

Лекция 1. Введение в этику сестринского дела

1.1. Моральные проблемы в работе медицинской сестры

Сын пожилой пациентки просит персонал не говорить его матери, что у нее выявлен рак желудка. Однако поздно вечером, когда все уже улеглись, и палатная медсестра зашла в палату, чтобы спросить, все ли в порядке и выключить свет, больная попросила ее подойти и разъяснить смысл ответа биопсии, который был получен сегодня.

Что делать медсестре в случае, если врач и родственники обманывают больного?

Медсестра, войдя в перевязочную, заметила, что для проведения местной анестезии врач по ошибке взял десятипроцентный Лидокаин. Если он введет его больному, тот может умереть от кардио- и церебротоксического эффекта препарата. Медсестра знает, что если она скажет врачу о его ошибке, он, пока не поймет, что сделал, накричит и унизит ее: мол, кто ты такая, что делаешь мне замечания. Она в раздумье.

Как повести себя медсестре в случае, если врач или коллега делает или сделал ошибку?

Больной, проведенный несколько дней на ИВЛ в реанимации, рассказывает, что чувствовал себя одиноким и униженным. С ним никто не пытался поговорить, успокоить. Он лежал голым и отправлял нужду на виду у всех. Медсестра удивляется: «Что тут такого? У нас все голые. И разве с больным на ИВЛ нужно разговаривать, объяснять, что делаешь?».

Существует ли человеческое достоинство у пациента в реанимации, и нужно ли его уважать? В чем может проявляться уважение к человеку в такой ситуации?

Представленные ситуации демонстрируют, что у постели больного медицинская сестра решает не только его медицинские проблемы — делает перевязки, ставит «капельницы», дает кислород и т.п., но сталкивается с массой проблем немедицинского характера. Среди них:

- **Правовые** — требуют знания действующей законодательной базы здравоохранения.
- **Психологические** — требуют учета психологического состояния пациента.
- **Культурные** — обычно возникают, если медсестра и пациент являются представителями разных культур.
- **Организационные** — часто появляются, когда, к примеру, в распоряжении

медсестры нет всего необходимого для лечения пациента.

- **Моральные** — их решение основано на представлениях медсестры о ценностях, о добре и зле.

Определяя понятие «моральная проблема», мы использовали термин «ценности». Дадим определение и этому понятию. **Ценности — это то, ради чего мы живем, что считаем самым важным в жизни. Иногда ради ценностей мы готовы и отдать свою жизнь.** Запомним это определение.

Настоящая лекция — о **моральных проблемах** в работе медсестры. Мы поговорим об этических основах сестринской профессии, которые помогут медсестре принять решение и правильно себя повести в сложной ситуации морального выбора, который делают исходя из представлений о ценностях, добре и зле. В этом поможет изучение этики — науки, исследующей человеческие ценности, формулирующей принципы, следование которым помогает выбрать решение, которое будет соответствовать этим ценностям.

Если человек поступает в соответствии со своими ценностями, он сам, его совесть оценивают этот поступок как хороший, если же он действует вопреки своим представлениям о добре и зле, его совесть скажет ему, что он поступил плохо. При этом большинство людей хочет поступать хорошо и не хочет поступать плохо.

Чтобы углубить наше понимание того, что такое этика, полезно понять, что этикой не является. Например, этика — это не то же самое, что закон. Закон обязателен для всех, и за его нарушение последует наказание. Этика также не является чем-то, что определяется общественным мнением или выполнением приказов начальника, — здесь тоже нет выбора, а отклонение от приказа или действия вопреки общепринятому мнению караются наказанием или общественным осуждением. **Этика предполагает свободный выбор** человека на основе своих и коллег-единомышленников представлений о добре и зле, за который отвечает лично он и его совесть.

Сестринская этика — это отрасль прикладной этики, которая касается деятельности в области сестринского дела. Целью сестринской этики является предоставление медсестрам рекомендаций относительно того, как принимать решения и действовать нравственно в тех условиях, в которых они работают.

