

Превод от английски език

АВТОРЕФЕРАТ НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД:

**„БЛАГОДЕЯНИЕТО КАТО МОРАЛЕН ИМПЕРАТИВ
В МЕДИЦИНСКАТА ПРАКТИКА“**

от ДЖО А. МОМО

СОФИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ“

ФИЛОСОФСКИ ФАКУЛТЕТ

ДОКТОРСКА ПРОГРАМА ПО ФИЛОСОФИЯ
С ПРЕПОДАВАНЕ НА АНГЛИЙСКИ ЕЗИК

СЪДЪРЖАНИЕ

БЛАГОДАРНОСТИ	IV
РЕЗЮМЕ	V
ПЪРВА ГЛАВА	
ВЪВЕДЕНИЕ	1
1.1 ЕСТЕСТВО НА ПРОБЛЕМА	2
1.2 ПАТЕРНАЛИЗЪМЪТ В МЕДИЦИНСКАТА ПРАКТИКА	3
1.2.1 ПАТЕРНАЛИЗЪМ, КОЙТО ОГРАНИЧАВА БЛАГОДЕЯНИЕТО	4
1.2.3 „СЛАБ“ ПАТЕРНАЛИЗЪМ	6
1.2.4 БЛАГОДЕЯТЕЛЕН ЛИ Е ПАТЕРНАЛИЗЪМЪТ?	10
1.3. ОСНОВАТА НА ПРИНЦИПА НА БЛАГОДЕЯНИЕТО	12
1.4 ЕТИЧЕСКИЯТ ПРИНЦИП НА БЛАГОДЕЯНИЕТО	13
1.5 ХАРАКТЕРИСТИКИ НА БЛАГОДЕЯНИЕТО	18
1.5.1 ЗАЧИТАНЕ НА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ	19
1.5.2 МОРАЛНОСТ НА БЛАГОДЕЯНИЕТО	20
1.5.3 СОЦИАЛНОСТ НА БЛАГОДЕЯНИЕТО	21
1.5.4 УНИВЕРСАЛНОСТ НА БЛАГОДЕЯНИЕТО	23
1.6 ФИЛОСОФСКИ ВЪЗГЛЕДИ ЗА БЛАГОДЕЯНИЕТО	24
1.6.1 БЛАГОДЕЯНИЕТО ВМЕНЯВА ОТГОВОРНОСТ ЗА „ДРУГИЯ“	25
1.6.2 БЛАГОДЕЯНИЕТО Е ЕКЗИСТЕНЦИАЛНИЯТ ИЗБОР	27
1.7 БЛАГОДЕЯНИЕТО ПРИ ДРУГИТЕ ЕТИЧЕСКИ ПРИНЦИПИ	28
1.8 ЕТИКА НА ДОБРОДЕТЕЛНОСТТА И ПРАКТИКУВАЩИЯТ ЛЕКАР	34

ВТОРА ГЛАВА

КОНФЛИКТЪТ МЕЖДУ ТОВА ДА ДЕЙСТВАШ С ОГЛЕД НА НАЙ-ДОБРИЯ ИНТЕРЕС НА ПАЦИЕНТА (БЛАГОДЕЯНИЕ) И ДА ИЗПЪЛНИШ ЖЕЛАНИЯТА МУ ОТНОСНО ЛЕЧЕНИЕТО МУ (АВТОНОМИЯ)	39
---	----

2.1 ОСНОВАТА НА ТОВА „ДА ДЕЙСТВАШ С ОГЛЕД НА НАЙ-ДОБРИЯ ИНТЕРЕС НА ПАЦИЕНТА“	40
--	----

2.2 КОНЦЕПЦИЯТА ЗА БЛАГОДЕЯНИЕ В ПРАКТИЧЕСКАТА МЕДИЦИНА	42
---	----

2.2.1 БАЛАНС МЕЖДУ ПОЛЗИТЕ И РИСКОВЕТЕ ПРИ ЛЕЧЕНИЕТО НА ПАЦИЕНТИТЕ	42
--	----

2.2.2 „НЕ ВРЕДИ“ И ПРИНЦИПЪТ НА БЛАГОДЕЯНИЕТО	44
---	----

2.3 ОСНОВАТА НА АВТОНОМИЯТА НА ПАЦИЕНТА	46
---	----

2.3.1 ЕФЕКТЪТ НА БОЛЕСТТА ВЪРХУ АВТОНОМИЯТА НА ПАЦИЕНТА	48
---	----

2.3.2 ИНФОРМИРАНОТО СЪГЛАСИЕ ПРИ АВТОНОМИЯТА	51
--	----

2.3.3 ПАЦИЕНТИ, КОИТО НЕ СА В СЪСТОЯНИЕ ДА ДАДАТ СЪГЛАСИЕ	53
---	----

2.4 ФИЛОСОФСКА ПОЗИЦИЯ ОТНОСНО ПРИНЦИПА НА АВТОНОМИЯТА	54
--	----

2.5 ОГРАНИЧЕНИЯ НА АВТОНОМИЯТА	57
--------------------------------	----

2.6 КОНФЛИКТЪТ МЕЖДУ АВТОНОМИЯТА И БЛАГОДЕЯНИЕТО	58
--	----

ЗАКЛЮЧЕНИЕ	69
------------	----

ТРЕТА ГЛАВА

МЕДИЦИНСКИ И ЗДРАВНИ ПРОФЕСИОНАЛНИ КОДЕКСИ, И БЛАГОДЕЯНИЕТО	70
---	----

3.1 КАКВО ОЗНАЧАВА „ВРЕДА“ ПРИ ПРЕДОСТАВЯНЕТО НА МЕДИЦИНСКИ ГРИЖИ?	72
--	----

3.2 МЕДИЦИНСКАТА ГРИЖА И ПРОЯВИТЕ НА ЖЕСТОКОСТ ПРИ МЕДИЦИНСКИ ЕКСПЕРИМЕНТИ	74
3.2.1 МЕДИЦИНСКИТЕ ЕКСПЕРИМЕНТИ НА НАЦИСТИТЕ ПРЕЗ ВТОРАТА СВЕТОВНА ВОЙНА	75
3.2.2 ЕКСПЕРИМЕНТЪТ В „ПОРТЪН ДАУН“	76
3.2.3 ИЗСЛЕДВАНИЯТА В „АЛДЪР ХЕЙ“	76
3.2.4 ЕКСПЕРИМЕНТЪТ В ТЪСКИГИ	77
3.2.5 ЕКСПЕРИМЕНТЪТ В УЧИЛИЩЕ „УИЛОУБРУК“	77
3.3 СЪВРЕМЕННИ ТЕНДЕНЦИИ	78
3.4 ПРОФЕСИОНАЛНИ КОДЕКСИ В МЕДИЦИНАТА И ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО	80
3.5 СВЕТОВНАТА МЕДИЦИНСКА АСОЦИАЦИЯ	81
3.6 АМЕРИКАНСКАТА МЕДИЦИНСКА АСОЦИАЦИЯ	82
3.7 ОБЩ МЕДИЦИНСКИ СЪВЕТ	83
3.8 СВЕТОВНАТА ЗДРАВНА ОРГАНИЗАЦИЯ	85
3.9 НАЦИОНАЛЕН ИНСТИТУТ ЗА КЛИНИЧНИ ПОСТИЖЕНИЯ И ЗДРАВНИ ГРИЖИ (NICE)	88
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	90
ЧЕТВЪРТА ГЛАВА	
ВРЪЗКАТА МЕЖДУ ФИЛОСОФСКИТЕ ТЕОРИИ И ПРАКТИЧЕСКОТО БЛАГОДЕЯНИЕ	92
4.1 БЛАГОДЕЯНИЕТО И ВРЪЗКАТА МУ С ПРИНЦИПА НА УТИЛИТАРИЗМА	93
4.1.1 ЕФЕКТЪТ НА УТИЛИТАРИЗМА ВЪРХУ БЛАГОДЕЯТЕЛНАТА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА	95
4.2 МОРАЛНОСТТА НА КАНТИАНСТВОТО И БЛАГОДЕЯНИЕТО	98
4.3 КОНЦЕПЦИЯТА НА ГАДАМЕР ЗА ДИАЛОГА В БЛАГОДЕЯТЕЛНАТА ГРИЖА	99

ЕЗИК И ДИАЛОГ	99
4.3.1 ОБЩЕСТВО, ДИАЛОГ И „ДРУГИЯ“	103
4.3.2 ПОСЛЕДИЦИ ЗА ПРАКТИКАТА	110
4.4 КОНЦЕПЦИЯТА НА ХЕЛЕР: БЛАГОДЕЯНИЕТО Е МОРАЛЕН ИЗБОР	113
4.4.1 КЛИНИЧНИ ПОСЛЕДИЦИ	113
4.4.2 ХЕЛЕР ПО ВЪПРОСА ЗА ПЛУРАЛИЗМА НА БЛАГОДЕЯНИЕТО	116
4.4.3 ХЕЛЕР ПО ВЪПРОСА ЗА МОРАЛНОСТТА	117
4.4.4 ЕКЗИСТЕНЦИАЛЕН ИЗБОР	121
4.4.5 ЗНАНИЕ, ПРЕВЪЗХОДСТВО И МОРАЛНОСТ	123
4.4.6 МОРАЛНА ОТГОВОРНОСТ КЪМ ДРУГИЯ	126
4.5 ОЦЕНКА НА ДРУГИ ФИЛОСОФСКИ ТЕОРИИ ЗА БЛАГОДЕЯНИЕТО	130
4.6 МОРАЛНА ОБОСНОВКА И МОРАЛНИ ПРЕЦЕНКИ В БЛАГОДЕЯТЕЛНАТА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА	131
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	131
ПЕТА ГЛАВА	
ЗАКЛЮЧЕНИЕ: ЗАЩО Е ВАЖНО БЛАГОДЕЯНИЕТО?	132
5.1 БЛАГОДЕЯНИЕТО ГАРАНТИРА ЗАЧИТАНЕ НА АВТОНОМИЯТА НА ПАЦИЕНТА	136
5.2 БЛАГОДЕЯНИЕТО ПОДОБРЯВА ВРЪЗКАТА ЛЕКАР-ПАЦИЕНТ	139
5.3 БЛАГОДЕЯНИЕТО ОПРЕДЕЛЯ НАГЛАСАТА НА ЛЕКАРЯ	140
5.4 БЛАГОДЕЯНИЕТО Е ДОБРОДЕТЕЛ	144
5.5 НА ТЕОРИЯ, БЛАГОДЕЯНИЕТО Е МОРАЛЕН ИМПЕРАТИВ	150
5.6 НА ПРАКТИКА, БЛАГОДЕЯНИЕТО Е ИМПЕРАТИВ	153
5.7 МОРАЛНО ПОГЛЕДНАТО, БЛАГОДЕЯНИЕТО Е ИМПЕРАТИВ	155

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

157

ЛИТЕРАТУРА

158

ПЪРВА ГЛАВА

ВЪВЕДЕНИЕ

Целта на настоящия дисертационен труд е да анализира етическия принцип на благодеянието и как прилагането му като политика засяга поведението на практикуващия лекар. Настоящото изследване се стреми също така да анализира принципа на благодеянието като етично задължение в медицинската практика, основана на медицинска етика и добродетелност, както и нагласата на практикуващите лекари към прилагането му на практика.

Следователно основният подход на изследването е да разгледа благодеянието като основен морален императив в медицинската практика. Това предполага, че макар останалите етически принципи на автономия, справедливост и ненанасяне на вреда да са важни и полезни при вземането на решения в клиничната практика, принципът на благодеяние е от особено значение, тъй като той определя поведението на клиничните специалисти и техните предпочитания при вземане на решения относно лечението. Освен това в дисертационния труд се предлага тълкувание на благодеянието като съществена политика, която би трябвало да се приеме при реализацията на медицински и здравни програми в полза на пациентите. Принципът на благодеяние се разглежда в светлината на теории за морала като например утилитарната теория, както и идеите за морал, разработени от Гадамер, Хелер и др.

При анализа на значението на благодеянието в медицинската практика е важно този принцип да се разгледа в два различни аспекта: благодеяние в медицината, което се стреми да установи какво е поведението на практикуващия лекар в клиничен контекст, и благодеяние от теоретична гледна точка - то има за цел да оцени

философските теории и тяхното отражение върху благотелните медицински практики и резултати. Индивидуалното поведение на лекаря в дадена медицинска практика би трябвало да се ръководи от етическия принцип на благотелнието. Той е важен императив в медицинската етика и се възприема като универсален аспект на медицинската практика. Но в повечето случаи е тясно свързан с други принципи в етиката - особено с този на автономията, когато се прави екзистенциален избор или се взема екзистенциално решение, а това омаловажава значението на благотелнието, приравнявайки го до една от многото политики вместо да е най-важната политика в етиката, която да е водеща при формулирането на политики в медицински клиничен контекст. Благотелнието и автономията са основани на едни и същи принципи на моралния универсализъм. А този универсализъм означава, че дадено действие е (или не е) социално приемливо и рационално възприемано като абсолютна цел.

Поддържам тезата, че представата за медицината като професия, обвързана с грижа, е философски неправилна, ако физически и психологически не се прилагат принципите на етиката, които биха могли да повлияят на поведението на лекарите. Основанието, поради което лекарите изпълняват задълженията си в клинични условия, е благосъстоянието на пациентите, както то е схванато във вътрешното съзнание, насочено към зачитане на „другия“.

Тъй като медицината е предприемчива професия, която не може да се упражнява без грижа за здравето и благополучието на другите хора, и без морални съображения (Пелегрино, 1987 г.), то аспектът на практическото благотелние в медицината може да е задължителен. И така, какво означава благотелна медицинска грижа?

Според Kinsinger (2009:45), благодеянието е „... проява на милосърдие, състрадание и доброта, която носи силна конотация на правене на добро за другите...”, а също така: „разбирането на тази етика на грижата заставя отделния здравен специалист да разглежда призванието си в светлината на високите стандарти на професионализъм... за висшето добро“. С оглед на това смятам, че благодеянието е присъщ елемент на медицинската етика и като такъв е изключително важен за медицинската практика. Съществуват обаче някои резерви по отношение на императивността само на благодеянието в медицинската практика, което води до схващането, че принципът на благодеянието не може да даде определени отговори или обяснения на някои важни въпроси (Wear & Moreno, 1994: 323-324). Тези резерви се потвърждават от въпроси като: кой определя какво означава да правиш добро на и за пациента? Това изключително право на лекаря ли е? Или право на пациента? Тези въпроси подчертават предизвикателствата, които могат да възникнат при прилагането на принципа на благодеяние във вземането на решения от клинично естество.

В допълнение Kinsinger (2009:44) споменава, че проявите на благодеяние могат да се извършат както от позицията на нещо дължимо, така и от позицията на надхвърлящото дължимото – т.е. да направиш повече от това, което дължиш някому. Обаче в медицината и здравеопазването това, което се прави в най-добрия интерес на пациентите, може да не е задължение, а спазване на набор от политики. Това е така, защото има ситуации и случаи в клиничната или здравната практика, които могат да придадат относително значение на благодеянието спрямо медицинските процедури и лечението (Page, 2012 г.). А това подкрепя утилитарната логика, при която благодеянието може да се разглежда като акт на балансиране на ползите от дадена

диагностична процедура и вредата, която тя може да нанесе на индивида (Mandal и колектив, 2016 г.).

