршување на нивната професионална етика. Руските лекари или руската лекарска асоцијација, која не смее да биде информирана за оваа намера, треба да биде информирана според поединечни случаи дека бременоста е прекината заради за социјално растројство.“



Референци:

1. Robert. N. Proctor, *Racial Hygiene. Medicine under the Nazis* (Harvard University Press, 1988).
2. *Deadly Medicine. Creating the Master Race.* (USHMM, 2004).

Прашања:

- Каква е улогата на лекарот врз етичкото прашање на абортусот?

Дискусија:

Светската медицинска асоцијација бара лекарите да имаат и да одржуваат почит кон човечкиот живот, без оглед на околностите. Ова е комплицирано прашање кога ќе се земе предвид бременоста. Чиј живот треба да се почитува ако се во опасност мајката и фетусот/нероденото дете? Ситуациите во кои ги доведуваат интересите на мајката во конфликт со интересите на нејзиното неродено дете создаваат дилема и покренуваат прашања за тоа дали бременоста треба да биде намерно прекината или не.

Лекарите затвореници во гетата и логорите првенствено го уважуваа делумно животот на мајката како поважен, бидејќи новороденчето ќе има многу мала веројатност за опстанок во тие средини. Покрај тоа опасните околности диктирале дека овие лекари треба да дејствуваат според тоа што проценуваат тие дека е правилно, во средина на постојано менување, сурови и несигурни услови. Повеќето лекари дејствувале според нивната лична и професионална совест кога ги вршеле абортусите. Тие сакале да го спасат животот на бремената жена; иако здравствената состојба на жената не била загрозувана од самата бременост, нејзиниот живот бил под голем ризик ако бременоста била откриена.

Може да се запрашаме дали е обврска или привилегија да се почитува нечија совест во такви опасни околности. Размислете за ситуација во која лекарот смета дека абортусот е погрешен, без оглед на околностите и ситуацијата во која жената и бебето сигурно ќе умрат без абортус, често под исклучително брутални услови. Ова беше дилемата со која се соочуваа лекарите кои свесно се спротивставуваа на абортусот, но потоа увидоа кој и што е императивот. Во тоа време совеста на д-р Перл и наложувала да ги



убива бебињата за да ги спаси нивните мајки. Сепак, многу години по преживувањето на холокаустот, нејзината совест не попуштала и ја мачела заради убиството на тие бебиња.

Докторите по медицина во согласност со своите способности, треба да ги почитуваат различните ставови во врска со животот на нероденото дете и да постапуваат во согласност со законот, но во исто време да дејствуваат и според своите индивидуални убедувања и совест. Иако медицинската професија нема обврска да наложува политики или да донесува закони во која било држава или за која било заедница по однос на ова прашање, сепак лекарот е должен да се обидува да обезбеди заштита за своите пациентите и во исто време да ги заштитува своите права во општеството. Затоа таму каде законот дозволува да се изврши терапевтски абортус, постапката треба да ја изврши лекар кој е компетентен да го стори тоа, во услови одобрени од соодветниот орган.

Нема сомневање дека нацистичките закони кои забранувале и дозволувале абортус врз определени жени, во согласност со нивното расно потекло, беа целосно неетички. Лекарите, вршејќи ги овие процедури (кои не се сметале за терапевтски), дејствувале против сите етички принципи. Тие не се грижеле за најдобрите интереси на нивните пациенти. Тие вршеле операции на жени чие здравје не било загрозувано. Наместо тоа, тие вршеле абортуси само заради одржување на нацистичката расистичка политика утврдена во тоа време.

Денес постои широко прифатено мислење дека ако убедувањата на лекарот не му дозволуваат да советува или да изврши абортус, тој или таа може да се повлече од постапката, но притоа треба да обезбеди континуитет на медицинската нега од страна на квалификуван колега. Не постојат извештаи во кои се наведува дека германските лекари одбивале да вршат абортуси врз основа на евгеничките постулати. Во овој контекст, социјалните цели и расистичките потреби на државата наметнале предност во однос на индивидуалните и медицинските потреби на пациентот. Уште еднаш може да видиме како совеста, лична или професионална, може да биде во голема мера под влијание на времињата, културните и општествените норми и самите околности.



5. Лекување на пациентите кои се на смртна постела

Студија на случај:

Д-р Ели Коен, еврејски лекар од Холандија, бил лекар во затворот Аушвиц. За време на неговото затворање во концентрациониот логор, тој посведочил како илјадници затвореници биле избрани да умрат во гасни комори. Освен тоа, тој бил сведок и на селекциите кои се правеле во медицинските блокови. Во текот на овие селекции нацистичкиот лекар стоел покрај пациентите кои марширале покрај него и тој често ја правел селекцијата од чист каприц, и одлучувал кои затвореници ќе живеат, а кои ќе бидат осудени да умрат во гасните комори. Основното правило било дека пациентите кои биле хоспитализирани подолго од две недели ќе бидат убиени во коморите. Д-р Коен бил поприлично свесен за нацистичката логика со која ги осудувале пациентите на смрт во гасните комори.

Еден ден, откако дознал дека се подготвува селекција на затвореници кои треба да умрат, на д-р Коен му пришол еден од неговите пациенти кој бил на умирање и кој веќе две недели бил во болничкиот блок. Пациентот знаел дека е предопределен да биде испратен во неговата смрт и прашал: „Коен, би сакал да те замолам за една голема услуга. Дали може да се погрижиш да добијам доволно силна доза на наркотици со која сигурно нема да бидам свесен кога ќе влезам во гасната комора?“

Д-р Коен го одбил барањето на пациентот и не му дал никаков наркотик. Подоцна се потсетил: „Зошто не му дадов наркотици на професорот? Тоа, морам да кажам, е ужасно болна точка за мене. Бидејќи и јас бев исплашен! Затоа што не сакав непотребно да го ставам и животот во опасност. Тој секако ќе умреше, без разлика на сè. И дали јас тогаш ќе ... да, сам расудувај и носиш одлуки на свој начин, верувај ми. Не дека барам да поставувам стандард. Но, како што размислував во тоа време: Дали треба јас да го ризикувам својот живот за некој кој веќе беше осуден, да ... осуден на смрт, кој требаше да умре, кој едноставно беше однесен во гасната комора? Можев да го сторам тоа. Но, јас не го сторив тоа. Не го сторив тоа.“

Референци:

Elie A. Cohen, *The Abyss. A Confession* (W W Norton & Company, 1973).