Приведем два ярких высказывания о высокой роли сестринской этики:

- «Профессионалы без этики — это просто техники, которые знают, как выполнять работу, но не в состоянии сказать, почему их работа имеет большее значение».*

- «Профессия без своих особых моральных убеждений не имеет ничего, что можно было бы исповедовать. Она будет оставаться уязвимой для развращающего влияния различных сил».*

Итак, если мы уважаем свою профессию, свое служение, мы не можем обойтись без своей профессиональной этики. Дело в том, что врачи и медицинские сестры являются представителями одной из помогающих профессий

* Эти высказывания принадлежат известному специалисту по уходу Ф. Черчилль, однофамилице известного общественного деятеля У. Черчилля

и в своей деятельности часто сталкиваются со сложными ситуациями, когда им приходится ориентироваться на свои представления, «что такое хорошо и что такое плохо». Неудивительно, что с древнейших времен врачи пытались сформулировать основные моральные принципы своей деятельности. Самый известный дошедший до нас свод моральных норм для врачей — знаменитая клятва Гиппократа, где четко сформулированы принципы: «уважай жизнь», «не навреди», «лечи ради пользы пациента», «будь справедлив», «сохраняй тайну пациента» и другие — актуальность которых не утрачена и в наши дни.

Сестринская профессия оформилась почти на два тысячелетия позже врачебной, но и она с первых шагов выстраивала этические основы своей профессиональной деятельности. У медсестер, как и врачей, была своя «клятва Гиппократа», называемая «клятвой Найтингейл».

1.2. История сестринской этики

Клятва Найтингейл (1893 г.) — это заявление об этике и принципах профессии медсестры, сделанное в конце девятнадцатого века в Великобритании. Ее сравнивают с клятвой Гиппократа, данной врачами. Впрочем, «клятва Найтингейл» была написана не Флоренс Найтингейл, а комитетом во главе с Листрой Греттер, директором Фаррандской школы подготовки медсестер в больнице Харпер в Детройте.

В то время сестрами были одинокие женщины из низших и средних слоев общества, оставшиеся без мужского попечения. Они жили общинами под руководством наставниц — образованных дам из высших слоев общества. Общественное мнение о женщинах, поступивших на работу медсестры, требовало, чтобы эти женщины соответствовали «более высокому стандарту нравственности», поскольку их обязанности были «жизненно важными». Сестринское дело поставило их лицом к лицу со страданием и смертью. Частные медсестры, работающие на дому, должны были сохранять конфиденциальность семьи. Все это в определенном смысле наложило отпечаток на содержание «клятвы Найтингейл». Приведем текст клятвы.

Я торжественно клянусь перед Богом и в присутствии этого собрания прожить свою жизнь в чистоте и добросовестно практиковать свою профессию.

Я буду воздерживаться от всего, что вредно, и не буду принимать или сознательно давать какие-либо вредные лекарства. Я сделаю все, что в моих силах, чтобы поддерживать и повышать стандарты моей профессии, и буду держать в секрете все личные дела, порученные мне, и все семейные дела, о которых мне станет известно в ходе выполнения моего призвания. С верностью я буду стараться помогать врачу в его работе и посвящать себя благополучию тех, кто доверен моей заботе.

Перечислим основные добродетели, содержащиеся в приведенной клятве. Это:

1. Личная чистота и непорочность
2. Добросовестность и профессионализм
3. Непричинение вреда
4. Конфиденциальность
5. Лояльность врачу
6. Служение благополучию пациентов

Шли годы, и с ними менялось положение медсестер и их представления о своем моральном долге. В 1935 году в клятву были внесены изменения. Слова

«С верностью я буду стараться помогать врачу в его работе и посвящать себя благополучию тех, кто доверен моей заботе» были заменены на

«С верностью я буду стараться помогать врачу в его работе и как «миссионер здоровья» посвящу себя самоотверженному служению человеческому благополучию». Мы видим, что медицинские сестры признали, что у их профессии есть высокая миссия служить человеческому благополучию.