В медицинската практика съотношението между допустимия риск и ползите означава да приложиш и предоставиш подходящото лечение при минимално страдание и болка за пациента (пак там). Според някои теоретици благодеянието трябва да е основата, върху която всички лекари практикуват и вземат решения за здравето на пациентите си (Shahian & Normand, 2012 г.; Cassell, 2000 г.).

1.0 БЛАГОДЕЯНИЕ

Няколко изследвания подчертават значението на благодеянието като необходим инструмент или политика, която да гарантира, че при медицинско лечение и интервенция интересът на пациента е на първо място. Има и други изследвания, които наблягат на взаимовръзката между благодеяние, автономия, ненанасяне на вреда и справедливост в здравеопазването. Затова обширният преглед на литературата по въпроса на благодеянието в практиката показва наличие на някои съществени идеологии за значението му в контекста на неговата приложимост, редом с други принципи на етиката или философски теории в практически ситуации. Но в днешната медицинска среда и за задоволяване на нарастващите потребности на пациентите е необходимо да се прилага принцип, който е в състояние да адаптира, усвоява и използва теории на морала, отговарящи на проблемите на пациентите в клинична среда.

Освен това огромната част от литературата по въпроса на благодеянието в практиката, макар и значима, прави само ограничени препратки към моралната императивност на благодеянието като етически принцип, използван в контекста на

медицинска грижа, която отговаря на изискванията на пациентите. Затова настоящият дисертационен труд идентифицира този „пропуск“ в знанията за прилагането на принципа с цел постигане на благосъстояние на пациента в по-широкия смисъл и намиране на удовлетворително решение за определени опасения на пациентите.

Затова, докато анализирах изследванията по темата, забелязах, че значението на благодеянието се споменава общо и че това се дискутира в рамката на другите етически принципи или като аргумент в подкрепа на други морални твърдения. Така например Пелегрино и Томазма (Pellegrino & Thomasma, 1993 г.) в „Добродетелите в медицинската практика“ (*“The Virtues in Medical Practice”*) разглеждат благодеянието като аспект на „теорията на добродетелността в биомедицинската – и особено здравнопрофесионалната – етика“ (стр. xii). Докато Sharpe (1997 г.), в статията си „Защо „Не вреди“?“ (*“Why “Do no harm”?”*), разглежда благодеянието като задължението „да не се вреди“ „не просто въз основа на негативното задължение за ненанасяне на вреда, но и на позитивното задължение за благодеяние“ (стр. 197). В допълнение Бийчъм, Т. Л. (Beauchamp, TL, 2007 г.), в „Подходът на четирите принципа в здравната етика“ (*“Four Principles’ Approach to Healthcare Ethics”*), разглежда благодеянието заедно с ненанасянето на вреда като задължение за поверителност, която лекарите трябва да спазват в клинични условия. Но един пространен анализ на Бийчъм и Чилдрес (Beauchamp & Childress, 2001 г.), в книгата им „Принципи на биомедицинската етика“ (*“Principles of Biomedical Ethics”*) показва, че благодеянието е много важна морална концепция, на която лекарите и останалите здравни специалисти трябва да се позовават в клиничната си практика – още повече, че концепцията за благодеяние в медицинската практика трябва да е задължителна.

Въз основа на теоретичните анализи изглежда, че благодеянието в медицинската практика е перфектното решение за една ефективна и ориентирана към пациента здравна грижа. Има обаче проблеми, които могат да възпрепятстват прилагането на този етически принцип в клинична среда, а разбирането за начина на справяне с тези проблеми заема централно място в дисертацията. По-специално има една важна политика, която може да засегне ефективното благодеяние в медицинската практика - патернализъмът.

1.1 ЕСТЕСТВО НА ПРОБЛЕМА: ПАТЕРНАЛИЗЪМЪТ В МЕДИЦИНСКАТА ПРАКТИКА

Традиционно се смята, че лекарят е този, който има правомощия да взема решения относно лечението на пациента. Това е така, защото обществото е приело, че лекарите притежават необходимите медицински познания, за да вземат подобни решения, докато „средностатистическият“ пациент нито има разрешение, нито бива насърчаван да дава своя принос за вземането на решения. Това се дължи на схващането, че пациентите нямат необходимите знания, за да участват в решенията относно лечението. В резултат на тази ситуация, пациентите са напълно зависими от лекарите, които вземат всички решения от тяхно име.

Твърди се, че патернализъмът създава неравенство и не спомага за постигане на взаимност между лекаря и пациента. Това е така, защото тази концепция поражда дисбаланс в една връзка, която би трябвало да е изградена на доверие и взаимно уважение. Затова и концепцията е подложена на все по-голяма критика, насочена преди всичко срещу убеждението, че патернализъмът оправдава снизходителността на

лекарите към пациентите. Следователно се смята, че подобна концепция вреди на физическото и психическото благосъстояние на пациента.

Наличието на мерки за предотвратяване на вреди в медицинската практика не е достатъчно, за да се предостави добра грижа за пациента, защото стриктното придържане на лекаря към подобни правила не увеличава стремежа му да е от полза за пациента, а само създава желание за систематично избягване на потенциални обвинения за причиняване на вреда. Затова се нуждаем не само от принципа за ненанасяне на вреда, но и от този за благодеяние.

Повечето философи описват патернализма с думи като „превъзходство“, „доминиране“, „потисничество“ и „догматичен“ (Као, 1976:179). Подобни възгледи за приложимостта на патернализма в практиката на пръв поглед изглеждат крайни, но един по-критичен поглед към концепцията показва, че може да са основателни.

Думата „патернализъм“ (от латински: *pater* – баща) е ситуация или политика, при която решенията, засягащи определен човек, се вземат от друг, за когото се смята, че притежава способността или властта да ги вземе. При патернализма авторитарната фигура винаги смята, че извършеното или предложеното от нея ще е от полза за другия (Sneddon, 2013 г.).

Освен това се предполага, че властоимащата фигура взема решенията, а „маловажният“ човек няма участие в тях, въпреки че могат да се отнасят до живота му. McKinstry (1991: 340), цитирайки Dworkin (1972 г.) отбелязва, че патернализмът е: „Намеса в свободата на действие на дадено лице, оправдана по причини, които изключително засягат благополучието, доброто, щастието, потребностите, интереса или ценностите на лицето, което е подложено на принуда”.

Не е нужно патернализмът в медицинската практика да е принудителен, защото понятието може да се използва за израз на истинска загриженост, жертвоготовност и професионализъм от страна на всеотдайния практикуващ лекар. Макар някои автори да смятат, че патернализмът оправдава нанасянето на вреда на пациента и го лишава от автономията му (Murgic и колектив, 2015 г.), както и че прави практикуващите лекари неблагоприятни (Бийчъм, 1990 г.), други гледат на патернализма като необходимост, за да предпази пациента от вреда (Feinberg, 1986 г.).

1.1.1 “СЛАБ“ ПАТЕРНАЛИЗЪМ: ПАТЕРНАЛИЗЪМ, КОЙТО НОСИ ПОЛЗА

Изглежда, че въпросът дали патернализмът в медицинската практика има отрицателно или положително въздействие зависи от това на кого се задава този въпрос. Някои теоретици смятат, че само благодеянието може да гарантира, че автономията на пациентите е спазена и зачетена, докато други са на мнение, че патернализмът е просто лишаване на пациента от автономия и свобода (Бийчъм, 1990 г.; Murgic и колектив, 2015 г.).

Все пак Мил отбелязва в *„За свободата“*, че има определени проблеми, които биха могли да ограничат свободата на индивида, и разглежда тези пречки като „оправдан социален контрол върху индивида“, пред които той би могъл да е безсилен (Мил, 1861 г.).

Използваната логика, за да се оправдае лишаването на пациента от автономия, в повечето случаи е основана на презумпцията, че *„лекарите знаят най-добре“*, като този възглед противоречи на принципа на благодеянието (Breeze, 1998 г.; Murgic и колектив, 2015 г.). Затова се твърди, че патернализмът в медицината поставя под

съмнение основите или фундамента, върху който се прилага принципът на благодеянието (Бийчъм, 1990 г.).

„Слабият“ патернализъм може да е от полза на пациентите с това, че гарантира следното: “Макар че решението за лечение може да е трудно, презумпцията за лечение често е оправдана от морална гледна точка, ако съществува значителна вероятност за успешен резултат. Може да е спорно какво представлява „успех“ при такива обстоятелства, но твърде прибързаните решения да не се проведе лечение поради спазване на принципа на автономията може да навреди повече на крайния интерес на пациента, отколкото известна степен на патернализъм“ (Пелегрино и Томазма, 1987:30).

Напоследък се появяват предложения пациентите да бъдат консултирани при вземането на клинични решения. Тази инициатива набира допълнителна скорост отчасти поради случаите на сериозни злоупотреби и нанесени вреди на пациенти от страна на лекари, които са се ползвали с доверие сред пациентите. Преди вниманието да се насочи към връзката лекар-пациент, патернализмът процъфтява и в повечето случаи историята показва, че “в минали времена патернализмът едва ли е бил подложен на толкова съмнения от етична гледна точка колкото днес“ (Пелегрино и Томазма, 1987: 25). Трябва обаче да се приеме, че патернализмът в медицината, стига да е извършен с етика и професионализъм, носи повече ползи на пациентите, както смятат Пелегрино и Томазма: “Нещо толкова могъщо като съвременната медицина изисква формален процес на професионализация, за да гарантира, че се поддържа високо ниво на компетентност, поведение и отговорност. Този аспект на

професионализацията не бива да се засенчва от настъпилата антипатия към патернализма“ (Пелегрино и Томазма, 1987:29).

1.1.2 „СИЛЕН“ ПАТЕРНАЛИЗЪМ: ПАТЕРНАЛИЗЪМ, КОЙТО ОГРАНИЧАВА БЛАГОДЕЯНИЕТО

Според Andersson и колектив (2010: 52) “още в зората на цивилизацията, предоставянето на здравни грижи е било свързано с усложнения“. С годините, усложненията в медицинската практика претърпяват трансформация - от проблеми, причинени от лекаря, практикуващ в името на традиционната патерналистична „култура“, те се превръщат в ситуация, при която такива отговорности сега се разглеждат като грешки както на лекаря, така и на неговите пациенти.

Според Andersson и колектив (2010: 52) това е така, защото „с настъпването на така прехвалената „информационна ера“, традиционният патерналистичен модел на автономния до този момент лекар, който „знае най-добре“, е заменен от един по-демократизиран процес на споделено вземане на решения, който отчита предишния опит и обучение на лекаря, но в същото време включва ценностите, целите и предпочитанията на пациента в избора на диагностика и лечение”.

Силният патернализъм позиционира лекаря като „единствен“ източник на вземане на решения относно всеки аспект на лечение на пациента. При тази политика пациентът няма думата или пък всякакви негови възражения срещу лечението биват заглушени и никога не се вземат предвид; тази ситуация се дължи на схващането, че лекарят, който е учил медицина, „знае какво е най-доброто“ за пациента. Такава ситуация е благодатна почва за лошо управление на заболяванията, а ценностите и предпочитанията на пациентите се смятат не само за маловажни, но и за безцелни. С

други думи, силната политика не е „здравословна“ за пациентите. Тя би могла да ги постави в риск от лошо управление на заболяванията им.

1.2 ФИЛОСОФСКИ ВЪЗГЛЕДИ ЗА БЛАГОДЕЯНИЕТО

Според някои теоретици благодеянието трябва да е основата, върху която всички лекари практикуват и вземат решения относно здравето на пациентите си (Shahian & Normand, 2012 г.; Cassell, 2000 г.). Освен това лекарят е длъжен при всички случаи да защитава свещеното право на живот на пациента, като същевременно дава насоки за най-доброто медицинско лечение, необходимо за постигане на добро здраве, и зачита правата на пациентите (Shahian & Normand, 2012). Други обаче смятат, че благодеянието заедно с етическия принцип за ненанасяне на вреда трябва да формират основата на успешния режим на грижа за пациента (Kinsinger, 2009 г.). Това означава, че благодеянието заедно с ненанасянето на вреда изискват от практикуващите медици да избягват причиняването на вреда на пациентите си. Kinsinger (2009: 44) затвърждава значението на принципа за ненанасяне на вреда, като твърди: “В здравеопазването, ненанасянето на вреда е вплътено в принципа „primum non-nocere“, а в Хипократовата клетва е формулирано като “лекарят не вреди”.

От философска гледна точка съществуват десетки теоретични твърдения на философи за това какво представлява етика и приложимост на благодеянието. Но макар разнородните им теории да допринасят за дебата по тази тема, като цяло се приема, че конкретизирането на ситуацияите, които най-добре посочват къде е необходимо благодеяние, се вижда най-вече в пътеката на предоставяне на грижа за пациента, както и в оценката на прехода на пациента от здраве към болест (пак там).

1.2.1 БЛАГОДЕЯНИЕТО ВМЕНЯВА ОТГОВОРНОСТ ЗА „ДРУГИЯ“

Агнеш Хелер твърди, че Кант не подкрепя реципрочността на морала, като така отхвърля утилитаризма в морала. Реципрочността на морала се подкрепя от философията, която защитава фундаменталните етически правила. Аргументът на Хелер е, че философията подкрепя универсалния принцип като ориентир. Кантовият и утилитарният подход позволяват морална рефлексия. Хелер обаче изключва моралната рефлексия и защитава универсалността на морала: „моралът е един и същ за всеки... той започва в ежедневието – в живота, който всеки споделя“ (Хелер, 1996: 51).

Хелер твърди, че самият морал е предмет на културни промени, независимо от съотнасянето му към нечия етиката или разбирането за етика в други сфери. В резултат на това се прилага все по-квалифицирано съзнание при определянето на това как да се решат човешките проблеми, породени от социални и технологични промени. Освен това Хелер твърди, че отговорността е фундаментална концепция в морала. Тя отбелязва, че отговорността може да се рационализира, понеже в различните езици думата „отговорност“ предполага отговаряне (Хелер, 1996: 53). Например „човек обикновено избягва отговорността, ако поемането ѝ би причинило някакъв вид болка или неприятност“ (пак там).

Хелер отбелязва, че моралността на Кант е основана на взаимоотношението между „доброто (като крайна цел) и морално правилното“ (като морален закон). Освен това тя твърди, че отговорността е в пряко взаимоотношение с „добрия живот“ на Другия. Авторката отбелязва, че отговорността към Другия(ите) не е ретроспективна, а:

“Решението, което човек всъщност взима, е дали използва саморефлексия да стане отговорен за добрия живот на други хора и дали е готов да даде всичко от себе си, за да може другият(ите) да страда(т) възможно най-малко“ (Хелер, 1996: 54).

Следователно степента на отговорност може да е само приблизителна. Освен това отговорността към всеки не се определя от съзнанието. Някои автори заявяват, че не дължим благодеяние никому (Harris, 2005 г.). В такъв случай възниква логичният въпрос: кому или за какво имаме моралното задължение да помагаме? И ако е така, как се измерва това?

Не може обаче да се отрече, че в стремежа да се предостави успешна медицинска помощ, отговорността на предоставящия да приеме моралната позиция да предложи грижа, която е от полза на пациентите, и да практикува преди всичко с мисълта за най-добрия интерес на пациента, е свещена (Singer, 1993 г.). И по-важно е разбирането, че на всеки лекуван се дължат морални задължения – а това е благотелно (пак там).

Както бе отбелязано, има съществени разногласия по въпроса какво е моралност в медицинската грижа. Разногласията за това какво представлява „уважение към пациента“, автономност, ненанасяне на вреда, благотелност и справедливост са предимно съсредоточени в обхвата на това, което се приема за морални задължения и към кого са насочени тези задължения (Gillon, 1994 г.).