Прашање:

- Кој е етичкиот став за лекување на пациенти кои се на смртна постела?

Дискусија:

Случајот на д-р Коен не е вообичаен случај. И тој и неговиот пациент биле затвореници во логорот за истребување во Аушвиц. Во тие екстремно сурови услови, д-р Коен бил лекарот кој се грижел за пациент што умира. Овој човек кој веќе бил на умирање, го замолил својот лекар да го ублажи неговото страдање и да ја направи неговата смрт полесна. Пациентот, знаејќи со сигурност дека веќе е осуден да умре, веројатно бил исплашен и во болка поради самите околности.

Лекарот бил во позиција да му помогне на својот пациент, но со тоа, тој би се ставил во голема опасност од нацистичките лекари. Што можел да направи тој? Дали бил етички обврзан да го ублажи страдањето и покрај опасноста која демнеела? Дали бил етички обврзан да му помогне на пациентот на умирање чија смрт била неизбежна?

Која е должноста и обврската на лекарот при лекување на пациенти кои умираат?

Денес, етичката дебата за лекарите кои им помагаат на пациентите кои се на умирање, многу често се води врз основа на премисата дека помошта од лекарите може да биде рационален избор за човекот кој е на умирање, кој одбира да избегне неподносливо страдање на крајот од својот живот. Медицинската помош не може да биде секогаш од лековита природа, туку може да биде и во форма на олеснување од емоционалните, духовните или психолошките симптоми.

Неколку вредности се вклучени во лекувањето на пациентите што умираат. Примарна цел на лекарот треба да биде да им овозможи на пациентите да умрат со достоинство и во удобност.



Етичките прашања кои се вклучени во овој дискурс ја вклучуваат вредноста на животот, принципот на автономија, благосостојбата и злоупотребата. Основната дилема е како да се постигне рамнотежа меѓу светоста на животот и принципот на автономија. Исто така е потребно да се одлучи каде треба да се повлече границата или линијата помеѓу овие вредности.

Меѓутоа, токму оваа граница или линија е дискутабилна. Овие вредности не се апсолутни. Разумно е да се претпостави дека кога светоста на животот и желбите на автономниот пациент бараат одложување на животот, тие треба да се почитуваат, дури и ако барањето на пациентот им се чини како залудно на лицата кои му даваат нега, освен ако тоа не е штетно за пациентот или за другите. Но, кога автономните желби на пациентот бараат скратување на животот, и оттаму, се во спротивност со светоста на животот, статусот на пациентот станува важен фактор во донесувањето одлука. Често е прифатено дека ако е компетентен или способен пациентот што умира, тогаш почитувањето на автономијата и човечкото достоинството може да имаат приоритет во однос на почитувањето на вредноста на животот.

Некои би рекле дека помошта на лекарот при умирање не е етички дозволено затоа што директно се спротивставува на традиционалната должност на лекарот да го зачува животот и да не нанесе штета.

Кога се носат одлуки во врска со третманот на пациентите што умираат, овие опции претставуваат комплексни етички дилеми. Упатствата на Светската медицинска асоцијација наведуваат дека „лекарите не треба да ги напуштаат пациентите што умираат, туку треба да продолжат внимателно да се грижат дури и кога лекувањето повеќе не е возможно“. Се разбира, лекарот е должен да ги земе предвид своите лични вредности и да дејствува според сопствената совест.

Во обид да се избегнат етичките конфликти и да се охрабри соодветен третман на пациентите кои умираат, многу застапници на правата на пациентите и „добрата смрт“ предлагаат употреба на однапред дефинирани насоки или живи тестаменти. Покрај тоа, постојат земји каде што законската регулатива им овозможила права на пациентите што умираат со цел да се соочат со етичките дилеми вклучени во ова сложено прашање.



Во горенаведениот случај не постојат лесни одговори. Околностите биле екстремни и под тие услови д-р Коен ја донел својата одлука според тоа што тој сметал дека е правилно во тоа време. Не само што животот на неговиот пациент наскоро ќе завршел, туку д-р Коен можел да го ризикува и својот живот, ако одлучел да му обезбеди палијативен лек на пациентот. Во ретроспектива д-р Коен чувствувал болка и презир заради својот избор, како во времето додека бил во Аушвиц, така и подоцна во текот на неговиот живот.



6. Кажување на вистината

Студија на случај 1:

Д-р Алберт Хас, еврејски доктор од унгарско и француско потекло, бил регрутиран од француското движење на отпорот. Откако бил поткажан и откриен, тој бил фатен од нацистите, кои го мачеле и го испратиле во концентрациониот логор Дахау. Подоцна, д-р Хас бил испратен во концентрациониот логор Гусен II, кој бил дел од комплексот Маутхаузен во Австрија. Д-р Хас подоцна напишал: *„И така ја започнав професионалната кариера како доктор на проколнатите во Гусен II.“*

Тој бил назначен за главен лекар на болницата во логорот од страна на СС докторот Фетер. Тој морал да му презентира на Фетер листа на затвореници со нивни броеви на денот кога ќе била закажана „селекција“. Тогаш затворениците ќе застанеле свртени со грб кон СС докторот кој ги проверувал пациентите кои требало да бидат избрани за да одат во гасната комора. Ако можел затвореникот да ја протне својата тупаница меѓу двете нозе, тоа значело дека лицето е доволно ослабено и „одговара да биде испратено во комората за смрт“. Селектираните затвореници ќе биле однесени и никогаш не се враќале.