Во второй половине двадцатого века стали возникать национальные этические кодексы медицинских сестер. Так, первый официальный кодекс профессиональных медсестер был принят в США в 1950 г., его немного отредактировали, прежде чем он был пересмотрен в 1960 г. Кодекс профессиональных медсестер 1960 г. (США) содержал 17 положений, начиная с «основной обязанности... сохранять жизнь, облегчать страдания и укреплять здоровье». Постепенно принцип лояльности врачу стал уступать место лояльности пациенту. В редакции 1968 года произошел фундаментальный сдвиг в формулировках. Обязанности медсестры изменились с общих обязанностей «сохранять жизнь, облегчать страдания и укреплять здоровье» на обязанность «уважать достоинство человека, не ограниченное соображениями национальной принадлежности» и «защитить право человека на неприкосновенность частной жизни».

Далее следовало еще несколько пересмотров. Пандемия поставила перед медсестрами новые этические проблемы, когда от них потребовалось проявлять сострадание в условиях ковидных ограничений и заботиться о собственном здоровье и безопасности.

В настоящее время в большинстве стран медицинские сестры имеют свой этический кодекс. Все они хоть немного и отличаются, но все же имеют единую моральную основу, сформулированную в ЭТИЧЕСКОМ КОДЕКСЕ МЕЖДУНАРОДНОГО СОВЕТА МЕДСЕСТЕР, который начинается с того, что «Основную ответственность медсестра несет перед теми, кто нуждается в ее помощи» (лояльность пациенту — главное!). Если отстаивание интересов пациента противоречит требованиям семьи, врача или начальства, то от медсестры требуется определенная стойкость и мужество. Тема мужества все чаще поднимается в современной литературе, посвященной профессиональной этике медсестры.

«Этический кодекс медицинской сестры России» в числе первых форму-

лирует принципы сострадания и уважения к пациенту. С этих принципов мы начнем изучение основ сестринской этики.

1.3. Сострадание пациенту

Многие пациенты, побывавшие на лечении, вспоминают о своих страданиях, вызванных не болезнью, а состоянием одиночества, униженности, беспомощности, которое они испытывали, находясь в больнице. Приведем два примера.

Из записок учредителя фонда «Вера» А.К. Федермессер, попавшей в отделение реанимации с гепатитом:

Чтобы не плакать, когда я остаюсь в палате одна, я пою казачьи песни, тихонько, чтобы не позвали психиатра. Спать я не могу. Мне плохо, больно, страшно, горит свет, и все вокруг плачет, когда я проваливаюсь в сон — у меня какие-то неприятные глюки, и я снова открываю глаза, чтобы контролировать действительность. Я снова и снова думаю о тысячах людей по всей стране, которые проводят в реанимации не два дня в отдельном боксе, как я, а недели и месяцы без возможности повидать близких, особенно сейчас, в ковид. Одной в реанимации страшно и как только ковидные ограничения будут сняты, надо снова и снова говорить об «открытой реанимации».

Опыт пациента, врача-невролога, оказавшегося в больнице с тяжелой травмой ноги:

Для меня существовало две беды, два страдания, два огорчения... Одним из них являлось физическое бессилие... Другое было моральным... Я чувствовал себя поверженным, безутешным и брошенным... Ощутил отличающее пациента одиночество, которое не испытывал... Теперь я отчаянно желал общения и одобрения...

Эти заметки, сделанные, между прочим, нашими коллегами, говорят о том, что больной человек, даже если он врач или медицинская сестра, нуждается в сострадании. Интересно, что за последние два года количество зарубежных публикаций с упоминанием слова «сострадание» в заголовке, включенных в PubMed (так называется одна из самых авторитетных баз данных, где дается информация об опубликованных на бумажных и электронных носителях книгах и статьях на медицинскую тематику), возросло в несколько раз. В трудную минуту люди поняли, что они нуждаются в сострадании, без него и без того тяжелая ситуация превращается в непереносимую.