В Обединеното кралство, практикуващите лекари и здравни специалисти поемат към пациентите си законовото задължение за полагане на грижа. Това е много важно, защото гарантира, че пациентите няма да понесат вреди при лечението (Nolan, 2004 г.). Макар законът да казва, че практикуващите лекари трябва да спазват добра

медицинска практика, все пак съществува стремеж да се гарантира, че това спазване не е по задължение, а е начин на живот (GMC, 2013 г.), и в допълнение, че „принципът на благодеяние подкрепя конкретните морални цели, към които медицината би следвало да се стреми“ (Енгелхард, 1986: 108).

Накрая, с оглед на моята цел да обясня прилагането на благодеянието като водеща политика в медицинската практика, разделих дисертацията си на следните пет отделни глави:

В първа глава се спирам на някои основополагащи концепции за благодеянието като политика на достойна медицинска практика. Застъпвам тезата, че понятието за медицината като грижовна професия е философски обяснено от Едмунд Пелегрино като описващо всички политики и дейности за лечение. Освен това е описано така и в Хипократовата клетва.

Общото описание на благодеянието е от съществено значение за формулирането и поддържането на една насочена към пациента култура в клинична среда, и следователно влиянието на принципа е такова, че той се смята за онзи принцип на етиката, който би могъл да изкара на преден план поведението на практикуващия лекар, който работи в най-добрия интерес на пациента си. Това прави благодеянието най-полезният принцип, в сравнение с останалите етически принципи, при формулирането на политики, насочени към пациента.

Глава 2. Във втора глава проследявам основите на принципа на благодеянието, като правя препратка към етическия принцип на автономията. Смятам, че благодеянието би могло да се отрази на поведението на лекаря по отношение на прилагането и придържането към автономията на пациента. Аргументацията е, че

лекарите изпълняват задълженията си в клинична среда, за да защитават най-добрия интерес на пациентите си и тяхното благополучие.

Що се отнася до другите етически принципи, принципът на благодеянието дава обяснение за поведението на лекарите и дали това поведение е симптоматично за това как тълкуват „най-добрия интерес на пациента“. Освен това продължавам с общата информация за принципа на благодеянието по отношение на зачитането на автономията на пациента. Затова връзката между благодеянието и принципа на автономията е анализирана задълбочено. Следва да се отбележи, че тази връзка е описана в по-голямата част от литературата като полезна за промяна на поведението и нагласите на лекарите към благополучието на пациентите. В литературата се споменава също така, че благодеянието е задължение (Sharpe, 1997 г.) и като такова може да не е императивно.

Глава 3. В трета глава поддържам тезата, че значението на благодеянието като клинична политика е заложено в етичните кодекси на медицинските и професионалните организации в здравеопазването. Правя връзка с бедите, които могат да сполетят пациентите, ако не се спазва етическият принцип на благодеянието. След това подчертавам методологическата връзка между някои медицински прояви на жестокост, извършени срещу пациенти в историята, и липсата на етичен кодекс, който би трябвало да ръководи медицинските изследвания и практики. Фокусирайки се върху грижата, ориентирана към пациента, подчертавам колко важно е клиничният контекст да си взаимодейства с пациента, както и да се формулират политики, които оказват влияние върху неговото здраве и грижа, като такива политики трябва да са морално ориентирани.

В глава 4 разглеждам етическите постановки на теоретици като Гадамер и Хелер. По-конкретно поставям под въпрос твърденията за Другия в обществото и в клинична среда, т.е. че възгледите на човек по отношение на Другия биха определили взаимодействията и взаимоотношенията му с него.

Извазвам тезата, че взаимоотношението между „себе си“ или „аз“-а и „другия“, както е съотносимо към понятието на Гадамер за „ти“, е единствено по рода си за установяване на знание за друг човек. Гадамер смята, че индивидите могат да изберат да се дистанцират от връзки поради уникалността на тяхното „ти“.

При Агнеш Хелер (1994 г.) разглеждам казуса, че проявата на морално разсъждение и преценка на „другия“ е избор, а не задължение. Твърдя, че тази гледна точка може да предложи субективни възгледи по въпроси, свързани с благодеянието, например: когато сме фокусирани върху това да удовлетворим „другия“, може да пренебрегнем факта, че поведението ни се влияе от фактори извън нашия контрол, т.е. кодекси за медицинско поведение, които не засягат непременно благодеятелни действия. Изразявам мнението, че повдигнатите от тези морални теории въпроси могат или не могат да доведат до промени в поведението ни, но важното значение на тези теории се подчертава от посланието, което те се опитват да предадат относно моралността. Следователно това е главната причина да се спра и на теориите на Имануел Кант и Джон Стюарт Мил, както и други автори, които имат отношение към аргументите на настоящата дисертация.

По-нататък в четвърта глава показвам стратегическата роля на благодеянието за създаването на морална нагласа в клиничен контекст, като анализирам приложимостта на този принцип през призмата на споменатите по-горе философии за морала. Това

подчертава възможното въздействие на тези теории върху личното морално поведение на клиниците. Посочвайки базата или причината за определени актове или действия, има вероятност предпочитанията и убежденията на индивидите да могат да дадат информация за бъдещата грижа за пациентите.

В пета глава правя заключение, което обединява всички основни моменти от всяка глава, чрез анализ на приноса, постигнат в дискусиите във всяка от главите, и преди всичко последиците от този анализ за отражението на благодеянието – бидейки в челните редици на политиките – върху грижата за пациента. Правя оценка на приноса на изследването по темата, разглеждайки теориите на Гадамер, Хелер и др. за морала.

ВТОРА ГЛАВА

ЕТИЧЕСКИТЕ ПРИНЦИПИ БЛАГОДЕЯНИЕ & АВТОНОМИЯ

Във втора глава проследявам основите на принципа на благодеянието, като сравнявам приложението му с другия етически принцип на автономията в опит да внеса разбиране за поведението на практикуващите лекари. Целта е също така да се определи дали това поведение е симптоматично за тяхното тълкуване на етическите принципи – особено на благодеянието. В допълнение защитавам тезата, че благодеянието като принцип на етиката не е замислено като някакъв самостоятелен фактор и следователно би могло да се използва за формулиране на заключение относно императивността на употребата на благодеянието като императивна политика в медицинската практика.

Gadow (1980 г.) показва, че тълкуването на етическите принципи в медицинската практика може да е конфликтно. Така например, съпоставяйки

принципите на благодеяние и автономия, авторката установява, че между двата съществуват значителни разлики и че не е възможно едновременно да се прилагат техните изисквания и да се постигнат желаните резултати. Тя отбелязва, че “понякога автономните решения на пациента отхвърлят медицинските дефиниции за ползи... В такива случаи е необходимо да се приеме, че индивидуалните принципи са в конфликт и трябва да се вземе решение – няма как и двата да бъдат спазени едновременно”. (Gadow, 1980: 683). Тя смята, че в ситуации на конфликт автономията е много по-подходяща с оглед постигане на желаните резултати, отколкото благодеянието. С други думи има съществени разлики между автономията и благодеянието като принципи на етиката.

Но възгледите на Gadow (1980 г.) и на други автори, които смятат, че принципът на благодеянието не е достатъчно подходящ в ситуации, при които другите принципи могат да дадат отговор, показват пълно неразбиране на основата и приложението на принципа на благодеянието в медицинската практика.

Rajani (2013: 228 -230) смята, че благодеянието като принцип в практическата медицина е насочено към ползата от медицинските практики за пациента и необходимото зачитане на автономията на пациента и неговия най-добър интерес. Но позицията на Rajani (2013 г.) е, че няма съществена разлика между благодеянието и другите принципи, тъй като те се допълват взаимно. Тя споменава, че в сферата на приложението един принцип не може да бъде обяснен и използван независимо от друг. Принципите на етиката са тясно обвързани. Освен това Rajani (2013: 228 -230) смята, че ако има някаква разлика между принципа на благодеянието и другите принципи, тя е в концептуализацията на приложението на принципите, които заинтересованите страни са изградили.

Постигането на баланс в медицинската практика между правата на пациента и благотелното намерение на практикуващия лекар може да се окаже доста трудно. Все пак е важно лекарите да разберат, че е необходимо да се претеглят възможните рискове в сравнение с ползите за пациентите при тяхното лечение. Затова е задължително практикуващият медик да спазва всички изисквания на принципите, като в този процес зачита мнението на пациента за неговото лечение. За да сме сигурни, че работата на лекаря е от полза за пациента, наложително е да се разбере връзката между благодеянието и другите етически принципи на спазване на автономията, ненанасяне на вреда и справедливост. Теориите на Кант и Мил за морала са показали, че е важно такива теории, включително четирите основни етически принципа, да бъдат позиционирани като еднакво важни в клиничен контекст, но най-вече да има обвързаност между автономията от една страна и благодеянието/безвредността от друга. Следователно е необходимо да се отчете въздействието на други философски теории върху благодеянието.

2.1 ПРИНЦИПЪТ НА БЛАГОДЕЯНИЕТО: ДА ДЕЙСТВАШ С ОГЛЕД НА НАЙ-ДОБРИЯ ИНТЕРЕС НА ПАЦИЕНТА

Благодеянието е този принцип на етиката, който защитава най-добрия интерес на пациента, и освен това показва лекарите като грижовни (Kinsinger, 2009 г.). В допълнение Trau & McCartney (1993:50) посочват: “Да действаш в нечий „най-добър интерес“ означава да предприемеш определени стъпки или да спазваш определени правила, за да може лицето и неговата конкретна човешка общност да оцелеят и евентуално да благоденстват. Дългосрочното разбиране за най-добър интерес е свързано с баланса между ползите и тежестите по отношение на крайните цели на

дадената общност, в която е ситуиран индивидът; краткосрочното определение е свързано с този баланс при конкретно здравно решение, без да се споменава общата ситуация. Съобразяването само с краткосрочния най-добър интерес обаче е незадоволително при окончателния анализ”. Чрез принципа на благодеянието се изграждат отношения на доверие, които са от полза както за пациентите, така и за лекарите. Макар да е възможно с това отношение да се злоупотреби и да се наруши етичният кодес, за лекаря е наложително медицинската практика да включва доверие между лекар и пациент (Munyaradzi, 2012 г.). Това е така, защото лекарят е в позиция на относителна власт, а пациентът има основателни очаквания, че лекарят ще действа в най-добрия му интерес и в съответствие с етични принципи (Пелегрино и Томазма, 1993 г.).

Следователно благодеянието е този важен принцип в етиката, който реализира целта на медицината, а „...целта на медицината е излекуване на болните, като се действа добронамерено в полза на другите“ (Kinsinger, 2009: 44). Целта на медицината в основни линии се изразява в това, че самата медицина по своя характер и практики е благодеятелна (Munyaradzi, 2012 г.). В това отношение благодеянието информира, насочва и гарантира, че „лекарите предоставят, по най-добрия възможен начин, положителни резултати като например добро здраве, както и предотвратяват и премахват вредните условия от пациентите в рамките на своите задължения и дълг“ (Munyaradzi, 2012 г.).

2.2 АВТОНОМИЯ: ДА ИЗПЪЛНЯВАШ ЖЕЛАНИЯТА НА ПАЦИЕНТА ОТНОСНО ЛЕЧЕНИЕТО МУ

В медицинската практика, зачитането на автономията на индивида означава да се съобразиш с неговото желание при вземането на решения относно това, което се прави с него и за него (Varelius, 2006: 363). Връзката лекар-пациент не е била равнопоставена през годините, а това е породено от убеждението, че „... лекарят притежава необходимите знания – компетентен е. И другото нещо е, че той ще използва тази компетентност в интерес на пациента, а не в свой интерес, както и за доброто на пациента“ (Pellegrino, 2006: 67). Зачитането на автономията на личността означава не само да разглеждаш хората като действащи съобразно собствената си воля когато са напълно дееспособни, а и отдаване на дължимото им уважение дори когато са с намалена дееспособност и отговорности (Buchanan, 2008:18).

Има две презумпции за причините да се позволи на пациентите да участват в решения, засягащи тяхното лечение. Първо - човек, способен да разсъждава за неща, които го засягат, и да изразява тези неща най-вероятно е също така способен да взема автономни решения за своето здраве и благополучие. Второ – позволеното на пациента да участва във вземането на решения относно лечението му намалява вероятността от медицински грешни практики, които произтичат от патернализма в медицината. Трябва да съществува положение, при което винаги е налице политика на съобразяване с мнението и избора на пациента, стига да не вредят на останалите или да пречат на автономията им (Rajani, 2013: 228 -230).

Философите на морала явно имат различни възгледи относно същността на автономията. Според Stirrat & Gill (2005: 127), „възгледът на Кант за автономията не е „форма на себеизразяване“, а по-скоро „въпрос на действие съгласно различни видове принципи и по-конкретно принципите за задължение“. Така съгласно описанието на Кант за морална автономия, „не може даден индивид да има възможност за свобода,

ако действа без да има връзка с всички останали хора, които имат право да действат съобразно своята собствена воля“.

От друга страна Мил (1859: 13) подчертава, че зачитането на автономията е правомощие, което се дава на пациентите. В този смисъл той отбелязва: “... единствената цел, с която вмешателството може да се упражни правомерно срещу някой член на дадена цивилизована общност против волята му е за предотвратяване на причиняването на вреда на другите. Постигането на собственото му добруване, независимо дали физически или морално, не е достатъчна гаранция. Той не може да бъде принуден легитимно да направи нещо или да се въздържа от нещо, защото така ще е по-добре за него, защото това ще го направи по-щастлив, или защото според другите това би било мъдро или дори правилно” (пак там).

Тези теоретични разлики подчертават предизвикателствата, пред които са изправени практикуващите лекари в стремежа си да намерят лек за болестите на пациентите си, като същевременно спазват принципа на зачитане с автономията. Тези разлики и предизвикателства проличават в три конкретни случая, някои от които имам привилегията да знам лично. Първият е описан от Falahati (2014 г.), който отбелязва, че зачитането на автономията до голяма степен се преценява във всеки индивидуален случай. Той посочва казус, който е полезен с това, че демонстрира как автономията на пациентите може да бъде уважена само тогава, когато е налице способност за нея. Той пише: „Един популярен член на „Свидетелите на Йехова“ пристигна в спешното в безсъзнание, със сериозна загуба на кръв вследствие на пътно произшествие. Нуждаеше се незабавно от кръвопреливане, защото иначе прогнозата беше фатална. На пациента се направи кръвопреливане, макар да е известно, че би могъл да откаже ако е в съзнание. Този казус засяга както медицината в светлината на културата, така и

дееспособността на пациента. Това са концепции, които заслужават да бъдат подробно разгледани поотделно; тук обаче ще ги дискутирам накратко. Кръвопреливането е в разрез с религиозните убеждения на „Свидетелите на Йехова“. Но в този конкретен случай има много фактори, които трябва да се вземат под внимание, освен религията. Ако пациентът е бил в съзнание и вербално е изразил пред лекарите отказа си от кръвопреливане, тогава би трябвало да се вземе бързо решение с цел установяване дали той е способен да направи този избор“ (Falahati, 2014: 17).

Този казус показва, че макар религията на пациента да забранява медицинската практика на кръвопреливане, поради отсъствие на капацитет у пациента, решението на лекарите да пренебрегнат „общоприетите“ религиозни убеждения и да го лекуват все пак се преценява като напълно приемливо. Морално-философското оправдание за действията на лекарите би се вписало в позиция, която е приемлива според Кант (Stirrat & Gill, 2005: 127 – 128). За него автономията не е приемлива при пациенти, които не са в състояние да приложат необходимите съждения (пак там).

