

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН
ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ”
КАТЕДРА „ОБЩЕСТВЕНОЗДРАВНИ НАУКИ”

Доц. д-р Силвия Стоянова Александрова-Янкуловска, дм

**КЛИНИЧНА ЕТИЧНА КОНСУЛТАЦИЯ – НАГЛАСИ ЗА ВЪВЕЖДАНЕ,
ОБУЧЕНИЕ В ЕТИЧЕН АНАЛИЗ И ПРИЛОЖЕНИЕ НА МЕТОДОЛОГИЯ
ЗА ВЗЕМАНЕ НА РЕШЕНИЯ В КЛИНИЧНАТА ПРАКТИКА**

АВТОРЕФЕРАТ

**НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД ЗА ПРИСЪЖДАНЕ
НА НАУЧНА СТЕПЕН „ДОКТОР НА НАУКИТЕ”**

**НАУЧНА СПЕЦИАЛНОСТ: СОЦИАЛНА МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ НА
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО И ФАРМАЦИЯТА (03.01.53)**

**Плевен
2015 г.**

Дисертационният труд съдържа 324 стандартни машинописни страници и е онагледен с 36 фигури, 62 таблици и 11 приложения.

Библиографският списък включва 316 литературни източника, от които 42 на кирилица и 274 на латиница.

Във връзка с дисертационния труд са направени 17 публикации, от които 3 в чужбина и 12 научни съобщения, от които 6 на международни научни форуми.

Дисертационният труд е одобрен и насочен за публична защита от разширен катедрен съвет на Катедра „Общественоздравни науки“ към Факултет „Обществено здраве“ на МУ-Плевен, проведен на 12.02.2015 г. съгласно Заповед № 219 от 05.02.2015 г. на Ректора на МУ-Плевен.

Официалната защита на дисертационния труд пред Научно жури ще се състои на 20.03.2015 г. от 12:00 часа в зала „Амброаз Паре“ на ТЕЛЕЦ при МУ-Плевен съгласно Правилника за развитие на академичния състав в МУ-Плевен.

Председател на научното жури:

Проф. Тони Йонков Веков, дмн – вътрешен член и рецензент

Членове на научното жури:

Проф. д-р Елена Младенова Шипковенска, дм – външен член и рецензент

Доц. д-р Невяна Георгиева Фесчиева, дм - външен член и рецензент

Проф. Соня Колева Тончева, дм – външен член

Проф. д-р Татяна Симеонова Иванова, дм – външен член

Доц. д-р Маргарита Димитрова Митова, дм – външен член

Доц. Макрета Тодорова Драганова, дм – вътрешен член

Материалите по защитата са на разположение на интересуващите се на сайта на МУ-Плевен www.mu-pleven.bg

СЪДЪРЖАНИЕ

	Стр.
ВЪВЕДЕНИЕ	5
I. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО	7
II. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ	
1. Проучване на опита на лекарите във вземането на етични решения и мнението и отношението им към въвеждане на етични консултации	14
2. Представяне на метода за етичен анализ на клинични казуси	20
3. Успеваемост на студентите и най-често допускани грешки в етичния анализ	24
4. Предварителни срещи в избраните клинични звена за въвеждане на методология за вземане на етични решения в клиничната практика (клинична етична консултация на място)	35
5. Основни параметри на проведените етични срещи	37
6. Структура, съдържание и протичане на етичните срещи	39
7. Изход на етичните срещи	47
8. Отзиви на участниците за информационната брошура	49
9. Най-чести етични проблеми, при които е приложена методологията	51
III. ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ	56
IV. ПРИНОСИ	61
ПУБЛИКАЦИИ И НАУЧНИ СЪОБЩЕНИЯ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	62

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ:

АГ – Акушерство и гинекология

АЕО – англоезично обучение

БЕО – българоезично обучение

ВБ – Вътрешни болести

ДМСГД - Дом за медико-социални грижи за деца

ИБС – Ишемична болест на сърцето

КЕК – Клинична етична консултация

КОЦ – Комплексен онкологичен център

МБАЛ – Многопрофилна болница за активно лечение

МУ – Медицински Университет

МЦ – Медицински център

МЦРМ – Медицински център по репродуктивна медицина

СБАЛК – Специализирана болница за активно лечение по кардиология

СМА – Световна Медицинска Асоциация

УМБАЛ – Университетска многопрофилна болница за активно лечение

ХБ – Хирургични болести

ВЪВЕДЕНИЕ

С неимоверния напредък на медицинските технологии, нарастващите цени на здравните грижи, недостига на ресурси и увеличаващите се очаквания на обществото спрямо здравните системи, клиничната практика стана твърде усложнена и често медицинските професионалисти са изправени пред дилеми, които излизат извън рамките на клиничните решения и изискват етична чувствителност и морално разсъждаване. В такъв контекст медицинските работници, самите пациенти и семействата им все по-често търсят етична консултация.

Етичната консултация се явява естествен етап в социалната институционализация на биоетиката, която се заражда в САЩ в началото на 70^{те} години на XX век и бързо се утвърждава като академична дисциплина. В следващото десетилетие се създават професионални асоциации, започват да се организират научни събития и да излиза научна периодика. „Завръщането“ на биоетиката в клиничния контекст, откъдето идва импулса за развитието ѝ, е естествена следваща стъпка.

Официални услуги по етично консултиране се въвеждат от 80^{те} години на XX век с цел *подобряване качеството на грижите за пациентите чрез идентифициране, анализиране и предлагане на решение на етичните проблеми от клиничната практика*. Задачата на клиничната етична консултация е *да подпомогне разрешаването на конфликтите на ценности и интереси в конкретните случаи на клиничната практика*. Тя е част от развиващи се взаимоотношения и се *предоставя за тези, които са отговорни за вземане на решение в клиничната практика*, т.е. лекарите, други медицински професионалисти, здравни мениджъри в зависимост от нивото, на което е възникнал определен етичен проблем.

Класическите модели на етично консултиране включват осъществяването му от отделни специалисти (етични консултанти) или от етична комисия (в цялостен състав или представена от малка група членове). В последното десетилетие се наблюдава развитие на етичната консултация в посока на стимулиране на процеса на морално разсъждаване в клиничните екипи, от самите действащи лица, вместо делегирането на тези функции на външно за екипа лице.

Провеждането на настоящото научно проучване отговаря на необходимостта от събиране на комплексна информация за готовността за въвеждане на подходящ модел на етична консултация в клиничната практика у нас.

В България предвид на силно ограничените ресурси в здравеопазването и процесите на реформирането му, медицинските професионалисти са изправени пред не по-леки проблеми от своите колеги в Западна Европа и САЩ, където етичното консултиране е доказало ползите си за клиничната практика. Клиничната етична консултация се търси в

разнообразни случаи на необходимост от помощ за разрешаване на конфликт на гледни точки, придобиване на яснота за етичната и законова рамка в конкретен случай, трудности при получаване на информирано съгласие, предизвикателства пред опазването на професионалната тайна, решения за продължаване или прекратяване на безполезна терапия (включително животоподдържаща), решения за разпределение на недостигащи ресурси между конкуриращи се за тях пациенти и други ситуации на етични дилеми. Отчитаните ползи от клиничната етична консултация включват създаване на етичен климат в институцията, намаляване на риска от развитие на морален дистрес, медиране на конфликти между екипа и пациента/близките или вътре в екипа, подсилване на аргументацията на взетите решения, внасяне на по-голяма морална и законова яснота по отношение на ценности, норми и законови прецеденти.

В дисертационния труд са представени резултати и анализ от комплексно медико-социално проучване, проведено в три етапа. В първи етап са проучени и анализирани опитът на 419 лекари (126 от УМБАЛ „Г. Странски“-Плевен и 293 от регионални болници) във вземането на етични решения и мнението и отношението им към въвеждане на етични консултации. Във втори етап е разработен и въведен в обучението на 562 студенти медици (418 българоезично и 144 англоезично обучение) оригинален метод за етичен анализ на клинични казуси. Представени и анализирани са успеваемостта и най-често срещаните пропуски в етичния анализ на студентите в 5 последователни академични години. В третия етап е адаптирана и апробирана методология за вземане на етични решения в клиничната практика. Представени и анализирани са резултатите от предварителните срещи за представяне на методологията в 6 избрани клинични звена от болничната и извънболничната помощ и приложението ѝ в 69 клинични етични срещи. Направен е анализ на проведените етични срещи по отношение на основните им параметри, структура, съдържание, протичане и изход. Анализирани са данните от получената обратна връзка от участниците, на базата на които е адаптиран инструментариума за етична консултация.

На основата на проведеното комплексно и първо по рода си за страната проучване се правят изводи и се формулират препоръки по отношение на организацията на обучението по биоетика на студенти медици, въвеждане на модули за следдипломно обучение за разрешаване на етични дилеми в клиничната практика, въвеждане на адаптирана методология за клинична етична консултация в медицинската практика.

I. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО

1. ЦЕЛ НА ПРОУЧВАНЕТО

Да се установят и анализират опитът на лекарите от УМБАЛ-Плевен и от регионални МБАЛ във вземането на етични решения, подготовката на студенти от специалност „Медицина“ за извършване на етичен анализ и приложимостта на методологията за разрешаване на етични дилеми в клиничната практика с оглед на обосноваване и формулиране на препоръки за подобряване на обучението по биоетика и предлагане на адаптиран подход за внедряване на клинична етична консултация в медицинската практика.

2. ЗАДАЧИ НА ПРОУЧВАНЕТО

1. Да се проучи и обобщи световният и европейски опит в развитието и приложението на клинична етична консултация в медицинската практика.
2. Да се проучи опитът във вземането на етични решения и нагласите за въвеждане на етична консултация на лекарите от Университетска болница „Георги Странски“-Плевен и избрани 4 регионални МБАЛ в Габрово, Ловеч, Русе и Велико Търново.
3. Да се разработи и въведе методологията за етичен анализ на клинични казуси в обучението по биоетика на студенти от специалност „Медицина“.
4. Да се разработи карта за оценка на етичен анализ на казуси, да се анализира успеваемостта на студентите в усвояването на методологията за анализ и да се формулират препоръки за подобряване на подготовката бъдещите лекари в областта на биоетиката.
5. На базата на утвърдени подходи за етична консултация да се разработят материали (информационни брошури, протокол на етична среща и анкетна карта за обратна връзка) за приложение на методологията за вземане на етични решения от лекарите на място в клиничната им практика.
6. Да се разясни и приложи методологията в избрани звена на Университетска болница „Георги Странски“-Плевен и в други болнични и извънболнични лечебни заведения.
7. Да се установят и анализират най-честите етични дилеми, при които е приложена методологията, нейните силни и слаби страни.
8. Да се адаптират материалите за клинична етична консултация на базата на получената обратна информация и да се формулират препоръки за по-нататъшното ѝ приложение.

3. ПРЕДМЕТ НА НАСТОЯЩЕТО ПРОУЧВАНЕ

Предмет на настоящото проучване са нагласите на лекарите в УМБАЛ - Плевен и региона за въвеждане на етична консултация, обучението в етичен анализ и приложимостта на методологията за вземане на етични решения в клиничната практика.

4. ОБЕКТ НА ПРОУЧВАНЕТО И ЕДИНИЦИ НА НАБЛЮДЕНИЕ

Обект на настоящото проучване са избрани лечебни заведения от гр. Плевен и региона и Медицински Университет-Плевен.

ТЕХНИЧЕСКИ ЕДИНИЦИ НА НАБЛЮДЕНИЕ са общо 9 лечебни и 1 учебно заведение:

- 5 многопрофилни болници за активно лечение, от които 1 университетска болница и 4 регионални (в Габрово, Велико Търново, Ловеч и Русе). Всяка от регионалните болници обслужва около 250 хил. души население и разполага със 100-150 лекари.
- 1 специализирана болница за активно лечение по кардиология;
- 2 медицински центъра;
- 1 комплексен онкологичен център;
- Медицински Университет-Плевен.

ЛОГИЧЕСКИ ЕДИНИЦИ НА НАБЛЮДЕНИЕ

- лекари и друг персонал на основен трудов договор в обхванатите здравни заведения (лекарите в диагностичните и лабораторни звена, които имат ограничен контакт с пациенти, бяха изключени от проучването);
- началници на отделения и изпълнителни директори във включените в проучването лечебни заведения;
- студенти от специалност „Медицина“ в МУ – Плевен;
- пациенти и
- близки на пациентите в подбраните лечебни заведения за апробиране на методологията на клинична етична консултация.

5. ПОСТАНОВКА И ИНСТРУМЕНТАРИУМ НА ПРОУЧВАНЕТО

Основната част на проучването обхваща периода от м. септември 2004 г. до м. януари 2015 г. По своя характер то представлява **комплексно медико-социално проучване** с използване на социологически методи (документален метод, анкетен метод и интервю) и разнообразни статистически методи за описание и анализ на събраната информация.

Проучването е проведено в няколко етапа (**фиг.1**). За всеки от етапите е **разработен съответен инструментариум** – общо 11 документа.

В **третия етап** на проучването в периода м. май 2013 г. – м. декември 2014 г., след изрично получено разрешение, бяха преведени и адаптирани материалите за приложение на специфичния подход МЕТАР за клинична етична консултация на място. Целта на подхода е изграждане у лекарите на умения за идентифициране и формулиране на етични проблеми и водене на справедлив и прозрачен процес на вземане на решения. Основните познания, необходими за справяне с етична дилема се предоставят на клиницистите в информационна брошура, като е препоръчително поне един член от персонала да е преминал по-

задълбочена подготовка по биоетика, за да може да изпълнява ролята на фасилитатор в съответното клинично звено. При невъзможност на клинициста, изправил се пред етична дилема, да я разреши сам с помощта на информационната брошура, той би следвало да се обърне към фасилитатора. Ако фасилитаторът също не е в състояние да помогне за разрешаване на проблема, се инициира етично обсъждане на случая в екипа (етична среща).

Етичното обсъждане на конкретен случай протича в 3 фази: събиране и обработка на информация; търсене на решение и временно решение; планиране на приложението и документиране. В съответствие с подхода за клинична етична консултация бяха проведени срещи с персонала на избраните клинични звена, на които беше представена методологията, проведено *интервю* по изработен оригинален въпросник, получено съгласие за участие в проучването и бяха разпространени необходимите материали. Протоколите от проведените етични срещи, бланките за визуализиране на проблема и анкетните карти за оценка на проведена среща бяха върнати по пощата в хартиен вариант или по електронна поща, след което е осъществена статистическа обработка на данните. Информационните брошури останаха на разположение в клиничните звена до изготвяне на адаптирани спрямо отзивите на изследваните лица нови брошури.

I етап IX. 2004 г. XI. 2007 г.	Проучване на опита на лекарите от УМБАЛ „Георги Странски“-Плевен и 4 регионални болници във вземането на етични решения и техните нагласи за въвеждане на етична консултация Задачи 1 и 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Разработен оригинален въпросник (анкетна карта) 	
II етап II. 2010 г. I. 2015 г.	Разработване и въвеждане в обучението на студенти в специалност „Медицина“ на оригинален метод за етичен анализ на клинични казуси Задачи 3 и 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Оригинален метод за етичен анализ на клинични казуси ▪ Оригинална карта за оценка на етичен анализ 	
III етап V. 2013 г. XII. 2014 г.	Разработване на материали и приложение на методология за клинична етична консултация на място в избрани клинични звена Задачи 5, 6, 7 и 8	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Адаптиран инструментариум /протокол, бланка, информационна брошура/ ▪ Разработен оригинален въпросник за интервю с персонала ▪ Разработен оригинален въпросник за извличане на информация от етични срещи ▪ Разработен оригинален въпросник за оценка на проведени етични срещи ▪ Разработени оригинални информационни брошури за вземане на етични решения при две категории пациенти 	
ЕТАП	ПЕРИОД	ЗАДАЧИ	СПЕЦИФИЧЕН ИНСТРУМЕНТАРИУМ

Фиг. 1 – Етапи на проучването по периоди, задачи и специфичен инструментариум

6. ОСНОВНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ОБХВАНАТИТЕ В ПРОУЧВАНЕТО ЛИЦА

Основните характеристики на лицата, обхванати в трите етапа на проучването са представени в **табл. 1**. Мъжете и жените са представени почти еднакво сред лекарите от УМБАЛ-Плевен, докато в регионалните МБАЛ превесът на жените е по-осезаем (56% към

43%). Отзовалите се на проучването лекари са с голям *професионален опит*: със стаж между 11 и 20 години са 42,9% за УМБАЛ-Плевен и 33,1% за регионалните МБАЛ; на второ място се нареждат лекарите със стаж между 21 и 30 години (33% и 42,7%). По този начин се формира една цялостно хомогенна изследвана група по този признак. Отзоваването в първия етап на проучването като цяло е 74,2% (88,9% за УМБАЛ-Плевен и 69,8% за регионалните МБАЛ).

Във втория етап на проучването са обхванати 418 студенти в специалност „Медицина“ на МУ-Плевен, българоезично обучение и 144 студенти англоезично обучение. Основанията за включване на студенти англоезично обучение в проучването са няколко:

- ✓ Обучението, което чуждестранните студенти получават у нас, в т.ч. и обучението по биоетика, трябва да отговаря на световните и европейски стандарти, за да се гарантира адекватна реализация на дипломантите.
- ✓ Голяма част (45,8%) от студентите АЕО от последните 5 академични години идват от държави, в които клиничната етична консултация е въведена и вече институционализирана и съответно студентите трябва да са подготвени за работа в такъв контекст.
- ✓ Голяма част от чуждестранните студенти, обучавани у нас, впоследствие търсят реализация в западноевропейски страни, където провеждането на клинична етична консултация е утвърдена практика.
- ✓ Студентите, които идват от държави без опит в клиничната етична консултация, ще се изправят пред не по-малко предизвикателства в бъдещата си клинична практика предвид на често мултикултуралния контекст на средата в техните родни страни.

Табл. 1 – Основни характеристики на изследваните лица по етапи

Изследвани лица в първи етап		Изследвани лица във втори етап	Изследвани лица в трети етап
УМБАЛ-ПЛЕВЕН	РЕГИОНАЛНИ БОЛНИЦИ	Общо 562 лица	Общо 178 лица
Общо 112	Общо 293	По вид на обучение:	– началници клиники/отделения – 4 лица;
51,8% жени	56% жени	– 418 студенти БЕО;	– лекуващи/дежурни лекари - 20 лица;
48,2% мъже	43% мъже	– 144 студенти АЕО;	– консултиращи лекари – 14 лица;
По професионален стаж :		По пол:	– други консултиращи лица (сурдопедагог, ембриолози) - 3 лица;
11-20 г. 42,9%	11-20 г. 33,1%	– 229 студенти мъже;	– психолози – 3 лица;
20-30 г. 33,0%	20-30 г. 42,7%	– 333 студенти жени;	– медицински сестри и акушерки – 9 лица;
По клинична специалност:		По изпитна година:	– пациенти – 61, от които включени в срещите 23;
АГ - 23,2%	АГ - 16,4%	– 99 студенти 2010 г.;	– роднини на пациентите – 57 лица;
ВБ - 20,5%	ВБ - 36,2%	– 102 студенти 2011 г.;	– други* – 7 лица.
ХБ - 27,7%	ХБ – 24,6%	– 98 студенти 2012 г.;	
Други – 28,6%	Други – 7,8%	– 130 студенти 2013 г.;	
		– 133 студенти 2014 г.	

* други пациенти, представител на социална служба, лекар от ДМСГД, преводач

7. МЕТОДИ НА ПРОУЧВАНЕТО

СОЦИОЛОГИЧЕСКИ МЕТОДИ

Документален метод

Документален метод е приложен във втори и трети етап на проучването.

Във втори етап са проучени задълбочено изпитните анализи на етичен казус на студенти от специалност „Медицина“ БЕО и АЕО за 5-годишен период: от академичната 2010/2011г. до академичната 2014/2015г. По време на семестриалното обучение в курса по биоетика студентите получават базова подготовка по дисциплината, което е необходимо предварително условие за успешно справяне с етичния анализ, и се обучават конкретно в приложение на **оригинално разработен авторски метод за етичен анализ**.

Подготвен е въпросник – **карта за оценка на етичния анализ**, който съдържа 36 въпроса за извличане на информация от разработените от студентите етични анализи. Въпросите са разпределени в групи съответно на стъпките в метода за етичен анализ. За всяка стъпка предварително бяха определени възможните пропуски, които ще окажат влияние на успешното справяне на студентите с изготвянето на анализа.

Крайната оценка за етичен анализ е комплексна и не зависи единствено от броя допуснати пропуски. Картата е разработена на базата на допуснатите пропуски с цел очертаването им за отделния студент, така че той да е информиран на какво да наблегне в развитието на уменията си за етичен анализ.

В трети етап на проучването е приложена методологията за вземане на етични решения в клиничната практика. Съгласно методологията изследователят не присъства на етичните срещи. За организацията и провеждането на етичните срещи са подготвени предварително необходимите допълнителни инструменти: информационна брошура, бланка за визуализиране на проблема и протокол за етична среща.