Д-р Хас напишал дека еврејските лекари и персоналот знаеле дека овие пациенти биле убивани, но не знаеле како. Со цел да ги спасат нивните животи, тој донел одлука да ги лаже и да им каже дека е во нивна полза да бидат отпуштени од болницата. Тој напишал:

„Не сакав да имам улога во селекцијата на затворениците од бараките кои закрепнуваа. Наскоро сфатив дека би можел да бидам поактивен во мојата борба за спасување животи, или барем во одложување на смртта. Кога дознав дека е закажана селекција, ги ослободував оние затвореници што мислев дека се доволно силни за соодветно да ги преживеат следните неколку дена во логорот. Истите пациенти ги примав назад во бараката штом ќе завршеше селекцијата.“

Проблемот беше што многумина од овие затвореници одбиваа да бидат отпуштени. Тие беа убедени дека јас ги испраќам во сигурна смрт предизвикани од глад или физички напад. Тие не ми веруваа. Големиот дел од затворениците кои ја одбија мојата помош беа однесени во смрт преку многуте последователни селекции.“

Референци:

Albert Haas, *The Doctor and the Damned* (St. Martin's Press, 1984).

Студија на случај 2:

Д-р Готфрид Блох бил млад, речиси квалификуван доктор во периодот кога бил испратен во Аушвиц. Работел со затворениците во чешкиот семеен логор. Тој и другите затвореници слушале определени раскажувања за убивањата во гасните комори, а исто така виделе и како оцакот на крематориумот чади. Подоцна напишал за своето искуство како логорски лекар:

„Сепак, дури и во болницата, каде што имавме повеќе контакти со другите сектори на логорот отколку повеќето луѓе, успеавме да стигнеме до периферијата на нашата реалност за тоа што може да се случува. Секој пат кога требаше да се соочиме со некоја ужасна потврда на процесот на уништување, се чувствував совладан од длабок очај и веднаш помислував на нешто друго за да не ја прифатам вистината. Честопати ги охрабрував моите пациенти, сè додека не се фатив себе си како им верувам на своите лаги. Се разбира, знаев што се случуваше... Дали беше наша должност да ги информираме луѓето? Како тоа ќе им помогне?... Ја криев вистината од моите пациенти и од персоналот во болницата, но не можев да ја сокријам мојот длабока вознемиреност.“

Референци:

Gottfried R. Bloch, *Unfree Associations. A Psychoanalyst Recollects the Holocaust* (Red Hen Press, 1999).

Прашање:

- Треба ли лекарот секогаш да им ја кажува вистината на своите пациенти?

Дискусија:

Ова може да изгледа едноставно, но навистина е сложено прашање. Сокривањето на вистината може да има многу форми,



да има многу цели и да води до многу различни последици. Прашањата за вистината и неvistината се проникнуваат низ цела човечка комуникација. Тие се јавуваат во многу различни ситуации и контексти: во семејствата, во клубови, на работни места, во политиката, во меѓународните односи, во верските организации, и секако во односот меѓу лекарот и пациентот. Во секој контекст, и прашањата и клучните фактори може да се перципираат и да се конфигурираат поинаку. За да се каже вистината во клиничкиот контекст потребно е сочувство, интелигенција, чувствителност и избор на соодветно време. Во некои случаи, штетата од некажувањето на вистината може да биде помала отколку да се каже целата вистина.

Ако постојат причини да не се каже вистината, кои се тие? Кога може нецелосното откривање или делумната вистина да биде оправдана и под кои околности? Кои исклучоци, доколку ги има, постојат во врска со правило против лажење?

Лажењето во клиничкиот контекст е погрешно од многу причини, но делумната вистина може да биде морална оправдана. Ако, на пример, пациентот е депресивен и ирационален со самоубиствени мисли, тогаш е потребна внимателност затоа што целосната вистина може да предизвика сериозна штета. Ако е пациентот премногу песимистички настроен, откривањето на негативните можности, всушност, можат да придонесат за актуелизирање на тие исти можности. Ова, исто така, може да се дискутира во горенаведените случаи, иако се разбира, наведениот случај беше навистина екстрем. Многу е веројатно дека некои пациенти во логорите имаа бенефит од незнаењето на целата вистина. Но, друти може да биле ненамерно повредени. Дури и во места како Аушвиц, секое лице, ситуација и околност, може да бидат различни во зависност од мноштвото на постојано променливи фактори.

Кажувањето на вистината не е само етичка обврска, туку исто така мора да биде интегрирана во односот меѓу лекарот и пациент, како и она што ја сочинува клиничката проценка. Кажувањето на вистината треба да биде поврзано со автономијата на пациентот, користа, правдата, како и заштитата на другите.

Определени традиционални култури го гледаат пациентот не како самостоен ентитет со неприкосновени права, туку како дел од поширока семејна единица. Наместо на пациентот, на члено-



вите на семејство им се даваат медицински информации, особено ако се работи за сериозни информации како фатална дијагноза. Медицинска етика и практиката бараат почитување на културните практики и личните преференци кои се разликуваат кај различни пациенти и нивните семејства.

Во случаите наведени погоре, одлуката донесена од страна на тие логорски лекари затвореници била во согласност со она што го сметаат тие за морално коректно во тие екстремни околности. Во тие екстремни околности пациентите веројатно до определен степен имале корист од незнаењето на целата вистина. Исто така е многу веројатно, барем врз основа на секојдневниот контекст во Аушвиц, дека многумина пациенти знаеле што носат и предизвикуваат селекциите. Сепак, во такви околностите, „охрабрувачките зборови“ на д-р Блох биле дела на сочувство.