Друг казус, подчертаващ спазването на автономията в медицинската практика, е отпреди 5 години в болницата, в която работех. Става въпрос за пациентката г-жа Томас (това не е истинското ѝ име), която страдаше от неврологично заболяване, свързано с малформация на кръвоносните съдове на гръбначния мозък. Преди да бъде диагностицирана, тя изказва волята си в документ, където отказва да бъде реанимирана в случай, че не е дееспособна. Състоянието ѝ се влоши, стана животозастрашаващо и тя стигна до тетраплегия с пълна парализа. Една вечер се появиха сериозни респираторни проблеми и я заведоха в спешното отделение, откъдето веднага я преместиха в реанимацията поради рязко влошаване на състоянието ѝ. Там пациентката бе поставена на командно дишане. Макар да беше изразила волята си да

не бъде реанимирана, лекарите предприеха хирургична процедура, за да облекчат респираторните ѝ затруднения. Игнорираха желанието ѝ да не се предприема интервенция, защото сметнаха, че условията на подписания документ не са достатъчно конкретни, за да позволят прекъсване на командното дишане. Хирургическата интервенция беше успешна и респираторното състояние на пациентката се подобри. В отговор на инструкциите на лекаря, тя помоли да ѝ бъде спрял вентилаторът за изкуствено дишане. След известна преценка на състоянието ѝ да отправя подобни молби, лекарите решиха да я откачат бавно от командно дишане вместо да ускорят смъртта ѝ чрез внезапно прекъсване на вентилатора. Г-жа Томас изрази недоволството си от това „нарушение“ и убедена, че хирургическата интервенция ще удължи страданието ѝ, подаде съдебен иск срещу управата на болницата за нарушаване на правото ѝ на автономия – тоест, правото ѝ да реши дали лечението да продължи или да спре. Съдът потвърди обвиненията на г-жа Томас и постанови, че тя е успяла да покаже много високо ниво на психична дееспособност и че правото ѝ на автономия е било нарушено.

Последният казус също познавам лично и той показва, че макар да е налице способност за вземане на автономни решения, изпълнението им може да е проблем. 30-годишна жена на име Манди (това не е истинското ѝ име) отива в спешното отделение с оплаквания от силна болка в гърлото и дрезгавост на гласа, макар че не е пушачка. При прегледа от дежурния лекар тя споделя, че се опасява от рак на гърлото, и би искала оперативно премахване на ларинкса. При консултацията с лекаря в спешното, Манди ясно заявява, че иска да се подложи на тотална ларингектомия, защото вярва, че има тумор. Освен това съобщава, че баща ѝ, леля ѝ и техните родители са починали от рак на ларинкса; затова е сигурна, че страда от същата болест.

Следователно предпочита да не се провежда никаква диагностична процедура за установяване на болестта, защото не иска да знае дали има рак на гърлото, а вместо това иска лекарите да отстранят ларинкса ѝ. Те отказват да изпълнят молбата ѝ, предписват лекарства за болки в гърлото и я насочват към специалист УНГ. Последният също отказва молбата ѝ и се позовава на това, че операцията не може да се извърши без подходяща диагноза. Ситуацията внесе известен раздор между пациентката и лекарите, и в резултат бе повдигнат въпрос относно автономията или по-скоро нарушаването ѝ.

Според Мил, що се отнася до автономията, желанията и молбите на отделните пациенти трябва да се зачитат, тъй като е тяхно право да имат такива желания и да отправят такива молби (Fuchs, 2001: 232). Следователно, преценявайки ситуацията на Манди единствено от гледната точка на Мил би означавало, че решението на пациентката трябва да се уважи. Решението на лекарите за отказ обаче се корени в придържането към добрата медицинска практика и към определени политики и разпоредби. В този случай настояването на Манди попада извън определението за добра медицинска практика и преценката е, че лекарите са действали по подходящ начин в конкретния случай.

Този казус напомня за постановката на Кант (1993:36) за лекуването на пациенти като крайна цел сама по себе си, а не просто като средство. Ако това искане беше изпълнено, някой можеше да го разглежда като избор на начин на живот; а друг би могъл дори да спори, че способността на пациентката да настоява за това, което иска, не е нарушена и следователно отказът да бъде лекувана според желанието ѝ нарушава автономията ѝ. И отново – както бе споменато – предложението на Мил е практикуващите медицински специалисти задължително да се съобразяват с желанията

и молбите на пациентите си, а това според него определя пълната свобода на пациентите и намалява патернализма (Fuchs, 2001: 232 -233).

По думите на Джон Стюарт Мил (1859: 1. 9) „единствената част от поведението, за която човек е отговорен пред обществото, е тази, която засяга останалите хора. В частта, която засяга само него, независимостта му е по право абсолютна. На себе си, на собственото си тяло и душа, индивидът е суверен.” Тук Мил явно се застъпва за самоопазването на правата на пациента на лечение; но по-нататък споменава предпазливо, че подобно самоопределяне е обосновано само в случаи, когато не се причинява вреда на другите – което води до идеята, че автономията като необходим фактор работи в тандем с принципите на благодеяние и ненанасяне на вреда. Обаче понятието на Мил за самоопазване/самоопределяне като че създава повече проблеми за практикуващия медицински специалист, отколкото решаването им според Mousourakis (2013:386). Примерът с бременна пациентка, чиято автономност може да вземе превес над тази на нероденото ѝ дете, когато се вземат клинични решения, подчертава това.

В случая с Манди, политиката на претегляне на рисковете и ползите потвърждава решението на лекарите да я лишат от автономното ѝ решение, защото ползите винаги трябва да превишават рисковете за пациентите преди да се направят хирургични процедури (Schwarze et al, 2015: 325).

2.3 КОНФЛИКТЪТ МЕЖДУ АВТОНОМИЯТА И БЛАГОДЕЯНИЕТО

Благодеянието в медицинската практика се извършва с презумпцията, че лекарят е обвързан от дълга да прави това, което е добро за пациентите си. На тази основа благодеянието се развива както е и заложено в Хипократовата клетва (GMC, 2013). Има обаче обстоятелства, при които това е невъзможно: „... Привилегията на

лекаря да не разкрие част или цялата информация на пациента за целите на терапията поради негативния ефект, който разкриването ще има, е най-спорното изключение, при което има конфликт между принципите на автономията и благодеянието“ (Кънева, 2017:196). Други подобни случаи включват „... ограничаване на индивидуалното придвижване под карантина, за да се предотврати разпространението на инфекциозни болести, както и налагането на глоби и други санкции с цел осигуряване на масова ваксинация за контрол на епидемии” (Кънева, 2017:195).

Вследствие на социалните и политически промени пациентите настояват да са част от решението за лечение, което може да засяга живота им, а това включва решения относно тяхното здраве и лечение. Това означава автономия на пациентите, която е необходимост в днешната медицинска практика (Бийчъм и Чилдрес, 2009 г.). Но границата между това да изпълняваш желанията на пациентите при решения за тяхното лечение и същевременно да позволяваш на лекарите да направят най-добрата преценка за пациентите си понякога може да е доста неопределена (Бийчъм и Чилдрес, 2009: 38). Пелегрино (1987:28 -29) твърди, че в стремежа към благодеяние може да се появи тенденцията лекарите несъзнателно да нарушават автономията на пациентите. Такъв е случаят с 60-годишен мъж, диагностициран с рак на белите дробове в напреднал стадий. Лекарите споделят с него прогнозните си очаквания и предписват химиотерапия, която може да удължи живота му, а както изисква добрата медицинска практика, пациентът е информиран за възможните странични ефекти на лечението. Пациентът приема лечението, но скоро след началото му променя решението си; то обаче е започнало и по медицински причини е необходимо да минат няколко дни преди да може да се прекъсне; скоро след това желанието на пациента е изпълнено. Този случай илюстрира конфликтите, които биха могли да възникнат между желанието на

лекарите да бъдат благотелни в практиката си и правото на пациентите на автономия.

2.4 БАЛАНСЪТ МЕЖДУ ПОЛЗИТЕ ОТ БЛАГОДЕЯНИЕТО И РИСКОВЕТЕ

Голяма част от работата на лекарите в медицинската практика се състои в това да претеглят ползите от лечението и интервенциите, и всеки риск при лечението на пациентите. Макар че основната цел на медицината, както е посочено в Хипократовата клетва, е да не причинява вреда на пациентите и да лекува, все пак някои действия на лекарите при лечението могат да подложат на известен риск благополучието на пациентите (Gillon, 1985 г.). Необходимостта да се постигне баланс между рисковете на лечението и ползите от него е заложена в принципа за ненанасяне на вреда (Gillon, 1994 г.). Някои автори разглеждат рисковете като вреда, причинена на пациентите (Gillon, 1985 г.). Обаче определението за вреда може да е спорно, защото вредящото на един пациент лечение може да е полезно за друг (пак там). Освен това Gillon (1985) отбелязва, че лекарят може да има собствено схващане за това, което представлява вредата, а в някои случаи то може да се различава от това на пациента. Той подчертава: „Схващанията на хората за значението на вредата, подобно на схващането им за значението на ползата, са много индивидуални; те са съставна част от начина, по който виждат себе си, и от плановете им за техния живот“ (Gillon,1985:131). Лекарите обаче са обвързани от медицински етични кодекси с правила и насоки как да изпълняват задачите си в най-добрия интерес на пациентите си и това основно включва най-добрата преценка при вземане на клинични решения (GMC, 2013).

ТРЕТА ГЛАВА

В трета глава застъпвам тезата, че значението на благодеянието като клинична политика е описано в етичните кодекси на медицинските и здравните професионални организации. Правя паралел с бедите, които могат да сполетят пациентите, когато не се зачита принципът за благодеянието. След това подчертавам методологическата връзка между някои медицински зверства, причинени на пациенти в историята, и отсъствието на етични кодекси, които да насочват научните изследвания и практики в областта на медицината. Благодеянието наистина формира задълженията на отделния практикуващ лекар за доброто на пациентите.

3.1 МЕДИЦИНСКИ И ЗДРАВНИ ПРОФЕСИОНАЛНИ КОДЕКСИ, И БЛАГОДЕЯНИЕТО

Благодеянието е основополагащ принцип при предоставянето на медицински грижи и провеждането на научни изследвания в медицината, който изисква от практикуващите лекари да спазват задължението да поставят благополучието на пациентите си на първо място при извършване на интервенции, както и да спазват набор от морални правила. Подобни етични кодекси защитават важното значение на ползите за пациентите от лечението и изследователските дейности. С други думи, етичните кодекси гарантират, че на пациентите или клиентите не се причинява вреда (Flite & Harman, 2013 г.).

Имало е случаи, когато самите практикуващи лекари и здравни специалисти, които са поели задачата да защитават и предоставят качествена грижа на пациентите си, са тези, които причиняват най-голямата вреда – особено при отказ да докладват или признаят лекарска грешка (Gallagher и колектив, 2003 г.)

Случаят с д-р Харолд Шипман показва колко важни са етичните кодекси в медицината и тяхното спазване. Д-р Шипман е британски лекар, за когото се твърди, че докато е общопрактикуващ лекар (ОПЛ) през 70-те и 80-те години на миналия век в югоизточна Англия, е убил над двеста свои пациенти, които са имали пълно доверие на своя лекар и на медицинската професия. Мотивът му за това деяние остава неясен и до днес.

3.2 КАКВО ОЗНАЧАВА „ВРЕДА“ ПРИ ПРЕДОСТАВЯНЕТО НА МЕДИЦИНСКИ ГРИЖИ?

Има множество твърдения какво представлява вредата и ползата в предоставянето на медицински грижи, като те се различават съществено при различните автори (Kinsinger, 2009; Munyaradzi, 2012). Според Kinsinger (2009:46) разликата се състои в това, че "...разбирането на здравните професионалисти какво представлява ползата, или прецененият риск, е съвсем различно от това на пациентите". Лекарят, който не уведомява партньора на своя пациент за ХИВ диагнозата на пациента си по силата на политиката за лекарската тайна, може да бъде провъзгласен от някои хора за лекар, причиняващ вреда на другите, макар да спазва политиките и медицинските кодекси. Сред коментаторите и практикуващите специалисти обаче има разнородни тълкувания относно това какво представлява морал (Kinsinger, 2009:46). Принос тук има Дейвид Хюм (1966 г.), който отбелязва, че човешкото съзнание – за разлика от това на животните – винаги търси оправдание за това, което е добро и лошо, правилно или грешно.

3.3 МЕДИЦИНСКАТА ГРИЖА & ПРОЯВИТЕ НА ЖЕСТОКОСТ ПРИ МЕДИЦИНСКИ ЕКСПЕРИМЕНТИ

През 50-те и 60-те години на XX век се извършват медицински зверства, които шокират света. Те водят до формулирането на политики, които изискват благодение от страна от практикуващите лекари и изследователи. Ефектът от тези случаи е толкова сериозен, че поражда глобален призив към лекарите да дават информация за лечението и изследванията, което да позволи на пациентите да направят информиран избор, а тази политика „...води началото си от преживяното морално страдание и посегателства, причинени от морални злоупотреби“ при медицински експерименти (Reich, 1996:83).

3.3.1 МЕДИЦИНСКИТЕ ЕКСПЕРИМЕНТИ НА НАЦИСТИТЕ ПРЕЗ ВТОРАТА СВЕТОВНА ВОЙНА

Както посочват Фаден и Бийчъм (1986:153), експериментите на нацистките учени с живи хора са били доста задълбочени и са правени с цел да намерят отговори на някои медицински въпроси. През Втората световна война нацистки учени инжектират на пациенти или ги карат да поглъщат разтвори, съдържащи епидемичен вирус на жълтеница и марсилска треска. Експериментът се прави с цел да се установи „...ефектът от поглъщане на отрови, венозно инжектиране на бензин, потапяне в ледена вода и други подобни“ (Фаден и Бийчъм, 1986: 153). Тази опити петнят медицинската професия, а отзвукът от тях се усеща и до днес. Те „...подкопават сериозно репутацията на медицинската практика и влошват отношенията лекар-пациент“ за дълго време. (Шмидт, 2004:265).

3.3.2 ЕКСПЕРИМЕНТЪТ В „ПОРТЪН ДАУН“

Друг забележителен случай на медицинска злоупотреба, който разтревожи света на медицината, е експериментът в „Портън даун“ през 50-те и 60-те години на XX век. Проведен е с войници, изложени на нервнопаралитичен газ и други бойни отровни вещества с цел да се установи какъв е ефектът на подобни химически оръжия върху хора. Макар учените, провели експеримента, да твърдят уверено, че някои от войниците са били наясно с него и са дали съгласието си да участват, по-късно едно запитване разкрива, че: „...войниците са били наясно само отчасти или изобщо не са знаели за точния характер на експериментите, а освен това не са били напълно информирани за рисковете“ (Шмидт, 2004: 277). Здравето на участниците е било непоправимо увредено, а лошата слава, която си спечелила медицинското съсловие вследствие на този случай, се обсъжда и до днес сред лекарите и в други среди.

