

Лекция №10 Основы профессионально-этического кодекса работников социальных служб.

Этика — это философская дисциплина, объектом изучения которой являются фундаментальные представления общества о добре и зле, должном поведении человека, закрепленные в нравственных нормах. Основные виды этики: гуманистическая и авторитарная. Выдающемуся этику и философу XX в. Эрику Фромму (1900 – 1980) принадлежит учение о двух видах этики – гуманистической и авторитарной, - учение, наиболее адекватно объясняющее моральные проблемы современности. Сущность гуманистической этики заключается в том, что она рассматривает человека в его телесно-духовной целостности, полагая, что цель человека – быть самим собой, а условия достижения такой цели – быть человеком для себя (Э.Фромм). Гуманистическая этика опирается на веру человека, его автономность, независимость, свободу и разум, считая, что человек способен самостоятельно различать добро и зло и правильно давать этические оценки. Гуманистическая этика антропоцентрична (от греч. «antropos» – человек) в том смысле, что все ценностные суждения определяются особенностями и интересами существования человека, т.е. человек для нее – «мера всех вещей», нет ничего выше и достойнее, чем человеческая жизнь.

В нынешних условиях гуманистическая этика выступает скорее как теоретическая модель. Современное состояние этики — и как науки, и как учебной дисциплины — может быть охарактеризовано как состояние перехода от привычной нам «старой», авторитарной, к «новой», гуманистической этике. На этом этапе основная задача — овладение основами гуманистической этики, для чего необходимо размышлять, сравнивать, выбирать и принимать решение: что есть «человек для себя» и каким ему быть.

Биоэтика — это междисциплинарная область исследований и обсуждений, предметом которой являются моральные основания и проблемы медицины и здравоохранения, а также тесно связанных с ними современных научных направлений (таких как биология, генетика, биотехнология, науки о сознании и др.).

С некоторой долей условности можно выделить два основных уровня биоэтических исследований:

- во-первых, современная биоэтика занимается изучением конкретных проблем, относящихся к медицинской деятельности в широком смысле (медицинская помощь, научные исследования, биомедицинские технологии, политика медицины и др.);
- во-вторых, на более общем философском уровне биоэтика занимается обсуждением и прояснением ценностных оснований современной медицины, ее морального содержания, смыслов и фундаментальных задач.

Биоэтика – ориентирующая человека на выработку и установление нравственно понимающего отношения к жизни и иному живому, на заботу о правах биоса; биоэтика регулирует отношение человека и живой части окружающей среды, ориентируя его на «благоговение перед жизнью» и защиту прав биоса, т.е. всего живого.

На сегодняшний день биоэтика — не только сложившееся направление со своими учебными курсами, кафедрами, профессиональными журналами (то, что можно назвать академической биоэтикой); она стала также самостоятельным и очень значимым социальным институтом современного общества.

Под социальным институтом понимают устойчивую структуру общества, регулирующую определенный вид общественных отношений или общественной деятельности. Специфика биоэтических проблем придает социальному институту биоэтики некие особенные черты, тесно связанные между собой. Среди них следует назвать следующие.

1. Междисциплинарность. По самому своему характеру биоэтика способствует привлечению представителей самых различных областей и направлений (философов, врачей, ученых, биологов, юристов, политиков и др.), а также широкой общественности.
2. Дискуссионный характер обсуждений. Биоэтика занимается множеством сложных проблем, которые порой очень далеки от решения, поэтому нередко уже само их обсуждение и прояснение может иметь большое значение.
3. Плюрализм точек зрения. Биоэтические дискуссии чаще всего проходят в ситуации идейных разногласий и наличия множества точек зрения. Поэтому для обсуждения биоэтических проблем требуются такие условия, как равенство участвующих сторон, уважение к оппонентам, умение вести рациональную дискуссию, нацеленность на достижение рационального согласия. В некотором смысле, биоэтические обсуждения конкретных проблем являются демократией в действии (или, по крайней мере, должны стремиться к этому, как к идеалу).
4. Открытость. Биоэтика с самого начала формировалась не как узкая академическая дисциплина, закрытая для непосвященных, а, напротив, как открытая междисциплинарная область. Поэтому для участия в обсуждениях биоэтических проблем возможно привлечение любых заинтересованных групп общественности, а также их представителей и конкретных лиц.

Что входит в структуру современной биоэтики как социального института?

Эта структура представлена самыми разнообразными составляющими. К ним можно отнести, в частности, следующие.