Исто така е веројатно дека секој поединец што се упатува кон својата смрт можел да реагира поинаку ако знаел дека смртта е неговата дестинација. Поточно, ако пациентите знаеле дека „останувањето во болница“ ги зголемува нивните шанси да бидат селектирани за смрт, се поставува прашањето дали ќе останеле. И, ако знаеле, дали би можеле, дали би се подготвиле подобро за нивниот пат кон „конечната смрт“?

Секое лице, и покрај различните контексти, во крајна линија се соочува со болест и смрт како индивидуа. Ако го извадиме кажувањето на вистината од равенката, дали не ја отстрануваме и способноста на поединецот да се справи со неговата/нејзиниот сопствена смрт.



7. „Бесмислени избори“ во медицината

Студија на случај:

Д-р Максимилијан Самуил, роден во Келн во 1880 година, бил практикант гинеколог сè до Првата светска војна. За време на војната, тој служел како лекар и бил наградуван со медали за храброст. Со доаѓањето на власт на нацистичките политики со кои се дискриминираа сите еврејски лекари, лекарската лиценца на д-р Самуел била поништена, и тој бил принуден да ја затвори својата практика. Во јули 1938 година тој бил уапсен од страна на Гестапо, но успеал да избега и да побегне во Белгија со своето семејство. Меѓутоа, во август 1943 година тој бил фатен и депортиран во Аушвиц заедно со неговата сопруга и ќерка. Додека неговата сопруга била испратена во гасните комори веднаш по пристигнувањето во логорот, д-р Семјуел и неговата ќерка ја преживеале првичната селекција и биле испратени да работат во една од фабриките во Аушвиц.

Д-р Самуел потоа бил префрлен во Блок 10 во Аушвиц I, каде што неговото гинеколошко искуство било потребно за експериментите што се спроведувале врз затвореничките кои вклучувале отстранување на репродуктивни органи. Од сведоштвата на лица кои преживеале, познато е дека д-р Самуел саботирал некои од овие постапки во кои тој не ги отстранувал вистинските органи, туку само направил да изгледа дека ги остранил органите. Некои од овие жртви, кои биле во можност да родат деца по војната, сведочеле дека тој бил нивниот спасител. Меѓутоа, други затвореници се сеќаваат дека тој навидум доброволно соработувал со нацистите во вршењето на овие експерименти. Тој, исто така, бил опишан како човек во очај или во „лоша ментална состојба“, кој се плашел за животот на неговата ќерка доколку не соработувал со нацистичките лекари.

Во октомври 1943 година д-р Самуел бил однесен во гасната комора во Биркенау и бил убиен. Постојат разлики во мислења зошто се случило тоа. Едно гледиште е дека тој бил испратен на смрт заради неговата саботажа; друго гледиште било дека тој „премногу знаел“ во врска со експериментите; третото гледиште

било дека неговата состојба се „влошувала“ и повеќе не можел да ја врши својата работа.

Референци:

1. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide* (Basic Books, 2000).
2. Susan Benedict and Ruth Jolanda Weinberger, *Medical Personnel in Auschwitz. Medizinische Experimente in Nationalsozialistischen Konzentrationslagern*. Ludwig Boltzmann-Institut für Historische Sozialwissenschaft (Vienna, 2008).
3. Daniel S. Nadav, *Medicine and Nazism* (The Hebrew University Magnes Press, 2009).

Прашање:

- Дали постојат ситуации во кои е невозможно да се донесат етички издржани медицински одлуки?

Дискусија:

Случајот погоре речиси зборува сам за себе. Овој доктор се нашол во време и место во кое морал да носи определени клучни одлуки кои влијаеле врз неговиот личен и професионален живот. Овие одлуки би влијаеле на неговиот живот, животот на неговата ќерка и животот на пациентите врз кои оперирал.

Една основна лекција за Холокаустот, како и воопшто за животот, е дека луѓето, без оглед на нивните ставови, не го прават секогаш истиот избор во сите ситуации. Како човечки суштества, ние не сме секогаш доследни во нашите етички избори и во носењето на одлуки. За време на холокаустот, таквите човечки недоследностите често зависеле од физичката состојба на лицето, непосредниот контекст во затворот, во гетото или во засолништво, како и начинот на донесување на одлуки кој влијаел на преживувањето на сопствениот живот, како и на животот на најблиските. Буквално, и често секојдневно, изборот на човекот може да значи живот и смрт за него, како и за другите.

Бидејќи д-р Самуел бил испратен во гасната комора, не може да разбере целосно што го мотивирало него во донесувањето



на одлуките, но според сведоштвата на другите затвореници, лекари, пациенти (жртви на експериментите) и други, можеме со понизност, а не со осудување да ги поставуваме потребните прашања:

- Дали бил соработник?
- Дали го злоупотребил својот статус на лекар?
- Дали можел да донесе други одлуки?
- Дали се согласувал и дали соработувал за да го спаси животот на својата ќерка?
- Дали ги носел неговите одлуки за да ги саботира нацистичките експерименти?
- Дали е можно да се направат етички валидни избори во такви околности?

Во случајот на д-р Самуел, ако првично одбил да се согласи и да соработува, крајниот резултатот за него би бил ист - смрт во гасната комора. Сепак, со спасување на плодноста на некои затворенички, тој постигнал определено добро што, веројатно, не би се случило со други лекари затвореници.

Не е случајно што различни луѓе различно се сеќаваат на него. Медицинскиот персонал во затворот, кој бил сведок на неговото професионално однесување, го сметале за личност која ги злоупотребува своите професионални етички вредности, преку соработка со нацистите кога ги извршувал овие операции. Од друга страна, жените на кои им ги спасил животите и идните репродуктивни способности, го сметале за добро човечко суштество и етички доктор.