3.3.3 ИЗСЛЕДВАНИЯТА В „АЛДЪР ХЕЙ“

Случаят с изследванията с деца, починали в болницата „Алдър хей“ (Обединеното кралство) в периода 1988-1995 г, доведе до сериозен скандал в цялата страна и в чужбина. Изследванията се провеждат с деца, починали в болницата, като : „...различни цели органи, включително сърца и мозъци, са отстранени при аутопсия от деца в болницата „Алдър хей“ в Ливърпул без знанието и съгласието на родителите“ (Bauchner и Vinci, 2001: 309). Целта на изследванията е да се проучат някои общи заболявания, които засягат децата, и да се намери лек за тях. Макар по-късно да се твърди, че този случай не е напълно лишен от етика, мащабът му бе усетен във всички медицински кръгове не само в Обединеното кралство, а и в чужбина, тъй като

пациентите са деца, а случаят „отвори нови рани“ за скърбящите родители (Bauchner & Vinci, 2001:309).

3.3.4 ЕКСПЕРИМЕНТЪТ В ТЪСКИГИ

Друг случай е проектът за нелекуван сифилис в Тъскиги – един наистина трагичен пример за медицинска жестокост. В периода 1932-1972 г. учени от Тъскиги, САЩ, решават да проведат изследвания за установяване на ефекта от болестта сифилис върху човешкото тяло. За участници избират около 600 чернокожи мъже; от тях, близо 400 са заразени с болестта. Тези мъже изобщо не са информирани за състоянието си, нито са лекувани, нито уведомени, че участват в подобни изследвания. Експериментът продължава над 40 години (Bacon 2006: 72). Общественият отзвук след разкриването на целта му е толкова силен, че е обявен за „...един от най-големите скандали в медицинската етика на американската история“ (Шмидт, 2004: 284).

3.3.5 ЕКСПЕРИМЕНТЪТ В УЧИЛИЩЕ „УИЛОУБРУК“

Случаят с „Уилоубрук“ е обявен за особено сериозно нарушение на медицинската етика. Изследванията се провеждат в държавно училище „Уилоубрук“, САЩ, в периода 1956-1970 г. Лекарите-изследователи провеждат експеримент с деца без изричното съгласие на родителите или настойниците. Целта е да се намери ефективна профилактика срещу хепатит и учените решават да експериментират с деца, страдащи от умствена изостаналост, като „... умишлено заразяват новоприетите пациенти с изолирани шамове на вируса при общо седем- до осемстотин деца“ (Reich, 1996: 4). Както може да се очаква, това зверство предизвиква реакции подобни на тези в случая с английската болница „Алдер хей“.

3.4 СЪВРЕМЕННИ ТЕНДЕНЦИИ

Пелегрино (1987: 7) отбелязва, че „в днешно време традиционният образ (на Хипократовата клетва) е нарушен. Поставен е под съмнение и е значително променен в някои професионални кодекси, предложени наскоро. Тази велика норма в медицинския морал - Хипократовата клетва – се зачита повече в нарушението ѝ, отколкото в спазването ѝ”. Тази забележка ясно показва фрустрацията на Пелегрино по отношение на същественото пренебрегване на Хипократовата клетва. Това е видно от едно задълбочено проучване на Lowes (2016 г.) за доклада по етика на „Медскейп“ относно нагласите на лекарите към вредата в медицинската практика. Там авторът посочва, че: “седем процента от лекарите казват, че е приемливо да се скрие клинична грешка, причиняваща вреда на пациента, а 14% си оставят вратата отворена с отговора „зависи““. Резултатите показват, че е възможно пациентите да са изложени на вреда. За да се избегне това, етическият принцип на благодеянието е от съществено значение. Трябва да се отбележи обаче, че заключението на Lowes (2016) в доклада не е представително за практиката на повечето лекари, които се трудят усилено и спазват принципа на благодеянието; все пак то насочва вниманието към това колко важно е да се спазват принципите на Хипократовата клетва.

3.5 ПРОФЕСИОНАЛНИ КОДЕКСИ В МЕДИЦИНАТА И ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Различни регулатори и заинтересовани страни като например Общият медицински съвет (GMC), Световната здравна организация (СЗО), Националният институт за клинични постижения и здравни грижи (NICE), Световната медицинска асоциация (WMA) и др. имат съществена роля за регулирането на клинични и

медицински практики, които са благотелни. Основната им цел е да гарантират, че практикуващите лекари прилагат добра медицинска практика като тази на благотелнието, както и други етическите принципи, в своята работа (GMC, 2013).

3.5.1 СВЕТОВНАТА МЕДИЦИНСКА АСОЦИАЦИЯ

В резултат на безчувствените и варварски деяния, извършени в името на медицинските експерименти през Втората световна война, през 1947 г. се разработва Нюрнбергският кодекс, който да гарантира – наред с други неща – че се иска информирано съгласие при всякакви дейности, свързани с медицински опити, с цел “...да се поиска и приложи информираното съгласие на пациентите или участниците в проучванията преди да се предприемат всякакви медицински или изследователски интервенции. Това гарантира спазване на правото на свободен избор на отделния пациент. Всичко е доброволно“.

В Съединените щати, след трагедиите при експериментите в държавно училище „Уилоубрук“ и в Тъскиги, се създава Национална комисия през 1974 г., а през 1978 г. се съставя докладът „Белмонт“. В декларацията от Хелзинки се посочват препоръки, които да гарантират, че направените вече препоръки в доклада „Белмонт“ (1978 г.) и в Нюрнбергският кодекс (1947 г.) продължават да се спазват в днешната практика. Декларацията представлява изявление във връзка с принципите в етиката, чиято цел е да накара научните изследователи в медицината винаги и непрекъснато да търсят информираното съгласие на всеки пациент, участващ в медицински проучвания.

3.5.2 АМЕРИКАНСКАТА МЕДИЦИНСКА АСОЦИАЦИЯ

Изследването на Lowes (2016 г.) насочва вниманието към необходимостта от спешна реформа. В него се посочва, че: „В кодекса за медицинска етика на Американската медицинска асоциация обаче не се дава никаква възможност за мърдане по въпроса. В него се оправя призив към лекарите да разкриват медицински грешки, появили се при полагането на грижи за пациентите, като се спазват етичните насоки“.

Американската медицинска асоциация (АМА) приема, че благодеянието в медицинската грижа е достойно начинание. Нейните постулати за добра медицинска практика гласят, че “принципната цел на медицинската професия е да се предостави услуга на човечеството при зачитане на човешкото достойнство“ (АМА, 1957:39). Това е разумна цел и заслужава да бъде приета от всички практикуващи лекари. АМА насърчава уважението към всички като морално право. Целта на всяка предоставена услуга е да бъде от полза за реципиента.

3.5.3 ОБЩ МЕДИЦИНСКИ СЪВЕТ

Доброто и етично професионално поведение, както и общият надзор върху практиката на лекарите в Обединеното кралство, са основните цели на Общия медицински съвет (GMC). Организацията насърчава прилагането на принципа на благодеянието, както е заложен в Хипократовата клетва (GMC, 2013 г.).

По-важното е, че Общият медицински съвет (2013 г.) разглежда благодеянието като принцип на етиката, който изисква от лекаря да работи за доброто на пациентите си, което пък изисква от него “да прилага охранителни мерки в полза на болния според своите способности и преценка, а също така да предпазва пациентите от вреди и несправедливост” (Jones, 1989: 29). Като цяло Съветът насърчава лекарите да

поддържат доверието на пациентите си. Доверието на пациента се печели когато лекарят показва уважение към него, отнасяйки се с него като личност и зачитайки неговите желания, стига да не противоречат на Кодекса за практиката. Освен това Съветът насърчава практикуващите лекари да се стремят да действат честно и почтено, и да не злоупотребяват с доверието на пациентите в професията (GMC, 2012 г.).

3.5.4 СВЕТОВНАТА ЗДРАВНА ОРГАНИЗАЦИЯ

След Втората световна война възниква необходимостта от мониторинг и световно здравеопазване съгласно определени етични правила. Точно тогава, през 1948 г., се създава Световната здравна организация (СЗО) като агенция на Обединените нации (ООН), натоварена със задачата да разработи етични стандарти за международното обществено здравеопазване. Затова и основната цел на СЗО е „постигане на възможно най-добро здраве за всички хора“ (СЗО, 2017 г.). Освен това функцията на агенцията е да насочва и координира международните здравни въпроси в цял свят, и да предоставя платформа за сътрудничество с други важни организации, институции и правителства с цел намиране на трайни решения на международни здравни проблеми (пак там). Но предизвикателствата в областта на етиката, които могат да засегнат работата на организацията, варират от етични до правни и процедурни въпроси сред членовете ѝ.

Сериозно предизвикателство за организацията се появи по време на кризата с ебола в западна Африка през 2004 г. Когато вирусът на болестта взе застрашителни размери през 2014 г. и засегна голяма част от западна Африка и някои страни от

Запада, а много от заразените умираха, СЗО реагира като позволи лекарството “Z MAPP“ да се използва за лечение на пациенти без да е преминало още съответните изпитвания. Това действие незабавно предизвика критики в цял свят във връзка с етичните проблеми при използването на лекарството (Donovan, 2014: 1-4). Donovan (2014: 3) отбелязва по повод етичните предизвикателства: “Естествено, че преди да дадем експериментално лекарство на хора, трябва да помислим за плюсовете и минусите. Това са лекарства, които никога не са изпробвани върху хора преди да се дадат на болните пациенти; следователно опасните и неблагоприятни последици от тях нито са известни, нито могат да се предвидят със сигурност. Напълно е възможно лекарството да няма ефект или дори да е вредно“.

Независимо от етичните предизвикателства в работата си, СЗО заявява, че задълбочените изследвания дават в ръцете на практикуващите лекари инструмент, с който да провеждат медицинско лечение и интервенции с достатъчна увереност в етично отношение. Освен това СЗО е изразявала мнението, че лекарят трябва да носи в сърцето си най-добрия интерес на пациента и следователно не би трябвало да има причина за отказ на правилното лечение, което може да предостави превантивна и терапевтична грижа на пациента (СЗО, 2017 г.).

3.5.5 НАЦИОНАЛЕН ИНСТИТУТ ЗА КЛИНИЧНИ ПОСТИЖЕНИЯ И ЗДРАВНИ ГРИЖИ (NICE)

Като важна агенция към Министерството на здравеопазването на Обединеното кралство, NICE има задачата да дава насоки, които засягат: здравните технологии, клиничните процедури, насърчаването на здравето и предоставянето на услуги за обща

социална грижа. Фокусът е върху оценка на ефективността и рентабилността на здравните и медицински услуги – особено в Англия и Уелс.

Работата на NICE е насочена към това да гарантира, че оскъдните ресурси, отпуснати от Националната здравна служба (NHS), се усвояват ефективно чрез задаване на етични стандарти, които здравните специалисти трябва да спазват с цел да натрупат максимален опит при лечението на пациенти в тяхна полза. Следователно целта, при която практикуващите лекари се насърчават да използват ресурсите ефективно в полза на пациентите, е благодетелна (Cookson, 2015).

Има обаче ситуации, при които от лекаря се иска да прехвърли ресурсите, заделени за неговия пациент, към друг, който се нуждае повече от тях; такива ситуации биха могли да породят конфликти и несъмнено са предизвикателство за лекаря, който има професионалното задължение да е благодетелен към пациента си и да прави всичко в негов най-добър интерес.

ЧЕТВЪРТА ГЛАВА

ПРИНОС НА ФИЛОСОФСКИТЕ ТЕОРИИ КЪМ ПРАКТИЧЕСКОТО

БЛАГОДЕЯНИЕ

Четвърта глава продължава с разглеждане на етическите твърдения на теоретици като Гадамер, Хелер, Джон Стюарт Мил, Имануел Кант и др. По-конкретно поставям под въпрос твърденията за Другия, т.е. че възгледите на даден човек за Другия определят взаимодействията и взаимоотношенията с него. Изказвам мнението, че връзката между „себе си“ или „аз“-а и Другия – както е описана в концепцията на Гадамер за „ти“ – показва, че „ти“ трябва да е основната ни грижа на мястото на „аз“-а. Въпреки че той смята, че дори в познанието си за друг човек, индивидите могат да

изберат да се дистанцират от връзки поради уникалността на „ти“ на индивидите. За Агнеш Хелер е факт, че проявата на морален разсъдък и преценка спрямо Другия е избор, а не задължение.

Смятам, че тези гледни точки могат да предложат предубедени възгледи по въпросите, свързани с благодеянието, например: ако се концентрираме върху това да удовлетвори Другия, може да пропуснем факта, че поведението ни е подвластно на фактори извън нашия контрол, т.е. кодекси за медицинско поведение, които не пораждат непременно благодеятелни действия. Поддържам тезата, че повдигнатите от теориите на морала въпроси могат да не доведат до промени в нашето поведение. Оттук следва и основната причина защо благодеянието трябва да бъде императивна морална политика в медицинската практика. Защото, като клиници, нашите поведенчески аномалии имат значение, тъй като могат да се отразят на ситуации, в които се нарушава автономията на пациентите.

4.1 УТИЛИТАРИЗЪМ

Като застъпник на утилитарния принцип, Мил (1863 г.) го обявява за начин на оценяване на вредите и ползите. Той използва аналогията с християнството, за да обясни, че принципът е средството за измерване на това, което е „добро“. Това е важно в дискурса за благодеянието; изразява се принципът, че предотвратяването на вреда за другите трябва да е задължение (Kinsinger, 2009: 44).

Макар че Мил има принос в отстояването на важното значение на благодеянието като достоен принцип, когато се стигне до дефиниране на принципа на благодеяние, той все пак е подложен на критики преди всичко за това, че не е адекватен. Тоест, някои теоретици критикуват теорията на Мил за това, че набляга

твърде много на ползата като единственото средство за постигане на щастие за сметка на други неща, които също допринасят за щастieto. Те смятат, че това е твърде ограничена дефиниция за благодеянието. Вместо това трябва да има постулат, че наред с благодеянието има и други неща, които могат да породят или донесат щастие. Освен това определянето на щастieto само в тесните граници на принципа на благодеянието подвига въпроса: „Ами ако някой не иска щастие или цени други неща повече от щастieto?“ Какво означава това за благодеянието?

Да разбереш възгледите на Мил за благодеянието означава да разбереш, че неговата теория за утилитаризма носи посланието, че в човечеството съществува „добро“ и че здравето е „добро“ – следователно, медицинските специалисти вършат добро когато практикуват в името на здравето на другите. В допълнение той казва: “Това, което може да се докаже като добро, следва да може да се покаже като средство към нещо, прието за добро без доказателство. Медицинското изкуство е доказано като нещо добро, защото води до здраве; как обаче е възможно да се докаже, че здравето е добро? Изкуството на музиката е нещо добро, а една от причините за това е, че поражда удоволствие; но възможно ли е да се даде доказателство, че удоволствието е добро? Ако в такъв случай се твърди, че има всеобхватна формула, включваща всички неща, които сами по себе си са нещо добро, и че всичко останало, което е добро, е такова като средство, а не като крайна цел, то тогава формулата може да бъде приета или отхвърлена, но няма да подлежи на общото разбиране за доказателство“. (Mill, 2009: 154)

Принципът на Мил за ползата и други теории на морала карат някои философи да смятат, че тези теории са несъвършени и макар да са полезни за извършването на

благодеежие, те не променят непременно възприятията и нагласите на практикуващите лекари.

4.2 КАНТИАНСТВО

Ползите от кантианската етика за клиничната практика се изразяват в това, че тя подчертава значението на правилата, етичните правила (O'Neill, 2007:73 -74). Правилата подобряват качеството на връзката лекар-пациент и реализират очакванията на пациента относно интервенциите на лекаря. Например пациентите очакват от лекаря да е честен и да спазва политиката за конфиденциалност. Кантовата етика улеснява създаването на морални правила, а в клиничната практика моралните правила са необходими, за да подобрят връзката лекар-пациент, както и да установят човешки взаимоотношения (O'Neill, 2007: 73).