Информационната брошура цели да предложи „бърза справка“ на лекарите при възникване на етичен проблем. **Бланката за визуализиране на проблема** е в табличен вид, пейзажна ориентация. Указанията за попълването ѝ са включени в информационната брошура – Контролен списък за събиране на информация. Клиницистите попълват бланката преди свикване на етичната среща с цел информационното ѝ осигуряване. Данните са разделени в 3 тематични области: „Лечение и грижи“ (медицинска информация, информация относно лечението и обгрижването, прогноза); „Пациент“ (предпочитания и стил на живот, воля на пациента, критерии за риск) и „Социална среда и местни параметри“ (социална среда, структурни положения, друга информация). **Протоколът за етична среща** е организиран в табличен вид.

За преценка на организацията, протичането и постигнатите резултати от етичните срещи е разработен **Въпросник за извличане на информация от проведени етични срещи**, съдържащ 47 въпроса, който се попълва от изследователя на базата на получената документация за осъществена етична среща в клиничното звено.

Анкетен метод

Първичната социологическа информация **в първия етап** на проучването е събрана в периода м. септември 2004 г. – м. ноември 2007 г. чрез съчетание на **пряка индивидуална и пощенска анкета**.

Подготвен е въпросник (анкетна карта), който отразява конкретните признаци на наблюдение при анкетиранията лица. Въпросникът за проучване на опита на лекарите в разрешаване на етични проблеми в практиката и мнението и отношението им към провеждането на етични консултации съдържа 14 въпроса и беше разработен след обстоен обзор на литературата за клинична етична консултация и съобразен с контекста на медицинската практика в България. Поради липсата на познания и опит за етичната консултация, уводната част на въпросника беше обогатена с кратка информация за същността на етичното консултиране и етичните дилеми.

Анкетните карти са разпространявани в личен контакт с лекарите от УМБАЛ „Георги Странски“ - Плевен и по пощата за Регионалните болници в Габрово, Ловеч, Велико Търново и Русе. В този случай картите са разпространявани на място от главните и старши сестри на обхванатите клинични звена. Предвид на липсата на личен контакт с главния изследовател във втория случай, въпросникът съдържа подробно обръщение към изследваните лица, в което се разясняват концепцията за етична консултация, целта на проучването, използване на получените резултати и са дадени разяснения за отговаряне на въпросите. Всяка анкетна карта е поставяна в индивидуален плик. Попълнените анкетни карти са връщани по пощата или предавани на изследователя запечатани в предварително предоставен и адресиран плик.

Чрез пряка индивидуална анкета е събрана първичната социологическа информация за оценка на проведените етични срещи **в третия етап** на проучването, осъществен в периода м. май 2013 г. – м. декември 2014 г. в СБАЛК - Велико Търново, Медицинския център по репродуктивна медицина „Радост“ - Варна и Комплексния онкологичен център – Враца. Въпросникът за оценка на проведена етична среща съдържа 17 въпроса, разпределени в следните групи: въпроси по съдържанието на етичната среща (4 броя), въпроси по разпространените материали (2 броя), въпроси по организацията на етичната среща (4 броя), въпроси за преценка на изхода от етичната среща (5 броя) и заключителни идентификационни въпроси (2 броя).

Въпросниците са оригинална авторска разработка и са одобрени от Комисията по етика на научно-изследователската дейност при Медицински Университет – Плевен.

Интервю

Колективно неструктурирано интервю е използвано в трети етап на проучването за получаване на информация от персонала на клиничните звена за първите впечатления по отношение на методологията за вземане на етични решения в клиничната практика и предварителните виждания за приложимостта ѝ. Интервюто е проведено след изнасяне на **30-минутна беседа от водещия изследовател.**

Подготвеният **въпросник за интервю с персонала на клиничните звена** съдържа 8 въпроса от отворен тип. Въпросите обхващат: разбирането на същността на методологията; желанието за допълнителни разяснения по представените материали; наличие в конкретната практика на членовете на персонала на проблеми, към които методологията би била приложима; предвиждани затруднения в приложението ѝ; предложения за предоставяне на допълнителни материали, улесняващи приложението на методологията.

СТАТИСТИЧЕСКИ МЕТОДИ

Статистическата обработка на първичните данни е извършена със софтуерни пакети Microsoft Office Excel 2010 и SPSS v.19. Попълнените анкетни карти в първи и трети етап на проучването са прегледани и кодирани съгласно изискванията на SPSS, като са дефинирани всички качествени и количествени променливи величини и техните категории. За удобство и по-бърза корекция (при нужда) данните са нанасяни първоначално в Excel и след внимателна проверка са пренасяни в SPSS.

Преобладаващата част от информацията във въпросниците е във вид на качествени променливи. По тази причина са изчислявани предимно описателни статистически показатели за качествени променливи и данните са организирани в подходящи едномерни и многомерни таблици. Графичният анализ е извършен с помощта на софтуерния пакет Excel 2010, който дава много добри възможности за графично представяне на данните. За неголемия брой количествени променливи е определян видът на разпределението и са изчислявани съответни описателни статистики за количествени променливи. За характеристика на типа на разпределение са използвани коефициент на асиметрия $|A|$ и моментен коефициент на ексцес $|E|$. За съществена асиметрия са приемани стойностите на $|A| \geq 0,50$ и $|E| \leq 0,20$. В тези случаи за характеристика на централната тенденция са използвани мода (M_o) и медиана (M_e) вместо средна аритметична, която е мярка за централна тенденция при нормално разпределение.

Статистическата достоверност на различията е оценявана с помощта на непараметрични и параметрични тестове (хи-квадрат и t-критерий на Стюdent-Фишер при едностранен и двустранен тест). За значими са приемани различията при ниво на $P_{\chi^2} < 0,05$ и $P_t < 0,05$ при двустранен тест и $P_t < 0,025$ при едностранен тест.

Корелационните зависимости са оценявани чрез коефициентите на корелация на Пирсон (r) и Спирман (ρ).

II. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

1. ПРОУЧВАНЕ НА ОПИТА НА ЛЕКАРИТЕ ВЪВ ВЗЕМАНЕТО НА ЕТИЧНИ РЕШЕНИЯ И МНЕНИЕТО И ОТНОШЕНИЕТО ИМ КЪМ ВЪВЕЖДАНЕ НА ЕТИЧНИ КОНСУЛТАЦИИ

1.1. ВЪЗГЛЕДИ НА ЛЕКАРИТЕ ЗА ВЪЗНИКВАНЕТО И ЕСТЕСТВОТО НА ЕТИЧНИТЕ ПРОБЛЕМИ

Болшинството от лекарите в УМБАЛ „Георги Странски“-Плевен (84,8%) и в регионалните МБАЛ (86,3%), обхванати в първия етап на проучването, са отговорили позитивно на въпроса дали се обсъждат етични проблеми в специалността им (*табл.2*). Етичните проблеми се обсъждат основно в лична комуникация с колеги (94,7% и 94,9%). Около 1/3 от респондентите (36,2% и 32%) са посочили научните форуми като място за етични обсъждания. Внимание заслужава ниският дял на отговори за обсъждане на етични проблеми в научни публикации, която опция заема последно място сред предложените варианти и в двете проучвания. Този резултат може да намери своето обяснение в относителната липса на публикации по етични проблеми в националната медицинска и като цяло научна литература. Такъв тип публикации обикновено се насочват към специализирани философски издания или такива с общ хуманитарен профил като по този начин не стават достояние на практикуващите лекари. В допълнение, достъпът до актуална научна литература на лекарите от регионалните болници е по-ограничен, отколкото за колегите им от Университетските болници.

Табл. 2 - Обсъждане на етични проблеми в специалността на обхванатите лекари в УМБАЛ-Плевен и регионалните болници

Отговори	УМБАЛ „Г.Странски“Плевен		Регионални болници	
	n	%	n	%
Да	95	84,8	253	86.3
Не	17	15,2	40	13.7
Общо отговорили	112	100	293	100.0
Ако „Да“, при какви случаи?				
В научни публикации	19	20,2	20	7.9
На научни форуми	34	36,2	81	32.0
В лична комуникация с колеги	89	94,7	240	94.9
Други	10	10,6	14	5.5
Общо отговорили с „Да“	95	*	253	*

* Сумата надвишава 100%, тъй като анкетираните са могли да избират повече от 1 отговор

И в двете проучвания болшинството от респондентите са се сблъскали лично с етични дилеми в своята практика: 96,4% от обхванатите лекари в УМБАЛ „Георги Странски“-Плевен и 94,5% от отзовалите се лекари в регионалните болници. По отношение на характера на срещаните етични проблеми също се наблюдава значително сходство в резултатите от двете проучвания (*табл.3*).

Табл. 3 - Характер на срещаните етични проблеми по данни на изследваните лица (в %)

Етични проблеми	УМБАЛ „Г.Странски“-Плевен			Регионални болници		
	Общо	Мъже	Жени	Общо	Мъже	Жени
Взаимоотношения с пациентите и техните близки	76,8	75,5	78,2	76,2	71,7	80,5
Работа в екип	67,6	58,5	76,4	64,3	66,7	63,6
Проблеми в края на живота	31,5	35,8	27,3	35,7	32,5	37,7
Информирано съгласие	30,6	28,3	32,7	27,4	27,5	27,3
Разпределение на ограничени ресурси	28,7	32,1	25,5	26,4	25,0	27,9
Конфиденциалност	25,0	34,0	16,4	18,4	16,7	20,1
Проблеми в областта на донорство и трансплантация	4,6	7,6	1,8	7,9	10,8	4,5
Права на пациента	13,0	17,0	9,1	6,9	5,8	7,8
Изследователска работа с хора	15,7	22,6	9,1	6,1	4,2	6,5
Проблеми в областта на репродукцията	12,0	7,6	16,4	2,5	-	5,2

* Сумата в колоните надвишава 100%, тъй като анкетираните са могли да избират повече от 1 отговор

Водещите позиции се отнасят до проблеми във взаимоотношенията с пациентите и техните близки и работата в екип (76,% и 67,6% в университетската болница и съответно 76,2% и 64,3% в регионалните болници).

Сред лекарите в УМБАЛ-Плевен е установено статистически значимо различие по пол в сферата на проблемите в екипната работа (58,5% за жените към 76,4% за мъжете - $P < 0.05$).

Впечатление прави огромната разлика между първите два посочени етични проблема (взаимоотношения с пациентите и техните близки – 76,8% и работа в екип – 67,6%) и останалите отговори, които са посочвани над два пъти по-рядко от изследваните лица. Разбира се, взаимоотношенията в клиничната практика и работата в екип са ключови проблеми в медицинската етика, но развитието на биоетиката във втората половина на ХХ и в началото на ХХІ век постави на дневен ред проблемите в края на живота, уважението на автономността на пациента, вземането на решения по разпределение на недостигащи здравни ресурси, изследователската работа с участието на хора и др. Тези проблеми, обаче, са все още недостатъчно дискутирани в нашата практика поради липсата на традиции в обучението по етика.

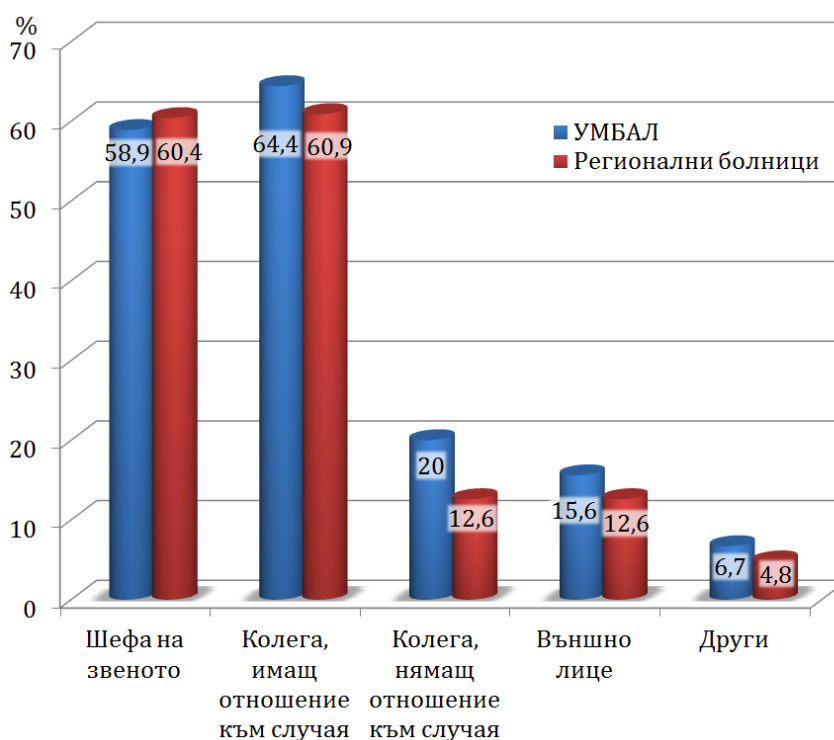
По-ниският процент за проблемите в областта на репродукцията, отчетен сред лекарите в регионалните болници, може да се обясни с факта, че двойки със значителни репродуктивни проблеми и нуждаещи се от асистирана репродукция (която и основно поражда етични дилеми в тази сфера) се насочват към университетските и специализирани центрове. Следователно, от сферата на репродукцията основен проблем, който остава за регионалните болници, е прекъсването на нежелана бременност или абортът по терапевтични показания. У нас по силата на Наредба №2 за условията и реда за изкуствено прекъсване на

бременността от 1990 г., последно изменена 2000 г., всяка дееспособна бременна жена може да прекъсне бременността си до 12 г.с. без значение на мотивите ѝ. Така болшинството от българските лекари, възпитани в медицината на доказателствата и без особена философска или теологична нагласа по отношение на моралния статус на човешкия ембрион, често не възприемат аборта като етичен проблем, ако той се вписва в законовата рамка.

1.2. СХВАЩАНИЯ НА ЛЕКАРИТЕ ЗА НУЖДАТА И ИЗТОЧНИЦИТЕ НА СЪВЕТ ЗА РАЗРЕШАВАНЕ НА ЕТИЧНИ ПРОБЛЕМИ

Над 80% от обхванатите лекари от УМБАЛ „Георги Странски“-Плевен и 78,2% от тези в регионалните болници са имали нужда от съвет за разрешаване на етичен проблем (**фиг.2**). При жените в УМБАЛ-Плевен този дял е 87,9%, а при мъжете - 72,2%. Разликата е статистически значима $\chi^2 = 6.15$, $df = 1$, $P < 0.025$.

За 64,4% от респондентите в УМБАЛ-Плевен и 60,9% от тези в регионалните болници предпочитан източник на съвет е колега, имащ отношение към случая. На следващо място като източник на съвет се нарежда ръководителят на звеното – съответно 58,9% и 60,4% от отговорите. Подобни резултати се докладват и от други автори, които ги отдават на медицинската култура на тревожност от ситуации, при които работата на клинициста по някакъв начин е преценявана от външни лица. Предпочитанията за консултиране с ръководителя на клиничното звено могат да се пречупят и през призмата на отговорността, която той в крайна сметка ще трябва да поеме при наличие на сериозен етичен проблем в клиниката. Това налага да се фокусира вниманието върху обучението на лекарите по етика като цяло и обучението в разрешаване на етични дилеми в частност.



Фиг. 2 - Източници на съвет за разрешаване на етични проблеми

1.3. НАГЛАСИ НА ЛЕКАРИТЕ СПРЯМО ЕТИЧНАТА КОНСУЛТАЦИЯ

Макар че у нас липсва опит в осъществяване на етична консултация, респондентите и в двете проучвания смятат, че такава ще бъде от полза за тях и за пациентите и техните близки. Както показват данните в **табл. 4**, в УМБАЛ-Плевен положителни са 89,3% от отговорите и 88,2% за регионалните болници.

Табл. 4 - Нагласи на лекарите спрямо етичната консултация (в %)

Въпроси и отговори	УМБАЛ „Г.Странски“- Плевен			Регионални болници		
	Общо	Мъже	Жени	Общо	Мъже	Жени
Смятате ли, че етичната консултация би била от полза?						
Да	89,3	81,5	96,6	88,2	86,5	92,1
Не	10,7	18,5	3,4	11,8	13,5	7,9
Вие лично бихте ли потърсили етична консултация?						
Да	81,2	72,2	89,7	82,6	76,2	87,8
Не	18,8	27,8	10,3	17,4	23,8	12,2
Ако „Да“, по какъв повод?*						
1. Помощ за разрешаване на конфликтна ситуация	72,5	71,8	73,1	72,3	78,1	69,9
2. Загриженост за справедливостта на взето решение или съществуваща практика	52,7	56,4	50,0	70,2	46,9	43,4
3. Предчувствие за неблагоприятен развой на събитията и желание за предотвратяване на бъдещи проблеми	39,6	35,9	42,3	34,7	33,3	35,7
4. Желание да взема под внимание етичните аспекти на проблема	35,2	33,3	36,5	21,1	21,9	20,3
5. Помощ в комуникацията с пациента и близките	28,6	20,5	34,6	39,3	39,6	39,9
6. Чувство на несигурност как да постъпя в конкретна ситуация	19,8	15,4	23,1	26,7	24,0	29,4
Ако „Не“, поради каква причина?*						
1. Предпочитам да се опирам на собствената си преценка	63,6	78,9	42,9	55,1	54,5	55,9
2. Клиничната ми автономност би се ограничила	12,1	15,8	7,1	7,7	11,4	2,9
3. Не знам към кого да се обърна	3,0	5,3	-	11,5	13,6	8,8
4. Липса на доверие в квалификацията на етичния консултант	15,1	10,5	21,4	16,7	18,2	14,7
5. Би отнело много време и би забавило терапевтичния процес	30,3	42,1	14,3	29,5	29,	29,4
6. Не съм убеден(а) в ползата	24,2	21,1	28,6	30,8	25,0	38,2

* Сумата от % в колоните на последните две части на таблицата надвишава 100%, тъй като анкетираните са избирали повече от 1 отговор

Този резултат следва да бъде сведен до знанието на здравните институции за подчертаване на нуждата от въвеждане на услуги по клинично етично консултиране.

В съответствие с предходните данни жените са по-убедени в ползата от етична консултация в сравнение с мъжете: 96,6% към 81,5% от отговорите за участниците от УМБАЛ-Плевен и съответно 92,1% към 86,5% за регионалните болници. Разликите са статистически значими за УМБАЛ-Плевен ($\chi^2 = 8.13$, $df = 1$, $P < 0.005$), но нямат статистическа значимост за регионалните болници ($\chi^2 = 2.38$, $df = 1$, $P > 0.1$).

На въпроса „Вие лично бихте ли потърсили етична консултация“ жените-лекари в УМБАЛ-Плевен дават по-често положителни отговори от мъжете (съответно 89,7% към 72,2%). Различията са статистически значими ($\chi^2 = 7.83$, $df=1$, $P<0.01$). Аналогични са резултатите и от регионалните болници, където 87,8% от жените биха потърсили етична консултация в сравнение с 76,2% от мъжете. Различието е статистически значимо ($\chi^2 = 6.74$, $df = 1$, $P < 0.01$).

Отговорът „Помощ за разрешаване на конфликтна ситуация“ е посочван като повод за търсене на етична консултация на първо място и с еднаква честота при лекарите от УМБАЛ-Плевен и от регионалните болници (съответно 72,5% и 72,3% - $p_i > 0,05$). Вторият отговор „Загриженост за справедливостта на взето решение или съществуваща практика“ е посочван като повод за етична консултация значително по-често от лекарите в регионалните болници (70,2%) в сравнение с УМБАЛ (52,7%) – различието е съществено ($t = 3.3689$, $df = \infty$, $p_i < 0.0005$ при едностранен тест). На трето място в регионалните болници се нарежда „помощ в комуникацията с пациента и близките“ (39,3%), докато в УМБАЛ - „предчувствие за неблагоприятен развой на събитията и желание за предотвратяване на бъдещи проблеми“ (39,6%). Различията по пол за всички избрани отговори са статистически незначими ($p > 0,05$).

Близо две трети (63,6%) от респондентите от УМБАЛ-Плевен и 55,1% от тези в регионалните болници не биха потърсили етична консултация, тъй като предпочитат да се опират на собствената си преценка. Етичната консултация би отнела много време и би забавила терапевтичния процес според 30,3% от лекарите в УМБАЛ. За регионалните болници по-честа причина за въздържане от етична консултация е неубеденост в ползата от нея (30,8%).