Надо сказать, что тема сострадания поднималась и раньше, и сегодня уже не надо доказывать, что оно является важной составляющей ухода за больным и

его отсутствие вызывает напряжение в отношениях медицинского персонала и пациентов. В контексте медицинской помощи под состраданием понимают осмысленное действие в ответ на наблюдаемое страдание другого человека, направленное на облегчение этого страдания.

Боль, страдание можно облегчить чисто медицинскими средствами — ввести наркотики или наложить повязку, однако, когда речь идет о сострадании, имеются в виду также иные, немедицинские средства — слова, прикосновения, молчаливое присутствие и т.п.

Практика сострадания при выполнении профессиональных обязанностей в медицинских учреждениях требует от персонала различных знаний и навыков, которые позволяют им осуществлять осмысленные действия, облегчающие страдания их больных. В настоящее время большинство экспертов полагает, что этим навыкам можно научить даже человека «с каменным сердцем». Появился даже термин «технологии сострадания». К такой технологии, к примеру, относят прикосновения, которые, как показали исследования, носят почти терапевтический эффект.

Появился также термин «сострадательный уход», подчеркивающий, что, помимо чисто медицинских приемов, медсестра, ухаживая за больным, проявляет заботу и сострадание, своим человеческим отношением к нему старается облегчить его боль, унять его тревоги, развеять его страхи. Впрочем, мы вряд ли найдем этот термин в официальных регламентах сестринской деятельности — там речь скорее идет о гуманном отношении к больному. Пока выбор, будет ли уход за больным сострадательным, делает каждая отдельная сестра в личном диалоге со своей совестью. И потому это территория сестринской этики.

Обсуждение вопросов сострадания идет параллельно с обсуждением проблемы усталости от сострадания. «Усталость от сострадания» (от англ. «compassion fatigue») — состояние эмоционального напряжения и возбужденности вследствие повторяющихся переживаний травматического опыта пациента. Ее результатом является потеря способности медицинской сестры оказывать качественную помощь нуждающимся. Усталость от сострадания иногда называют формой эмоционального выгорания.

1.4. Уважение достоинства пациента

Еще один важный принцип сестринской этики — уважение достоинства пациента.

Под уважением в контексте медицинской помощи понимают:

- признание безусловной ценности пациентов как личностей,
- внимание к их потребностям и
- действия, в которых признают достоинство человека.

К сожалению, многие внутренне убеждены, что старые и больные люди — это обуза для общества, их жизнь не нужна и они сами не обладают до-

стоинствами, за которые их можно уважать. Между тем, сестринская этика базируется на признании безусловной ценности каждого человека по определению. Человек имеет достоинство и ценен.

Последние годы в разных странах проводилось много исследований, посвященных тому, как чувствуют себя пациенты, находясь на лечении. В частности, проявляют ли медицинские работники уважение или, наоборот, своим отношением унижают достоинство пациентов. Изучая эту проблему, исследователи интересовались, какие действия медицинского персонала воспринимается пациентами как проявление уважения, а какие, напротив, унижают их достоинство.

Опросы показали, что пациенты ощущают уважение, когда медицинские работники слушают их, серьезно относятся к их жалобам и проблемам, отвечают на их вопросы, проявляют сочувствие и т.п. Напротив, как неуважение воспринимается разговор мимоходом, не глядя на больного, игнорирование его жалоб, отсутствие прозрачности, когда больному не сообщают, что ему предстоит, когда начнется процедура и сколько она продлится и т.п. Особая группа ситуаций, когда больной чувствует унижение, это отсутствие заботы, когда, к примеру, он должен несколько раз просить вынести переполненное судно или дать воды.