Прилози:

1. Нирнбершкиот кодекс, 1947 година

1. Доброволната согласност на човечкиот субјект е апсолутно неопходна. Ова значи дека вклученото лице треба да има правна способност да даде согласност; лицето треба да биде во состојба да може да применува слободна моќ на избор, без интервенција од каков било елемент на сила, измама, принуда, притисок или друга надворешна форма на ограничување или присила; и лицето треба да има доволно знаење и разбирање за елементите на предметот во кој е вклучен за да му се овозможи да донесе разбирлива и просветлена одлука. Должноста и одговорноста за утврдување на квалитетот на согласноста му припаѓа на секој поединец кој иницира, насочува или се ангажира во експериментот. Тоа е лична должност и одговорност, која не може да биде делегирана на друго лице со неказнивост.

2. Експериментот треба да биде соодветно поставен за да даде плодни резултати за доброто на општеството, неспроведлив со други методи или средства за учење, и да не биде случаен и непотребен по природа.

3. Експериментот треба да биде така дизајниран и базиран на резултати од експериментирање со животни и познавање на природната историја на болеста или друг проблем кој е под истражување, со што очекуваните резултати ќе ја оправдаат изведбата на експериментот.

4. Експериментот треба да биде спроведен на начин на кој ќе се избегнат сите непотребни физички и психички страдања и повреда.

5. Ниту еден експеримент не треба да се спроведува ако постои априори причина од која се верува дека ќе настане смрт или тешка повреда; освен, можеби, во оние експерименти каде експериментални лекари, исто така, служат како субјекти.

6. Степенот на ризик кој треба да се преземе никогаш не треба да го надмине оној што го определува хуманитарната важност на проблемот што треба да се реши со експериментот.

7. Треба да се направат соодветни подготовки и да се обезбедат соодветни капацитети за заштита на експерименталниот субјект, дури и против евентуални можности за повреда, инвалидитет или смрт.

8. Експериментот треба да се спроведува само од страна на научноквалификувани лица. Треба да се бара највисок степен на вештина и грижа во сите фази на експериментот на страна на оние кои го спроведуваат или се ангажираат во експериментот.

9. Во текот на експериментот, човечкиот субјект треба да има можност или слобода да го прекине експериментот, ако стигнал тој до физичката или ментална граница по која се чини дека продолжување на експериментот е невозможно.

10. Во текот на експериментот, главниот научник мора да биде подготвен да го прекине експериментот во која било фаза, ако постои издржана причина да верува, во ситуација на добра намера, надмоќна вештина и внимателно расудување кое се бара од него, дека продолжувањето на експериментот веројатно ќе резултира во повреда, инвалидитет или смрт на експерименталниот субјект.



2. Директивата на Пруското министерство за верски, образовни и медицински работи, 1900 г.

I. Сакам да им укажам на директорите на клиниките, поликлиниките и сличните установи дека медицински интервенции за цели различни од дијагноза, терапија и имунизација се апсолутно забранети, иако сите други правни и етички критериуми за вршење на такви интервенции се исполнети, ако;

1. Лицето за кое станува збор е малолетник или не е целосно способно и компетентно по други основи.

2. Засегнатото лице нема недвосмислено изјавено дека тој се согласува со интервенцијата.

3. Изјавата т.е. согласноста не е донесена врз основа на соодветно објаснување за негативните последици кои може да произлезат од интервенцијата.

II. Во надополнение, јас пропишувам дека:

1. Интервенции од ваква природа може да ги врши само директорот на самата институција или со негово посебно овластување.

2. При секоја интервенција од ваква природа, мора да се направи записник и да се внесе во медицинската евиденција, потврдувајќи дека критериумите наведени во точките 1-3 од Секција I и точка 1 од Секција II се исполнети, наведувајќи детали за случајот.

III. Оваа директива не се применува за медицински интервенции наменети за цели на дијагноза, терапија или имунизација.



3. Циркуларен допис на Рајхот за здравствени насоки: Упатства за нова терапија и експерименти врз луѓето, 1931 година

1. Со цел медицинската наука да продолжи да напредува, започнувањето на терапија во соодветни случаи, со нови, но сè уште недоволно тестирани средства и процедури, не може да се избегне. Слично на тоа, научно експериментирање кое вклучува човечки субјекти не може да биде целосно исклучено како такво, затоа што тоа би го попречувало или дури и би го спречувало напредокот во дијагностиката, лекувањето и спречувањето на болести. Слободата која треба да му биде соодветно овозможена на лекарот ќе се мери и ќе се споредува со неговата посебна должност да остане постојано свесен за неговата главна одговорност за животот и за здравјето на секое лице на кое тој му овозможува иновативна терапија или врз кое изведување експеримент.

2. „Иновативна терапија“ значи интервенција и методи на лекување кои вклучуваат луѓе и служи во терапевтски цели.

3. „Научно експериментирање“ значи интервенции и методи на лекување кои вклучуваат луѓе и кои се спроведуваат заради истражувачки цели, без да служат за терапевтска намена.

4. Секоја иновативна терапија мора да биде оправдана и извршена во согласност со принципите на медицинската етика и правилата на медицинската практика и теорија. Во сите случаи, прашањето за тоа дали определени несакани ефекти, кои може да се појават, се пропорционални на предвидените бенефиции, истото ќе биде испитано и оценето. Иновативната терапија може да се спроведе само ако е претходно тестирана во животински испитувања (таму каде што е можно).

5. Иновативната терапија може да се спроведува само откако субјектот или неговиот правен застапник недвосмислено ќе се со-



гласи со постапката, земајќи ги предвид релевантните информации кои биле обезбедени однапред.

Во случаи кога не е добиена согласност, иновативната терапија може да започне само ако претставува итна процедура за зачувување на животот или спречување на сериозна штета на здравје и ако не може да се добие претходна согласност во рамки на постојните околности.

6. Прашањето дали да се користи иновативна терапија мора да се истражи со посебна грижа посебно кога субјектот е дете или лице под 18 години.

7. Експлоатацијата на социјални потешкотии со цел да се спроведува иновативна терапија не е компатибилна со принципите на медицинската етика.