4.3 КОНЦЕПЦИЯТА НА ГАДАМЕР ЗА „ТИ“

„Ти“ на Гадамер сочи, че при благодеянието индивидите могат да създават истински връзки, което е херменевтичен опит. В резултат на това практикуващите медици са в състояние да учат един от друг, тъй като „да си принадлежат заедно винаги означава също така, че са в състояние да се слушат един друг... Откритостта към другия в такъв случай предполага да призная, че аз самият трябва да приема някои неща, които са срещу мен, макар никой друг да не ме принуждава да го правя“ (Гадамер 1998: 361).

Човекът е рационално същество, способно на морални прегрешения. Човешката логика помага да се внесат разлики в различни културни обстановки. Това е така,

защото различните членове на общностните разсъждения, намерения и действия се различават от „аз“-а, но съблюдават намеренията на режима „ти“ или „ние“. В режим „ние“, индивидите се управляват от културата, като така „културата ни подкрепя“ (Гадамер 1998: 3). В „Културата и думите“ (“Culture and Word”) Гадамер смята, че „думата“ придава на човек определен характер (Гадамер 1998: 3). Въз основа на този аргумент, благодеянието в медицински контекст е културна ценност. Следователно то дефинира специфичния характер на човешкия живот и излага на показ социалността или колективността, когато е изразено в културната сфера на езика. Също така поради културните разлики, абсолютните етични истини отсъстват.

Най-голямото щастие обаче се постига когато е налице общо идентифициране в дадена група. Тоест, споделената обща памет в групата помага за идентифицирането, служейки за основа на кохезивността при свързването на разнообразието на групата. Тази памет и идентичност са свързани със съществуването на групата, като по този начин поддържат кохезивността благодарение на опита на групата. Следователно колективността води до универсалност, а в резултат на това се формират морални закони, които вероятно водят до морална дилема поради прегрешенията на съзнанието и моралната отговорност, които зависят от демонстрирането на съзнание в действията на индивида; “следователно – от емпиричната идентичност на извършителя на действието“ (Гадамер 1998: 7).

Благодеянието е изпълнимо в уникалната връзка между практикуващия лекар и пациента. Гадамер обаче твърди, че дори в познанието за друг човек, индивидите могат да изберат да се дистанцират от връзки поради своята уникалност. Той твърди също така, че индивидите научават за благодеянието чрез рефлексия – като ангажират другите за разлика от това да се дистанцират. Този процес означава също така

обмисляне на персоналните ограничения. Гадамер отбелязва, че „съвременният начин на говорене за „проблема на „ти“ се основава на фундаменталното превъзходство на картезианското *ego cogito*“ (Гадамер 1998: 535). „Ти“ обслужва функцията на приятелството, което е общоприет аспект на социалните взаимоотношения. На базата на концепциите на Гадамер, „аз“-ът и „ти“ управляват връзките между хората въз основа на споделено признаване, реципрочност на важното значение на добрата воля и изслушването на другия. Тази морална теория, която се характеризира също така с откритост към другите, е най-реалистичният начин на свързване с останалите. Концепцията е в унисон с кантианския и утилитарния подход, защото в благодеещието е ангажирана и трета страна.

Обществото се ръководи от социални норми, приети от всички като „добри“. Но има тенденция за поява на проблеми поради объркване на понятията „добро“ и Другия; тъй като отговорността е ограничена от свободата на привличане на безотговорност (Гадамер, 1998: 7). Теорията на Гадамер (1998 г.) гласи, че пътищата на живота са споделени, а следователно и социалните норми са неавтентични. В резултат, разумът се информира чрез колективни социални норми, а това играе ключова роля във формирането на автентични взаимоотношения с *Другия*. *Другият* е по-важен при определянето на социалните норми. *Другият* доминира над „аз“-а при формулирането на социалните норми. Това е така, защото „отговорността, преливаща над Свободата, е отговорност за *Другия*“ (Гадамер 1998: 136). Това се дължи на понятието за „Обобщения друг“. В социален контекст, индивидите са склонни да проектират реакциите на *Другия* и да интернализират отговорите на другите. Това означава също индивидите в социалната група да действат съгласно очакванията на тази социална група. Приемането на нормите на „Обобщения друг“ води до генерализирана

загриженост за *Другия* при благодеянието.

Гадамер обаче отбелязва (1998 г.), че дори в познанието за друг човек, индивидите могат да изберат да се дистанцират от връзки поради своята уникалност. Той посочва: „Човек твърди, че познава твърденията на другия от своята гледна точка, и че дори разбира другия по-добре, отколкото той сам се разбира. По този начин „ти“ губи непосредствеността, с която прави твърдението си. Това е разбираемо, но означава, че е присъединено и обезсилено рефлексивно от гледната точка на другия човек... [Човек осъществява това чрез] оттегляне от диалектиката на тази реципрочност, чрез рефлексивно извеждане на самия себе си от тази връзка с другия и по този начин става недосегаем от него. Чрез разбиране на другия, чрез твърдението, че го познава, човек лишава неговите твърдения от тяхната легитимност“ (Гадамер 1998: 60).

4.4 КОНЦЕПЦИЯТА НА ХЕЛЕР: БЛАГОДЕЯНИЕТО КАТО МОРАЛЕН ИЗБОР

Според Агнеш Хелер, благодеянието като отговорност да си добър към *Другия* в обществото представлява изключителна отговорност, поета по избор (Хелер, 1994 г.). Благодеянието според Хипократовата клетва е по-скоро морално задължение за постигане на „добро“. Но Хелер явно гради аргумента, че за лекаря това да си благодетелен в клиничната практика е избор, а не дълг или задължение. Тя обяснява, че „етиката на личността не може сама по себе си да отговори на съществения въпрос: защо изобщо слушаме твърденията, гласовете, призивите на другите? Следователно в тази книга трябва непрекъснато да прибъгвам към централното прозрение на моята философия на морала: съществува фундаментален стремителен скок – скок, който придава морално значение на всички следващи скокове – и той е (екзистенциалният)

избор на нас самите като порядъчни (добри, откровени) хора“ (Хелер; 1996: 6).

В контекста на здравеопазването, практикуващите лекари спазват принципа на благодеянието при вземането на решения. При полагането на грижи, решенията се вземат на базата на професионален етичен кодекс, който би могъл да ограничи предлаганите грижи на пациента. Лекарите предлагат неограничена грижа, основана на професионалната им квалификация. Грижата обаче е ограничена от лимитите на тази професионална квалификация. За Хелер (1996 г.), етични действия като това на благодеянието се предприемат от избора, който прави човек, а това в общи линии означава, че всеки е изправен пред ситуации, в които трябва да направи избор по отношение на „явно присъствие на морално съдържание“, а това морално съдържание се определя от собствения морален компас на личността. При аргументацията си Хелер твърди, че: „Едва след като направят този скок, мъжете и жените ще могат да си зададат въпроса – кое е правилното нещо, което да направя? Фундаменталният скок няма „разум“ и проследима причина. За такъв фундаментален избор не могат да се предоставят никакви норми, да се даде никакъв съвет, да се представят никакви ориентировъчни принципи. Ако е основан на нещо, то тази основа е трансцендентна“ (Хелер, 1996: 6–7).

Ако поставим моралната теория на Агнеш Хелер (Heller, 1996 г.) в клинична среда, тогава резултатът за благодеянието и автономията, които се прилагат в клиничен контекст, зависи от моралния избор на лекаря и другия. Затова в „Етика на личността“ (“Ethics of Personality”) Хелер отбелязва: „Истина е, че всяко решение, всяко действие е скок. Никога не знаем предварително какво ни чака на другия бряг. И все пак, не всеки скок носи същия риск, а ние не скачаме през цялото време през една и съща пропаст. Макар че знанието няма съществена роля в нашите решения, мисленето понякога има.

Както и ориентировъчните морални принципи и норми на добродетелта, които често ни помагат да решим дали да скачаме или не, и в коя точно посока да скочим. Ако етиката просто затвърждава и потвърждава истината, че скачаме, то тогава тя не е особено полезна. Тя трябва да ни съветва за много други неща: кой вид скок е морално по-важен от друг, какви обстоятелства бихме могли да сметем за морално решаващи, за да предприемем дадено действие, кои наши видими мотивации би трябвало по-скоро да държим под контрол и т.н. (Хелер, 1996: 5–6)

Човечеството притежава набор от морал в рамките на своето „морално съдържание“ и единственият въпрос е какъв избор правят хората от моралния си компас, за да са порядъчно морални и почтени хора с „морално и етично съдържание“, което ги прави „добри“ и „невредящи“ на другите. Но субективността на това да си добър „не съществува само в романите, а и в ежедневието: кой не е попадал никога на добър човек? Такива хора като че притежават определена аура и светлина: „Във всеки човек има интенционалност спрямо доброто, която – при правилна реализация – може да се превърне в светлината, която осветява цяло едно съществуване“ (Хелер, 2009: 58)

Повлияна от аргументите на Кант за моралността, Хелер отбелязва, че разликата между теоретическия и практическия разум е подходящата преценка. Именно в този случай моралът се определя като: „субективното взаимоотношение с моралните ценности“. Подобна субективност се базира на избора. Авторката обяснява: „Кантовото разграничение между теоретическия и практическия разум има значение тук. Екзистенциалният избор е свободен акт. Той не може да бъде разбран в контекста на решимостта – не защото е нерационален, а защото е рационален отвъд авторитета на теоретическия разум“. (Хелер, 1987: 292)

По-нататък в анализа на Хелер се казва, че понеже моралните позиции

представляват избор не означава, че човек е винаги прав, а че действията и изборът се направляват от разумен разум, основан на солидна преценка: "...дори да решим да дадем предимство на „практическият разум“, да определим дали нашите действия и избрани норми са добри, в конкретни ситуации все пак трябва да излезем с преценка, а актът на преценяване (характерен за „теоретическия разум“) предполага възможността да се направи грешка. Преценката е акт на теоретическия разум, дори той да е подчинен на практическия разум. Там, където участва теоретическият разум, може да грешим, а също може и да сме прави. И наистина, честните хора не спират да „проверяват“ и „повторно да проверяват“ вече избраните норми.

Несъмнено, грешките могат да са фатални. Понякога изобщо не могат да се коригират или „поправят“. Това са стопроцентови трагични ситуации. Недопускането на никакви грешки в избора ни може да е въпрос на чист късмет, както и на използването на добър теоретически разум в нашите преценки“ (Хелер, 1987: 293)

В „Красотата на морала“ (“The beauty of morals”) Хелер прави връзка между представата за доброта на дадена личност и това, което обществото класифицира като красота. Според Хелер красотата тук не се изразява в това да видиш някого в сферата на хармонични и резонни идеи, а в контрастиращите характери, които притежаваме вътре в нас; следователно анализът на Платон за красотата и морала е подходящ, тъй като „красотата е това, което обичаме“, след което идва и „красотата на морала“ (Хелер, 2009b: 131).

Като повечето философи на морала, Хелер смята, че „добрите хора наистина съществуват“ и че тази доброта е нещо, което можем да открием в себе си чрез избора, който правим, а той се вижда в често малките постъпки като например емпатията, която показваме към страдащи хора, и – независимо дали лично или съвсем открито –

всеки морален избор е цялата отговорност, която хората трябва да поемат, за да направят света, в който живеят, „по-добро място“ (Хелер, 1987). Но почти всички философи на морала правят различен анализ на теорията на „добротата“, а това би могло да породи ограничен поглед върху същността на това да си „добър“. В това отношение Хелер е повлияна от анализа на Аристотел: „Има само един начин да си добър и няколко и различни начини да си лош“ (Аристотел, 2004: II, 1106b: 35).

ПЕТА ГЛАВА

Основното заключение на настоящия дисертационен труд е, че благотелянието, основано на „културата“ на дадена организация и при разбиране от страна на индивидите на рисковете, свързани с това то да не е основна политика в практиката, може да повлияе на лечението, което пациентите получават при медицинските грижи. Благотелянието насърчава клиниците да се фокусират върху процеса на предоставяне на подходящи грижи чрез формулиране на препоръки, подкрепящи например индивидуалната автономия на пациента, а също така гарантира, че практикуващите лекари имат възможността да формулират собствените си предпочитания, базирани на най-добрия интерес на пациента, който заема централно място.

Целта на настоящата глава е да събере всички представени аргументи под „един покрив“ – този на позитивността на благотелянието. Позитивите като например доброто здраве и превенцията и премахването на вредните условия от пациентите (Munyaradzi, 2012) са от основно значение в медицинските грижи. Поведението на практикуващия лекар е изключително важно за гарантиране, че автономията на пациентите не е застрашена докато се насърчава предоставянето на „добра“ медицинска грижа.

Медицината е професия, която се ръководи от принципа на професионализма (Пелегрино, 1994). Този принцип изисква от лекарите да защитават интересите и благополучието на пациентите си чрез доверена връзка (пак там). Принципът на професионализма е етическият принцип на благодеянието, който гарантира, че лекарят практикува в съответствие с установени стандарти, защитавайки и предоставяйки най-доброто на своите клиенти-пациенти. Следователно „една неотменна част от работата като професионалист е основополагащата етика на благодеянието“ (Kinsinger, 2009: 44). Тоест, когато се разбере, че етическият принцип на благодеянието гарантира, че грижата на лекуващия лекар е в най-добър интерес на пациента, това би заложило в съзнанието на медицинските специалисти факта, че работата им е „призвание според високите стандарти на професионализма като морален императив – такъв, който налага високи стандарти и настоятелно се стреми към голямото добро“ (Kinsinger, 2009:44).

В контекста на връзката професионалист-клиент, професионалистът е задължен да действа по доверен начин; винаги и без изключение да служи в името на благополучието и интереса на клиента. Това включва всички аспекти на връзката и изключва дейности, които представляват конфликт на интереси от страна на практикуващия лекар. Доверената връзка в медицинската практика може да се проследи векове назад във времето – още от съставянето на Хипократовата клетва. А това означава, че етиката на благодеянието винаги е била неразделна част от практиката на медицината, както и останалите етични постановки като автономията, справедливостта и лекарската тайна (Kinsinger, 2009: 44 – 46).

Исторически погледнато се смята, че лекарят е превъзходящият партньор във връзката лекар-пациент и че това е патерналистично. При патернализма се смята, че

лекарите са в позицията на властта и това поставя пациента в неизгодно положение, тъй като неговите желания относно лечението могат никога да не бъдат потърсени и взети под внимание при медицинските решения. Освен това, при патернализма, пациентът е в по-слаба и евентуално уязвима позиция поради доверието, което има в лекаря относно потребностите от здравеопазване (Sneddon, 2013). Затова лекуващият лекар е изцяло отговорен да поддържа най-високи професионални стандарти в практиката си и като основна част от доверената връзка лекар-пациент да зачита автономията на пациентите. Това е изключително важно за партньорство, при което потребностите на пациента от здравеопазване са на първо място като морална необходимост (Бийчъм, 1990 г.).