Обращение по имени

К простейшим действиям, в которых проявляется уважение к пациенту — это обращение к нему по имени. Чтобы понять его значение, постараемся ответить на вопрос, почему мы не называем по имени кассира в магазине, шофера маршрутного такси или администратора в бассейне, который дает нам ключ от шкафчика? Вероятно, потому что они не интересуют нас сами по себе — нам нужно, чтобы они удовлетворили одну из наших нужд на текущий момент. Нам нужны кассир, шофер и администратор, а не Маша, Иван Иванович и Петр. Если бы они нас интересовали сами по себе, мы бы обратились к ним по имени. Ведь имя предназначено предназначено для выделения конкретного объекта из ряда однотипных объектов, индивидуализируя этот объект. Называя человека по имени, мы выделяем его из толпы, говорим ему, что он нам важен как человек. Не зная имени, трудно сохранить в памяти внешний облик знакомого, кстати смысл слова «знакомиться» заключается как раз в том, чтобы узнать имя человека, с которым свел случай. Учитывая важное значение имени для каждого человека, право на имя зафиксировано в Семейном кодексе РФ (ст. 58). Пациенты весьма болезненно воспринимают потерю имени, когда их называют «больным», «дедулей» или «койкой № 5». Интуитивно они понимают, что подобное обезличивание говорит о неуважении.

Значение визуального контакта

Также весьма травмирует пациентов разговор мимоходом, когда на вопрос

или просьбу, медсестра отвечает, не останавливаясь и не глядя в глаза. Надо сказать, что визуальный контакт занимает особое место среди невербальных средств общения. В словах можно скрыть все, что угодно (горе, страдание, радость), но, чтобы скрыть это во взгляде, требуется либо огромная сила воли, либо специальная тренировка. Поэтому взгляд наиболее адекватно выражает эмоциональное состояние собеседника. Когда человек пытается скрыть какую-нибудь информацию или лжет, то его глаза встречаются с глазами собеседника менее одной трети всего времени разговора. Между тем, для того чтобы установить хорошие отношения с другим человеком, следует смотреть на него от 60 до 70% всего разговора. Неудивительно, что нервным, застенчивым людям, которые смотрят в глаза менее одной трети времени разговора, очень редко доверяют. Очень часто медработники смотрят как бы сквозь пациента и не осознают, что для пациента это означает подчеркнутое неуважение и даже скрытую агрессию.

Уважение телесной приватности

Еще одним важным проявлением уважения, по мнению пациентов, является внимание к его телесной приватности. В отличие от неодушевленных предметов, у людей есть представления относительно приватности, и в определенных обстоятельствах они испытывают чувства стыда и унижения.

Во время оказания медицинской помощи пациенты часто лишаются своей одежды, их одевают в больничные халаты, в которых они могут чувствовать себя физически незащищенными. Неудобство возникает при уходе за телом, включая мытье и туалет.

Медицинские работники редко признают, что палата является для пациента его личным пространством. Между тем, это так, и вступать в него следует, соблюдая некоторые правила — постучать, при входе поздороваться и представиться, объяснить причину своего вторжения. При осмотре пациента клиницисты могут еще больше подчеркнуть уважение к личной жизни пациента, а значит, и к его достоинству, закрыв дверь или задернув шторы вокруг кровати (если это возможно), прикрыть наготу. Все интимные процедуры должны выполняться в условиях повышенной приватности.

Если для выполнения ухода больной должен раздеться или медсестра собирается прикоснуться к его телу, необходимо обсудить с пациентом предстоящие действия. В случаях, когда пациент способен понимать, медработник должен спросить разрешения, прежде чем раскрыть тело пациента или манипулировать им: «Сейчас мне нужно сделать укол. Вы не против?». Необходимо всегда предупреждать пациента о том, что и для чего вы собираетесь делать, и каждый раз спрашивать его разрешения на любые манипуляции. Пациент — не объект, а субъект. Это его болезнь и его тело. Хозяин тела — пациент, а не медсестра («Разрешите, я вас послушаю. Разрешите, я возьму кровь, необходимо проверить уровень..., чтобы скорректировать лечение»).