8. Треба да се применува екстремна претпазливост во врска со иновативната терапија која вклучува живи микроорганизми.

9. Во клиниките, поликlinikите, болниците или во други установи за лекување и нега, иновативната терапија може да ја врши само одговорниот лекар или друг лекар кој постапува во согласност со неговите прецизни инструкции е предмет на неговата целосна одговорност.

10. Треба да се прави извештај за секоја иновативна терапија, кој укажува која е целта на постапката, оправданоста за неа и начинот на кој е извршена таа. Особено, извештајот треба да вклучува изјава дека субјектот, или каде што е соодветно неговиот законски застапник, претходно добил релевантни информации и дал согласност. Кога терапијата е извршена без согласност, под условите наведени во вториот параграф од Секција 5, изјавата треба да ги содржи сите детали за овие услови.

11. Резултатите од која било иновативна студија може да бидат објавени само на начин на кој целото достоинство на пациентот и диктатите на човештвото ќе бидат целосно почитувани.

12. При научно експериментирање, ќе се применува секција 4–11 од овие упатства, *mutatis mutandis* (види Секција 3)

Следните дополнителни барања ќе се применуваат за такви експериментирања:

а) експериментирањето се забранува во сите случаи кога не е дадена согласност;



б) експериментирањето кое вклучува човечки субјекти треба да се избегнува, ако е можно истото да се замени со експериментирање врз животни;

в) експериментирање кое вклучува деца или млади лица под 18 години, ќе биде забрането ако на кој било начин го загрозува детето или младото лице;

г) експерименти кои вклучуваат субјекти пред умирање не се компатибилни со принципите на медицинската етика и затоа тие се забрануваат.

13. На лекарите и оние кои се одговорни за болничките установи не треба да им биде ускратена одговорноста да бараат нови начини за заштита или лекување на пациентите или за олеснување на нивното страдање кога тие се уверени дека веќе познатите методите веројатно ќе бидат неуспешни.

14. Академски курсеви за обука треба да ги користат сите соодветни можности и да се нагласуваат посебните должности на лекарот при спроведување на нова форма на терапија или научен експеримент, како и при објавување на неговите резултати.



4. Хелсиншката декларација

Усвоена од 18-то Генералното собрание на Светската медицинска асоцијација (World Medical Association – WMA), Хелсинки, Финска, јуни 1964 година и изменета од:

29-то Генерално собрание на WMA, Токио, Јапонија, октомври 1975 година

35-то Генерално собрание на WMA, Венеција, Италија, октомври 1983 година

41-то Генерално собрание на WMA, Хонг Конг, септември 1989 година

48-то Генерално собрание на WMA, Самерсет Вест, Јужна Африка, октомври 1996 година

52-ро Генерално собрание на WMA, Единбург, Шкотска, октомври 2000

53-то Генерално собрание на WMA, Вашингтон, САД, октомври 2002

55-то Генерално собрание на WMA, Токио, Јапонија, октомври 2004

59-то Генерално собрание на WMA, Сеул, Кореја, октомври 2008

(Планирана измена во 2014 година)

А. ВОВЕД

1. Светската медицинска асоцијација (WMA) ја разви Хелсиншката декларација како изјава на етичките принципи за медицинските истражувања кои вклучуваат човечки субјекти, вклучувајќи истражување за човечки материјал и податоци што може да се идентификуваат.

Декларацијата е наменета да се чита како целина и секој од нејзините составните ставови не треба да се применува без разгледување на сите други релевантни ставови.

2. Иако Декларацијата се однесува првенствено на лекарите, WMA ги охрабрува другите учесници во медицинските истражу-



вања кои вклучуваат човечки субјекти да ги прифатат овие принципи.

3. Лекарот има должност да го промовира и да го заштитува здравјето на пациентите, вклучувајќи ги и оние кои се вклучени во медицинските истражувања. Знаењето и совеста на лекарот се посветени кон исполнувањето на оваа должност.

4. Декларацијата од Женева на WMA го поврзува и го обврзува лекарот со зборовите: „Здравјето на мојот пациент ќе ми биде првата и основна помисла“, и Меѓународниот кодекс на медицинска етика дефинира дека „лекарот ќе дејствува во согласност со најдобриот интерес на пациентот при обезбедување на медицинска нега.“

5. Медицинскиот напредок се заснова на истражувања кои во крајна линија мора да вклучуваат студии со човечки субјекти. На популациите кои не се доволно застапени во медицинските истражувања треба да им се обезбеди соодветен пристап за учество во истражувања.

6. Во медицински истражувања кои вклучуваат човечки субјекти, благосостојбата на индивидуалниот субјект во истражувањето мора да има предност и да биде приоритет над сите други интереси.

7. Примарната цел на медицинските истражувања кои вклучуваат човечки субјекти е да се разберат причините, развојот и ефектите на болестите и да се подобрат превентивните, дијагностичките и терапевтските интервенции (методи, процедури и третмани). Дури и најдобрите тековни интервенции постојано мора да се оценуваат преку истражување за нивната безбедност, ефективност, ефикасност, пристапност и квалитет.

8. Во медицинската практика и во медицинските истражувања, повеќето интервенции вклучуваат ризици и оптоварувања.

9. Медицинските истражувања се предмет на етички стандарди кои промовираат почит за сите човечки субјекти и заштита на нивното здравје и права. Некои популации кои се дел од истражувањата се особено ранливи и имаат потреба од посебна заштита. Тука се мисли на оние кои не можат да дадат или да одбијат согласност за себе и оние кои можат да бидат подложни на принуда или несоодветно влијание.



10. Лекарите треба да ги земат предвид етичките, законските и регулаторните норми и стандарди во сопствените земји, како и сите применливи меѓународните норми и стандарди при истражувања кои вклучуваат човечки субјекти. Ниту еден национален или меѓународен етички, правен или регулаторен стандард или норма не смее да ги намали или да ги елиминира кои било механизми за заштита на субјектите од истражувањето кои се утврдени во оваа декларација.