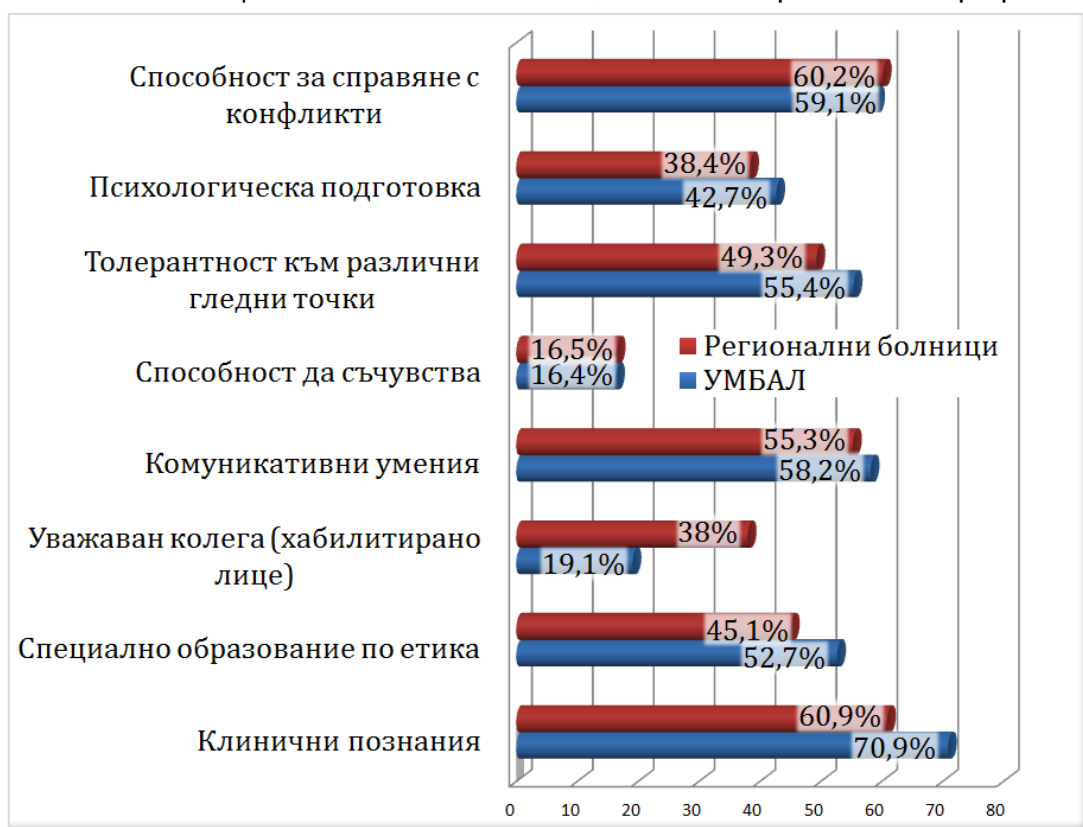
Изказаните опасения, че етичната консултация би забавила терапевтичния процес и би ограничила клиничната им автономност трябва да бъдат адресирани при изграждане на бъдещи услуги по клинична етична консултация. Оперативните процедури по предоставяне на такива услуги не трябва да отнемат прекалено много време, а на лекарите трябва да бъде разяснена ненатрапливата същност на консултирането. Отчетените като причина за нетърсене на етична консултация отговори „Не знам към кого да се обърна“ също трябва да бъдат взети под внимание при организация на такива услуги. Лекарите трябва да са информирани за пътя, по който да търсят етична консултация и нейните потенциални възможности за подкрепа на клиничната практика.

1.4. МНЕНИЕ НА ИЗСЛЕДВАНИТЕ ЛИЦА ОТНОСНО КАЧЕСТВАТА НА ЕТИЧНИЯ КОНСУЛТАНТ

Като най-важно качество и според двете групи изследвани лица се откроява клиничната компетентност, посочена от 70,9% от лекарите в УМБАЛ и 60,9% от лекарите в регионалните болници (**фиг. 3**) – различието е съществено ($t = 2.0438$, $df = \infty$, $p_t < 0.05$). Това мнение е в съзвучие с предубежденията на практикуващите лекари у нас относно възможността лица с немедицинско образование да могат да допринасят за подобряване на качеството на грижите за пациентите. Такива настроения проличаха още в зората на здравната реформа. Очевидно поне първите опити за въвеждане на клинична етична консултация трябва да бъдат осъществявани от лекари с допълнителна етична експертиза, които биха били по-добре приети в практиката. Алтернативен вариант е предлагане на етична консултация от екип специалисти, в който задължително да има и лекар, по подобие на френския модел за етична консултация.

Ранжирането на останалите отговори сочи несъществени различия между двете групи изследвани лица: способност за справяне с конфликти (59,1% в УМБАЛ-Плевен към 60,2% в регионалните болници), комуникативни умения (58,2% към 55,3%), толерантност към различни гледни точки (55,4% към 49,3%), специално образование по етика (52,7% към 45,1%) и психологическа подготовка (42,7% към 38,4%).

В светлината на ранжирането на основните етични проблеми от изследваните лица качествата за справяне с конфликти, комуникативните умения и толерантността към различни гледни точки биха били от неограничена полза за разрешаване на проблемите на взаимоотношенията с пациента и неговите близки, както и за проблемите при работа в екип.



Фиг. 3 - Мнение на лекарите относно качествата на етичния консултант (в %)

Обхващането на повече лекари в проучването в регионалните болници позволи изследване на връзките между идентификационните им характеристики и изследователските въпроси.

Макар че болшинството от тези връзки са статистически незначими, съгласуваността на резултатите е доста добре изразена. Така например, при жени се отчете по-голяма нужда от помощ за разрешаване на етични дилеми (81,7% към 73,8% за мъже). Съответно жените показаха и по-голяма убеденост в ползите на етичната консултация (92,1% към 86,5% за мъже) и по-често биха потърсили такава (87,8% към 76,2% за мъже).

Акушер-гинеколозите и педиатрите докладваха повече обсъждане на етични проблеми в специалността им (91,7%). При тях и се отчете по-голяма нужда от съвет за разрешаване на етичните проблеми (91,7% в сравнение с 76,4% за терапевтичните и 77,8% за хирургичните специалности). Същите тези специалности дават по-висока оценка на потенциалната полза от етична консултация (95,8% в сравнение с 87,7% за терапевтични и 90,3% за хирургични специалности).

Лекарите с над 20 г. професионален стаж се очертаха като по-консервативни, следвайки едно по-традиционно разбиране за етиката като занимаваща се предимно с нормите и правилата на поведение. Те биха потърсили етична консултация по-често за подпомагане на комуникацията с пациента и неговите близки (56,2% в сравнение с 43,1% за лекарите със стаж под 20 г.) и биха приели такава от висококвалифициран консултант с клинични познания (66,7% към 56,5% за лекарите със стаж под 20 г.) и специално образование по етика (50,3% към 37,9% за лекарите със стаж под 20 г.).

Резултатите от първия етап на проучването обосновават необходимостта от подобряване на подготовката на лекарите за разрешаване на етични дилеми и търсене на удачен за условията на клиничната практика у нас модел на етична консултация. Подобряването на подготовката на лекарите за разрешаване на етични дилеми налага промяна в традиционния предимно теоретичен модел на обучение по медицинска етика и засилване на практическия му фокус чрез разработване и въвеждане на методология за етичен анализ на случаи от клиничната практика, което е обект на втория етап от научната разработка.

2. ПРЕДСТАВЯНЕ НА МЕТОДА ЗА ЕТИЧЕН АНАЛИЗ НА КЛИНИЧНИ КАЗУСИ

Както показаха резултатите от първия етап на проучването, медицинските професионалисти се сблъскват ежедневно със сложни етични дилеми. Липсата на адекватна методология затруднява вземането на етични решения. Някои професионалисти вземат решения интуитивно; други прагматично; трети разчитат на авторитета на моралната си ориентация; а не рядко решения се вземат според очакванията на болшинството. Истинският професионализъм в медицинската етика изисква наличието на етичен метод за вземане на решения, който предразполага едновременно към морално вникване и последователни аргументирани решения. Вземането на етични решения не е просто технически процес.

Всички решения касаят въвлечените индивиди и следователно в тях са замесени човешки ценности. Методологията за вземане на етични решения подsigурява рамка, която гарантира, че се отчитат всички уместни факти и решенията, важни за пациентите и техните семейства, не са взети случайно.

Методът за етичен анализ на клинични казуси, който се представя в този раздел, е оригинално разработен от доц. Силвия Александрова-Янкуловска на базата на познанията и опита, придобит от обучението ѝ в четири изтъкнати биоетични школи:

- ✓ Centre for Biomedical Ethics and Law, Catholic University of Leuven, Belgium
- ✓ IQ Scientific Institute for Quality of Healthcare, Radboud University Nijmegen, The Netherlands
- ✓ Department of Philosophy, Sociology, Education and Applied Psychology, University of Padova, Italy
- ✓ Institute for Applied Ethics and Medical Ethics, University of Basel, Switzerland

Методът е публикуван за първи път от авторката в „Ръководство за практически упражнения по биоетика“ през 2010 г. и е въведен в курса на обучение на студенти медици и като част от изпита по дисциплината „Медицинска етика“ в МУ-Плевен същата година.

Методът структурира етичния анализ в 4 взаимосвързани стъпки.

Първа фаза на анализа е **дефиниране на моралния проблем(и)**. Предимство на началната формулировка на проблема е насочването на анализа в следващите фази, така че да се изяснява само онази информация, която има отношение към моралния проблем. С оглед на избягване на всякакви отклонения в анализа е препоръчително да се прави периодичен преглед на моралния проблем спрямо новопоявилото се тълкуване на данните или направената етична дискусия. Формулирането на моралния проблем подлежи на съблюдаването на няколко правила:

- ✓ Формулировката трябва да е *ясна и конкретна*. Обемът рядко превишава *едно-две изречения* и не бива да включва преразказ на самия казус.
- ✓ Силово проблемът може да бъде формулиран като *прост въпрос* или конфликт на принципи, ако такъв се вижда още при първо запознаване с казуса.
- ✓ В редки случаи, когато не е невъзможно веднага да определим моралния проблем, е допустимо да се ограничим с очертаване на категорията на проблема (например, проблем с информираното съгласие, проблем в областта на контрацепцията и др.). След разгръщане на анализа и изясняване на ситуацията е добре да се върнем към моралния проблем и да направим по-точна формулировка.
- ✓ В казуси, в които има повече въвлечени лица (например пациент, лекар, медицинска сестра, близки на пациента), може да се очакват повече морални проблеми. В такива случаи можем да си позволим ранжиране на моралните проблеми, като първо разгледаме проблема, който засяга директно пациента.
- ✓ Формулирането на моралния проблем трябва да е *неутрално*, т.е. да не се усеща „присъда“ за правилно и погрешно. Пристрастните формулировки затварят понататъшната етична дискусия и са причина да се пропуснат значими аспекти от казуса.

- ✓ Формулировката трябва да насочва към непосредствения проблем, който стои пред медицинското лице в казуса.

Втората фаза на анализа е насочена към **изясняване на информацията в казуса**. Започва се с **изясняване на медицинската информация**. Представят се всички медицински данни, с които разполагаме – възраст на пациента, заболяване, терапия и др. Обикновено учебните казуси са оскъдни като информация, затова в тази фаза може да се търси допълнителна такава. Важно е, обаче, да не се залита в клинични детайли, които не допринасят за решаване на моралния проблем. Стилът на цялостното изложение трябва да е достъпен за средностатистически читател без медицински познания. Следва **изясняване на ценностите на пациента**. В някои случаи ценностите са директно дадени (като например религиозни ценности), а в други случаи са подразбиращи се от поведението на пациента. Последната част на изясняването на информацията е т. нар. **организационно измерение**. Изясняват се наличното законодателство и етичните документи по моралния проблем, правата и отговорностите на въвлечените лица, организацията на работата и т.н.

Третата фаза на анализа представлява самата **етична дискусия**. В тази фаза се прилагат различни етични теории. Реализирането на тази фаза е невъзможно без предварителна теоретична подготовка. Обикновено се започва с принципализма, като доминираща теория в биоетиката. Принципализмът се основава на приложение на общите етични теории, принципи и правила за решаване на проблеми в терапевтичната практика, в предоставянето на здравни грижи и в медицинските и биологичните изследвания. Така при наличие на морална дилема, за да достигнем до етично решение, трябва да приложим някой от основните етични принципи (уважение на автономността, благодеяние, ненанасяне на вреда, справедливост) - **фиг. 4**.



Фиг. 4 – Подход на принципализма към етичните дилеми

Важен момент в етичната дискусия е разграничаването на отделните принципи и непосредственото им обвързване с предложения за решение на моралния проблем. Независимо от това, че класическият принципализъм на Beauchamp и Childress представя принципите като еднакво значими, обикновено се започва с прилагане на **принципа на уважение на автономността**. Според този основен етичен принцип при взаимоотношенията си с другите ние трябва да гледаме на тях като на автономни личности и да зачитаме тяхното мнение и решения. В зависимост от това дали пациентът в дадения случай е автономен или не, имаме различни последващи стъпки на получаване на информирано съгласие. Ако нямаме изрични данни за некомпетентност на пациента, тогава го приемаме за компетентен и

следва да изясним вижданията си за това какво би означавало да се уважи неговата автономност по отношение на дефинирания морален проблем.

Тълкуването на принципа на *благодеяние* векове наред се свежда до това, което смятаме за „медицински добро за пациента“. С навлизането на принципа на уважение на автономността на пациента в медицината и включването на пациента във вземането на решения се разнообразяват и идеите за „добро за пациента“. Може да се разграничат „религиозно добро“ (при въвличане на религиозни ценности в казуса), „социално добро“ (доброто за социалното съществуване на пациента) и „обществено добро“ (доброто за обществото като цяло). При повече въвлечени лица могат да се обсъждат идеи за добро за тях (напр. „добро за ембриона“, „добро за друг член на семейството“), но в крайна сметка трябва да се има предвид, че основните ни отговорности са към благополучието на пациента. Така че обсъждането на идеите за добро на останалите въвлечени лица трябва да бъде през призмата на ефекта на тези идеи върху пациента.

Принципът на благодеяние е тясно обвързан с принципа на *ненанасяне на вреда*, който се изразява в задължението да не се вреди и да не се излага пациентът на риск. Принципът на ненанасяне на вреда трябва обаче и да се разграничава от принципа на благодеяние - при втория не се ограничаваме със задължение да не се вреди, а имаме и задължение да помогнем на другия, да пазим неговите интереси или да не накърняваме благосъстоянието му. Подобно на разнообразяването на идеите за „добро за пациента“ може да се говори и за разгръщане на нови идеи за вреда. Вредата може да бъде физическа или да е резултат от нарушаване на нечии права и интереси. На човек може да се нанесе вреда без непременно това да е свързано със заболяване. Вредата може да е в резултат на накърняване на репутацията, вмешателство в личния живот или физическа вреда, включваща болка, недееспособност, смърт и т.н. Двата принципа могат да се тълкуват поотделно или съвместно. Това, което сме определили като „добро за пациента“, ако не бъде осъществено, би се нанесла вреда на пациента.

Приложението на принципа на *справедливост* е свързано с търсене на характеристики на пациента, по които той/тя би могъл да претърпи различно отношение. Ако пациентът притежава такива характеристики (напр. раса, религия, етническа принадлежност и др.), следва да си зададем въпроса какво трябва да се предприеме по отношение на дефинирания морален проблем, така че пациентът да не бъде подложен на дискриминация. Принципът на справедливост заема основно място в казуси с дилеми около разпределение на недостигащи здравни ресурси.

Преди да се премине към предложение за етично решение е добре да се направи кратко обобщение на предложените варианти на решение при приложението на всеки от принципите (не е задължително всички принципи да са застъпени във всеки казус) и да се обобщят очерталите се конфликти между принципите. Може да се приложат и *други етични теории* по предпочитание. При добре разгърната етична дискусия и екзактно обяснение на информацията по казуса събеседникът би трябвало да предсеща какво етично решение ще

бъде предложено, т.е. трябва да съществува логическа връзка между етичната дискусия и етичното решение. Целта на етичния анализ е предоставяне на стабилна аргументация за взетото решение.

Четвърта фаза на анализа е етичното решение, което трябва да бъде ясно и конкретно, а не уклончиво. В тази фаза не се въвеждат нови аргументи и идеи, нито е уместно да се преразказват отново части от казуса. Силово решението се оформя като препоръка или съвет към медицинския професионалист, който е изправен пред дилемата. С други думи, етичният анализ наподобява етичното консултиране. Предлаганият вариант на решение трябва да бъде практически осъществим и съобразен с етичните стандарти и законови норми. Задължително трябва да се направи проверка за съвместимост между предлаганото решение и формулирания морален проблем. Ако се установи, че решението не съответства на проблема, едно от двете трябва да бъде преработено. Много вероятно в такива случаи е проблемът да не е бил добре формулиран в началото и в последващата дискусия да е открит действителният етичен проблем. Той трябва да бъде съответно преформулиран.

В съответствие с изискванията на така описания метод е изготвена карта за оценка на етичен анализ на клинични казуси, която е приложена в дисертационния труд.

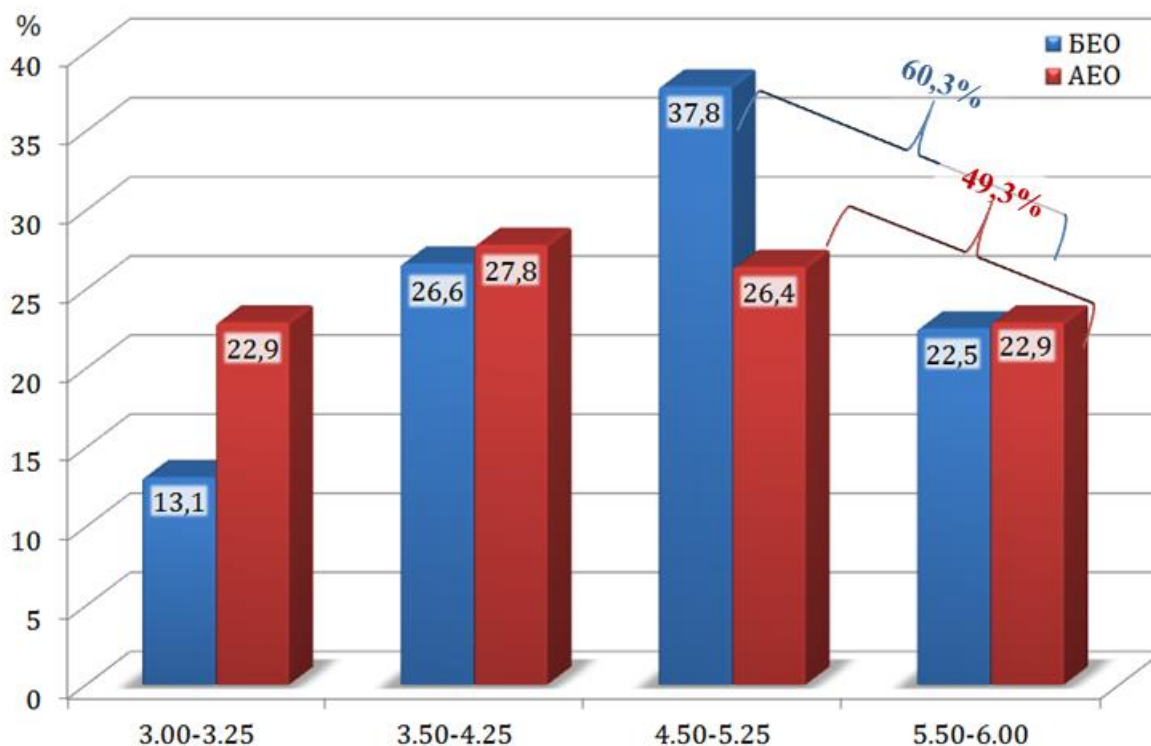
3. УСПЕВАЕМОСТ НА СТУДЕНТИТЕ И НАЙ-ЧЕСТО ДОПУСКАНИ ГРЕШКИ В ЕТИЧНИЯ АНАЛИЗ

Сравняването на средните оценки от анализа на изпитните етични казуси при студентите от БЕО и АЕО, представени в **табл. 5**, показва лека тенденция към асиметрично дясно изтеглено разпределение и при двете форми на обучение ($\bar{x} > M_e > M_o$).

При по-детайлното сравняване на относителните дялове на отделните групи оценки в двете форми на обучение, представено на **фиг. 13**, се вижда, че относителните дялове на добрите оценки са почти еднакви, но много добрите и отличните оценки са с 11% повече при студентите БЕО в сравнение с АЕО (съответно 60,3% и 49,3%). Различията е достоверно, макар ниво на значимост да не е толкова високо ($t=2.29$, $df=\infty$, $0.025 < p < 0.01$ при едностранен тест).