Уважение к телесной приватности следует соблюдать, даже если медицин-

ский статус пациентов не дает возможности им испытывать эмоции неудобства или стыда — этого требует просто их принадлежность к человеческому роду. Даже если пациент не обладает дееспособностью или сознанием, медсестра, тем не менее, должна уважать его достоинство и телесную неприкосновенность, информируя о своих намерениях. Например, она может сказать: «Я собираюсь сменить повязку на вашей капельнице. Вы почувствуете натяжение кожи и небольшое давление».

Выполнять работу молча, без разъяснения, без хотя бы краткого визуального контакта, когда пациент чувствует себя неодоушевленным предметом, — это проявление неуважения.

1.5. Сестринская и профессиональная врачебная этики

Сестринская этика с первых этапов своего развития испытывала влияние врачебной этики. И потому в этические кодексы медицинских сестер вошли принципы, разработанные врачами, начиная с Гиппократов. Среди них главными считают четыре базовых принципа: «не навреди», «делай благо», «уважай достоинство пациента» и «будь справедлив». Помимо этих принципов, врачебная этика требует от врачей соблюдения трех правил: «информированного согласия», «справедливости» и «правдивости». Соблюдение этих принципов и правил стало обязательным и для медицинских сестер.

Принцип «Не навреди»

Принцип «Не навреди» гласит:

«Медицинский работник в ходе общения с пациентом не должен причинять ему моральный или физический вред. Если причинение вреда объективно неизбежно, он должен быть, по возможности, минимальным. Необходимо, чтобы польза от медицинского вмешательства превышала причиняемый вред».

Самый частый вред, который причиняют медицинские работники, в том числе медицинские сестры, пациентам, — это инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП). Как известно, большинство ИСМП связано с некачественной гигиеной рук медицинских работников. Таким образом, несоблюдение регламента по гигиене рук является нарушением принципа «Не навреди». На втором месте по частоте стоит вред, причиненный в ходе лекарственной помощи. Типичный пример — аллергический шок на лекарство в случае, когда медсестра не уточнила у больного алергоанамнез и ввела ему препарат, который он не переносит. Другие виды вреда: оставление инородного тела в операционной ране, когда операционная сестра ошиблась в подсчете салфеток и инструментов, жесткая, травмирующая

пациента фиксация, болезненная перевязка и т.д. Каждая из этих ситуаций может рассматриваться как этический дефект в работе медсестры.

Моральный долг любого медицинского работника — честно признаваться себе в своих ошибках и работать над ними, чтобы уменьшить их вредные последствия и чтобы они не повторялись.

Делай благо

Принцип «Делай благо» требует от медицинского работника активных действий, чтобы устранить, минимизировать причиненный болезнью вред, чтобы в ситуации, когда пациент испытывает боль, страдание, тревогу, страх, бессилие, помочь ему преодолеть их. В целом, благом, о котором должны заботиться медицинские работники, является здоровье человека в самом широком его понимании, как состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Принцип автономии

Строго говоря, принцип уважения автономии утверждает право личности на невмешательство в ее планы и поступки и обязанность других не ограничивать ее автономные действия. Однако, в широком понимании уважение автономии проистекает из уважения достоинства пациента как личности. Уважение автономии реализуется через соблюдение правила информированного согласия.

Принцип справедливости

Принцип справедливости в общем виде требует, чтобы каждый пациент получал медицинскую помощь в том виде и в том объеме, которые ему необходимы, и настолько срочно, насколько он в этом нуждается, вне зависимости от пола, возраста, расы, вероисповедания, социального положения, материального состояния и т.п.

Принцип справедливости запрещает всякое проявление дискриминации. Дискриминация — это проявление негативного отношения к различиям в идеях, опыте, верованиях, убеждениях, в языке, семейном укладе, роли женщины, образе жизни, одежде, питании, постам и т.д. и т.п. В настоящее время распространены такие виды дискриминации, как: эйджизм (по возрасту), гендерная (по полу), по заболеванию (ВИЧ, туберкулез и т.п.), по инвалидности, этническая, по сексуальной ориентации, дискриминация полных, экономическая (бедных) и т.д.