Б. ПРИНЦИПИ ЗА СИТЕ МЕДИЦИНСКИ ИСТРАЖУВАЊА

11. Лекарите кои учествуваат во медицинските истражувања имаат должност да го штитат животот, здравјето, достоинството, интегритетот, правото на самоопределување, приватноста и доверливоста на личните информации на субјектите вклучени во истражувањето.

12. Медицинските истражувања кои вклучуваат човечки субјекти мора да бидат усогласени со општоприфатените научни принципи, да бидат засновани на темелно знаење од научната литература, други релевантни извори на информации, како и да се вршат во соодветна лабораторија и, ако е соодветно, да се базираат на претходно спроведено експериментирање врз животни. Благосостојбата на животните кои се користат во истражување мора да се почитува.

13. Треба да се применува соодветна претпазливост при спроведувањето на медицинското истражување со цел да не ѝ се наштети на животната средина.

14. Дизајнот и перформансите на секоја истражувачка студија која вклучува човечки субјекти мора да бидат јасно опишани во протоколот за истражувањето. Протоколот треба да содржи изјава за вклучените етички аспекти и треба да укажува како се инкорпорираат принципите од оваа декларација. Протоколот треба да вклучува информации во врска со финансирањето, спонзорите, институционалните врски, други потенцијални судири на интереси, стимулации за субјектите и одредби за лекување и/или компензација на субјектите кои, евентуално, би биле повредени како последица од учество во истражувањето. Протоколот треба да ги опишува аранжманите за последователниот пристап до интервенциите од страна на субјектите на студијата кои се иденти-



фикувани како корисни во студијата или пак пристап до друга соодветна нега или бенефиции.

15. Протоколот за истражување мора да биде поднесен заради разгледување, коментари, насоки и одобрување до комитет за етика при истражувања, пред започнување на самата студија. Овој комитет мора да биде независен од истражувачот, спонзорот и кое било несоодветно влијание. Протоколот мора да ги земе предвид законите и прописите на земјата или земјите во кои ќе се врши истражувањето, како и сите применливи меѓународни норми и стандарди, на кои не смее да им се дозволи да ја намалат или да ја елиминираат заштитата кон субјектот на истражувањето наведени во оваа декларација. Комитетот мора да има право да ги надгледува тековните студии. Истражувачот мора да обезбедува мониторинг информации до комитетот, особено информации за какви било сериозни несакани настани. Во протоколот не смее да се направи ниту една промена, без претходно разгледување и одобрување од страна на комисијата.

16. Медицинските истражувања кои вклучуваат човечки субјекти мора да се спроведуваат само од страна на лица кои имаат соодветна научна обука и квалификации. Истражувањата врз пациенти или здрави волонтери мора да се вршат под надзор на компетентен и соодветно квалификуван лекар или друг професионалец за здравствена заштита. Одговорноста за заштита на субјектите во истражувањето секогаш ја носи лекарот или со друг професионалец за здравствена заштита, а не субјектите во истражувањето, иако имаат дадено согласност за тоа.

17. Медицинските истражувања кои вклучуваат обесправена или ранлива популација или заедница може да бидат оправдани само ако истражувањето одговара на здравствените потреби и приоритети на таквата популација или заедница и ако постои разумна веројатноста дека таквата популација или заедница ќе има корист од резултатите од истражувањето.

18. За секоја медицинска истражувачка студија која вклучува човечки субјекти претходно мора да биде спроведена внимателна процена на предвидливи ризици и оптоварувања врз поединците и заедниците вклучени во истражувањето, и таа да биде споредена со предвидливите бенефити за субјектите и за други поединци или заедници, кои ќе резултираат од состојбата која се истражува.



19. Секое клиничко испитување мора да биде регистрирано во јавно достапна база на податоци пред да биде ангажиран првиот субјект.

20. Лекарите не смеат да учествуваат во истражувачка студија која вклучува човечки субјекти, освен ако не се сигурни дека предвидените ризиците се адекватно проценети и може да бидат соодветно управувани. Лекарите веднаш мора да ја запрат студијата во моментот кога ќе се утврди дека ризиците го надминуваат потенцијалот на бенефитите или кога ќе се идентификува убедлив доказ за позитивни и корисни резултати.

21. Медицинските истражувања кои вклучуваат човечки субјект може да се спроведуваат само ако важноста на целта ги надминува вродените ризици и товари на субјектите од истражувањето.

22. Учеството на способни или компетентни лица, како субјекти во медицинското истражувањето, мора да биде на доброволна основа. Иако можеби е соодветно да се консултираат членовите на семејството или лидерите на заедницата, која било способна или компетентна личност не може да биде вклучена во истражувачка студија, освен ако тој или таа слободно се согласи.

23. Мора да се преземат сите мерки на претпазливост за да се заштити приватноста на субјектите во истражувањата и доверливоста на нивните лични информации и да се минимизира влијанието на студијата врз нивниот физички, ментален и социјален интегритет.

24. При медицинските истражувања кои вклучуваат компетентни т.е. способни човечки субјекти, секој потенцијалниот субјект мора да биде соодветно информиран за целите, методите, изворите на финансирање, сите можни конфликти на интереси, институционални врски на истражувач, очекуваните бенефити и потенцијалните ризици од студијата, како и непријатностите кои може да настанат, како и кои било други релевантни аспекти од студијата. Потенцијалниот субјект мора да биде информиран дека има правото да одбие да учествува во студијата или да ја повлече согласноста за учество во кое било време без притоа да постои страв од одмазда. Посебно внимание треба да се посвети на потребата од специфични информации за потенцијалниот субјект на индивидуално ниво, како и на методите кои се користат за доста-



вување на информациите. Откако ќе се осигура дека потенцијалниот субјект ги разбрал информациите, лекарот или друго соодветно квалификувано лице треба да побара слободно изразена информирана согласност од страна на потенцијалниот субјект, по можност во писмена форма. Ако согласноста не може да биде изразена во писмена форма, согласноста во неписмена форма мора да биде формално документирана и посведочена од трети лица.