Табл. 5 - Сравнение на изпитните оценки от анализа на етични казуси

Описателни статистики	Оценка на казуса		
	БЕО	АЕО	Общо
$\bar{x} \pm s$	4,5182 ± 0,89670	4,3785 ± 1,06065	4,4824 ± 0,94243
Медиана	4,5000	4,1250	4,5000
Мода	4,00	3,00	3,00



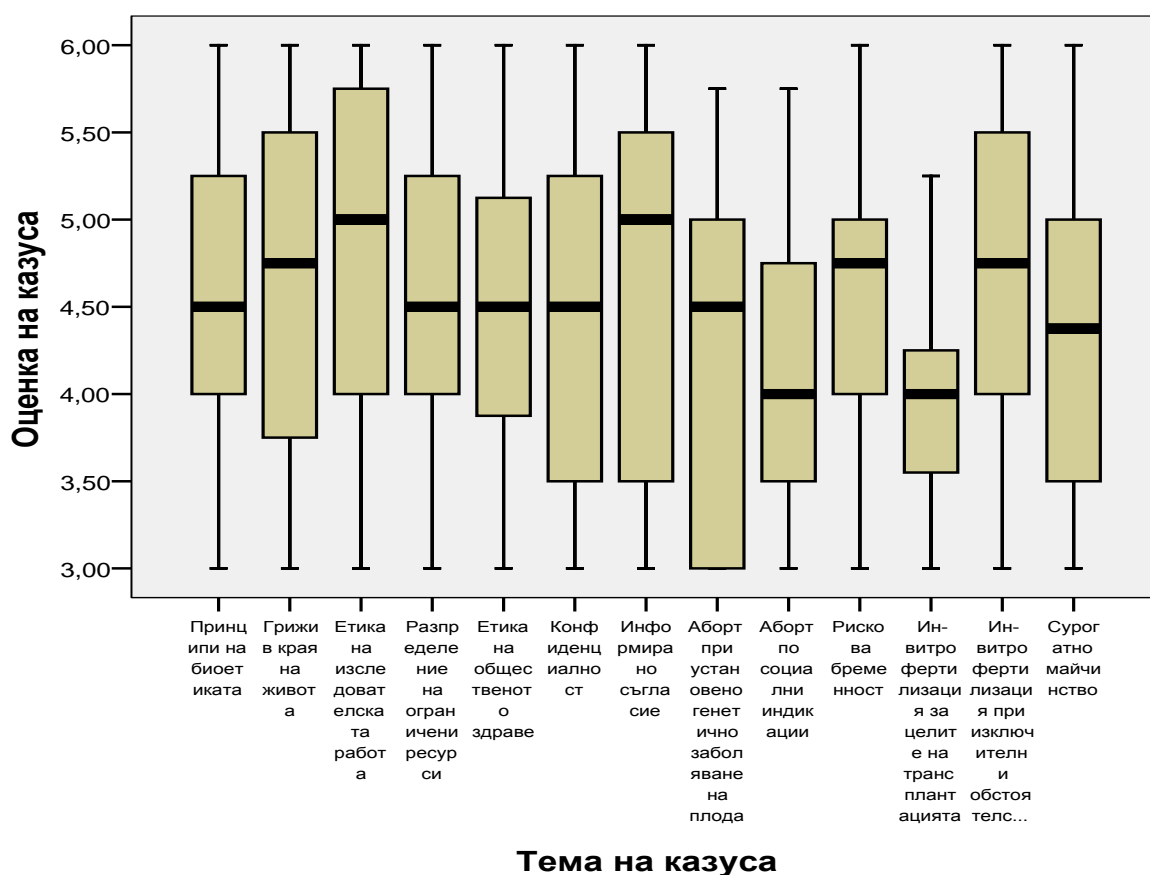
Фиг. 5 - Разпределение на обучаваните студенти БЕО и АЕО по оценки на изпитните етични казуси за наблюдавания 5-годишен период

Макар че изпитните етични казуси са избирани от студентите по лотариен принцип от еднакви бази данни, разпределението им по тематични области и вид на обучение показва съществено различие ($\chi^2=56,814$; $df=12$; $p_{\chi^2}=0,000$ - при двустранен тест). При БЕО най-често са анализирани казуси от сферата на разпределение на ограничени ресурси (18,9%) и най-рядко - казуси от приложение на ин-витро фертилизация за целите на трансплантацията (зачеване на тъканносъвместим сиблинг, който да бъде донор за свой болен брат/сестра – 2,2%). При АЕО най-често са анализирани казуси с проблеми от сферата на информираното съгласие (21,5%) и най-рядко - ситуация с решение за аборт при установено генетично заболяване на плода (само 1 студент за целия период е изтеглил такъв казус).

Що се отнася до наличието на зависимост между оценката на етичния анализ и тематичната област на анализирания казус, данните в **табл. 6** и **фиг. 6** сочат, че най-добри изпитни резултати са получени при анализ на казуси от тематичната област „Етика на изследователската работа” ($\bar{x} = 4,9031$), следвани от „Ин-витро фертилизация при изключителни обстоятелства” ($\bar{x} = 4,657$), „Информирано съгласие” ($\bar{x} = 4,5905$), „Рискова бременност” ($\bar{x} = 4,5698$), „Грижи в края на живота” ($\bar{x} = 4,4949$). Най-ниски резултати са получени при анализ на казусите от тематична област „Ин-витро фертилизация за целите на трансплантацията” ($\bar{x} = 3,9864$), което може да се отдаде на по-сложната медицинска част в тези казуси. Различието в изпитните оценки за отделните тематични области е съществено ($\chi^2 = 216,64$; $df = 156$; $p_{\chi^2} = 0,001$ - при двустранен тест).

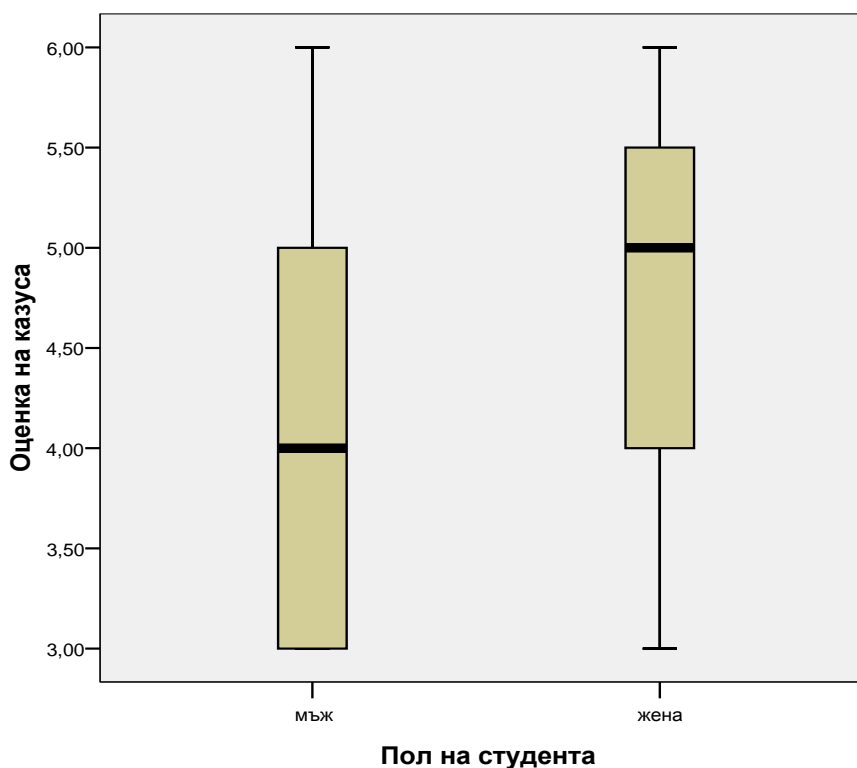
Табл. 6 - Тематични области на етичните казуси и получени средни оценки (общо за всички студенти)

Тематична област	n	$\bar{x} \pm s$	$s_{\bar{x}}$	95% CI	M_e
Разпределение на ограничени ресурси	89	4,4242 \pm 0,86472	0,09166	4,2420 \div 4,6063	4,50
Принципи на биоетиката	62	4,4113 \pm 0,94207	0,11964	4,172 \div 4,6505	4,50
Конфиденциалност	58	4,4138 \pm 0,99290	0,13037	4,1527 \div 4,6749	4,50
Информирано съгласие	58	4,5905 \pm 1,00623	0,13212	4,3259 \div 4,8551	5,00
Грижи в края на живота	49	4,4949 \pm 0,98886	0,14127	4,2109 \div 4,7789	4,75
Етика на изследователската работа	49	4,9031 \pm 0,96395	0,13771	4,6262 \div 5,1799	5,00
Ин-витро фертилизация при изключителни обстоятелства	43	4,6570 \pm 0,98655	0,15045	4,3534 \div 4,9606	4,75
Рискова бременност	43	4,5698 \pm 0,84573	0,12897	4,3095 \div 4,8300	4,75
Сурогатно майчинство	42	4,2857 \pm 0,85819	0,13242	4,0183 \div 4,5531	4,375
Аборт по социални индикации	22	4,1250 \pm 0,84779	0,18075	3,7491 \div 4,5009	4,00
Етика на общественото здраве	23	4,4457 \pm 0,99703	0,20790	4,0145 \div 4,8768	4,50
Аборт при установено генетично заболяване на плода	13	4,2692 \pm 0,95993	0,26624	3,6891 \div 4,8493	4,50
Ин-витро фертилизация за целите на трансплантацията	11	3,9864 \pm 0,63996	0,19295	3,5564 \div 4,4163	4,00



Фиг. 6 - Тематични области на изпитните етични казуси и получени средни оценки

Установи се зависимост и между оценката на етичния анализ и пола на студентите. Жените са показали значително по-високи резултати в цялостния анализ на етичните казуси. Както се вижда от данните на **фиг. 7**, средната успеваемост при жените е съществено по-висока - $\bar{x} = 4,7128$, докато при мъжете тя е съответно $\bar{x} = 4,1474$ ($t = 7,157$; $df = \infty$; $p_t < 0,0005$ при едностранен тест).



Фиг. 7 - Средна успеваемост от анализа на изпитните етични казуси по пол на студентите

Изключително положителен резултат е, че над 86,1% от студентите и в двата вида обучение са успели да се справят с анализа на казуси още на редовна изпитна сесия. Само 8 студента за целия 5-годишен период са се справили едва на ликвидационна сесия.

Най-често допусканите грешки в етичния анализ ще бъдат разгледани последователно по фазите на метода за етичен анализ.

Установи се съществено различие в разпределението на студентите БЕО и АЕО според броя на допуснатите грешки при определяне на моралния проблем в анализа на етичните казуси ($\chi^2 = 29,596$; $df = 4$; $p_{\chi^2} = 0,000$ - при двустранен тест). Студентите БЕО са се справили по-добре с тази стъпка от етичния анализ – 61,2% са без пропуски в сравнение с 45,1% при студентите АЕО ($t = 3,368$; $df = \infty$; $p_t < 0,0005$ при едностранен тест). В цялата наблюдавана съвкупност студенти при 57,1% няма забележки към дефинирането на моралния проблем. Общо 10 студента БЕО са получили 3 или 4 забележки, което на практика означава несправяне с тази фаза на анализа. При студентите АЕО няма такива с 3 или 4 пропуска.

Конкретните пропуски в първата фаза на анализа са представени в **табл. 7**.

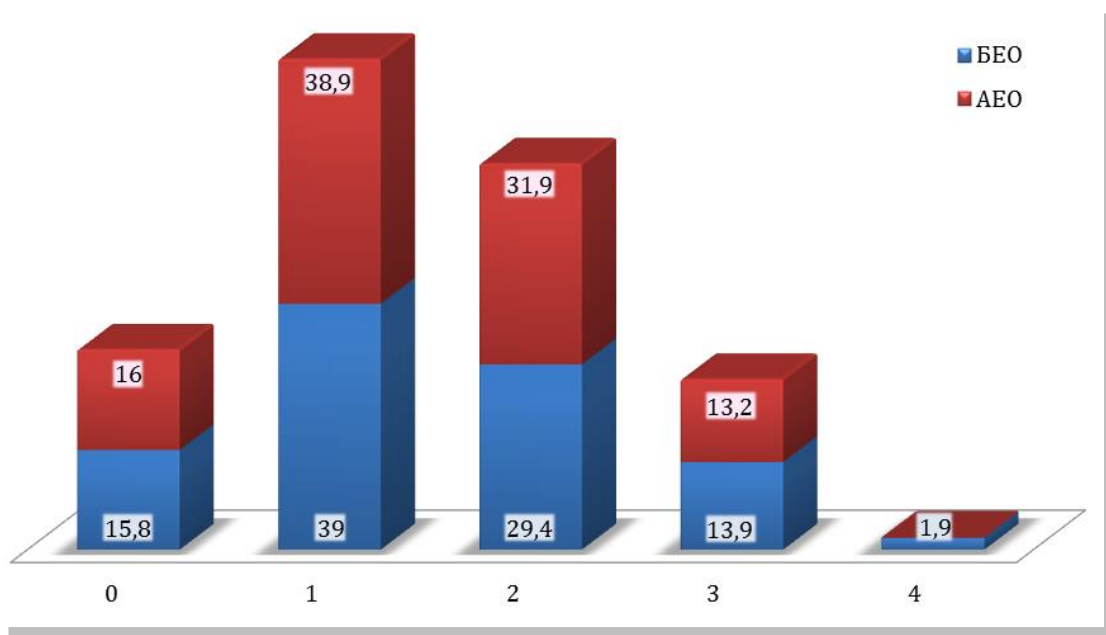
Табл. 7 - Разпределение на обучаваните студенти според вида на допуснатите пропуски при определяне на моралния проблем

Вид на допуснатите пропуски в стъпка 1	БЕО		АЕО		Общо	
	п	%	п	%	п	%
Общо изпитани студенти	418		144		562	
Без пропуски в стъпка 1	256	61,2	65	45,1	321	57,1
Имат пропуски в стъпка 1	162	38,8*	79	54,9*	241	42,9*
В т.ч.						
1. Моралният проблем не е ясно определен	103	24,6**	70	48,6**	173	30,8**
2. Изборът на морален проблем не е удачен	47	11,2**	5	3,5**	52	9,3**
3. Формулировката не е неутрална	48	11,5**	10	6,9**	58	10,3**
4. Формулировката не е от позицията на лекаря	37	8,9**	3	2,1**	40	7,1**

** Сумата от посочените цифри е по-голяма от означената с * (% на лица с пропуски), тъй като някои студенти имат повече от 1 пропуск в стъпка 1

Най-честите пропуски се свеждат до неясно определяне на моралния проблем. Този пропуск е два пъти по-често допускан при студентите от АЕО - 48,6% в сравнение с 24,6% при студенти БЕО. Различиято е значимо ($t = 5.1392$, $df = \infty$, $p_t < 0.0005$ при едностранен тест).

Във втората фаза на етичния анализ няма съществено различие в броя на допуснатите пропуски от студентите БЕО и АЕО ($\chi^2 = 3,021$; $df = 4$; $p_{\chi^2} = 0,554$ при двустранен тест). И в двете групи студенти относителният дял на справилите се без пропуски е почти еднакъв (съответно 15,5% и 16%) и е драстично по-малък от този в първата фаза (фиг. 8). Четири пропуски се отбелязват само при студенти БЕО.



Фиг. 8 - Разпределение на обучаваните студенти според броя на допуснатите пропуски при изясняване на данните (в %)

Най-често допусканите пропуски във втората стъпка на етичния анализ се свеждат до пропуснати документи, които са подходящи за изясняване на конкретния етичен проблем (43,2% общо, 41,6% при БЕО и 47,9% при АЕО) и недоизясняване на медицинската информация (39,1% общо, 36,6% при БЕО и 46,5% при АЕО - различията са несъществени). И двата пропуски имат важно значение за по-нататъшното разгръщане на анализа (**фиг. 9**). Познаването на етичните и законови документи във връзка с формулирания етичен проблем е предпоставка за достигане до реалистично решение, което да е в съзвучие със законовата рамка и наличния консенсус в професионалното съсловие.



Фиг. 9 - Разпределение на обучаваните студенти според вида на допуснатите пропуски при изясняване на данните

Що се отнася до медицинската информация, в учебните казуси тя „по правило“ винаги е недостатъчна и има нужда от доизясняване. Изискванията към това „доизясняване“ на този етап на обучение не са високи, тъй като студентите втори курс все още имат слаби общи медицински познания. Както бе отбелязано, самият подбор на изпитните казуси се базира на изискване за по-ниско ниво на клинична сложност. Въпреки това, както сочат и самите резултати, значителна част от студентите при етичния анализ се ограничават само в преповтаряне на оскъдните медицински данни от казуса и дори не правят опит да зададат отворени въпроси, с което да маркират необходимата допълнителна информация. Наблягането на нуждата от доизясняване на медицинската информация не е самоцелно, а е наложително за правилното разбиране на ситуацията, за насочване на последващата етична дискусия и достигане до решение, което да е не само етично и законово издържано, но и медицински оправдано.

В третата стъпка на етичния анализ няма съществено различие в броя на допуснатите пропуски от студентите БЕО и АЕО ($\chi^2 = 7,234$; $df = 4$; $p_{\chi^2} = 0,124$ при двустранен тест). Най-висок е делът на студентите с един отчетен пропуск. Най-често допусканите пропуски са свързани с непълното прилагане на принципализма (общо при 48,4% от студентите и съответно 47,6% и 50,7% за БЕО и АЕО). На второ и трето място по честота се нареждат пропуските, отнасящи се до недостатъчно разгръщане на идеи за „добро на пациента“ и неправилно интерпретиране на етичните принципи (фиг.10).



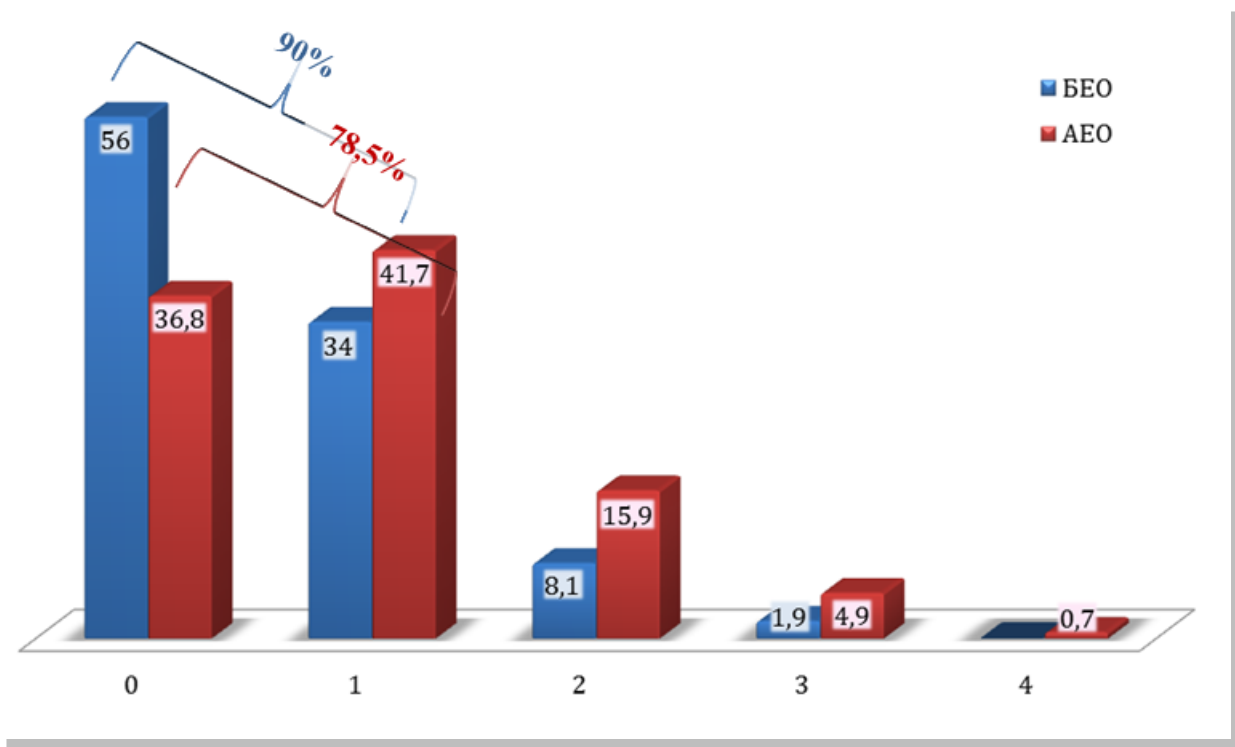
Фиг. 10 - Разпределение на обучаваните студенти според вида на допуснатите пропуски при етичната дискусия

Както беше изяснено при представянето на метода за анализ на етични казуси, принципализмът се основава на приложение на етични принципи към моралните дилеми. Самите принципи, обаче, не са еднозначни. Етичните принципи подпомагат вземането на решения, тъй като те представляват определен стандарт за измерване и оценка на действията. Те характеризират абстрактните рамки на етичните норми на поведение и очертават морално допустимия обсег на взаимоотношенията „здравен персонал-пациент“, но не дават указания как да се действа в конкретна ситуация. Те действат като ориентири за подходящо поведение като оставят широко пространство за преценка във всеки специфичен случай и дават възможност от тях да се изведат по-подробните правила за конкретно поведение. Именно това е и задачата на студентите при използването на тази етична теория за разгръщане на аргументацията по етичния казус.

Под квалификацията „Принципализмът е приложен непълно“ се крият пропуски на някои от 4-те основни принципи на биоетиката. В казусите с дилема на разпределение на

недостигащи ресурси, освен основните принципи, могат да се приложат и някои от добилите популярност теории в тази област, като например, мястото на пациента в списъка на чакащите, теорията на нуждите, теорията за годините качествено подобрен живот, разпределение според възрастта на пациентите, личната отговорност за здравето. В казусите от областта на изследователската етика най-адекватно е приложението на принципите, заложи в Декларацията от Хелзинки.

