

«Волгоградский государственный медицинский университет»

Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического  
факультетов



**Научно-исследовательская работа**  
**«О медицинской деонтологии и врачебной этике».**

Выполнила: студентка 9  
группы, 1 курса,  
Педиатрического факультета  
Григорьева Д.Ф.

Волгоград – 2018 г.

## Содержание

Введение.....	3
1.Традиционные нормы и правила медицинской деонтологии.....	3-6
2 Особенности медицинской этики и деонтологии в отделениях.....	6-10
3. Современные правила этики и деонтологии .....	10-12
4.Вывод.....	12
5.Список литературы .....	13

## **Введение**

Медицинская этика и деонтология представляют собой особенности медицинской деятельности, основанной на взаимном доверии больного и медицинского работника, которому больной добровольно вверяет свое здоровье, а иногда и жизнь.

Медицинская этика (греч. *ethos* — обычай, нрав, характер) как часть общей этики рассматривает вопросы нравственности врача, включая совокупность норм его поведения и морали, чувство профессионального долга и чести, совести и достоинства.

Медицинская этика охватывает и определенные нормы поведения медицинского работника в быту, его культуру, человеколюбие, физическую и моральную чистоплотность.

Под медицинской деонтологией (греч. *deon* — должное) понимают принципы поведения медицинских работников, направленные на максимальное повышение пользы лечения и устранение последствий неполноценной медицинской работы. Деонтология является частью медицинской этики, медицинской морали.

Однако в настоящее время новейшие достижения медицинской науки и техники заставляют несколько с другой точки зрения рассматривать традиционные нормы медицинской деонтологии. Былой принцип "врач—больной" заменяется новым "врач—прибор—больной", а потребность больного в чутком и внимательном отношении медицинского работника, в его добром слове, вселяющем надежду, не уменьшилась, а еще более увеличилась.

### **Традиционные нормы и правила медицинской деонтологии**

1. Модель Гиппократов («не навреди»).

Принципы врачевания, заложенные «отцом медицины» Гиппократом (460-377гг. до н.э.), лежат у истоков врачебной этики как таковой. В своей знаменитой «Клятве», Гиппократ сформулировал обязанности врача перед пациентом.

## 2. Модель Парацельса («делай добро»).

Другая модель врачебной этики сложилась в Средние века. Наиболее четко ее принципы были изложены Парацельсом (1493-1541гг.). В отличие от модели Гиппократа, когда врач завоевывает социальное доверие пациента, в модели Парацельса основное значение приобретает патернализм - эмоциональный и духовный контакт врача с пациентом, на основе которого и строится весь лечебный процесс.

В духе того времени отношения врача и пациента подобны отношениям духовного наставника и послушника, так как понятие pater (лат. - отец) в христианстве распространяется и на Бога. Вся сущность отношений врача и пациента определяется благодеянием врача, благо в свою очередь имеет божественное происхождение, ибо всякое Благо исходит свыше, от Бога.

## 3. Деонтологическая модель (принцип «соблюдения долга»).

В основе данной модели лежит принцип «соблюдения долга» (deontos по-гречески означает «должное»). Она базируется на строжайшем выполнении предписаний морального порядка, соблюдение некоторого набора правил, устанавливаемых медицинским сообществом, социумом, а также собственным разумом и волей врача для обязательного исполнения. Для каждой врачебной специальности существует свой «кодекс чести», несоблюдение которого чревато дисциплинарными взысканиями или даже исключением из врачебного сословия.

## 4. Биоэтика (принцип «уважения прав и достоинства человека»).

Современная медицина, биология, генетика и соответствующие биомедицинские технологии вплотную подошли проблеме прогнозирования и управления наследственностью, проблеме жизни и смерти организма, контроля функций человеческого организма на тканевом, клеточном и субклеточном уровне. Поэтому как никогда остро стоит вопрос соблюдения прав и свобод пациента как личности, соблюдение прав пациента (право выбора, право на информацию и др.) возложено на этические комитеты, которые фактически сделали биоэтику общественным институтом.

#### 5. Принцип информированного согласия.

Нравственная ценность автономии оказалась столь высока, что благодеяние врача вопреки воле и желанию пациента ныне считается недопустимым. Центром движения за права пациентов явилась больница, символизирующая всю современную медицину с ее разветвленностью, насыщенной разнообразной аппаратурой и повышенной уязвимостью пациента.