Правило правдивости

Правило правдивости гласит:

«Медицинский работник должен быть правдив с пациентом и не

скрывать и не искажать важных обстоятельств, касающихся здоровья и лечения».

Медицинские сестры могут столкнуться с тем, что члены семьи хотят скрыть медицинскую информацию от больных пациентов, чтобы защитить их эмоции. Вопрос, что сказать пациенту в ответ на его прямой вопрос, что с ним, в таком случае становится сложным моральным выбором. Большинство медицинских сестер стараются уйти от ответа.

На этот счет существует довольно горький анекдот о больном пациенте, который умер и оказался на небесах. Не зная, где он находится, он спросил ангельскую медсестру, когда она меняла его небесные памперсы: «Сестра, где я, я умер?» На что медсестра ответила: «Я уверена, что будет лучше, если вы обсудите все это с врачом».

Правило конфиденциальности

Правило конфиденциальности гласит:

«Информация о пациенте, которую он сам передает медицинскому работнику, или медицинский работник получает в результате оказания медицинской помощи, не может быть передана третьим лицам без разрешения этого пациента». Правило конфиденциальности может быть нарушено в исключительных случаях, определенных законодательством.

Правило конфиденциальности обеспечивает соблюдение врачебной тайны, понятие о которой, как принято считать, впервые было сформулировано Гиппократом, который заявил: «Что бы при лечении — а также и без лечения — я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной».

Нередко, чтобы проиллюстрировать проявления болезни, показать динамику изменений и т.п., медицинские работники размещают в Интернете фотографии пациента (частей его тела). Также медицинские работники могут размещать в Интернете свои фотографии («селфи»), в кадре которых можно разглядеть пациента. Если при анализе фотографии можно определить биометрические данные пациента или какие-то индивидуальные признаки, по которым его можно идентифицировать, узнать какие-то факты о его жизни, размещение такой фотографии в Интернете можно рассматривать как распространение персональных данных или разглашение врачебной тайны.

Следует помнить, что фотографирование пациента и размещение его фотографии в публичном пространстве Интернета допустимо только с его письменного согласия.

Правило информированного согласия

Правило информированного согласия гласит:

«Любое медицинское вмешательство должно проводиться только с добровольного и осмысленного согласия пациента после предоставления необходимой информации. Медицинский работник информирует пациента о всех аспектах предполагаемого вмешательства — ходе вмешательства, последствиях и т.п.»

Цель информированного согласия — согласовать с пациентом оптимальное во всех отношениях решение, учесть и медицинские показания, и предпочтения пациента. Врач дает профессиональный совет о наиболее приемлемом с медицинской точки зрения варианте, но окончательный выбор остается за пациентом.

При этом надо иметь в виду, что информированное согласие и совместное принятие решений — это право, а не обязанность пациента. Он имеет право отказаться от него: он может не захотеть знать что-либо о своей болезни и методах ее лечения, полностью доверяя врачу. Также он может не захотеть делать какой-либо выбор.

Врач и медсестра не должны информировать пациента против его воли или принуждать сделать выбор вмешательства, дать согласие.

Более того, пациент может отказаться подписывать какие-либо бумаги на этот счет. В этом случае врач документирует отказ пациента от информированного согласия.

Подведем краткие итоги

В своей профессиональной работе медицинская сестра часто сталкивается с моральными проблемами, которые ей приходится решать исходя из собственных представлений о том, что такое хорошо и что такое плохо. Сестринская профессия обобщила моральный опыт медицинских сестер и сформулировала основные этические принципы и правила, которые помогают сестрам выбрать правильную линию поведения с пациентом в сложных ситуациях. Главными из них являются сострадание и уважение достоинства пациента, а также приоритет его интересов. Кроме того, медицинские сестры призваны соблюдать принципы, разработанные врачебным сообществом, в частности, принцип «не навреди», «делай благо», «уважай автономию пациента», «будь справедлив». Эти принципы реализуются путем соблюдения трех базовых правил: информированного согласия, конфиденциальности и правдивости.