Често пропускан е принципът на справедливост, който затруднява студентите с интерпретацията си и е в основата на категорията пропуски „Принципите са интерпретирани неправилно“. Предизвикателство за студентите е разширяването на кръгозора по отношение на интерпретацията на принципа на благодеяние. Обикновено студентите по медицина се ограничават в интерпретация на благодеянието като медицински добро, което в съчетание с честия пропуск в „доизясняването“ на медицинската информация води до недостатъчно подкрепени и неубедителни заключения на студентите. Макар и по-рядко, се срещат и случаи на прекалено свободно интерпретиране на принципа на благодеяние, което ненужно отклонява етичната дискусия.



Фиг. 11 - Разпределение на обучаваните студенти според броя на допуснатите пропуски при етичното решение (в %)

В четвъртата стъпка на етичния анализ се наблюдава съществено различие в разпределението на студентите от двете форми на обучение според броя на допуснатите пропуски и броя на правилите се напълно успешно с формулирането на етично решение ($\chi^2 = 22,352$; $df = 4$; $p_{\chi^2} = 0,001$). Както следва от данните във **фиг. 11**, относителният дял на студентите от БЕО, които нямат пропуски в тази стъпка на анализа, е значително по-висок и това е подкрепено с висока степен на достоверност ($t = 4,0897$; $df = \infty$; $p_t < 0,0005$ при

едностранен тест). Позитивен е и фактът, че 90% от студентите БЕО и 88,5% от студентите АЕО се справят в тази стъпка или без пропуски, или само с една забележка. Трябва да се има предвид, обаче, и различната тежест на пропуските в тази фаза.

Най-честите пропуски във фазата на етично решение са свързани с неподходящия му стил (17,8%), недостатъчната му обосновка и липса на логическа съгласуваност с етичната дискусия от стъпка 3 (15,1%), недостатъчна конкретност на предлаганото етично решение (12,1%) и практическа неосъществимост на решението (8,9%). Особено неблагоприятна е липсата на логическа съгласуваност, което на практика означава, че етичната дискусия не е изпълнила предназначението си - да предложи стабилна аргументация за крайното решение. Такъв анализ трудно може да бъде приет за успешен. Освен това, стъпка 4 се обезсмисля, ако в нея се появяват за първи път недискутирани до момента идеи. Етичното решение е по-скоро форма на заключение. Както беше отбелязано и по-рано, при една добре разгърната етична дискусия, читателят предусеща какво етично решение ще бъде предложено. Ако обаче в заключението се появяват нови идеи, това означава, че те не са били аргументирани до момента и етичният анализ губи смисъла си.

За всички фази на анализа сериозен пропуск е изпускането на която и да е стъпка. Особено сериозно е изпускането на стъпки 3 и 4. Това са категорично несполучливи опити за етичен анализ. При общо 27 студента от целия 5-годишен цикъл на обучение се отчита пропускане на стъпка 4, т.е. „избягнато“ е вземането на етично решение.

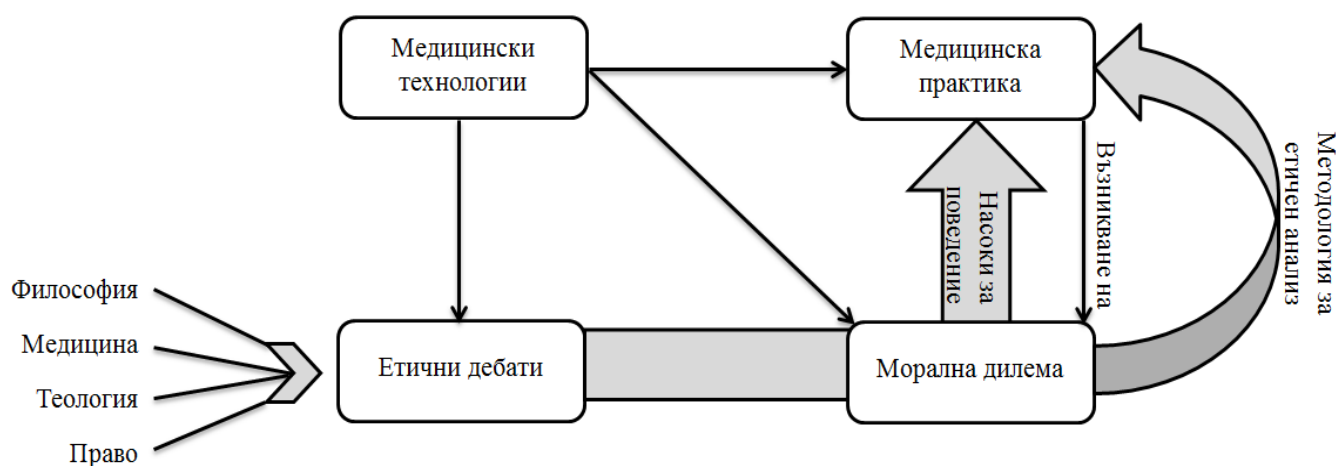
Картата за оценка на етичен анализ включва и още една категория пропуски, обединени под наименованието „Общо впечатление“ (фиг. 12).



Фиг. 12 - Разпределение на обучаваните студенти според пропуските в критериите на групата „Общо впечатление“

Сред пропуските в тази част на първо място се нареждат структурните проблеми (разместване на части, разкъсване на стъпки и връщане към тях впоследствие). С малка разлика на следващо място се нарежда прекалената конспективност на анализа, която не позволява достатъчно разгръщане на аргументите и проследяване на логическата съгласуваност на изложението.

Взаимоотношенията между биоетиката и медицинската практика са многокомпонентни (фиг.13).



Фиг. 13 - Място на етиката в клиничната практика и произлизащи взаимоотношения с други дисциплини

Развитието на медицинските технологии е необходимо за напредъка на медицината, но навлизането им в медицинската практика често изправя специалистите пред нови морални дилеми. Разработването и същностните характеристики на медицинските технологии сами по себе си могат да представят морални дилеми и да предизвикат етични дебати още преди да са навлезли в практиката. Медицинската практика, от своя страна, се нуждае от насоки за разрешаване на моралните дилеми. Такива насоки могат да се породят от етичните дебати, които чрез инструментариум и познания от различни дисциплини се стремят да допринесат за разрешаването на етичните проблеми в медицинската практика. Методите за етичен анализ също целят да подпомогнат разрешаването на морални дилеми в практиката. Така се постига своеобразно затваряне на кръга „медицинска практика – биоетика – медицинска практика“ и биоетиката изпълнява своя ангажимент към медицинската практика.

Независимо от всестранността на етичната подготовка на бъдещите практики, те няма да успеят да приложат етичните си решения в практиката, ако не се изгради етична среда в професията. Дали добре обучените в методологията на етичен анализ студенти стават по-добродетелни? Със сигурност обществеността очаква това от обучението на медиците по етика и може би при натрупването на количествени изменения (т.е. достатъчно обучени практики) ще настъпят и качествени изменения. Тези процеси, обаче, силно се влияят и от

такива фактори като престиж на професията, заплащане на труда и ресурсна обезпеченост. Докато те играят основна роля за екзистенциалното съществуване на медицинските професионалисти, малко вероятно е да успеем само чрез обучение по биоетика да изградим по-добродетелни професионалисти, но трябва да успеем да изградим професионалисти, които са в състояние да разпознаят етичния проблем и да знаят какъв път да изминат, за да го разрешат. Специалистът по етика (учителят) не е по-етичен по презумпция, а той просто по-добре знае как „да прави“ етика и трябва да предаде това знание на обучаваните.

Ефективното усвояване на методиката за етичен анализ на казуси от медицинската практика изисква адекватни клинични познания и определена философска нагласа. Удачно би било разделението на курса по етика в теоретична подготовка в ранните курсове на обучението по медицина и практически семинари по отделните клинични дисциплини в следващите години на обучението по медицина. Анализът на казуси като обучителен метод, дори и при разгърнатата методология, има някои ограничения. Първо такова ограничение е недостигът на информация и необходимостта от допълнителни пояснения, за да се достигне до обосновано решение. Разположението на курсовете по медицинска етика/биоетика в първите години на обучение засилва проблема с недостига на информация, тъй като студентите нямат още базова клинична подготовка. Втори недостатък е фокусирането на казусите върху детайлите и невъзможността за адекватно представяне на перспективата на пациента. Бъдещето на биоетичното обучение е в интерактивните подходи, които да доближат тази принципно чужда на медицината материя до клиничната практика.

Резултатите от втория етап позволяват преминаване към третия етап на проучването, в който се апробира форма на клинична етична консултация за подпомагане на вземането на етични решения в клиничната практика на място. Предвид на успешното справяне на обучаваните се студенти с метода за етичен анализ на казуси имаме основания да смятаме, че такава методология би улеснила вземането на етични решения и от практикуващите лекари. За целта те трябва да бъдат обучени във форма и степен, която да не интервенира прекалено много с обичайните им работни задължения, което би ги натоварило и би довело до тяхното нежелание да се запознаят и да направят опит за приложение на методологията.

От друга страна, обучението трябва да е достатъчно, за да гарантира адекватно приложение на методологията и извличане на максимална полза от възможностите ѝ. С тези съображения и за тези цели се адаптира за нашите условия инструментариумът на методологията за клинична етична консултация – METAP (**M**odule, **E**thik, **T**herapieentscheide, **A**lokation und **P**rozess = модул, етика, терапевтични решения, разпределение и процес). Методологията цели да подобри етичното качество на клиничните решения и разчита на обогатяване на етичната компетентност на клиничния персонал, въввлечен във вземането им. Освен подобряване на етичната чувствителност на клиницистите, чрез методологията се цели и изграждане на умения за идентифициране и формулиране на етичните конфликти, за водене на справедлив и прозрачен процес на вземане на решения.

Паралелно с предоставянето пред екипа на клиничното звено на стегнат теоретичен материал под формата на информационна брошура, се проведеха и срещи с екипите или ръководителите на екипите в избраните звена. В част от звената са налице и колеги, преминали обучение по етика, които на място да подпомагат екипа в приложението на методологията. В друга част от звената е налице опитен психолог, на когото бяха разяснени същността на методологията и придружаващия инструментариум и който, предвид на специфичната си подготовка в близка сфера на хуманитарното знание, може удачно да се впише в ролята на фасилитатор на етичното обсъждане на казуси на място.

Методологията допуска пряка намеса на експерт по етика само в последната си фаза, която прелива в класическа форма на консултиране от външен етичен консултант и отразява ситуации, в които де факто лекарите не са успели да се справят сами с етичния проблем.

4. ПРЕДВАРИТЕЛНИ СРЕЩИ В ИЗБРАНИТЕ КЛИНИЧНИ ЗВЕНА ЗА ВЪВЕЖДАНЕ НА МЕТОДОЛОГИЯ ЗА ВЗЕМАНЕ НА ЕТИЧНИ РЕШЕНИЯ В КЛИНИЧНАТА ПРАКТИКА (КЛИНИЧНА ЕТИЧНА КОНСУЛТАЦИЯ)

В съответствие с методологията за осъществяване на клинична етична консултация на място бяха проведени две предварителни срещи в избрани клинични звена.

Клинично звено 1 разполага с 9-членен лекарски екип, от които един специализант и психолог. Първоначалният контакт беше осъществен с началника на отделението, който бе преминал курс по биоетика в рамките на дистанционна форма на обучение в магистратура по „Обществено здраве и здравен мениджмънт“ и активно се интересуваше от подходите по различни етични дилеми в практиката си. На срещата присъстваха 7 члена на екипа.

Клинично звено 2 разполага със 17-членен екип и психолог, с който бе осъществен първоначалния контакт и с чието съдействие бе организирана предварителната среща, на която присъстваха 7 члена на екипа.

Срещите преминаха при следната организация:

1. Презентация и обяснение на съпътстващите материали по Клинична етика.
2. Свободна дискусия по материалите и колективно неструктурирано интервю по предварително подготвен въпросник.

И в двете звена колегите бяха се запознали предварително с информационните материали и се премина към обсъждане на презентацията и провеждането на колективно неструктурирано интервю. Обобщените резултати от срещите са представени в **табл.8**.

В заключение от срещите колегите отбелязаха, че наистина всекидневно се сблъскват със сложни проблеми и имат желание да приложат методологията за клиничен етичен анализ. Цялостното впечатление е, че методологията е разбрана и интерпретирана през призмата на миналия опит на екипа. Уговорено беше проследяване. Оставени бяха материали за всички членове на лекарския екип, както и презентацията в електронен вариант за последващи справки, ако се налагат такива.

Табл. 8 - Резултати от проведените колективни неструктурирани интервюта

Въпрос	Звено 1	Звено 2
1. Разбрахте ли същността на методологията?	Да	Да
2. Бихте ли желали допълнителни разяснения по представените материали?	Да	Да
3. Ако да, какви?	Информирано съгласие при некомпетентен пациент	Съобщаване на истината Взаимовръзка етика/закон
4. Смятате ли, че имате в практиката си проблеми, при които методологията би била приложима?	Да	Да
5. Ако да, какви?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Взаимоотношения със съседни клинични звена ✓ Недостиг на ресурси ✓ „Обречени новородени“ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Недостиг на ресурси ✓ Некомпетентни пациенти, които не са официално недееспособни ✓ Свърх-информираност на пациентите ✓ Приемственост в работата на различни звена
6. Предвиждате ли някакви затруднения в приложението на методологията?	Да	Да
7. Ако да, какви?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Липсваща информация, приложима за спецификата на работата на звеното ✓ Трудоемко приложение 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Трудоемко приложение
8. Имате ли предложения за допълнителни материали, които биха Ви улеснили в приложението на методологията?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Материали по медицинско право ✓ По-подробна етична литература – предоставен учебника на Доц. Янкуловска „Биоетика“ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ По-подробна етична литература – предоставен екземпляр на последно издание на учебника на Доц. Янкуловска „Биоетика“

5. ОСНОВНИ ПАРАМЕТРИ НА ПРОВЕДЕНИТЕ ЕТИЧНИ СРЕЩИ

Проведени са общо 69 етични срещи в 6-те избрани клинични звена (*табл. 9*), от които 32 срещи (46,4%) са в КОЦ-Враца.

Табл. 9 - Разпределение на проведените етични срещи по лечебни заведения

№	Лечебно заведение	Проведени етични срещи	
		п	%
1.	СБАЛК – Велико Търново	10	14,5
2.	КОЦ - Враца	32	46,4
3.	МЦРМ "Радост" - Варна	2	2,9
4.	Неонатология УМБАЛ - Плевен	4	5,8
5.	Клиника по педиатрия УМБАЛ - Плевен	10	14,5
6.	МЦ "Галилео" - Плевен	11	15,9
Общо		69	100,0

Основната част от срещите са първи по поредност (87,0%) и само в един случай се е стигнало до четвърта среща за периода на проучването.

Случаят, при който се е наложило провеждане на 4 срещи в рамките на 6 месеца, е във връзка с вземане на решение за поведение при 3-годишно дете с двустранно увреждане на слуховите неври до степен на практическа глухота.

Първата среща е с медицински фокус върху изясняване на състоянието на детето. Приложен е информативен модел на общуване по *Etape1&Etape1* като за момента лекарят е влязъл в ролята на експерт. Не се преминава на по-детайлно ниво на дискусия до получаване на резултатите от изследването на детето. На родителите са обяснени основните варианти на поведение, с което става ясно, че те са изправени пред трудно решение, от което зависи бъдещото развитие на детето.

Втората среща е организирана 2 седмици по-късно при излизане на резултатите от изследванията, които потвърждават увреждането. Представени са опциите за лечение с техните силни страни и рискове, както и нуждата от специални грижи за детето. Очертава се социален проблем за семейството за подsigуряване на грижите и работа със сурдопедагог и в дома. От информативен модел се минава на обяснителен модел и лекарят вече не е само експерт, но и съветник. Родителите са в необичайна ситуация и ценностите им са нефиксирани и нуждаещи се от обяснение в светлината на новата информация. Тъй като детето е от населено място, където няма сурдопедагог, родителите решават да посещават такъв 2 пъти седмично, а в останалото време майката да работи според указанията на сурдопедагога с детето вкъщи. Това налага майката да напусне работа, за да се отдаде изцяло на грижите за развитие на слуха и говора на детето.

Третата среща следва след 1 месец отново с продължаване на модела на партньорство. Втората и третата среща са с участието и на сурдопедагога. Дадена е възможност на всички участници да изразят мнение и да зададат въпроси.

Четвъртата среща е проведена на 6-я месец от слухопротезирането. Отчетени са положителни резултати, в т. ч. и от страна на възприемането на детето към наложените промени в стила му на живот. Не се стига до разгръщане на обсъждащ модел на взаимоотношения.

Табл. 10 - Разпределение на етичните срещи по брой участващи в тях лица

Брой участващи в една етична среща	Брой срещи	Отн. дял (%)	Общ брой лица	Описателни статистики
3	19	27,6	51	Средна (\bar{x}) = 4,14 Стандартно отклонение (s) = 1,004 Медиана = 4,0 Мода = 4
4	31	44,9	124	
5	10	14,5	50	
6	8	11,6	48	
7	1	1,4	7	
Общо	69	100,0	286	

Общият брой участващи лица в проведените срещи е 286 (**табл. 10**). Най-много срещи са проведени с включване на 4 участващи лица (31 срещи, 44,9% от всички). В една среща се е наложило включване на 7 лица. Срещата касае особен по сложността си етичен проблем с множество въввлечени лица. Става дума за 31-годишна пациентка с преждевременна менопауза, на която се налага да използва донорски яйцеклетки за осъществяване на опит за асистирана репродукция. Донорският материал може да бъде от анонимен донор или от близкородствен донор (в случая сестрата на пациентката). В срещата са се включили пациентката, съпругът и сестрата на пациентката, лекуващ лекар, ембриолог, психолог и акушерка.

Разпределението на пациентите, в чиито случаи са били организирани етични срещи, е представено в **табл. 11** и **табл. 12**.

По отношение на възрастовите групи се отчита преобладаване на пациентите между 50 и 79 години, които общо съставляват 59,4% (**табл. 11**). На следващо място се нарежда групата на децата от 1 до 14-годишна възраст (20,3%).

Табл. 11 - Разпределение на пациентите по възрастови групи

Възрастова група	п	Относит. дял (%)
Новородено	3	4,3
Дете до 1 г.	3	4,3
Дете 1-14 г.	14	20,3
15-19 г.	2	2,9
30-39 г.	2	2,9
40-49 г.	2	2,9
50-59 г.	14	20,3
60-69 г.	14	20,3
70-79 г.	13	18,8
80 г. и +	2	2,9
Общо	69	100,0

Разпределението на етичните срещи по водещи диагнози на пациентите е в пряка зависимост от специалността на съответните клинични звена (*табл. 12*). Тъй като най-много срещи са осъществени в КОЦ-Враца, съответно 47,8% от диагнозите са карцином. В този смисъл данните от табл. 12 са информативни повече от качествена, отколкото от количествена гледна точка.

Табл. 12 - Разпределение на етичните срещи по водещи диагнози на пациентите

№	Водеща диагноза	п	%
1.	Карцином	33	47,8
2.	ИБС	5	7,3
3.	Ритъмни нарушения	1	1,4
4.	Хронична застойна сърдечна недостатъчност	3	4,4
5.	Остър миокарден инфаркт	1	1,4
6.	Бронхопневмония	5	7,3
7.	Вродено заболяване	7	10,2
8.	Страдание на плода	1	1,4
9.	Репродуктивни проблеми	2	2,9
10.	Аденоит	4	5,8
11.	Глухонемота	4	5,8
12.	Намаление на слуха	2	2,9
13.	Световъртеж от централен произход	1	1,4
Общо		69	100,0

6. СТРУКТУРА, СЪДЪРЖАНИЕ И ПРОТИЧАНЕ НА ЕТИЧНИТЕ СРЕЩИ

6.1. УЧАСТНИЦИ В ЕТИЧНИТЕ СРЕЩИ СПОРЕД РОЛЯТА ИМ

В етичните срещи са взели участие разнообразни групи лица, имащи отношение към конкретните случаи и пациенти (*табл. 13*). Във всяка от осъществените срещи е участвал лекар, като в 43 срещи той е изпълнявал ръководни функции: началник клиника/отделение или изпълнителен директор. В 21 срещи, освен началник клиника/отделение/изпълнителен директор, е участвал и втори лекар. В две срещи са били включени по 4-ма лекари. С по 3-ма лекари са протекли 11 срещи при пациенти деца. В срещите са участвали 28 медицински сестри и акушерки. В 43 срещи е участвал психолог. Общо 69 роднини на пациенти са били включени в срещите като най-много са представени майка/баща на пациента (38 лица - 13,3%), следвани от съпруг/съпруга (16 лица - 5,6%) и други роднини (15 лица – 5,1%).