1. Академическая биоэтика, т.е. профессиональное сообщество специалистов по биоэтике, включая сотрудников специализированных кафедр, научных центров по биоэтике, а также специалистов-консультантов.

2. Этические комитеты, деятельность которых сегодня имеет довольно обширный характер и оказывает существенное влияние на медицину и здравоохранение.
3. Этические комиссии, советы, рабочие группы на правительственном и международном уровне.
4. Объединения представителей медицинского сообщества, участвующие в разработке этических документов и решении биоэтических проблем (например, влиятельная международная организация ВМА — Всемирная медицинская ассоциация).
5. Организованные объединения пациентов и членов их семей.
6. Общественные движения (правозащитные, религиозные, экологические и др.), занимающиеся вопросами биоэтики.

Биомедицинская этика — междисциплинарная сфера, в центре внимания которой находится человек, его жизнь, здоровье, достоинство, качество жизни и т.п. — все, что связано с медициной и здравоохранением. Предмет биомедицинской этики — это обсуждение моральных проблем медицинской науки и практики, а также смежных направлений.

Медицинская этика — составная часть биомедицинской этики. Традиционный предмет медицинской этики — этическая сторона взаимоотношений врача и пациента. Современная медицинская этика анализирует моральные проблемы медицинской деятельности в узком смысле (отношения врача и пациента, основные моральные принципы медицинской практики, отношения внутри медицинского сообщества и др.). Клиническая этика — этот термин часто рассматривается как синоним медицинской этики. Однако клиническую этику иногда понимают также в более специальном смысле — как этический (или этико-правовой) анализ реальных ситуаций медицинской практики, исследование конкретных клинических случаев (так называемых кейсов), анализ принятия конкретных клинических решений, разбор коллизий, возникающих в медицинской работе и т.п. Кроме того, в рамках биомедицинской этики можно выделить ряд относительно самостоятельных, более или менее оформившихся направлений, или субспециальностей. К ним можно отнести, например, этику биомедицинских исследований (исследовательскую биоэтику), фармацевтическую биоэтику, биоэтику в психиатрии, репродуктивную биоэтику (которая занимается моральными проблемами вмешательств в репродукцию человека), геронтоэтику (изучающую этические проблемы помощи пожилым людям) и др.

Статус биомедицинской этики позволяет очертить круг проблем, которыми она призвана заниматься, как наука и которые принципиально значимы и «открыты» для будущего специалиста:

1. Однозначное определение сущности и признаков выступающие делом совокупных усилий медиков, философов, этиков и являющиеся необходимым основанием деятельности практикующих специалистов.

2. Решение вопроса о праве человека на достойную жизнь и столь же достойную смерть, к которому должны подключиться юристы и представители религиозных конфессий, чтобы реально оказывать человеку необходимую помощь в его страданиях.
3. Необходимость перехода от традиционной патерналистской деонтологии к признанию автономности личности пациента, к «сотрудничеству» с ним, что лежит в русле современной тенденции к трансформации гуманистическую.
4. Обязательность включения в лечебную практику в качестве руководства к действию высших общественных моральных ценностей – таких, как Добро, Сострадание, Долг, Совесть, Честь, Достоинство, Свобода, Ответственность, преломленных сквозь призму профессиональной специфики.
5. Решение вопроса о норме и патологии взрослого человека, а также человеческого зародыша и его правах – не только с медицинской, но и с нравственно-правовой точки зрения.
6. Всестороннее рассмотрение всех возможных последствий любых медико–биологических, особенно генетических исследований и экспериментов на человеке; определение меры ответственности и возможной степени риска исследователя.
7. Определение уровня автономности и прав психических больных и лиц с девиантным поведением.
8. Переоценка и новая интерпретация некоторых традиционных норм медицинской деонтологии (положение о врачебной тайне, принципа «не навреди» и др.), поиск инвариантных решений, необходимость определения своего отношения к новым деонтологическим подходам в новых условиях компьютерной и телемедицины, платного здравоохранения и др.

Деонтологическая этика восходит к этике долга, разработанной великим немецким философом И. Кантом (1724—1804). Согласно Канту, человек поступает морально тогда, когда следует своему долгу.