Американская ассоциация больниц стала активно обсуждать вопросы прав пациентов и одобрила билль о правах пациентов в конце 1972 г. Среди прав пациента, принятых Американской ассоциацией больниц, первостепенное значение имеет право на информацию, необходимую для информированного согласия.

Под информированным согласием понимается добровольное принятие пациентом курса лечения или терапевтической процедуры после предоставления врачом адекватной информации. Можно условно выделить два основных элемента этого процесса: 1) предоставление информации и 2) получение согласия.

Врачу вменяется в обязанность информировать пациента:

- 1) о характере и целях предлагаемого ему лечения;
- 2) о связанном с ним существенном риске;
- 3) о возможных альтернативах данному виду лечения.

В целом поворот к доктрине информированного согласия стал возможен благодаря пересмотру концепции целей медицины. Традиционно считалось, что первая цель медицины - защита здоровья и жизни пациента. Однако нередко достижение этой цели сопровождалось отказом от свободы больного, а значит, и ущемлением свободы его личности. Пациент превращался в пассивного получателя блага.

Главная цель современной медицины - благополучие пациента, и восстановление здоровья подчинено этой цели как один из составляющих элементов.

Уважение автономии индивида является одной из основополагающих ценностей цивилизованного образа жизни. Любой человек заинтересован в том, чтобы принимать решения, влияющие на его жизнь, самостоятельно.

Таким образом, сегодня самоопределение индивида есть высшая ценность, и медицинское обслуживание не должно являться исключением.

### **Особенности медицинской этики и деонтологии в отделениях.**

В самых распространенных в клинической медицине терапевтических отделениях, как правило, находятся больные самого различного профиля — с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, почек и другие. Нередко их болезненные состояния требуют длительного лечения.

Длительный отрыв от семьи и привычной профессиональной деятельности, а также тревога за состояние своего здоровья вызывают у них

комплексе различных психогенных реакций. В результате психогений усложняется течение основного соматического заболевания, что в свою очередь ухудшает психическое состояние больных. Кроме того, в терапевтических отделениях на обследовании и лечении находятся больные с жалобами на деятельность внутренних органов, нередко даже не подозревая того, что эти соматические нарушения психогенного характера.

В клинике внутренних болезней постоянно приходится иметь дело с соматогенными и психогенными нарушениями. В тех и других случаях больные высказывают большое число различных жалоб и очень настороженно относятся к своему состоянию.

Соматогенно обусловленные психические нарушения чаще возникают у тревожно-мнительных больных с ипохондрической фиксацией на своем состоянии. В их жалобах, помимо обусловленных основным заболеванием, много невротоподобных: на слабость, вялость, быструю утомляемость, головную боль, нарушение режима сна, страх за свое состояние, чрезмерную потливость, сердцебиение и др. У таких больных отмечаются различные аффективные нарушения в виде периодически возникающей тревоги и тоски различной степени выраженности. Такие нарушения часто приходится наблюдать у больных с гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, у лиц, страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Невротоподобная симптоматика нередко маскирует клинику основного заболевания. В результате больные обращаются к специалистам различного профиля, однако облегчение от назначенного лечения наступает не всегда, что обостряет их невротическую и ипохондрическую настроенность.

При тяжелых декомпенсациях сердечной деятельности, при циррозе печени и уремии могут развиваться психотические состояния с галлюцинаторно-

бредовыми переживаниями. Психотическое состояние может возникнуть и у соматических больных на фоне высокой температуры, обусловленной как осложнением болезненного процесса, так и присоединением инфекционного заболевания (чаще гриппа). В этих случаях можно наблюдать психотические состояния типа делирия, аменции и онейроида. Особого внимания заслуживает психотическое состояние у пожилых людей, страдающих гипертонической болезнью. На высоте подъема артериального давления у них могут возникнуть динамическое нарушение мозгового кровообращения, предынсультное состояние и инсульт. В клинической картине у таких больных в первую очередь отмечается нарушение ориентировки и сознания типа оглушения. Больные не ориентируются в окружающем, с трудом отвечают на поставленные вопросы, иногда у них появляются нарушения речи (стереотипные вопросы или повторение слов), развивается тревожно-беспокойное состояние.