Табл. 13 - Характеристика на участващите в етичните срещи лица

№	Участващи в етичните срещи лица	n	Относ. дял (%)
1.	Пациент	25	8,8
2.	Лекуващ лекар	48	16,8
3.	Дежурен лекар	6	2,1
4.	Консултиращ лекар	19	6,6
5.	Началник клиника/отделение/изпълнителен директор	43	15,1
6.	Психолог	43	15,1
7.	Мед.сестра/акушерка	28	9,8
8.	Съпруг(а)/партньор(ка)	16	5,6
9.	Майка/баща на пациента	38	13,3
10.	Други роднини на пациента*	15	5,1
11.	Други лица**	5	1,7
Общо		286	100,0

*дъщеря/син, брат/сестра, баба/дядо, правнук, зет, снаха, племенница

** лекар от ДМСГД, преводач, служител на социални служби, ембриолог

6.2. ВРЕМЕВА РАМКА НА ЕТИЧНИТЕ СРЕЩИ

Основната част от срещите (19 срещи - 27,6%) са продължили 60 минути; 15 срещи (21,7%) са били по 30 минути; 27 срещи (39,2%) - между 10 и 25 минути и само 1 среща е продължила 120 минути (**табл. 14**). Сравнено с опита в Европа и данните на Европейска мрежа по клинична етика (ECEN) нашите срещи са били значително по-краткотрайни – средна продължителност 36 минути ($\bar{x} = 36,09 \pm 20,506$) спрямо 120 минути дискуссионно време по данните на ECEN. В същото време 158 (81%) от участниците, попълнили анкетна карта за обратна връзка, преценяват продължителността на срещата като достатъчна и само 13 (6,7%) като твърде кратка.

Табл. 14 - Разпределение на проведените етични срещи по продължителност

Продължителност (в минути)	Брой срещи	Отн. дял (%)	Описателни статистики
10	3	4,4	Средна (\bar{x}) = 36,09 Стандартно отклонение (s) = 20,506 Медиана = 30,0 Мода = 60,0
15	13	18,8	
20	4	5,8	
25	7	10,2	
30	15	21,7	
35	1	1,4	
40	1	1,4	
45	5	7,3	
60	19	27,6	
120	1	1,4	
Общо	69	100,0	

6.3. ПРИЧИНИ ЗА ОРГАНИЗИРАНЕ НА ЕТИЧНИТЕ СРЕЩИ

Причините за организиране на етични срещи бяха систематизирани в 9 категории. Както се вижда от **фиг. 14**, в 22 срещи (31,9%) етичното обсъждане се е наложило във връзка с избор на най-подходящо за пациента лечение сред налични варианти с оглед на наличието на замесени немедицински фактори, които ще имат значение в хода на лечението, както и фактори, застрашаващи благополучието и интересите на въвлечените лица. На второ място се нарежда групата на „Обвинения от страна пациента/близките или персонала в неадекватно отношение или лечение на пациент“ (16 срещи, 23,2%), към която се отнасят разнообразни конфликти между въвлечените лица, които възпрепятстват нормалното протичане на лечението и осъществяването на грижите за пациента. В тази група са отнесени и случаи на грубо и унижително отношение от страна на пациента или близките му спрямо персонала.



Фиг. 14 - Разпределение на етичните срещи по причини за свикването им

В основната група от етични срещи, проведени в КОЦ-Враца, причина за свикване са били „Обвинения от страна пациента/близките или персонала в неадекватно отношение или лечение на пациент“ (15 срещи) и „Разминаване между пациента/близките и екипа за лечението“ (11 срещи). Всички пациенти в това звено са с водеща диагноза карцином, което обяснява и горепосочените резултати. Изправени пред прогнозата за летален изход и бързо влошаващото се състояние на пациента, близките често влизат в конфликти с екипа, отказвайки да приемат неизбежността на ситуацията.

6.4. ПЪЛНОТА НА СЪБРАНАТА ПРЕДВАРИТЕЛНО ИНФОРМАЦИЯ

Важна предпоставка за успешно протичане на етичните срещи е пълнотата на събраната информация, за да могат да бъдат отчетени измеренията на всеки от 4^{те} основни етични принципа в конкретните случаи.

Пълната **информация за лечението и грижите на пациентите** подпомага преценката на „медицински доброто“ за пациента. В 73,9% от случаите, наложили етична среща, е отчетено натоварване на пациента, а в 81,2% - рискове от усложнения. Тези резултати са в синхрон с по-горе коментираните най-чести причини за свикване на етични среща от групата на „Избор на лечение сред налични варианти“, но варианти, които носят в значителна степен натоварване и риск, а в над половината от случаите (55,1%) е отчетена и значителна нужда от обгрижване на пациента. Повече от половината от срещите (52,2%) се отнасят за пациенти, при които се очаква бързо влошаване, а в общо 78,2% от случаите дългосрочната прогноза е била неблагоприятна, включително летален изход. Този резултат е в съответствие с европейската и световна практика на търсене на клинично етично консултиране при **гранични тежки случаи**.

В 69,6% от случаите не са съществували специални разпореждания от близките, но в останалите 30,4% е имало силна намеса на близките под различна форма, включително и случаи на близки, забраняващи операция на пациент. Съвременните възгледи в полза на защита на автономността на пациента силно ограничават възможностите на близките да изказват мнение или да участват във вземането на решение при компетентен пациент, освен ако той сам не е пожелал това. Ситуациите на конфронтация на близките и пациента или близките и екипа са подходящи за етична среща и разрешаването им е в интерес на благодеянието на пациента.

Събирането на информация за **личността на пациента** е от съществено значение, тъй като влиянието на социалните фактори върху здравето се пречупва и моделира от личностовите особености (**табл.15**).

Табл. 15 – Информация за личността на пациентите

№	Характеристики	n	%
1.	Цели на пациента (или изразени чрез законния представител)		
	- Пълно възстановяване	13	18,8
	- Бързо/постоянно обслужване	11	15,9
2.	Спазване на лекарските препоръки до момента		
	- Да	39	56,5
3.	Хоби/особени интереси		
	- Да	17	24,6
4.	Религиозност		
	- Да	2	2,9
5.	Нужда от духовни грижи		
	- Неотчетена	69	100,0

На първо място в тази група е информацията за **целите на пациентите**. Те могат да имат решаващо значение при избор между няколко варианта на поведение, но прави

впечатление, че в 26,1% от случаите те не са отчетени. В останалите случаи водеща цел е пълното възстановяване (18,8%) и бързото или постоянно налично обслужване (15,9%). Последното е отчетено при интересна група случаи на пациенти в КОЦ-Враца, които или претендират за обслужване без да чакат реда си и независимо от организацията на работа в отделението, или искат по-специално обгрижване, самостоятелна стая или персонал. И в двата варианта навлизаме в сферата на принципа на справедливост в биоетиката и проблемите на разпределението на ресурсите.

Повече от половината пациенти (56,5%) са спазвали лекарските препоръки до момента. Тази информация е важна, за да добием представа за мястото на здравето в ценностната система на пациента, до каква степен той би следвал терапията в бъдеще и необходимостта от индивидуален подход към пациента.

Данните за **социалната среда и местните параметри** служат като критерии за преценка на „социално добро“ и степен на включване на близките. В 33,3% от случаите няма данни за рискове от социалната среда. В 42% са отчетени психологически рискове, който резултат не е изненадващ предвид на граничния тежък характер на случаите и безпокойството, както на близките за пациента, така и в случаите с терминално заболяване – на пациента за ефекта върху близките. Подходящ илюстративен случай в това отношение е случаят на 30-годишния пациент с метастатичен рак, който желае хоспитализация, за да не влияе психологически на семейството и в частност на малкото си дете, което го вижда в толкова увредено състояние. Именно преценката на този риск е основна в решението на екипа да хоспитализира пациента.

В 84,1% от случаите близките са информирани, но не всички от тях показват силна ангажираност в намиране на решение - 11,6% от близките дори са незаинтересовани. Отчетени са и 30,4% случаи на проблеми с близките, които са както между пациента и близките, така и с персонала.

По отношение на приложението на биоетичните принципи за намиране на етично решение, съществени са данните за преценка на **волята на пациента** (принцип на уважение на автономността), за риск от свръхлечение (принцип на ненанасяне на вреда) и за наличие на риск от недостатъчно или неравно отношение (принцип на справедливост).

В 38 (55,1%) от срещите са обсъждани случаи на дееспособни пациенти, но не във всички с участието на самия пациент. В световния и европейски опит включването на пациента и членове на семейството не е задължителна практика и зависи от естеството на проблема. Ако не е възможно да бъде подготвен пациентът или няма да е възможно проследяването му след срещата или конфликтът е на твърде дълбоко ниво, включването на пациента не е препоръчително.

В 3 срещи е била налице предварителна воля на пациента. У нас, обаче, въпросът с валидността ѝ продължава да е законово неуреден. В две от тези срещи (първа и втора) се касае за пациентка, която е отказала всякакво лечение преди да изпадне в кома, но близките настояват „да се направи всичко възможно за нея“, независимо от болката и страданието,

които поддържащите грижи ѝ причиняват. От друга страна е опасността действия по прекратяване на поддържащата терапия да бъдат тълкувани като форма на евтаназия и съответно наказуеми.

В 33 (47,8%) случая е невъзможно да се разграничат желанията на пациента и близките, дори и да са изречани от самия пациент.

В **табл. 16** са представени данните по отношение на **рисковите фактори за недолекуване или неравно лечение**. От 6-те критерия в тази информационна група единствено отчетлив риск от недостатъчно и неравно лечение може да се очаква по отношение на критерия „заболяване с летален изход“, каквито са 55,1% от случаите. Като цяло групата случаи не предразполага към неравно лечение: полиморбидност има само в 26,1% от случаите; 12 пациента (17,4%) живеят сами; 9 (13,0%) са от етническо малцинство; 16 (23,2%) са с нисък социално-икономически статус; само 1 случай е на пациент с деменция.

Риск от свръхлечение е отчетен в 18 (26%) от случаите, т.е. при по-голямата част от случаите няма такъв. Случаите на отчетен риск са основно в КОЦ-Враца при пациенти, чиито близки настояват „да се направи всичко възможно за тях“, както и в случаи на „ненужна хоспитализация“ по съображения от социален и психологически характер.

Табл. 16 - Критерии за риск от недостатъчно или неравно лечение

№	Характеристики	Брой	%
1.	Полиморбидност		
	- Да	18	26,1
	- Не	51	73,9
2.	Живее сам(а)		
	- Да	12	17,4
	- Не	57	82,6
3.	Етническо малцинство		
	- Да	9	13,0
	- Не	52	75,4
	- Няма данни	8	11,6
4.	Нисък социално-икономически статус		
	- Да	16	23,2
	- Не	49	71,0
	- Няма данни	4	5,8
5.	Деменция		
	- Да	1	1,4
	- Не	67	97,1
	- Няма данни	1	1,4
6.	Заболяване с летален изход		
	- Да	38	55,1
	- Не	31	44,9

6.5. СТРУКТУРА НА ЕТИЧНИТЕ СРЕЩИ

Съгласно критериите за оценка на съдържанието на етичната среща по Pfafflin, Kobert и Reiter-Theil следва да се отговори на въпросите: Идентифицирани ли са ясно етичните дилеми? Изяснени ли са ценностите и предпочитанията на пациента? Има ли възможност за всеки участник да изрази мнението си?

Табл. 17 – Изказани мнения и препоръки към организацията на срещите (с изразните средства на респондентите)

Позитивни мнения	Кой ги е изказал?
<i>Срещата беше пълноценна в изясняване предпочитанията на пациента.</i>	Медицинска сестра
<i>Благодаря за яснотата на решаване на проблема.</i>	Роднина на пациент
<i>Навреме се организира срещата.</i>	Психолог
<i>Срещата бе организирана добре.</i>	Психолог
<i>Организацията на срещата е на ниво.</i>	Медицинска сестра
<i>Благодаря на екипа, че реши проблема и вече може да спим спокойно.</i>	Пациент
<i>Участниците в етичната среща дадоха право на мен да използвам брошурата и да им чета възможните и правилните според етиката решения.</i>	Психолог
<i>Нямам препоръки. Екипът работи добре, но нашата близка си отива.</i>	Пациент
<i>Участниците изразиха свободно мнението си по дискутираните въпроси.</i>	Психолог
<i>Доволни сме от срещата.</i>	Роднина на пациент
<i>Срещата ми харесва.</i>	Пациент
<i>Всички етични срещи, които организирахме през годината ни помогнаха да подобрим работата си, да дадем думата на пациентите, близките им и на персонала да изразят свободно мнението си и с това да се подобри екипната работа и да се тушира напрежението при конфликтни ситуации.</i>	Психолог
<i>Разговорите с нас ни помагат емоционално.</i>	Пациент
<i>Със свикването на такива комисии пациентите се чувстват разбирани и по-добре се справят с напрежението, депресията и тревожността, свързани със заболяването, лечението и грижите</i>	Психолог
<i>По-чести срещи.</i>	Пациент
<i>Тези срещи са ежедневие, но не са били оформени досега под формата на протокол.</i>	Лекуващ лекар
Негативни мнения	
<i>Моралният проблем беше разрешен частично само в полза на пациента. Не бяха зачетени правата на сестрата.</i>	Медицинска сестра
<i>Не бе предвидена нова среща, а тя е необходима.</i>	Психолог
Препоръки	
<i>Да се включат повече членове на екипа и близките на пациента.</i>	Ембриолог
<i>Да се наложи участието на психолог като трета страна в такива случаи.</i>	Лекуващ лекар

От 195 участника, попълнили анкетна карта за обратна връзка:

- ✓ Според 186 лица (95,4%) моралният проблем е бил добре определен по време на срещата;
- ✓ 182 лица (93,3%) сочат, че ценностите и предпочитанията на пациента са били изяснени;
- ✓ 186 лица (95,4%) подчертават, че протичането на срещата е дало възможност на всеки от тях да изрази свободно мнението си.

6.6. МНЕНИЕ И ПРЕПОРЪКИ КЪМ ОРГАНИЗАЦИЯТА НА СРЕЩИТЕ

Въпросът за изказване на мнение и отправяне на препоръки към организацията на етичната среща беше формулиран като отворен въпрос в анкетната карта за обратна връзка. Само 34 (17,4%) участника са се възползвали от възможността да изкажат мнения и препоръки. Болшинството от изказаните мнения са положителни. Особено всеобхватно е мнението, изказано от психолог-участник в етична среща (*табл.17*).

7. ИЗХОД ОТ ЕТИЧНИТЕ СРЕЩИ

За оценка на изхода от етичните срещи беше подготвен въпросник за обратна връзка, който беше попълнен от 195 участници. Данните за разпределението на проведените етични срещи по брой попълнени анкетни карти за обратна връзка показват, че на 25 срещи (36,2%) е попълнена по една карта, на 15 (21,7%) и 14 (20,3%) срещи са попълнени съответно по 3 и 4 карти. Средно на една среща са попълвани по 2,83 карти. Постигнатото отзоваване е 68,2%.

От 195-те попълнени карти за обратна връзка, 39% са от лекари, 22,0% - от участвалите в срещите психолози и 15,9% - от медицински сестри/акушерки. От 23 пациенти, участвали в първи срещи, 22 (95,7%) са попълнили карти за обратна връзка.

В 24 от проведените срещи (34,8%) като резултат е постигнат консенсус между екипа и пациента (законните представители). В 19 срещи (27,5%) се е изяснила ситуацията в екипа и с пациентите/роднините, а в 11 (15,9%) срещи ситуацията е изяснена вътре в екипа (*фиг. 15*). Сравнено с причините за свикване на етична консултация (*фиг. 14*), където в 31,9% бяха посочени ситуации на труден избор на лечение сред налични варианти, се установява съгласуваност в резултатите, която гарантира валидност на получената информация.

В 28 от срещите (40,6%) решението е прието за окончателно и не се планира преоценка. В над половината от случаите (41 - 59,4%), обаче, има планирана преоценка. От тези 41 случая в 14 (34,2%) преоценката се планира на контролните прегледи. Това са основно случаи на кардиологични диагнози, където има разписан график на контролни прегледи. В 22 случая (53,7%) преоценката се допуска при нужда преценена чрез промяната в състоянието на пациента. В 5 случая се допуска промяна в мнението на пациента или законните представители (случаи на отказано „най-добро“ лечение).



Фиг.15 - Разпределение на етичните срещи по резултатите от провеждането им

При оценката на изхода от етичните срещи трябва да се прецени и **изпълнимостта на взетото решение**. За целта е събрана информация (съгласно бланката за визуализиране на проблема) за възможностите на болничното заведение/клиничното звено да реализира вариантите за лечение, за налични времеви ограничения (необходимост от бързо вземане на решение) и недостиг на персонал (**табл. 18**).

Табл. 18 - Критерии за преценка на изпълнимостта на взетото по време на етичната среща решение

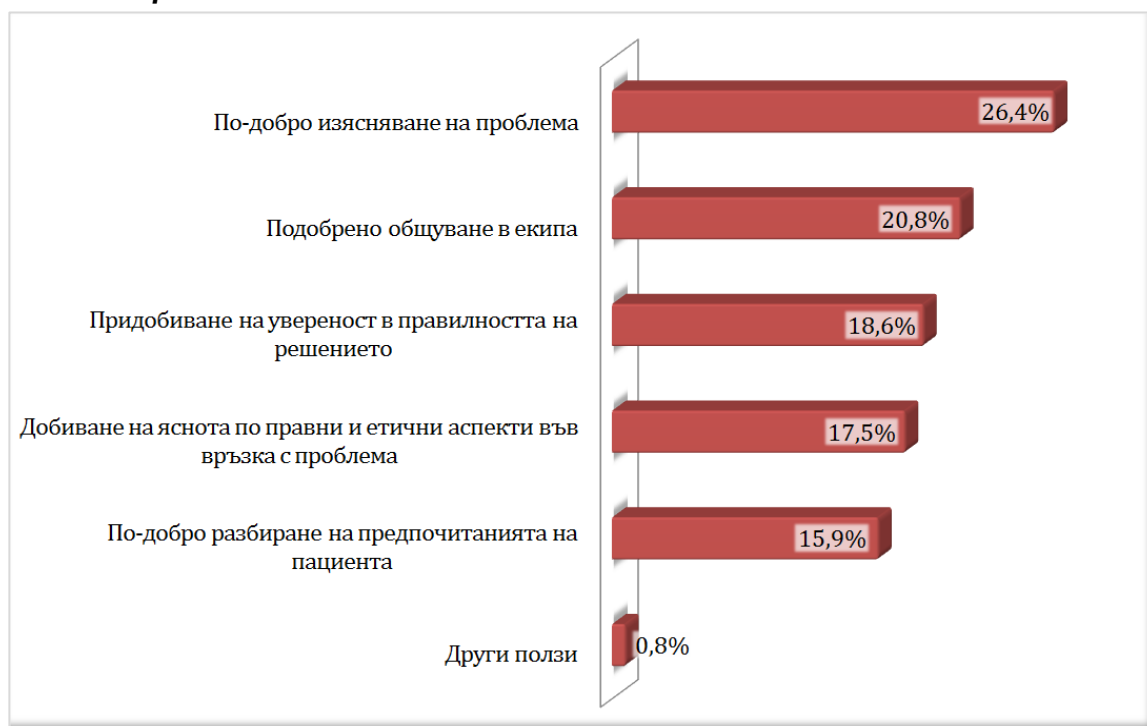
№	Критерий	п	%
1.	Възможност на болничното заведение/клиничното звено да реализира вариантите за лечение		
	- Пълна	39	56,5
	- Частична	21	30,4
	- Липсваща	9	13,0
2.	Времеви ограничения		
	- Да	25	36,2
	- Не	44	63,8
3.	Недостиг на персонал		
	- Да	23	33,3
	- Не	34	49,3
	- Неотчетен	12	17,4
Общо		69	100,0

В 56,5% клиничното звено има пълна възможност да реализира обсъжданите варианти на лечение, а в 21 случая (30,4%) - частична възможност за реализиране на някои от вариантите на лечение. Тук се отнасят 7 случая при пациенти на СБАЛК-Велико Търново, при които единият обсъждан вариант на лечение е кардиохирургия, която не може да бъде осъществена на място. Останалите случаи на частична невъзможност за реализиране на вариантите на лечение са съответно 5 случая на аденоит в МЦ „Галилео“, където не може да се предложи оперативната интервенция на място и 9 случая в КОЦ-Враца, при които има съчетание с недостиг на персонал, откъдето и произтича отчетената частична невъзможност за реализиране на варианта на лечение. Касае се за пациенти, които или се нуждаят, или изразяват предпочитания към заемане на самостоятелна ВИП стая и специален персонал, с каквито възможности отделението не разполага и при най-добро желание за индивидуален подход и откликване на желанията на терминално болните пациенти и близките им.

Липсваща възможност за реализиране на вариантите на лечение е отчетена при 9 случая (13,0%): два случая от отделението по неонатология с показания за кардиохирургия, която не може да бъде реализирана на място; 2 случая от СБАЛК-Велико Търново, където единственият ефективен вариант на лечение е хирургичен и не може да бъде предоставен на място; 4 подобни случая са от клиниката по педиатрия и един случай в МЦ „Галилео“.

В 44 случая (63,8%) не са съществували времеви ограничения, което е предпоставка и за разгръщане на по-ефективни етични срещи и насрочване на последващи такива.