25. За медицински истражувања кои користат идентификувачки човечки материјал или податоци, лекарите редовно мора да бараат согласност за собирање, анализа и складирање и/или повторна употреба. Може да има ситуации кога обезбедувањето на согласноста ќе биде невозможно или нема да биде практично да се бара согласност за такво истражување или пак ќе претставува закана по валидноста на истражувањето. Во такви ситуации, истражувањето може да се спроведе само по негово разгледување и одобрување од страна на етички комитет за истражувања.

26. Кога се бара информирана согласност за учество во истражувачка студија, лекарот треба да биде особено претпазлив ако потенцијалниот субјект е во зависен однос со лекарот или може да се согласи под присила. Во такви ситуации, информираната согласност треба да се бара од страна на соодветно квалификуван поединец кој е целосно независен од оваа врска.

27. За потенцијален субјект во истражување кој е некомпетентен или неспособен, лекарот мора да побара и да добие информирана согласност од неговиот/нејзиниот законски овластен застапник. Овие лица не смеат да бидат вклучени во истражувачка студија која нема веројатност дека ќе им донесе каква било корист, освен ако не е наменета за промовирање на здравјето на популацијата која ја претставува потенцијалниот субјект, ако истражувањето не може да се врши со компетентни т.е. способни лица, и ако истражувањето само по себе носи минимален ризик и минимален товар.

28. Кога потенцијален субјект на истражување, кој е проценет за неспособен, може да даде согласност за одлуките за учество во истражувањето, лекарот мора да побара таква согласност во дополнување на согласноста која треба да ја добие од законски овластениот претставник. Ако не даде согласност потенцијалниот субјект, тоа треба да се почитува.



29. Истражувања кои вклучуваат субјекти кои се физички или психички неспособни да дадат согласност, на пример несвесни пациенти, може да се вршат само ако физичката или менталната состојба која оневозможува давање информирана согласност е неопходна карактеристика на популацијата која е вклучена во истражувањето. Во такви околности, лекарот треба да побара информирана согласност од законски овластен претставник. Ако не постои таков претставник и ако не може да се одложи истражувањето, студијата може да продолжи без информирана согласност под услов конкретните причини за вклучување на субјекти со состојба која ги прави неспособни да дадат информирана согласност се наведени во истражувачкиот протокол и студијата е одобрена од етичкиот комитет за истражување. Согласност од субјектот или неговиот/нејзиниот законски овластен претставник за да остане субјектот во истражувањето треба да се добие веднаш штом ќе стане можно тоа.

30. Авторите, уредниците и издавачите имаат етички обврски во однос на објавувањето на резултатите од истражувањето. Авторите имаат должност јавно да ги објавуваат резултатите од своите истражувања со човечки субјекти и да поднесуваат одговорност за комплетноста и точноста на нивните извештаи. Тие треба се придржуваат до прифатените упатства за етичко известување. Негативните и неубедливите, како и позитивните резултати треба да се објават или на друг начин да бидат јавно достапни. Изворите на финансирање, институционалните врски и конфликтите на интереси треба да бидат објавени во публикацијата. Извештаи за истражувања кои не се во согласност со принципите на оваа декларација, не смеат да бидат прифатени за објавување.

В. ДОПОЛНИТЕЛНИ ПРИНЦИПИ ЗА МЕДИЦИНСКИ ИСТРАЖУВАЊА КОМБИНИРАНИ СО МЕДИЦИНСКА ГРИЖА

31. Лекарот може да ги комбинира медицинските истражувања со медицинската нега само до степен до кој истражувањето е оправдано со потенцијалната превентивна, дијагностичка или терапевтска вредност и ако има лекарот добра причина да верува дека учеството во истражувачката студија нема негативно да влијае врз здравјето на пациентите кои служат како истражувачки субјекти.



32. Придобивките, ризиците, оптоварувањата и ефективнос-та на нова интервенција мора да се тестираат и да се споредат со оние вредности кои произлегуваат од моментално најдобрата интервенција, освен во следниве околности:

Употреба на плацебо, или недавање третман, е прифатливо во студиите каде што не постои моментално докажана интервенција; или

Каде заради потребни и научно издржани методолошки причини, употребата на плацебо е неопходна за да се определи ефикасноста или безбедноста на интервенцијата и пациентите кои примаат плацебо или не примаат третман, нема да бидат предмет на ризик од сериозна или неповратна штета. Мора да се води екстремна грижа за да се избегне злоупотребата на оваа опција.

33. На крајот на студијата, пациентите кои биле вклучени во студијата имаат право да бидат информирани за исходот на студијата и да ги споделуваат сите бенефити кои произлегуваат од студијата, како на пример пристап до интервенции кои се идентификувани како корисни во студијата или за друга соодветна нега или бенефити.

34. Лекарот мора да го информира целосно пациентот за тоа кои аспекти од негата се поврзани со истражувањето. Одбивањето на пациентот да учествува во студијата или одлуката на пациентот да се повлече од студијата никогаш не смее се меша во односот меѓу пациентот и лекарот.

35. При третирање или лекување на пациентот, таму каде што не постојат докажани интервенции или тие биле неефективни, лекарот, откако ќе побара стручен совет, со информирана согласност од пациентот или од законски овластен претставник, може да користи недокажана интервенција, ако по убедување на лекарот, се нуди надеж за спасување на живот, повторно воспоставување на добра здравствена состојба или олеснување на страдањето. Каде што е можно, оваа интервенција треба да биде предмет на истражување, со цел да се оцени нејзината безбедност и ефикасност. Во кој било случај, треба да се евидентираат нови информации и таму каде што е соодветно тие да станат јавно достапни.