Слово «деонтология» происходит от двух греческих слов: *deontos* означает должное и *logos* — учение. В отечественную медицину термин «деонтология» (учение о должном поведении медиков, способствующем созданию наиболее благоприятной обстановки для выздоровления больного) ввел выдающийся хирург Н. Н. Петров, распространив принципы деонтологии на деятельность медицинских сестер. Следовательно, медицинская деонтология — часть медицинской этики, совокупность необходимых этических норм и предписаний для медицинских работников в осуществлении профессиональной деятельности. Деонтология изучает нравственное содержание действий и поступков медицинского персонала в конкретной ситуации. Теоретической основой деонтологии является медицинская этика, а деонтология, проявляясь в поступках медицинского персонала, представляет собой практическое применение медико-этических принципов. Знание основ

медицинской деонтологии необходимо и в практике специалистов по социальной работе, особенно для тех, кто будет работать в лечебно-профилактических учреждениях.

Аспектами медицинской деонтологии являются взаимоотношения:

- медиков с больным;
- медиков с родственниками больного;
- медиков между собой.

Основой взаимоотношений является слово, что было известно еще в древности: «Лечить надо словом, травами и ножом», — считали древние целители. Умным, тактичным словом можно поднять настроение больного, вселить в него бодрость и надежду на выздоровление и в то же время неосторожным словом можно глубоко ранить больного, вызвать резкое ухудшение его здоровья. Важно не только, что говорить, но и как, зачем, где говорить, как отреагирует тот, к кому обращается медицинский работник: пациент, его родственники, коллеги и т. д.

Одну и ту же мысль можно высказать по-разному. Одно и то же слово люди могут понять по-разному, в зависимости от своего интеллекта, личностных качеств и т. д. Не только слова, но и интонация, выражение лица, жесты имеют большое значение во взаимоотношениях с больным, его родственниками, коллегами. Медик должен обладать особой «чувствительностью к человеку», владеть эмпатией — способностью сострадать, ставить себя на место больного.

Современные модели взаимоотношений врача и пациента. В настоящее время существуют следующие типы моделей взаимоотношений врача и пациента:

- информационная (научная, инженерная, потребительская). Врач выступает в качестве компетентного эксперта-профессионала, собирая и предоставляя информацию о болезни самому пациенту. При этом пациент обладает полной автономией, имея право на всю информацию и самостоятельно выбирая вид медицинской помощи. Пациент может быть необъективным, поэтому задача врача — разъяснить и подвести больного к выбору верного решения;
- интерпретационная. Врач выступает в роли консультанта и советчика. Он должен выяснить требования больного и оказать помощь в выборе лечения. Для этого врач должен интерпретировать, т. е. истолковать, информацию о состоянии здоровья, обследовании и лечении, чтобы больной смог принять единственно правильное решение. Врач не должен осуждать требования больного. Цель врача — уточнить требования больного и помочь сделать правильный выбор. Эта модель похожа на информационную, но предполагает более тесный контакт врача и пациента, а не просто снабжение пациента информацией. Требуется терпеливая работа с пациентом. Автономия пациента при этой модели велика;
- совещательная. Врач хорошо знает больного. Все решается на основе доверия и взаимного согласия. Врач при этой модели выступает в роли друга

и учителя. Автономия пациента при этом соблюдается, но она основана на необходимости именно данного лечения;

- патерналистская (от лат. pater — отец). Врач выступает в роли опекуна; но при этом ставит интересы больного выше собственных. Врач настойчиво рекомендует больному выбранное им лечение. Если больной не согласен, то последнее слово остается за врачом. Автономия пациента при этой модели минимальна (в системе отечественного здравоохранения чаще всего используется именно эта модель).

Внутренняя картина болезни.

Поведение медика с больным зависит от особенностей психики больного, которая во многом определяет так называемую внутреннюю картину болезни. Внутренняя картина болезни — это осознание больным его заболевания, отражение в сознании больного его заболевания, целостное представление больного о своем заболевании, его психологическая оценка субъективных проявлений болезни. На внутреннюю картину болезни влияют особенности личности больного (темперамент, тип высшей нервной деятельности, характер, интеллект и др.). Во внутренней картине болезни различают:

- чувственный уровень, подразумевающий болезненные ощущения больного;
- эмоциональный — реагирование больного на свои ощущения;
- интеллектуальный — знания о болезни и ее оценку, степень осознания тяжести и последствий заболевания; отношение к болезни, мотивацию к возвращению здоровья.