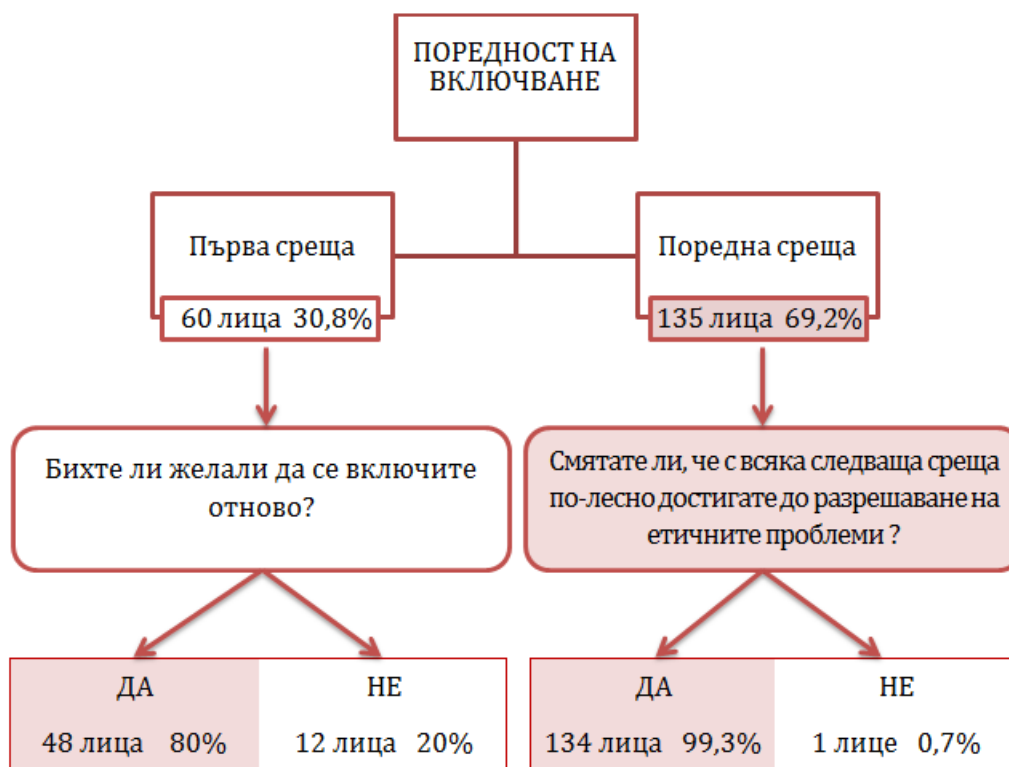
По отношение на **полезността** на проведените срещи, 26 участници (13,3%) се затрудняват да направят преценка. Положителен отговор дават 167 лица (85,6%), а негативен – само двама (1,0%). Отговорите на въпроса за конкретните ползи от етичната среща са представени на **фиг. 16**.



Фиг. 16 – Конкретни ползи от етичните срещи по мнение на участниците

За ефективност на срещите говорят данните, според които 90,8% от участниците смятат, че моралният проблем е разрешен на срещата. Цялостно позитивно е мнението на участниците по отношение на зачитането на предпочитанията на пациента при вземането на решение (173 отговора, 88,7%).

В подкрепа на ефективността на срещите е и мнението на всички участници (с изключение на 1 лице), за които това е била поредна среща, че с всяка следваща такава среща по-лесно достигат до разрешаване на етичните проблеми (**фиг. 17**). От лицата, които се включват за първи път в етична среща, 80% (48 лица) биха се включили отново.



Фиг. 17 - Ефективност на етичните срещи

8. ОТЗИВИ НА УЧАСТНИЦИТЕ ЗА ИНФОРМАЦИОННАТА БРОШУРА

От 195 лица, попълнили анкетни карти за обратна връзка, 147 участници (75,4%) смятат, че информационната брошура е била полезна в етичната дискусия, а 46 лица (23,6%) са се затруднили в преценката си. Само двама участници са изразили негативно мнение.

Конкретните мнения и препоръки на участниците в етичните срещи по отношение на информационната брошура, описани със собствените им изразни средства, са представени в **табл. 19**. Както се вижда от данните, негативни мнения за брошурата не са изказани, но са отправени ценни препоръки за обогатяване на съдържанието и формата ѝ.

На база на получените препоръки и собствените заключения от приложението на материалите се изработиха **два адаптирани варианта на информационната брошура** – за вземане на етични решения при пациенти-деца и при терминално болни.

**Табл. 19 – Изказани мнения и препоръки към информационната брошура
(с изразните средства на респондентите)**

Позитивни мнения	Кой ги е изказал?
<i>Брошурата е добре структурирана и ми помогна за събирането на информация за решаването на проблема.</i>	Психолог
<i>Благодаря за предоставената брошура.</i>	Роднина на пациента
<i>Брошурата е изчерпателна и обхваща всички аспекти на етиката в медицинската практика.</i>	Медицинска сестра
<i>Брошурата е издържана и дава достатъчно информация.</i>	Медицинска сестра
<i>С помощта на брошурата лекуващият ми екип успя да ме убеди, че в момента се взема най-правилното решение за мен.</i>	Пациент
<i>Брошурата беше полезна за вземането на решение най-вече за лекуващия екип, защото аз дадох право те да работят за решаването на моя проблем.</i>	Пациент
<i>В брошурата всичко е обяснено точно и може да се ориентираш бързо.</i>	Медицинска сестра
<i>Брошурата е написана много добре.</i>	Психолог
<i>Брошурата ми помогна с това, че с увереност в етичността на взетите решения аз давам гласност на наболелите въпроси и на първо място поставям мнението и желанията на пациента.</i>	Психолог
<i>Със свикването на всяка нова етична среща добивах все повече увереност и опит в работата си с тази брошура. Тя е моят пътеводител при събирането на информация, описването на проблема и решаването му</i>	Психолог
<i>Брошурата е много добре структурирана. Работи се лесно с нея.</i>	Ембриолог
<i>Брошурата ми помага много при определяне на етичния проблем, организирането на етичната комисия и решаването на проблема.</i>	Психолог
Препоръки	
<i>В брошурата да бъдат описани и правата на медицинския екип.</i>	Медицинска сестра
<i>Да има описани повече етични норми на поведение.</i>	Психолог
<i>Да има повече препоръки и решени подобни казуси.</i>	Психолог
<i>Да има описани някои решени казуси в други лечебни заведения или да са описани решения съобразно медицинската етика.</i>	Психолог
<i>Да се запознаем с повече казуси, за да сме сигурни в своето етично решение.</i>	Роднина на пациент
<i>Може би е хубаво в самата брошура да са поместени и етичните кодекси за работа в клиничната практика.</i>	Психолог
<i>Препоръка за изработване на джобен формат на брошурата.</i>	Психолог
<i>Да се доразработят особености на етичната среща при пациенти, изцяло зависими от решението на родител/настойник.</i>	Лекуващ лекар
<i>Уточняване на статуса на фетуса като пациент.</i>	Лекуващ лекар

9. НАЙ-ЧЕСТИ ЕТИЧНИ ПРОБЛЕМИ, ПРИ КОИТО Е ПРИЛОЖЕНА МЕТОДОЛОГИЯТА

В отделен раздел на дисертационния труд е направен детайлен анализ на етичните измерения на избрани случаи, при които е приложена методологията за вземане на етични решения в клиничната практика. В **табл. 20** е представено групирането на анализираниите проблеми по тематични области.

Табл. 20 – Тематични области на най-честите проблеми, при които е приложена методологията

1. Проблеми в сферата на информираното съгласие
1.1. Информирано съгласие при некомпетентни пациенти <ul style="list-style-type: none">▪ Липсващ законов представител▪ Законов представител отказващ „най-добро“ лечение и законов представител незащитаващ интересите на пациента▪ Лечение против предварително изразената воля на пациента
1.2. Лечение заради близките
1.3. Информирано съгласие при компетентни пациенти <ul style="list-style-type: none">▪ Силно влияние на близките и невъзможност да се разграничат желанията на пациента▪ Разминаване между желанията на пациента и близките▪ Искане на пациента за терапия, която екипът не смята за подходяща▪ Отказ от „най-добро“ лечение▪ Съобщаване на истината
1.4. Стандарти на информиране на пациентите
2. Модели на взаимоотношения в клиничната практика
3. Права на пациента
3.1. Право на свободен избор
3.2. Право на живот и право на най-добър стандарт на грижи
4. Права на персонала
5. Етични проблеми на разпределение на ресурсите в здравеопазването

МОДЕЛИ НА ВЗАИМООТНОШЕНИЯ В КЛИНИЧНАТА ПРАКТИКА

СЛУЧАИТЕ:

і. Дете на 2-годишна възраст с ежемесечни инфекции на горните дихателни пътища от 4 месеца след като започва да посещава ясла. В последния месец е лекувано последователно с 5 различни антибиотици, включително венозен. Детето е с трета сливица, която често се възпалява и то не може да посещава детската ясла. Родителите са информирани относно възможностите за лечение. Майката не желае детето да бъде оперирано на толкова малка възраст, а бащата настоява за операция

възможно най-скоро. Може да се проведе консервативно лечение, но е желателно детето в близките месеци да не посещава детско заведение.

ii. Касае се за момче на 3-годишна възраст, което не говори. Родителите и близките забелязали от дълго време, че детето не чува добре, провеждани са консултации с педиатър и специалист оториноларинголог, аденотомия преди година, но без подобрене на състоянието. Детето реагира само на много силни звуци, на мимики и жестове, започнало да става раздразнително, поради затруднение в общуването. Ако не се лекува, детето ще бъде глухонямо. Съществуват две опции за лечение – слухопротезиране и кохлеарна имплантация. Ако се слухопротезира детето ще развие говор в зависимост от степента на увреждане и работата на родителите със сурдопедагога. Родителите са изправени пред трудно решение. За случая са направени 4 срещи в рамките на 6 месеца.

ИЗХОДЪТ:

i. Взема се решение детето да бъде оперирано.

ii. Взема се решение за слухопротезиране. Майката ще напусне работа да работи с детето и сурдопедагога.

ЕТИЧНИ И ЗАКОНОВИ ПОСТАНОВКИ:

И двата случая показват развитие на модел на партньорство при различни по характер ситуации. Първата ситуация е по-често срещана като проблематика и решението, пред което са изправени родителите не е толкова тежко в сравнение с втория случай, но въпреки това те се разединяват в мнението си.

Следвайки законовите постановки за информирано съгласие при малолетни пациенти и стандартно (неекспериментално) лечение, достатъчно е съгласието на единия родител, което „унищожава“ несъгласието на другия. Презумпцията е, че лекуващият лекар предлага най-доброто възможно лечение и провеждането му отговаря в най-голяма степен на интересите на детето. Напротив, отказът от лечение, по правило, може да доведе до увреждане на здравето, поради което за зачитането му е необходимо поне непротивопоставяне на другия родител. При наличие на разминаване в мненията на родителите и липса на елемент на спешност, за предпочитане е да се медира контактът между тях и да се постигне консенсус, както в горепосочения случай. Това важи дори в още по-голяма степен за втория случай, където решението на родителите ще има решаващо значение за бъдещото развитие на детето.

И в двата случая лекарят встъпва във взаимоотношенията първо в ролята си на експерт със своите медицински познания и експертиза. В първия случай не се стига до разгръщане на по-задълбочено партньорство в рамките на единствената състояла се среща. Целта на общуването е да се даде възможност на родителите да направят информиран избор за лечението, пречупвайки ситуацията през своите ясни и стабилни ценности и вземайки решение от името на детето с грижа за най-добрия му интерес.

И двата случая са примери за неуместно приложение на патерналистичен модел на взаимоотношения. Независимо, че и двамата пациенти са малолетни, в духа на принципа на

уважение на автономността, решението трябва да се вземе от законите им представители (а не еднолично от лекаря), които се предполага, че ги познават най-добре и защитават техните интереси. Лекарят, обаче, освен в информативната си роля на експерт, винаги остава защитник на правата на пациента и може да се опита да ги защити дори и при неспешни ситуации, ако вижда че законите представители не действат в интерес на пациента. Гореописаните ситуации не са от такъв характер, но и двете ситуации са класически пример за „подходящи за разгръщане на партньорство“ случаи – липсва елемент на спешност и има достатъчно време за изграждане на отношения на доверие като предпоставка за успешно партниране между двете страни.

ЕТИЧНИ ПРОБЛЕМИ НА РАЗПРЕДЕЛЕНИЕТО НА РЕСУРСИТЕ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

СЛУЧАИТЕ:

- i. 52-годишен пациент с метастатичен карцином и висок социално-икономически статус, който винаги при консултации в кабинетите и при лечението му иска да бъде обслужен с предимство, тъй като „стои по-горе от другите пациенти и по право му се полага“ да бъде винаги обслужван първи. На срещата пациентът обяснява, че е „свикнал да е началник и му е трудно да овладява нетърпението си, че не приема диагнозата си и трудно се приспособява към новата ситуация в живота му на болен човек, който все по-трудно може да се обгрижва сам. Съпругата му допълва, че пациентът е млад човек и са притеснени за здравето му и за това, че няма да успеят да направят всички необходими консултации за лечението му.*
- ii. 66-годишна пациентка, чийто съпруг отказва да се грижи за нея и да остане като придружител в отделението. Съпругът заявява пред лекуващия лекар, че „не е измикярин“, за да я повдига и да се грижи за нея. Персоналът в отделението „за какво е тук?“ Не можел да се грижи за нея и в къщи и затова я довел в отделението.*
- iii. 83-годишен пациент в увредено общо състояние, незрящ, се нуждае от постоянен мониторинг на състоянието и болногледач до леглото му. Близките отказват да останат до него или да намерят някой друг болногледач. Отделението изпитва недостиг на болногледачи.*
- iv. 65-годишна пациентка с метастатичен карцином и прогноза за близък летален изход е хоспитализирана и се провежда активно палиативно лечение. Близките искат пациентката да бъде настанена в самостоятелна стая, както е в страните в Западна Европа и по света, да има постоянен пост от лекар и сестра при нея.*
- v. 57-годишен пациент, изпитващ недоверие към извършващите му се манипулации. Неспазва режима необходим за дозирането на лекарствата с перфузор и постоянно го изключва. Нервен, възбудим, не може да стои на едно място дълго време, а му е наложен постоянен режим на легло.*

ИЗХОДЪТ:

- i. Макар и озадачен и обиден от тази среща, пациентът се съгласява да коригира поведението си и да е по-търпелив като зачита и правата на останалите пациенти.*
- ii. След етичната среща съпругът „наема“ една от санитарките да обгрижва жена му в неработно си време.*
- iii. След етичната среща синът на пациента довежда близка жена за болногледач.*
- iv. Пациентката остава в отделението в стая с три легла само с придружителите си.*
- v. Пациентът се информира за необходимостта да спазва режима и да не изключва перфузора, но отделението не разполага с персонал, който непрекъснато да го наблюдава да не компрометира лечението.*

ЕТИЧНИ И ЗАКОНОВИ ПОСТАНОВКИ:

И в трите случая се касае за недостиг на човешки ресурси, а в някои от ситуациите и за недостиг на материални ресурси (самостоятелни стаи за пациентите). Здравната система използва различни ресурси за удовлетворяване на здравните потребности на населението за постигане на определен резултат. Обикновено при дискусии около разпределението на здравни ресурси фокусът е върху материалните и финансови измерения. Факт е обаче, че в цял свят се изпитва недостиг на здравни кадри. Този недостиг е особено остър в определени сфери, към които са и палиативните грижи. Бидейки интензивни общи грижи за терминално болни пациенти и семействата им, палиативните грижи предразполагат към синдром на изпепеляване и не са предпочитана сфера за много от медицинските специалисти. Съгласно препоръките на Международната асоциация по хосписни и палиативни грижи оптималното съотношение медицински сестри/пациенти в хосписите¹ е 1/1,5, което е обосновано с необходимостта от индивидуални грижи. У нас не само, че постигането на такова съотношение е имагинерно, но и много малка част от пациентите, нуждаещи се от палиативни грижи, могат да се възползват като здравноосигурени лица от клиничната пътека за палиативни грижи при терминално онкологично болни. В такава ситуация и при най-добро желание и мениджърски умения, персоналят на отделението по палиативни грижи не би могъл да удовлетвори всички желания на пациенти и близките им за самостоятелни помещения и персонален обгрижващ персонал. Следователно, гореописаните казуси представят класическа ситуация на налагащ се избор на приоритети. На какво да се базира изборът?

Съгласно Декларацията на СМА за правата на пациента, право №1 „Право на медицински грижи от добро качество“:

„В случаите, когато трябва да се прави избор между потенциални пациенти за конкретно лечение, което е в ограничен достъп, всички такива пациенти имат право на справедлива процедура за подбор за това лечение. Такъв избор трябва да се опира на медицински критерии и да се извършва без дискриминация.“

¹ Отделенията за палиативни грижи са една от организационните форми на хосписи съгласно класификацията на Международната асоциация за хосписни и палиативни грижи

На това основание екипът на отделението за палиативни грижи справедливо е подходил при пациента с по-висок социално-икономически статус, поставяйки го при равни условия с останалите пациенти, чакащи за същата процедура. Други възможни подходи за ранжиране на пациентите в такава ситуация са:

- ✓ Според мястото в списъка на чакащите, за което няма данни в казуса;
- ✓ Според спешността, при което пациентът не се откроява като по-спешен от останалите, макар че той самият и съпругата му изразяват тревожност, че той е твърде млад и дали ще успеят да направят всичко възможно за него. При всички случаи това не е смисълът за „спешност“, заложен в теорията на нуждите.
- ✓ Според шансовете на успех на терапията, която теория е приложима най-вече при избор на реципиент за трансплантация. В случая няма как да преценим дали този пациент има повече шансове за успеваемост на терапията от останалите. Но дори и да имаме такава информация, всеки един пациент с терминално заболяване има право на хуманни терминални грижи съгласно Декларацията на СМА, а също и по смисъла на чл. 95 от Закона за здравето. Следователно, този критерий не е подходящ за ранжиране на пациенти, нуждаещи се от палиативни грижи. Аналогично неприложими са и различните идеи за прилагане на възрастта на пациента като критерий за разпределение на ресурси.

В останалите четири случая става дума за недостигащ персонал за оказване на индивидуални грижи. Проведените етични срещи са довели до достигане до оптимално решение в организационен план. Екипът не се е „изкушил“ да „съди“ пациента във втория случай за поведението му и изказването му, а се е фокусирал върху организационното измерение на ситуацията и подsigуряването на грижите за пациентката. Макар че от чисто хуманна гледна точка има какво още да се желае в тази ситуация, медицинските работници не са в позиция да „превъзпитават“ пациентите или близките им.

ИЗВОДИ:

Ситуациите на недостигащ ресурс в здравеопазването изправят екипите пред трудни избори на индивидуално ниво. Водещи ориентири в тези случаи са идеите за социална справедливост, според които пациентите имат равни права на достъп до качествени медицински грижи без дискриминация. Евентуално ранжиране на пациентите почива на медицински критерии.

ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

ИЗВОДИ

1. Световният и европейски опит в разрешаването на възникващите все по-сложни етични дилеми в медицината, породени от развитието на нови технологии, променящите се ценности и практики, е наложил утвърждаването на клиничната етична консултация като научнообоснован подход за подпомагане на медицинските професионалисти в достигането до аргументирани решения на етичните проблеми в клиничната практика.
2. Данните от проведеното проучване сред 405 лекари с различни специалности в УМБАЛ-Плевен и 4 регионални многопрофилни болници относно опита им в разрешаване на етични проблеми и мнението и отношението им към провеждане на етични консултации убедително доказват, че клиницистите у нас срещат непрекъснато етични проблеми в практика си, макар и да не разпознават и квалифицират всички от тях като етични такива.
3. При разрешаването на етични проблеми лекарите в наблюдаваните лечебни заведения предпочитат да разчитат предимно на собствената си преценка или да търсят съвет от колега, имащ отношение към проблема или от ръководителя на съответното клинично звено. Това подчертава необходимостта от *подходящо обучение на лекарите в областта на клиничната етика, за да бъдат те в състояние да разрешават етичните проблеми в съответствие с изказаните предпочитания.*
4. Макар и да не се познава същността на клиничната етична консултация, данните от проучването показват, че у лекарите в наблюдаваните лечебни заведения съществуват цялостно положителни нагласи към етичното консултиране. *По-доброто обучение по биоетика ще повиши чувствителността към етичните проблеми и може да послужи за основа на изграждане на възходящ модел на клинична етична консултация.*
5. Сред необходимите качества, които би следвало да притежава етичният консултант, лекарите поставят на първо място адекватната клинична компетентност, което в съчетание с предпочитанията им за получаване на съвет от колега, подкрепя заключението в полза на подобряване на обучението по етика на бъдещите лекари. Именно от това съсловие е най-вероятно да се развият бъдещите успешни клинични етични консултанти, а добре обучените студенти биха се справяли по-успешно с етичните проблеми в бъдещата си практиката в контекста на една изключителна динамика в развитието на медицинските технологии, обществените и професионални ценности.
6. Резултатите от 5-годишното приложение на разработената оригинална авторска методология за решаване на етични казуси свидетелстват, че студентите в специалност „Медицина“ българоезично и англоезично обучение в МУ-Плевен овладяват успешно анализа на етични казуси. Над 85% от студентите се справят с етичния анализ на редовна изпитна сесия и показват висок успех - делът на много добрите и отлични оценки е 60,3% при БЕО и 49,3% при АЕО.