Больные с соматогенными психическими нарушениями требуют особого внимания, так как, помимо помощи, обусловленной основным заболеванием, им необходимо проводить лечение по поводу вторичных невротоподобных или психотических расстройств. Следует помнить, что такие больные могут болезненно реагировать даже на предложение проконсультироваться у психотерапевта, а некоторые считают это предложение оскорбительным. К многочисленным жалобам и просьбам больных нужно относиться терпимо, проявлять психотерапевтический подход, который является для них одним из важнейших методов лечебного воздействия. Иногда многочисленные жалобы и просьбы больных остаются вне поля зрения лечащего врача, так как во время нахождения врача в больнице само его присутствие действует успокаивающе на больного, а ухудшение наступает во вторую половину дня и вечером. Ни в коем случае не надо говорить больным, что им следует лечиться у психотерапевта или намекнуть им на их невротические расстройства. Это приведет к нарушению



контакта с больным, обиде и жалобам с его стороны и даже усилению невротических расстройств теперь уже ятрогенного характера.

Больные с функциональными соматическими нарушениями невротического генеза обращают на себя внимание обилием различных жалоб: «грудь теснит», «колет в сердце», «резко учащается сердцебиение», «сердце работает с перебоями», «тяжесть в области желудка», «простреливающая боль в области живота», «затруднен выдох», «резь над лобком и частые мочеиспускания» и др.

В отличие от невротоподобных соматогенно обусловленных состояний при невротических расстройствах, помимо довольно часто отмечающейся личностной реакции в виде тревожной мнительности и эмоциональной лабильности, всегда имеются различные психогении. Они чаще бывают семейно-бытового, сексуально-личностного или производственного характера. Возникновение их обусловлено тяжелыми для личности отрицательными эмоциональными перегрузками. Возникающие невротические расстройства переносятся больными не менее тяжело, чем различные соматические болезни. Больные обращаются к различным специалистам, проходят тщательное клиническое и лабораторное обследование (ЭКГ, фонокардиография, рентгеновское и др.) в терапевтическом стационаре. При общении с такими больными врач должен быть особенно внимателен и соблюдать принципы психотерапии. На многочисленные жалобы он должен отвечать, что болезненные расстройства постепенно исчезнут при назначении соответствующего лечения. Больному необходимо разъяснить, что лекарственные средства, назначаемые врачом, имеют положительное действие.

Особого внимания заслуживают депрессивные нарушения различной степени выраженности — от легкого угнетенно-подавленного настроения до выраженной депрессии. Во время этих состояний нередко возникают

суицидальные мысли и попытки. При выявлении подобных расстройств у больных врач должен немедленно провести с больным беседу, направленную на укрепление веры больного в правильности и действенности назначенного лечения.

### **Современные правила этики и деонтологии**

Работа в отделении или в стационаре должна подчиняться строгой дисциплине, должна соблюдаться субординация, то есть служебное подчинение младшего по должности к старшему.

Медицинский работник в отношении к больным должен быть корректным, внимательным, не допускать панибратства.

Врач должен быть специалистом высокой квалификации, всесторонне грамотным. Сейчас больные читают медицинскую литературу, особенно по своей болезни. Врач должен в такой ситуации профессионально и деликатно общаться с больным. Неправильные действия врачей или медицинского персонала, неосторожно сказанное слово, анализы или истории болезни, ставшие доступным больному, могут привести к фобии, то есть боязни того или иного заболевания, например, канцерфобия - боязнь заболевания раком.

К деонтологии относится сохранение врачебной тайны. Её сохранение относится не только к врачам, но и медперсоналу, студентам, то есть всем тем, кто контактирует с больными.

С медицинской деонтологией тесно связана ятрогения - это болезненное состояние, обусловленное деятельностью медицинского работника. Если человек мнительный, психологически неустойчив, то ему легко внушить, что у него есть какое-либо заболевание, и этот человек начинает находить у себя различные симптомы мнимого заболевания. Поэтому врач должен убедить больного в отсутствии мнимых болезней. К ятрогении относят заболевания и