Выделение этих уровней весьма условно, но они позволяют медикам более осознанно выработать тактику деонтологического поведения с больным. Чувственный уровень очень значим при сборе информации (анамнеза) о проявлениях болезни, ощущениях больного, что позволяет точнее поставить диагноз заболевания. Эмоциональный уровень отражает переживания больным своего заболевания. Естественно, что эти эмоции отрицательны. Медик не должен быть равнодушным к переживаниям больного, должен проявлять сочувствие, уметь поднять настроение больного, вселить надежду на благоприятный исход заболевания. Интеллектуальный уровень зависит от общего культурного развития больного, его интеллекта. При этом следует учитывать, что больные-хроники знают о своем заболевании достаточно много (популярная и специальная литература, беседы с врачами, лекции и т. д.). Это во многом позволяет медикам строить свои взаимоотношения с больным на принципах партнерства, не отвергая просьбы и сведения, которыми располагает больной. У больных с острыми заболеваниями интеллектуальный уровень внутренней картины болезни ниже. О своем остро возникшем заболевании больные, как правило, знают очень немного, и эти знания носят весьма поверхностный характер. Задача медицинского работника

в отношении такого больного состоит в том, чтобы в пределах необходимого и с учетом состояния больного восполнить дефицит знаний о болезни, объяснить сущность заболевания, рассказать о предстоящем обследовании и лечении, т. е. привлечь больного к совместной борьбе с болезнью, нацелить его на выздоровление. Знание интеллектуального уровня внутренней картины болезни позволяет правильно выбрать тактику лечения, психотерапию и т. д. Отношение больного к болезни бывает адекватным и неадекватным. Адекватное отношение к болезни отличается осознанием своего заболевания и признанием необходимости принятия мер к восстановлению здоровья. Такой больной проявляет активное партнерское участие в проведении лечения, что способствует скорейшему выздоровлению. Неадекватное отношение к болезни чаще характеризуется несколькими типами: тревожный — непрерывное беспокойство и мнительность; ипохондрический — сосредоточенный на субъективных ощущениях; меланхолический — удрученность, неверие в выздоровление; неврастенический — реакция по типу раздражительной слабости; агрессивно-фобический — мнительность, основанная на маловероятных опасениях; сенситивный — озабоченность впечатлением, которое больной производит на окружающих; эгоцентрический — «уход» в болезнь; эйфорический — наигранное настроение; анозогностический — отбрасывание мыслей о болезни; эргопатический — уход от болезни в работу. Знание внутренней картины болезни помогает в установлении деонтологически грамотного общения с больным, в формировании адекватного отношения больного к своему заболеванию, что повышает эффективность проводимого лечения.

К основным этическим категориям медицинского работника прежде всего относится выполнение своего профессионального долга. Долг — определенный круг профессиональных и общественных обязательств при исполнении своих обязанностей, сложившийся в процессе профессиональных отношений. Долг предусматривает квалифицированное и честное выполнение каждым медицинским работником своих профессиональных обязанностей. Выполнение долга неразрывно связано с моральными качествами личности. Долг медицинского работника — проявлять гуманизм, всегда оказывать помощь больному, никогда не участвовать в действиях, направленных против физического и психического здоровья людей, не ускорять наступления смерти. Помимо выполнения врачебного долга не менее главным этическим принципом в медицине является принцип «не навреди». Так, Гиппократ в труде «Клятва» прямо указывает: «Я направлю режим больных к их выгоде, сообразно моим силам, воздержусь от причинения всякого вреда и несправедливости. Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла». Непричинение вреда, ущерба здоровью пациента есть первейшая обязанность каждого медицинского работника. Пренебрежение этой обязанностью в зависимости от степени ущерба здоровью больного может стать основанием для привлечения медицинского работника к судебной ответственности. Этот принцип

обязателен, но он допускает определенную степень риска. Некоторые виды лечения рискованны для здоровья больного, но этот вред не наносится умышленно, и его оправдывает надежда на успех в борьбе с болезнью, особенно смертельной. Огромное значение имел и имеет принцип сохранения медицинской тайны. Под врачебной тайной понимают не подлежащие огласке сведения о болезни, интимной и семейной сторонах жизни больного, полученные от него самого или выявленные в процессе его обследования и лечения. Не подлежат огласке также сведения о физических недостатках, вредных привычках, имущественном положении, круге знакомств и т. д. В Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан правовому обеспечению врачебной тайны посвящена отдельная статья (см. Приложение 2, разд. 10, ст. 61). Об этом говорится и в «Клятве» Гиппократова: «Чтобы я не увидел и не услышал касательно жизни людской, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной...» Врачебная тайна должна быть сохранена не только врачами, но и другими медицинскими работниками (а также специалистами по социальной работе). Медицинский работник должен сохранить в тайне от третьих лиц доверенную ему или ставшую известной в силу исполнения профессиональных обязанностей информацию о состоянии здоровья пациента, диагнозе, лечении, прогнозе его заболевания, о личной жизни пациента, даже после того как пациент умрет. Медицинский работник вправе раскрыть конфиденциальную информацию о пациенте только с согласия самого пациента. За разглашение профессиональной тайны медик несет личную моральную, а иногда и юридическую ответственность. В ст. 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан перечислены случаи, в которых допускается предоставление сведений, представляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя (специалист по социальной работе в целях соблюдения интересов своего клиента обязан знать их):