5.1 ПОЛЗИТЕ ОТ БЛАГОДЕЯНИЕТО В МЕДИЦИНСКАТА ГРИЖА: БЛАГОДЕЯНИЕТО ПОДОБРЯВА ВРЪЗКАТА ЛЕКАР-ПАЦИЕНТ

Проявите на благодеяние в медицинската практика са важни и имат значителен терапевтичен ефект върху взаимодействието пациент-лекар (Goold & Lipkin, 1999 г.). Например повечето време, прекарано с пациента с цел насърчаване стриктно спазване на лечението, е от полза не само за пациента, но и за лекуващия го лекар, който е мотивиран да предостави качествено лечение, носещо полза. Christodoulou (2010: 5) повдига следните въпроси: „Етично ли е да се игнорира терапевтичният потенциал на междуличностната връзка лекар-пациент? Етично ли е да лишаваме пациента от предимствата на една терапевтична интервенция само защото нямаме (не искаме да отделим) време да обсъдим с него спазването на тази интервенция? Етично ли е да се практикува дефанзивна медицина и да се пренебрегва Хипократовото задължение за

извеждане на благополучието на пациента като приоритет? А взаимоотношенията между лекаря и останалата част от персонала? Етично ли е да допуснем междуличностни спорове и разриви, произтичащи от неперсонално (и често пренебрежително, омаловажаващо и унижително) отношение да се отразят на лечението на пациентите ни?” Christodoulou (2010 г.) смята, че задаването на тези въпроси и намирането на отговорите трябва да е от първостепенно значение за една успешна медицинска практика, която носи добро на пациентите, и за прилагането на етика в практическата медицина, чийто фокус е личността.

Благодеянието в медицинската грижа „принуждава“ практикуващия лекар да се отнася отговорно към „другия“ – пациента. Макар че някои автори твърдят, че никому не дължим благодеяние (Harris, 2005). Това води до въпроса: спрямо кого или какво е моралното ни задължение да помагаме? И ако е така, как се измерва това? Хелер (1996 г.), която е повлияна от моралността на Кант, смята, че тази моралност е основана на връзката между „доброто (като цел) и морално правилното“ (като морален закон). Според нея отговорността е пряко взаимоотношение с „добрия живот“ на *Другия*. В допълнение тя отбелязва, че отговорността към *Другия(ите)* не е ретроспективна, а: “Това, което човек всъщност решава, е дали да застане зад собствения си избор да отговаря за добрия живот на други лица и дали е готов да даде всичко от себе си, за да помогне на другия(ите) да страда(т) възможно най-малко“ (Хелер, 1996: 54). Следователно степента на отговорност може да е само приблизителна. Също така отговорността за всеки не се определя от съзнанието.

Благодеянието е екзистенциален избор. Според Хелер (1996: 53): “Екзистенциалният избор на добротата е жест на поемане на отговорност, което е важна морална концепция, която модернизмът следва да разглежда като превъзхождащ

жеста, за да защити морала от вероятността да бъде възприеман като когнитивни твърдения“. Така концепцията на Хелер за благодеянието е, че моралността се основава на екзистенциалния избор за „поемане на отговорност“.

Екзистенциалните избори на битието са свързани с пълна морална автономия когато се установява връзка с другия. Отговорността предполага отклик. По този начин жестът на отговорност предполага да откликнеш на тази отговорност (Miller, 2004 г.). Следователно „отговорността, по принцип, е една от фундаменталните концепции на морала; всеки вид отговорност в основата си е морална“ (Хелер, 1996: 53). Отговорността за дадено действие на лекаря е неразделна част от отговорността за *Другия*.

5.2 БЛАГОДЕЯНИЕТО В МЕДИЦИНАТА СЕ РАВНЯВА НА ДОБРОДЕТЕЛНАТА НАГЛАСА НА ЛЕКАРЯ

Нагласата на лекаря да търси най-доброто за пациентите си е това, което до голяма степен отговаря за успеха в медицинската практика (Buchanan, 1982 г.). Но тази нагласа може да е застрашена в ситуации, при които от лекарите се иска да налагат или да наблягат – успоредно с медицинската си практика - и на други политики, които не са медицински и благодеятелни. Една такава политика е предоставянето на услуга по здравеопазване срещу такса. Според Buchanan (1982:33) „мястото на благодеянието в здравеопазването може да изглежда толкова централно и очевидно, че да не повдигне никакви сериозни въпроси за философски разсъждения. Все пак ролята на лекаря и на другите доставчици в здравеопазването обикновено се определя като такава на оказване на помощ“. Основният проблем на системата за здравеопазване, в която се

предлагат услуги срещу такса е, че тя показва изначално благотелната нагласа на лекаря като такава на човек, на когото му е все едно. Въпреки че лекарят може да е загрижен за пациентите си, той може да е принуден да им откаже лечение поради невъзможността да си платят, а ефектът от това е, че макар да се придържа към политиките на организацията, лекарят пренебрегва спазването на принципа на благотелнието.

В своята книга „Доминация и власт“ (“Dominations and Powers”) Сантаяна (1995:3) заявява, че „човешкото общество дължи цялата си топлина и виталност на присъщите добродетели на членовете си“ и че следователно добродетелите винаги „кръжат тихо“ отгоре. Според него добродетелността е морален въпрос, изживян от обществото, и никое общество не може да отсъжда или да говори за морал без да е добродетелно (Сантаяна, 1995).

Пелегрино (1994: 237) е съгласен и в допълнение отбелязва, че теориите на морала се осмислят чрез принципа на добродетелта и във връзка с това казва: „... наистина, добродетелите винаги са кръжали над всякаква теория за морала. Те придават достоверност на моралния живот; гарантират, че той е нещо повече от каталог с права, задължения и правила. Добродетелта успява да добави този „аршин“, който издига етиката над буквализма и тя стига до по-висшите владения на моралната чувствителност. Пелегрино (1994: 237) твърди също така, че добродетелта е необходима съставка на медицинската практика и че принципът на благотелнието прави очевидно доброто дело, което медицината предлага на човечеството. Въпреки това той споменава, че практикуваната в днешно време добродетел е “съмнително начинание“. Причината е в съмненията дали практикуващият лекар знае достатъчно за

етиката на добродетелта, за да я прилага ефективно в практиката си. Тези резерви той изказва в книгата си „Добродетелният лекар и етика на медицината“: „Загубили сме консенсуса относно определението за добродетел, а без морален консенсус нямаме гледна точка, от която да преценим кое е правилно и добро. Добродетелта се бърка със съобразяване с установените практики на социалния и институционален живот. Признанията отиват при тези, които си проправят път напред. Още повече, без да сме постигнали съгласие относно същността на доброто, едва ли можем да знаем какво означава „склонност“ да се върши нещо правилно и добро“ (1994: 237).

Това оставя впечатлението, че днес медицината се практикува при съществено неразбиране какво представлява добродетелта и какъв е нейният принос за успешна медицинска практика. Освен това е много обезпокоително, че лекарите евентуално практикуват с несигурност относно значението на доброто или лошото за практиката в днешно време. С други думи, медицината е изложена на риск да приема такива практики, които като нормални практики не са благотелни. Но Пелегрино (1994:237-238) приема, че поради тази несигурност е още по-важно да се осъзнае, че лекарят трябва да се осланя на етиката на добродетелта и на принципи като тези, формулирани от регулаторни органи като например Американската медицинска асоциация.

За Пелегрино (1994:238) има неясноти, свързани с прилагането на добродетелта на практика, и тези неясноти – смята той – може да компроментират основата, на която почива медицинската практика. Затова е необходимо да се търси и „да има съгласие кое е правилното и доброто“ (пак там).

Но въпреки тези възгледи Пелегрино (1994:238) е оптимист и смята, че добродетелта – като нещо, което е правилно и добро, и се върши в полза на пациентите – ще надделее по простата причина, че „...има хора, на които можем да вярваме, че ще преодолеят собствения интерес, че са честни, правдиви, верни или справедливи, дори в лицето на вездесъщото зло“ (Пелегрино, 1994: 237). Освен това Пелегрино (1994: 238) споменава, че макар добродетелта да е до голяма степен подкопана от компроментиращата позиция, която много практикуващи лекари заемат, все пак се наблюдава известно съживяване, дължащо се до голяма степен на интереса, който философите на морала показват към темата. Този интерес е от полза за изграждането на добродетел в големи пропорции в контекста на днешната медицинска практика.

Медицинската практика се нуждае от добродетел, защото пациентите имат нужда да вярват на лекарите си, които от своя страна са длъжни да поддържат компетенциите си и да култивират характер, който за уязвимия пациент трябва да изглежда окуражителен, а това е основно изискване в медицинската етика: „... когато уязвимостта и зависимостта на болния човек го принуждават да вярва не само в правата си, но и в това какъв човек е лекарят“ (Пелегрино, 1994:238). Това означава, че за лекаря спечелването и поддържането на това доверие в способностите му е всъщност благодеяние.

Доверието в лекарите се гради чрез добродетелта и разбирането, че нарушаването на това доверие е нарушаване на принципа на благодеяние, в чиято основа е правенето на добро за другите. Така че вместо да сторят добро на пациентите, чрез разрушаване на доверието се оказва, че лекарите в края на краищата им вредят и

според Пелегрино (1994:238) „това е причината за спадналото доверие в професията в днешно време“.

Песимистичните възгледи на Пелегрино (1994: 245) за сегашното състояние на добродетелта в медицинската професия се споделят и от MacIntyre (1981: 261), който разглежда практикуването на добродетелта в сегашния климат на медицинската общност като „...местна форма на общност, в рамките на която вежливостта, интелектуалният и морален живот могат да присъстват в трудните нови тъмни столетия, които вече са ни застигнали“.

Но Пелегрино (1994: 238) предупреждава, че залезът на етиката на добродетелта в медицинската общност, обрисован от MacIntyre, не предрича край на добродетелта в професията, а при създадената вече осъзнатост, добродетелта би могла да се превърне „в по-задоволителна морална структура, която включва също така права и задължения“.

Освен това той смята, че добродетелният лекар е такъв, който пренася добродетелта си във всичко, което върши в практиката си, за да е от полза на пациентите си, и смята благодеянието за неотменна част от медицината и медицинската практика (пак там).

В „Добродетелите в медицинската практика“, Пелегрино и Томазма (1993: 205) представят добродетелите като характер на лекаря и в този смисъл вярват, че „добродетелите могат да бъдат преподавани“. От друга страна Imber (1994: 280) си обяснява това твърдение на Пелегрино и Томазма (1993 г.) с факта, че като свързват „добродетелите с характера на лекаря, те се надяват да наблегнат на уменията, необходими да си добър човек, а не само на тези, необходими да водиш професионален

– тоест, технически компетентен – живот“. В допълнение се изброява, че добродетелите означават „интелектуален интегритет, честност, милосърдие, смиреност и терапевтична пестеливост“ (Amber 1994:280).

Благодеянието в здравеопазването означава да правиш добро в името на пациентите и когато налице е добродетел, благодеянието взема превес (Imber, 1994 г.). Но Пелегрино и Томазма (1993 г.) подчертават, че медицината е в криза, защото подобни пропуски в прилагането на медицинската етика в практиките предизвиква непланирано публично внимание върху това „какви ги вършат лекарите“ (Amber, 1994:281).

Amber (1994 г.) е съгласен с Пелегрино и Томазма (1993 г.) и е убеден, че етиката в медицината е необходимост, изискваща от лекарите да бъдат добродетелни. В това отношение той отбелязва: “Добродетелността е начинът, по който се отнасяме с другите, но тя не е нито неизчерпаема, нито непременно разпознаваема в ефекта си” (Amber, 1994: 281).

Според Amber (1994 г.) Пелегрино и Томазма имат сериозни опасения относно състоянието на практикуване на медицина от лекарите. Най-големият проблем според тях е, че практикуването на медицина не означава толкова спазване на ръководни принципи, за да се действа в най-добрия интерес на пациента, а влияние на други фактори, които не са особено свързани с медицинската практика. Така например Пелегрино и Томазма (1993:205) смятат, че: „...лекарите се поддават на принципа на Енгелхард за предприемаческото начало в тази професия, а тези, които успяват да устоят, не са защитени от професията по подходящ начин“. Не се дават емпирични доказателства за широкомащабна капитулация, освен ако не може да се каже, че

здравните организации и управляваната грижа не я насърчават институционално. За да се възвърне някакво чувство за медицината като морална общност, авторите твърдят, че полагането на клетва при завършването на студентите по медицина ги кара да проявят „някакъв вид потискане на собствения интерес“, което „наистина е същността на медицината професия.”

Според Пелегрино и Томазма (1993 г.) полагането на Хипократовата клетва или друга достойна клетва при завършване на образованието не прави бъдещия лекар добродетелен; вместо това те смятат, че – подобно на медицинското образование – добродетелността се учи. Независимо дали сме съгласни с твърдението на Пелегрино и Томазма (1993 г.) относно полагането на клетва, стойността на Хипократовата клетва за медицинската практика е безценна, тъй като залага основата ѝ от самото ѝ създаване до съвременните практики. И това независимо дали съществува пряка връзка между полагането на клетва в днешните медицински практики и общото професионално поведение на правоспособния лекар.

Пелегрино (1994 г.) развива тезата, че благодеянието в практическата медицина засяга единствено лекуването на пациентите. Като поддръжник на етиката на добродетелността, той отбелязва, че отношението пациент-лекар е взаимобвързано и между двамата съществува морална връзка, която трябва да се защитава. В „Превръщането на медицинските и здравни грижи в стока“ (“The Commodification of Medical and Health Care”) Пелегрино посочва: “Първият принцип на медицинската етика, нейната крайна цел е доброто на пациента“ (Пелегрино 2008: 101). Той подчертава необходимостта от фокусиране върху пациента от страна на лекаря (насочено към пациента взаимоотношение). Лекарят трябва да възприема пациента

като индивидуален субект и да прилага справедливо усвоените знания в полза на пациентите в общността. Затова в медицинската практика основната цел на лекаря е да бъде „най-добрият лекувател“, а не да е ориентиран към бизнеса, гледайки на пациентите като на „потребители“. Практикуващият лекар е деятел на морала (Пелегрино, 1983 г.).

Добродетелите на Пелегрино (1983 г.) в медицината включват това да си верен на заглушеното его, почтеност, съпричастност, доверие и практическа мъдрост (phronesis). От гледна точка на Аристотел, „phronesis“ означава способност за морално прозрение или практическа мъдрост (Пелегрино, 1983 г.). Добродетелта на практическата мъдрост е свързана с усъвършенстване на добрия живот, което „зависи от познанието за добро, зло и за себе си. Това не е специализирано познание, насочено към определена дейност, а по-скоро към това да изживееш целия си живот добре. Подобно на изкуството, това изисква усъвършенстване чрез практика“ (Пелегрино 2008: 135). Пелегрино отбелязва, че една от характеристиките на добродетелния лекар включва практикуване на алтруистично благодеяние. Това означава „не просто да се вземат под внимание интересите на другите, но това да става по такъв начин, че нашите намерения и действия отдават известна степен на предпочитание на намеренията на другите“ (Пелегрино 2008: 135).

От тази гледна точка Пелегрино твърди, че медицината е превенция на болести, както и лекуване, а това е въпрос на добродетел. Неговата теза обаче не отчита други аспекти на медицинската практика, които носят ползи, например: изпълнението на програми за фертилност и контрол на раждаемостта, козметични операции с цел възстановяване или лична удовлетвореност, както и с медицинска цел, улесняването на

евтаназията – т.нар. милостива смърт. Това са дейности, които според Пелегрино (1994 г.) не се вписват в идеята за правене на добро в полза на другите.

Нарушаването на принципа на благодеяние не взима под внимание стандартите на рационалното желание да помогнеш. Следователно задължителният морален характер на благодеянието води до концептуална непоследователност на принципа на благодеянието при разглеждане на аспекта на автономията на пациента (Пелегрино 1994: 171-173).