7. При анализа на етични казуси в изпитна ситуация студентите изпитват най-много трудности във връзка с ясното дефиниране на моралния проблем, добавянето на допълнителна релевантна медицинска информация, изчерпателното изясняване на приложимите етични и законови документи, разгърнатото приложение на принципализма, в това число по-широката интерпретация на принципа на благодеяние и стилово оформяне на крайното решение. Определено влияние върху посочените трудности има разполагането на учебната дисциплина „Медицинска етика“ в ранните курсове на обучение, когато студентите не са навлезли достатъчно в реалната клинична обстановка. Удачно би било хоризонтално и вертикално разделение на курса по биоетика в рамките на цялото обучение по медицина.
8. Основната част от студентите (90% от БЕО и 88,5% от АЕО) се справят с фазата на предлагане на етично решение без пропуски или само с една забележка. На фона на пропуските в предходните фази, обаче, този резултат е със спорно значение и може да бъде отдаден в по-голяма степен на позоваването на вътрешния морален опит, а не на добра теоретична подготовка. Това потвърждава необходимостта от по-нататъшно подобряване на обучението на бъдещите лекари, за да бъдат те в състояние в реалната клинична практика да изграждат аргументация, която да защитава взетите решения не само в рамките на медицинския екип, но и пред пациентите, техните близки, професионалното съсловие, ръководството на лечебното заведение и обществеността.
9. Студентите са постигнали най-висок успех при анализ на казуси от тематичната област „Етика на изследователската работа“, което е ценно от практическа гледна точка предвид разгръщането на клинични и нетерапевтични проучвания понастоящем у нас и ангажирането на почти всеки лекар в изследователска работа.
10. Резултатите от нашите наблюдения потвърждават наличието на полови различия при справяне с етични дилеми в полза на жените, което е установено и от други автори.
11. Обект на бъдещ изследователски интерес би било справянето на обучените студенти в методология на анализ на етични казуси с решаването на реалните етични проблеми в практиката им като пълноправни лекари и членове на медицински екип.
12. Една от най-важните части на настоящия дисертационен труд е отговорът на въпроса приложима ли е методология на провеждане на клинична етична консултация в български условия. Данните от третия етап на проучването дават положителен отговор на този въпрос.
13. След предоставяне на подходящи информационни материали и презентации от водещия изследовател, в 6 разнообразни подбрани клинични звена са проведени 69 успешни етични срещи. Основната част от тях са първи по поредност (87%) със средно 4 участващи лица и продължителност 36 минути, която е значително по-кратка от данните на Европейската мрежа по клинична етика за средна продължителност на дискусивно време от 120 минути.

14. Повече от половината (59,4%) от етичните срещи са проведени във връзка със случаи на пациенти във възрастовата група от 50 до 79 години, което се обяснява със структурата и специалността на включените в проучването звена.
15. Най-честите етични проблеми, при които е приложена методологията за вземане на етични решения, са от сферата на информираното съгласие, моделите на взаимоотношения в клиничната практика, права на пациента и персонала, разпределение на недостигащи ресурси.
16. В клиничните срещи са участвали широк кръг лица: лекари, медицински сестри и акушерки, пациенти, роднини и близки на пациенти и други лица – общо 286 души. Във всички срещи е участвал лекар, което е важно условие за свикване на срещите съгласно методологията, тъй като от медицинския персонал лекарят е този, който има правомощия да взема решения за терапията и носи отговорност за тях. В 15% от срещите лекарят е бил в ръководна функция (началник клиника/отделение/изпълнителен директор). В повече от половината от срещите (55,07%) участва повече от един лекар, а в 17 срещи (24,6%) – и консултиращ лекар. Тези данни показват предимно медицински фокус на обсъжданията и преобладаване на съображенията около „медицински доброто“ и ненанасянето на вреда. Това заключение се потвърждава и от данните за най-честите причини за свикване на етичните срещи, от които 31,9% се отнасят за избор на лечение сред налични варианти.
17. Причините за неувереност и несигурност за действията на лекаря, които превръщат срещата от чисто клинична в етична, са наличието на замесени немедицински фактори, които имат значение в хода на лечението, както и фактори, застрашаващи благополучието и интересите на въвлечените лица. Това се потвърждава от данните за събраната при всеки от случаите социална информация и информация за критериите за риск от недолекуване и неравно лечение, както и за свръхлечение. Отчита се засилване на чувствителността към други идеи за добро за пациента, различни от традиционно отчитаното „медицински добро“.
18. Голяма част от пациентите, за чиито случаи се е наложило свикване на етични срещи, са от „типичния граничен тип“ тежки случаи, за които има данни в европейския и световен опит по етично консултиране. При болшинството (73,9%) от тях е отчетено натоварване във връзка с лечението, рискове от усложнения (81,2%), значителна нужда от обгрижване (55,1%), очаквано бързо влошаване (52,2%), дългосрочна неблагоприятна прогноза до летален изход (78,2%), прогресивно намаляващо качество на живот (47,8%).
19. В 34,8% от проведените срещи като резултат е постигнат консенсус между екипа и пациента (законните представители); в 27,5% от срещите се е изяснила ситуацията в екипа и с пациентите/роднините, а в 15,9% от срещите ситуацията е изяснена вътре в екипа. Налице е съгласуваност в данните за резултатите от проведените етични срещи и причините за свикването им, което гарантира валидност на получената информация.

20. Като цяло обхванатата група случаи не е изложена на риск от неравно лечение: полиморбидност има само в 26,1% от случаите, 12 пациента (17,4%) живеят сами, 9 (13,0%) са от етническо малцинство, 16 (23,2%) са с нисък социално-икономически статус, само 1 случай е на пациент с деменция. Риск от свръхлечение се отчита в 26,0% от случаите, които са основно при пациенти с терминални заболявания, чиито близки настояват „да се направи всичко възможно за тях“, както и в случаи на „ненужна хоспитализация“ по съображения от социален и психологически характер.
21. Налице са предпоставки за изпълнимост на взетото по време на етичната среща решение: в 56,5% от случаите клиничното звено има пълна възможност за реализиране на решението; в 63,8% няма времеви ограничения, които да компрометират възможността за обмисляне на решението или неговото изпълнение; в 49,3% няма недостиг на персонал, а в 17,4% такъв не е отчетен.
22. От попълнените 195 анкетни карти за обратна връзка е получена положителна оценка за протичането на етичните срещи. Моралният проблем е бил добре определен според 95,4% от участниците. Същият дял участници смятат, че е била предоставена възможност за свободно изразяване на мнение по време на среща, а 93,3% са изразили мнение, че ценностите и предпочитанията на пациента са били изяснени.
23. Цялостна удовлетвореност от срещата са изразили 171 участници (87,7%), а като полезна я преценяват 167 участници (85,6%). Най-значими отчетени ползи са „по-добро изясняване на проблема“ (26,4%) и „подобро общуване в екипа“ (20,8%).
24. По мнение на участниците етичните срещи са били ефективни. Според 90,8% от участниците моралният проблем е напълно или частично разрешен, като при вземането на решението са отчетени предпочитанията на пациента (88,7%). В подкрепа на ефективността на срещите е и мнението на всички без един от участниците, за които това е била поредна среща, че с всяка следваща такава по-лесно достигат до разрешаване на етичните проблеми. От лицата, които се включват за първи път в етична среща 80% биха се включили отново.
25. Мненията за полезността на информационната брошура са основно положителни (75,4%) при 23,6% участници, които са дали отговор „не мога да преценя“. На базата на отправените препоръки и собствените заключения от приложението на материалите се разработиха два варианта на информационната брошура за вземане на решения в рамките на етични срещи по повод на пациенти-деца и терминално болни.

ПРЕПОРЪКИ

Към медицинските университети

1. Да се оптимизират учебните програми по дисциплината „Медицинска етика“ за студенти специалност „Медицина“ като се въведе задълбочено изучаване на методология за етичен анализ на клинични казуси. МУ-Плевен да поеме инициативата за организиране на семинар с преподавателите по медицинска етика от другите медицински университети за запознаване с разработената методология за анализ на етични казуси в обучението по медицинска етика и представяне на резултатите от натрупания 5-годишен опит с цел внедряване на методологията и в други учебни структури.
2. Да се приложи модулен принцип на преподаване с основен теоретичен курс по дисциплината във втори курс, а катедрите по основните клинични дисциплини да включват в своите учебни програми обсъждане на етични проблеми, свързани с внедряването на нови диагностични и лечебни технологии в медицинската практика. Катедрите по клиничните дисциплини да бъдат подпомогнати в разработването и провеждането на тези обсъждания от академичния състав на катедрите/секторите по Медицинска етика към съответните университети.
3. Да се предложи въвеждане в учебните планове на специалност „Медицина“ на избираема учебна дисциплина „Етика на вземане на решения в клиничната практика“ в последните курсове на обучение, която да предлага надграждане над основния теоретичен курс на обучение по медицинска етика.
4. В плановете за следдипломно обучение на медицинските университети да се въведат курсове по „Клинична етика“ и „Медицинско право“, в чиито програми да се заложи изучаване на методология за етичен анализ на клинични казуси.

Към Българския лекарски съюз и ръководствата на лечебните заведения

5. Български лекарски съюз да въведе улеснена и необвързана със заплащане система за присъждане на кредити за преминати курсове на следдипломна квалификация по клинична етика и медицинско право за практикуващите лекари.
6. Етичното образование и подготовка да се включи като основно изискване в правилата за добра медицинска практика.
7. Да се въведе задължително изискване за обучение по медицинска етика/биоетика на членовете на етичните комисии в лечебните заведения.
8. Български лекарски съюз и ръководствата на лечебните заведения в страната да създадат условия за постепенно въвеждане на апробираната методология за вземане на решения при етични дилеми в клиничната практика и да се насърчи прилагането ѝ с цел приобщаване към положителния опит в тази насока в рамките на Европейския съюз и другите напреднали страни.

ПРИНОСИ

Приноси с теоретико-познавателен и методичен характер

1. Проведено е първото по рода си проучване на опита във вземането на етични решения и нагласите за въвеждане на етична консултация сред лекари в болнични заведения у нас.
2. Проведено е първото по рода си у нас апробиране на методология за вземане на етични решения в клиничната практика.
3. За първи път у нас е направен системен анализ на уменията на голям брой студенти в две форми на обучение от специалност „Медицина“ за етичен анализ на клинични казуси на основата на натрупан 5-годишен изследователски и преподавателски опит по внедряването на авторска методология за етичен анализ, при което са отчетени много добри резултати и са направени препоръки за по-нататъшно подобряване на обучението по медицинска етика/биоетика.
4. На фона на липсата на литература на български език по същността и практиката на клинична етична консултация извършеният в литературния обзор задълбочен критичен анализ на световния и европейски опит може да бъде ценен източник в обучението на университетско и следуниверситетско ниво, в това число и в етичните комисии към професионалните съсловни организации и болничните етични комисии.

Приноси с приложен характер

1. Разработен е и е апробиран в 5 последователни академични години оригинален метод за етичен анализ на клинични казуси при студенти в специалност „Медицина“.
2. Разработена е и е апробирана оригинална карта за оценка на етичен анализ.
3. Адаптиран е инструментариум (протокол за етична среща и бланка за визуализиране на проблема) за вземане на етични решения в клиничната практика на място.
4. Адаптирана е информационна брошура „Клинична етика – основни насоки за вземане на етични решения до болничното легло“.
5. Разработени са информационни брошури за вземане на етични решения в клиничната практика при пациенти-деца и при терминално болни пациенти.
6. Разработени и апробирани са оригинални въпросници за оценка на проведени етични срещи.

СПИСЪК НА НАУЧНИТЕ ПУБЛИКАЦИИ И СЪОБЩЕНИЯ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Публикации, свързани с дисертационния труд

1. **Aleksandrova, S.** Survey on the Experience in Ethical Decision-making and Attitude of Pleven University Hospital Physicians Towards Ethics Consultation. - *Medicine, Health Care and Philosophy. A European Journal*, 2008, vol.11, №1, pp. 35-42. IF=0.91
2. **Aleksandrova, S.** Experience in Ethical Decision-making and Attitude of Regional Hospital Physicians Towards Ethics Consultation. In: *Clinical Ethics Consultation: Theories & methods - implementation – evaluation*. J. Schildmann, J.S. Gordon and J. Vollmann (Eds.). England, Ashgate, 2010, pp. 175-187. [SCOPUS Indexed]
3. **Aleksandrova-Yankulovska, S.** Application of Methodology for Ethical Case Analysis to a Case of 62 Year Old First-time Mother. - *Revista Romana de Bioethica*, 2014, vol.2, №12, pp. 29-36. IF=1.00. [SCOPUS Indexed]
4. **Александрова, С.** Анализ и разрешаване на етични казуси. - *Сестринско дело*, 2009, том 41, №1, с. 34-40.
5. **Александрова-Янкуловска С.** Методи за разрешаване на етични казуси. - В: Ръководство за практически упражнения по биоетика. Първо издание. Издателски център на МУ-Плевен, 2010, с. 7-19.
6. **Александрова-Янкуловска, С.** Анализът на етични дилеми като част от обучението по биоетика. В: Европейските етични стандарти и българската медицина. Сборник статии, София, 2014, с. 579-583.
7. **Александрова-Янкуловска, С.** Нови аспекти на интерес в областта на клиничната етична консултация. - *Обща медицина*, 2014, том XVI, №2, с.23-29.
8. **Александрова-Янкуловска С.** Гласът на пациента във фокуса на клиничната етична консултация. - *Обща медицина*, 2014, том XVI, №4, с.36-43.
9. **Александрова-Янкуловска С.** От лекционната зала към болничната стая. - *Challenging The Law*, професионален правен сайт (ISSN 1314-7854), Публикувано на 13.04.2014.
10. **Александрова-Янкуловска С.** Френски модел на клинична етична консултация – характеристика и примери. - *Социална медицина* (под печат)
11. **Александрова-Янкуловска С., Г. Стоянова.** Подход за клинична етична консултация при случай на установен Даун синдром у плода. - В: Европейските етични стандарти и българската медицина. Сборник статии, София, 2014, с. 510-515.
12. Велчева, Р., **С. Александрова-Янкуловска.** Подход за клинична етична консултация при случай на сурогатство в семейството. - *Challenging The Law*, професионален правен сайт (ISSN 1314-7854), 23.02.2014.
13. Abbasi, H., **S. Aleksandrova-Yankulovska.** Infringing patient autonomy. - In: *Ethical decision-making in health care*. S. Aleksandrova-Yankulovska and H. ten Have (Eds). Pleven, Publishing center of Medical University of Pleven, 2014, pp. 9-15.

14. Bahar, Z., **S. Aleksandrova-Yankulovska**. Huntington's chorea and IVF. - In: Ethical decision-making in health care. S. Aleksandrova-Yankulovska and H. ten Have (Eds). Pleven, Publishing center of Medical University of Pleven, 2014, pp. 33-37.
15. Balasubramaniyam, C., **S. Aleksandrova-Yankulovska**. Surrogate motherhood counseling. - In: Ethical decision-making in health care. S. Aleksandrova-Yankulovska and H. ten Have (Eds). Pleven, Publishing center of Medical University of Pleven, 2014, pp. 37-43.
16. Chalkiadakis, G., **S. Aleksandrova-Yankulovska**. Experimental treatment on a child. - In: Ethical decision-making in health care. S. Aleksandrova-Yankulovska and H. ten Have (Eds). Pleven, Publishing center of Medical University of Pleven, 2014, pp. 59-65.
17. Kaab, A., **S. Aleksandrova-Yankulovska**. Request for abortion without informing the husband. - In: Ethical decision-making in health care. S. Aleksandrova-Yankulovska and H. ten Have (Eds). Pleven, Publishing center of Medical University of Pleven, 2014, pp. 19-25.

Съобщения, свързани с дисертационния труд

1. **Aleksandrova S.** Survey on the experience in ethical decision-making and attitude of Pleven University hospital physicians towards ethics consultation, *Report at the Second International Conference: Clinical Ethics Consultation, 17 – 20 March, 2005, Basel, Switzerland*. Abstract Book, p. 150
2. **Aleksandrova, S.** Survey on the experience in ethical decision-making and attitude of regional hospital physicians towards ethics consultation. *Conference „Clinical Ethics Consultation: theories & methods - implementation - evaluation”, 11 – 15 February 2008, Bochum, Germany*
3. **Aleksandrova, S.** What Do Clinicians, Who Are Not Familiar with CEC, Expect from It? Some Data. *4th International Conference on Clinical Ethics and Consultation “Clinical Ethics and Consultation: Knowledge and Skills”, Special Focus: European Perspectives Regarding Clinical Ethics Consultation. September 4, 2008, Rijeka, Croatia*
4. **Aleksandrova-Yankulovska S., T. Vekov.** Obstacles to effective ethics education of medical professionals in Bulgaria. *UNESCO Chair of bioethics 9th World conference “Bioethics, medical ethics and health law”, Royal Continental Congress Center, Naples, Italy, November 19-21, 2013, Book of abstracts, p. 39*
5. **Aleksandrova-Yankulovska, S.** Why I should not have a child at 62 years of age? - In: Programme and abstract book from *10th International Conference on Clinical ethics consultation, Paris, 24-26 April 2014, p.18*
6. **Aleksandrova-Yankulovska, S.** Traditional versus innovative approaches of teaching bioethics in Medical University of Pleven. – In: Abstract book from *2nd International Conference on Ethics Education, Ankara University, Faculty of Medicine, 21- 23 May 2014, Ankara, Turkey*
7. **Александрова С.** Поглед върху различни методи за разрешаване на етични казуси. *Юбилейна научна сесия „60 години Медицински Университет – Пловдив, 10-11 Ноември 2005, Сборник резюмета, стр. 209.*
8. Велчева Р., **Александрова-Янкуловска С.** Подход за клинична етична консултация при случай на сурогатство в семейството. *Първа национална конференция по биоетика и биоправо „Тяло и достойнство“, 18-19 октомври 2013, София.*
9. **Александрова-Янкуловска С.** От лекционната зала към болничната стая. *Първа национална конференция по биоетика и биоправо „Тяло и достойнство“, 18-19 октомври 2013, София.*

10. **Александрова-Янкуловска С.**, Стоянова Г. Подход за клинична етична консултация при случай на установен Даун синдром у плода. *Девета национална конференция с международно участие „Европейските етични стандарти и българската медицина“*, 25-26 октомври 2013, София.
11. **Александрова-Янкуловска С.** Анализът на етични дилеми като част от обучението по етика. *Девета национална конференция с международно участие „Европейските етични стандарти и българската медицина“*, 25-26 октомври 2013, София.
12. **Александрова-Янкуловска, С.** Клинична етична консултация – традиции и перспективи. Пленарен Доклад. Юбилейна научна конференция „Обществено здравеопазване – традиции и перспективи“, Варна, 30-31 май 2014.

Цитирания на публикации, свързани с дисертационния труд

Aleksandrova, S. Survey on the Experience in Ethical Decision-making and Attitude of Pleven University Hospital Physicians Towards Ethics Consultation. - *Medicine, Health Care and Philosophy. A European Journal*, 2008, vol.11, №1, pp. 35-42. IF=0.91

1. Reiter-Theil S., G. Agich. Research on Clinical Ethics and Consultation. Introduction to the Theme. - *Medicine, Health Care and Philosophy*, 2008, vol.11, №1, pp.3-5.
2. Caminiti, C., F. Diodati, A. Gatti et al. Current Functions of Italian Ethics Committees: A Cross-Sectional Study. - *Bioethics*, 2011, vol.25, №4, pp.220-227.
3. Dörries, A., P. Boitte, A. Borovecki et al. Institutional Challenges for Clinical Ethics Committees. - *HEC Forum*, 2011, vol.23, №3, pp. 193-205.
4. Greenberg, R.A., K.W. Anstey, R. Macri et al. Bioethics Consultation Practices and Procedures: A Survey of a Large Canadian Community of Practice. - *HEC Forum*, 2014, vol.26, №2, pp. 135-146.
5. Newhouse J.J., E.R. Balotsky. Factors Motivating Hospital CEOs to Commit to Ethical Interaction in Their Institutions: A Quantitative Analysis. - *Journal of Leadership, Accountability & Ethics*, 2013, vol. 10, №2, pp. 46-54.
6. Borovečki, A., K. Makar-Ausperger, I. Francetić et al. Developing a Model of Healthcare Ethics Support in Croatia. - *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 2010, vol. 19, № 03, pp. 395-401.
7. Newhouse, J.J., E. Balotsky. What Motivates Hospital CEOs to Commit to Ethical Integration in Their Organization. - *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 2013, vol. 22, №4, pp. 346-354.
8. Pfafflin, M., K. Kobert, S. Reiter-Theil. Evaluating Clinical Ethics Consultation: A European Perspective. - *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 2009, vol.1, pp. 406-419.
9. Agich G. Clinical ethics as practice. - *Journal International de Bioethique*, 2009, vol.20, №4, pp. 15-24.
10. Covan J., J. Haslam. Is it good to talk? Telephone help-lines for health professionals can support effective and safe working practices. - *Clinical Governance An International Journal*, 2008, vol. 13, №4, pp.320-325.