повреждения, возникшие в результате неправильных действий или лечения больного. Так, к ятрогенным заболеваниям можно отнести гепатит, развившийся после инфузии зараженной крови или плазмы. К ятрогенным повреждениям относят травмы внутренних органов при полостных операциях. Это повреждение селезенки при резекции желудка, пересечение холедоха при холецистэктомии и др. К деонтологии относится и отношение с коллегами. Нельзя критиковать или давать оценку действиям коллеги в присутствии больного. Замечания коллегам необходимо делать при необходимости с глазу на глаз, не подрывая авторитета врача. Врач в своей работе не должен замыкаться в себе, обсуждение вызывающих у лечащего врача случаев следует производить коллегиально. Никогда не стоит говорить больному о том, что этот консультант плох, если он не соглашается с вашим диагнозом. Если при совместном с коллегами обследовании возникли разногласия - обсудить их необходимо в ординаторской, а потом, на основании истины, достигнутой в споре, необходимо сообщить общее мнение больному именно так: "Мы обсудили и решили ...". При постановке диагноза, определении показаний и противопоказаний, выборе метода операции врач должен советоваться. Не случайно все будущие операции обсуждаются коллегиально. То же относится к выбору тактики во время манипуляций. Если во время манипуляции врач сталкивается с непредвиденной ситуацией, техническими сложностями, аномалией развития, то он должен советоваться, вызвать старшего коллегу, при необходимости попросить его участие в дальнейшем ходе действий.

Взаимоотношения со средним и младшим медперсоналом должно быть демократичным - они знают и слышат все - необходимо привлечь их на свою сторону. Воспитайте у них правильный ответ на все вопросы: "Я ничего не знаю, спросите у лечащего врача". Тем более все эти вопросы не должны громогласно обсуждаться и выдаваться кому бы то не было. Кроме того, должно быть воспитано чувство долга, ответственности, доброжелательности; даны необходимые знания и навыки.

Тактика врача, его поведение всегда должны строиться в зависимости от характера больного, уровня его культуры, тяжести заболевания, особенностями психики. С мнительными больными необходимо обладать терпением; все больные нуждаются в утешении, но в то же время в твердой уверенности врача в возможность излечения.

Взаимоотношения врача с родственниками самая сложная проблема медицинской деонтологии. Если заболевание обычное и лечение идет хорошо допустима полная откровенность. При наличии осложнений допустим корректный разговор с ближайшими родственниками.

### **Вывод**

Понятие врачебной этики и деонтологии многозначно. Это и отношения с пациентом, рождающиеся и базирующиеся на глубокой обратной связи. Это и контрапункт между больным и обществом, родными, знакомыми, сослуживцами. Очень важно помнить, что врач обладает огромнейшей властью над больным человеком, поскольку пациент доверяет ему свою жизнь. В этой подчас беспредельной власти - одна из волшебных граней привлекательности и величайшей ответственности. Для хорошего человека - это неограниченное пространство добра и сострадания, но не дай бог такую власть - корыстному и злему человеку!

## Список литературы

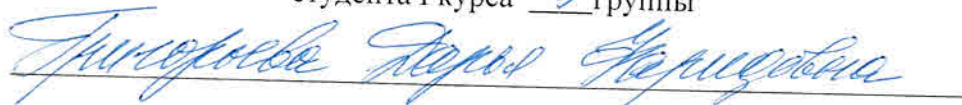
1. Медицинская этика: учеб. пособие для студентов, по спец.: "Леч. дело", "Педиатрия", "Стоматология", "Мед. -профил. дело", "Мед. биофизика", "Мед. биохимия", "Мед. кибернетика", "Фармация" / В. Н. Сапёров. - М.: БИНОМ, 2014. - 232 с. - Библиогр. с. 232.

2. Нравственное воспитание / сост.: Мандриков В. Б., Краюшкин С. И., Дериченко О. А., Пятиконнова А. М.; под. ред. В. И. Петрова // Внеучебная и воспитательная работа ВолгГМУ (2008 - 2013 гг.). - Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2013. - С. 46-56.

3. Роль профессионально значимых установок в коммуникации врач-пациент / К. Черемушникова// Белова Л. И. История медицины в собраниях архивов, библиотек и музеев. - Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2016. - С. 135-142.

## Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренную программой практики «Производственная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (помощник младшего медицинского персонала, научно-исследовательская работа)» на кафедре хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов по специальности 31.05.02 Педиатрия студента I курса 4 группы



Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведённого анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, последовательно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан удовлетворительный анализ. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал достаточен для решения поставленных задач, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики,  
доцент кафедры хирургических  
болезней педиатрического и  
стоматологического факультетов, к.м.н.



В.А. Голуб