- в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
- при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- по запросу органов дознания и следствия, прокуратуры и суда в связи с проведением расследования или судебного разбирательства;
- в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей;
- при наличии оснований, позволяющих предполагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

Не менее важным принципом в современном здравоохранении является принцип информированного согласия (см. Приложение 2, разд. 6, ст. 30, 31). Этот принцип означает, что любой медицинский работник должен максимально полно информировать больного, дать ему оптимальные советы. Только после этого больной может сам определить свои действия. При этом

может случиться, что его решение будет идти вразрез с мнением медиков. Однако принудительное лечение может осуществляться только по решению суда. В нашей стране закон дает право пациенту получать всю информацию. Предоставление неполной информации является обманом. Ограничения налагаются только на получение информации о других лицах. Пациент имеет право не просто выслушать рассказ врача, но и ознакомиться с результатами обследования, получить любые выписки и копии документов. Эту информацию пациент может использовать для получения консультаций у других специалистов. Информация необходима для того, чтобы на ее основе пациент мог решить, например, соглашаться ему на операцию или предпочесть консервативное лечение и т. д.

Принцип уважения автономии пациента (близок к принципу информированного согласия) означает, что пациент сам, независимо от медиков, должен принимать решение относительно лечения, обследования и т. д. При этом у пациента нет права требовать от врачей принять решение за него (если только пациент не в бессознательном состоянии), чтобы потом не привлекать врачей к ответственности за неправильное лечение.

В современных условиях особенно важен принцип справедливого распределения, который означает обязательность предоставления и равнодоступность медицинской помощи. В каждом обществе правила и порядок предоставления медицинской помощи устанавливаются в соответствии с его возможностями. К сожалению, особенно часто несправедливость возникает при распределении дорогостоящих лекарств, использовании сложных оперативных вмешательств и т. д. При этом наносится огромный моральный ущерб тем больным, которые в силу ряда причин обделены тем или иным видом медицинской помощи.

К сожалению, при оказании медицинской помощи пациенту нередки случаи неблагоприятного последствия лечения. Эти случаи подразделяются на врачебные ошибки, несчастные случаи, профессиональные правонарушения. Под врачебной ошибкой обычно понимают последствия добросовестного заблуждения врача без элементов халатности, небрежности и профессионального невежества. Врачебные ошибки обычно допускаются по объективным причинам. Многие из врачебных ошибок связаны с недостаточным уровнем знаний и малым опытом, некоторые ошибки зависят от несовершенства методов исследования, аппаратуры, необычности проявлений заболевания у данного больного и других причин. Для предотвращения ошибок, включая и случаи ятрогенных заболеваний, необходим постоянный анализ подобных случаев, открытый разбор на различных собраниях, конференциях и т. д. Необходимо найти причину ошибки и принять все меры для того, чтобы не допускать подобного в дальнейшем. Среди причин врачебных ошибок выделяют следующие:

- отсутствие надлежащих условий оказания помощи (врач вынужден работать в условиях, не соответствующих профессии), плохая материально-техническая оснащенность лечебно-профилактического учреждения и т. д.;
- несовершенство медицинских методов и знаний (болезнь изучена медицинской наукой мало, ошибка является следствием неполноты знаний не данного врача, а медицины в целом);
- недостаточный уровень профессионализма врача без элементов небрежности в его действиях (врач старался сделать все, что мог, но его знания и умения оказались недостаточными для правильных действий).

К негативным последствиям для больного могут привести: чрезвычайная атипичность данного заболевания; исключительность индивидуальных особенностей организма пациента; ненадлежащие действия самого больного, его родственников и других лиц (позднее обращение за медицинской помощью, отказ от госпитализации, нарушение режима лечения, отказ от лечения и т. д.); особенности психофизиологического состояния медицинского работника (болезнь, крайняя степень переутомления и т. д.)