5.3 МОРАЛНО ПОГЛЕДНАТО, БЛАГОДЕЯНИЕТО Е ИМПЕРАТИВ

Макар много да е изписано от философи и учени по етичката тема за благодеянието, и макар да има известни разлики във възприятията им, преобладаващото мнение е, че благодеянието потенциално осигурява справедливост в процеса на разпределение и е средство за постигане на върховното добро за всички. Затова повечето разсъждения на теоретиците по въпроса по-скоро подкрепят утилитарната логика – разглеждат „благодеянието като фундамент, който поражда най-голямата полза за всички“ (Kinsinger, 2009:44).

В „Моралност“ Gert (2005: 7) твърди, че благодеянието не изисква, нито е свързано, с някакъв набор от правила, характеризиращи дадено действие като морално добро. Вместо това авторът застъпва идеята, че има морални идеи, които дефинират благодеянието. Според Gert (2005 г.) човекът като рационално същество може да върши неща безпристрастно или да действа без да фаворитизира винаги даден човек пред друг, и в това отношение притежава способността да не причинява вреда; няма обаче сигурност, че подобна рационалност ще включва насърчаване на един и същ вид добро еднакво към всеки и през цялото време.

Зачитането на благополучието на пациента означава, че практикуващият лекар трябва да върши работата си със съзнанието, че го прави в полза на здравето и благоденствието на пациента, и да е сигурен, че се въздържа от всичко, което би му навредило.

В повечето случаи резултатите в здравната и медицинската грижа се преценяват от гледна точка на това, че целта оправдава средствата – т.е. концепцията за задълженията на лекаря е оправдана на базата на постигнатите резултати (Powers & Faden, 2006: 81 -83). Благополучието както на пациента, така и на лекаря, трябва да се разглежда и да бъде оправдано на базата на ползите от извършено дадено действие или практика, и на доброто за пациента.

В здравната практика принципът на благодеянието засилва моралното задължение на здравния специалист към пациента (Kinsinger,2009: 44).

Мил (1863) прави разграничение между задължение за благодеяние и добродетелта на благодеянието, като казва, че „действията са правилни в своите пропорции, ако по-скоро подпомагат щастието, и грешни, ако по-скоро причиняват обратното на щастие“ (Мил, 1863: 16-17). Следователно той разглежда благодеянието като единствената и основна морална добродетел, която даден индивид може да е справедливо заставен да прояви като положително деяние, което носи добро на други хора (Berger 1984: 360 -364). Това означава, че благодеянието може да е дълг, който позволява на лекарите да сведат да минимум вредата, като същевременно насърчават доброто в обществото (Berger, 1984),

В същия дух Potter & Timmons (2012: 177) твърдят, че благодеянието категорично е морално императивно в медицинска ситуация. Следователно в

медицинската практика то помага да се предостави максимална помощ, като същевременно се прилага „принципът на рационална интенция“ (Potter & Timmons, 2012:177).

ЛИТЕРАТУРА/ BIBLIOGRAPHY

Amber, JB (1994). The Virtues in medical practice. *New England Journal of Medicine*. 331: 280 – 281

Andersson, G. B. J., Chapman, J. R., Dekutoski, M. B., Dettori, J., Fehlings, M. G., Fourney, D. R., Weinstein, J. N. (2010). Do no harm: The balance of "beneficence" and "non-Maleficence". *Spine*, 35(SUPPL. 9S).

Aristotle. *The Nichomachean Ethics*. Trans. J.A.K Thomson. Rev. Trans Hugh Tredennick. Ed. Jonathan Barnes. New York: Penguin, 2004. Print.

Bauchner, H & Vinci R: (2001) ‘What have we learned from the Alder Hey affair?’, *BMJ*, Vol. 332: 309-10

Baron, J: (2006) *Against Bioethics*, Cambridge: MIT Press

Beauchamp, TL (2007). *The ‘Four Principles’ Approach to Health Care Ethics*. 2nd edition. Edited by: Ashcroft, RE; Dawson, A; Draper, H; & McMillan, JR. John Wiley Ltd.

Beauchamp, TL (1990). The promise of the Beneficence Model for Medical Ethics. Tom L. Beauchamp. *Journal of Contemporary Health Law & Policy* Volume 6 | Issue 1

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Moral character. Principles of biomedical ethics*, 5th edn. Oxford University Press, New York Oxford.

Beauchamp, TL & Childress, JF (2009), Principles of biomedical ethics (6th ed.), New York, NY: Oxford University Press.

Berger, FR., (1984), Happiness, Justice, and Freedom: The Moral and Political Philosophy of John Stuart Mill, Berkeley & Los Angeles: U. of California Press.

Breeze J (1998). Can paternalism be justified in mental health care? J Adv Nurs. 1998 Aug;28(2):260-5.

Buchanan, DR (2008).Autonomy, Paternalism ,and Justice: Ethical Priorities in Public Health. American Journal of Public Health. 2008.98(1): 15 – 21.

Buchanan, AE (1982) Philosophical Foundations of Beneficence in Shelp, EE (1982) Beneficence and Health Care. Springe, Dordrecht. (pp 33-62)

Cassell, EJ (2000). Where Medical Ethics went wrong. The Hastings Centre Report. Volume 30, Issue 5. September-October 2000. Page 46.

Cookson R. (2015). Justice and the NICE approach. Journal of Med Ethics 2015;41:99–102.

Christodoulou, G (2010). Moral theories & medicine for the person. International Journal of Integrated Care. 2010: 10 (5).

Donovan, GK (2014). Ebola, epidemics, and ethics: what we learned. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine. 2014 9:15. 1-4

Dworkin G.(1972). Paternalism. Monist 1972; 56: 64-84. 170

Engelhardt, HT (1986). The Foundations of Bioethics. 2nd edition. Oxford University Press.

Faden, R. R & Beauchamp, T. L: (1986) A History and Theory of Informed Consent, Oxford: OUP

Falahati,S (2014). What is the scope of autonomy in medical practice?. Scottish Universities Med. Journal, 204 vol 3(1): 37 – 42

Feinberg, J: (1986) The Moral Limits of the Criminal Law - Volume Three: Harm to Self, Oxford: OUP

Ford, C; English, A & Sigman, G (2004). Confidential health care for adolescents: position paper of the society for Adolescent medicine. Journal of Adolescent Health. Vol 35(2) 160 -167.

Flite, C. A., & Harman, L. B. (2013). Code of Ethics: Principles for Ethical Leadership. Perspectives in Health Information Management / AHIMA, American Health Information Management Association, 10(Winter), 1d.

Frankena, WK (1973). Ethics. (second edition). Prentice-Hall. 45 – 58.

Fuchs, AE (2001). Autonomy, Slavery, and Mill's critique of Paternalism. Ethical theory & moral practice. Vol 4 (3) 231 -251.

Gadow, S (1980). Existential Advocacy: Philosophical Foundations of Nursing. NLN Publications, Washington DC.

Gadamer, HG (1998), Culture and the Word. Praise of Theory: Speeches and Essays, pp.1-15.

Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W.(2003) Patients' and Physicians' Attitudes Regarding the Disclosure of Medical Errors.JAMA.2003;289(8).

Gillon, R: (1985) 'Beneficence: doing good for others', British Medical Journal, Vol. 291: 44-45 172

General Medical Council, (2013). Good Medical Practice 2013. Accessed online: @
https://www.gmc-uk.org/guidance/good_medical_practice.asp

Gert, B, (2005), *Morality*, New York: Oxford University Press.

Gillon R.(1994) Medical ethics: four principles plus attention to scope. *BMJ*;309:184–188.

Goold, SD & Lipkin, M (1999). The Doctor-Patient relationship: Challenges, opportunities, and strategies. *Journal of General Int. Med.* 1999, Jan; 14(1): 526 - 533.

Harris, J (2005). Scientific research is a moral duty.*Journal of Medical Ethics*
2005;31:242-248

Heller, A (1996). *An Ethics of Personality*. Blackwell Publishers.

Heller, A (2009). *A theory of feelings*. 2nd edition. Lexington Books: Bowman & Littlefield Publishers Inc.

Heller, A. (1987). *Beyond justice*. Oxford: Blackwell Publishers.

Hume, D (1966). *David Hume: His theory of Knowledge and morality*. Basil Blackwell.

Imber, JB (2008). *Trusting Doctors. The decline in moral authority in American medicine*. Princeton Univ. Press. 173 .

Jones , WHS (1989).Hippocrates ‘ Selections from the Hippocratic Corpus’. In Veatch, RM (ed), *Cross cultural perspectives in medical ethics*. J & Burlett Publishers. Boston 1989, p 29.

Kant, I (1993). *Grounding for the metaphysics of morals* (3rd edition), James W. Ellington (trans.). Hackett Publishing Company.

Kao, C. (1976). *Maturity and Paternalism in Health care* |*Ethics in Science and Medicine*. 3:179 – 186.

Kinsinger, FS (2009). Beneficence and the professional's moral imperative. *Journal Chiropr Humanit.* 2009 Dec; 16(1): 44–46. Engelhardt, HT (1986). *The Foundations of Bioethics*. 2nd edition. Oxford University Press.

Lowes, R (2016). More Physicians Willing to Hide Mistakes, Survey Reveals. *Medscape Ethics Report 2016: Money, Romance, and Patients*. December 1, 2016)

Mandal, J; Ponnambath, DK; Parija, SC (2016). Utilitarian and deontological ethics in medicine. *Trop Parasitol.* 2016 Jan-Jun; 6(1): 5–7.

McKinstry, B (1991). Paternalism and the doctor-patient relationship in general practice. *British Journal of General Practice*, 1992, 42, 340-342.

Mill, JS (1863). *Utilitarianism*. London: Parker, Son & Bourn, West Strand. Retrieved 7th Sept. 2018 via Google Books @ <https://www.utilitarianism.com/mill1.htm> 176

Mill, JS (1859). *On Liberty*. 4th edition. London. Longman, Roberts & Green Co.

Mill, JS (2009). *Ethics: the big questions*. 2nd Ed. Ch. 14. Utilitarianism by John Stuart Mill. Sterba, JP (ed). Wiley-Blackwell.

Miller, R W (2004), “Beneficence, Duty, and Distance,” *Philosophy & Public Affairs*, 32: 357–83

Mousourakis, G (2013). Human fallibilism and individual self-development in John Stuart Mill's Theory of Liberty. *Etica & Politica/ Ethics & Politics*. Xv, 2013 (2) 386 -396.

Murgic, L., Hébert, P. C., Sovic, S., & Pavlekovic, G. (2015). Paternalism and autonomy: views of patients and providers in a transitional (post-communist) country. *BMC Medical Ethics*, 16, 65.

Munyaradzi M (2012). Critical reflections on the principle of beneficence in biomedicine. *The Pan African Medical Journal*; 11:29. Published online 2012 Feb 18. Accessed online on: 14/09/2016

Nolan, Donal (2004). "Psychiatric injury at the crossroads". *Journal of Personal Injury Law*

Page, K. (2012). The four principles: Can they be measured and do they predict ethical decision making? *BMC Medical Ethics*, 13, 10.

O'Neill. (2007). Kantian ethics. In: Ashcroft RE, Dawson A, Draper H, McMillan JR, editors. *Principles of health care ethics*. 2 ed. New York: John Wiley & Sons; 2007. pp. 73–77.

Pellegrino, ED (1987). Toward a reconstruction of medical morality. *The Journal of Medical Humanities and Bioethics*. March 1987, Volume 8, Issue 1, pp 7– 18.

Pellegrino, ED & Thomasma, DL (1993). *The Virtues in Medical Practice*. Oxford University Press.

Pellegrino, ED & Thomasma, DC (1987). The conflict between Autonomy and Beneficence in medical ETHICS: Proposal for a resolution. *Journal of Contemporary Health law and policy* (1985 – 2015), vol 3; is1. Article 7.

Pellegrino, Edmund D (2003). The Moral Foundations of the Patient-Physician Relationship: the Essence of Medical Ethics. In: Beam, Thomas E.; Sparacino, Linette R., Pellegrino, Edmund D.; Hartle, Anthony E.; Howe, Edmund G., eds. *Military Medical Ethics*. Volume 1.

Washington, DC: TMM Publications, Borden Institute, Walter Reed Army Medical Center;
2003: 3-21.

Pellegrino, ED (1994), "The Four Principles and The Doctor-Patient Relationship: The Need for A Better Linkage," in Principles of Health Care Ethics, Raanan Gillon (ed.), 1st ed.
London: John Wiley & Sons.

Pellegrino, ED & Thomasma, DC (1993). The Virtues in Medical Practice. Oxford University Press 178.

Pellegrino ED.(2008). Character, virtue and self interest in the ethics of the professin. In:
Engelhardt H Jr, Jotterand F (eds). The Philosophy of Medicine Reborn A Pellegrino Reader.
Indiana: University of Notre Dame Press; 2008:135.

Potter, NT & Timmons, M. eds., (2012). Morality and universality: essays on ethical universalizability (Vol. 45). Springer Science & Business Media.

Powers, M & Faden, RR (2006), Social Justice: The Moral Foundations of Public Health and Health Policy, New York: Oxford University Press.

Rajani, S (2012). Compare & Contrast the four principles of healthcare ethics. International Journal of Innovative Research & Development. Vol2 (8): 228 -230

Reich, W. T: (1996) 'Bioethics in the United States', in, History of Bioethics: International Perspectives, (eds.) Dell'oro, R., and Viafora, C., San Francisco: International Scholars Publications: 83-118

Santayana, GS (1995). Dominations & Powers: Reflections on Liberty, Society & Government. Transaction Publishers.

Schwarze, M. L., Barnato, A. E., Rathouz, P. J., Zhao, Q., Neuman, H. B., Winslow, E. R & Greenberg, C. C. (2015). What is High Risk Surgery? Development of a List of High Risk Operations for Patients Age 65 and Older. *JAMA Surgery*, 150(4), 325–331.
<http://doi.org/10.1001/jamasurg.2014.1819>

Schmidt, U: (2004) *Justice at Nuremberg: Leo Alexander and the Nazi Doctor's Trial*, New York: Palgrave Macmillan

Shahian, DM & Normand, SLT (2012). Autonomy, beneficence, justice and the limits of provider profiling. *Journal of American of Cardiology*. Jun 19, 59(25): 2383 -6

Sharpe, VA (1997). Why “Do No Harm”? *Theoretical Medicine & Bioethics*. Vol 18, Is 1-2, pp197 – 215.

Singer, P (1980). *Practical Ethics*. Cambridge University Press.

Sneddon, A (2013). *Autonomy*. Bloomsbury Academic Publishers.

Stirral, GM & Gill, R (2005). Autonomy in Medical ethics after O'Neill. *Journal of Medical Ethics*. vol 31 (3): 127 – 130.

Trau, JM & McCartney, JJ (1993). In the best interest of the patients. Applying the standard to healthcare decision-making must be done in a community context. *Health Programme*. 1993. Apr, 74 (3) 50 – 6.

Varelius, J (2003). The value of autonomy in medical ethics. *Med. Health care Philos*. 2006, DEC, 9 (3): 377 – 388.

Wear, S & Moreno, JD (1994) *Informed Consent: Patient Autonomy and Physician Beneficence Within Clinical Medicine*. *HEC Forum* 6 (5):323-325

World Health Organisation (2017). The Constitution of the World Health Organisation.

Accessed on the 27/12/2017: <http://apps.who.int/gb/gov/assets/constitution-en.pdf>