


<p>ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития России Кафедра детских болезней педиатрического факультета</p> 	<p>Производственная практика по получению умений и опыта профессиональной деятельности (помощник младшего медицинского персонала, научно- исследовательская работа)</p>	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Научно-исследовательская работа на тему

«Деонтология в хирургии»

Выполнил обучающийся 1 курса 4 группы
По специальности 31.05.02 Педиатрия
Еськов Константин Владимирович

Волгоград 2018 год.

Содержание:

Введение _____	с. 3
1. Деонтология медицинская _____	с. 5
2 Хирургическая этика и деонтология _____	с. 7
3. Основные принципы хирургической деонтологии, и ее основоположники _____	с. 13
4. Медицинская этика и деонтология при уходе за больными _____	с.15
4.1 Основные деонтологические принципы	
4.2 Основные принципы взаимоотношений между медицинскими работниками	
4.3 Основные принципы взаимоотношений между медицинскими работниками и больными _____	с.16
4.4 Взаимоотношения медицинских работников с родственниками и близкими больных	
4.5 Деонтологические аспекты обучения студентов _____	с.19
5 Выводы. Деонтология в хирургии _____	с.20
6.Список литературы. _____	с.21

Введение.

Деонтология медицинская (*греч. deon, deontos* должное, *надлежащее* + *logos* учение) совокупность нравственных норм профессионального поведения медицинских работников.

Понятия «медицинская деонтология» и «медицинская этика» не тождественны.

Проблема долга — одна из основных проблем медицинской этики; соответственно деонтология является отражением этических концепций, но она имеет более прагматический и конкретный характер. Если медицинская этика не несет в себе специфики, обусловленной той или иной врачебной специализацией (не существует отдельно этики терапевта, этики хирурга и т.д.), то деонтология обрела черты специализации, обусловленные ее прикладным характером, взаимосвязью с той или иной медицинской профессией (различают деонтологию хирурга, педиатра, онколога, рентгенолога, венеролога и т.д.).

Термин «деонтология» предложен английским философом Бентамом (J. Bentham) в 19 в. для обозначения теории нравственности. Однако основы деонтологии были заложены еще в медицине древнего мира.

В каждую историческую эпоху в соответствии с господствовавшей в данном обществе моралью принципы деонтологии имели характерные особенности, но тем не менее общечеловеческие, внеклассовые этические нормы медицинской сущностью - стремлением облегчить страдания и помочь больному человеку, оставались незыблемыми.

Принципы деонтологии определялись также уровнем развития медицинской науки, от которого во многом зависят действия врачей. Так, в Древней Индии рекомендовалось братья залечение только такого человека, болезнь которого излечима; от неизлечимых больных следовало отказываться, как и от не выздоровевших в течение года.

Неоценимую роль в развитии деонтологии сыграл Гиппократ. Ему принадлежат максимы: «Где любовь к людям, там илюбовь к своему искусству», «Не вредить», «Врач-философ подобен богу». «Клятва Гиппократа» пережила века. Гиппократ впервые обратил внимание на вопросы должного отношения врача к родственникам больного, к своим учителям, взаимоотношений между врачами. Деонтологические принципы, сформулированные Гиппократом, получили дальнейшее развитие в работах Асклепиада, Цельса, Галена и др.

Примечательно, что II Международный деонтологический конгресс (Париж, 1967), счел возможным рекомендовать дополнить клятву единственной фразой: «Клянусь обучаться всю жизнь!».

III Международный конгресс «Врачи мира за предотвращение ядерной войны» (1983) внес предложение дополнить национальные и международные кодексы о профессиональном моральном долге врача, в основе которых

лежит «Клятва Гиппократа», пунктом, обязывающим медиков бороться против ядерной катастрофы.

В современных условиях вопросам деонтологии во всех странах уделяют большое внимание. Принят ряд деклараций, кодексов, правил, которые призваны определить этические нормы поведения врачей. Во многих странах (Франции, ФРГ, Италии, Швейцарии, США и др.) существуют национальные деонтологические кодексы.

Ряд документов носит международный характер. К ним следует отнести Женевскую декларацию (1948), Международный кодекс медицинской этики (Лондон, 1949), Хельсинкско -Токийскую декларацию(1964, 1975), Сиднейскую декларацию (1969), декларацию, касающуюся отношения врачей к пыткам (1975), и др.

Однако в международных документах по вопросам деонтологии не всегда учитываются конкретные условия жизни той или иной страны, национальные особенности.

Международный кодекс медицинской этики (Международный кодекс по деонтологии), конкретизировавший ряд положений Женевской декларации, одобрен генеральным директором ВОЗ и является наиболее распространенным документом, на который ссылаются многие исследователи проблем медицинской деонтологии.

В нем обращается внимание на вопросы оплаты врачебной помощи, на недопустимость переманивания пациентов, саморекламы и т. п.[1,8,9]

Цель научно-исследовательской работы: Изучить феномен медицинской деонтологии. Выявить основные принципы хирургической деонтологии.

Задачи научно-исследовательской работы:

Провести анализ источников и определить:

1. личностные качества, необходимые медицинскому работнику при уходе за больным;
2. основные принципы взаимоотношений между медицинскими работниками;
3. основные принципы взаимоотношений между работниками и больными;
4. деонтологические аспекты обучения студентов;
5. взаимоотношения медицинских работников с родственниками и близкими больных.

1. Деонтология медицинская

Медицинская деонтология охватывает широкий круг проблем, связанных с взаимоотношениями медиков с больными, их близкими, со здоровыми людьми (практические мероприятия), а также между собой в процессе лечения больного. Должное отношение врача к больному предполагает доброжелательность, сострадание, максимальную отдачу своих умений и знаний, основанных на высоком профессионализме в постоянном самосовершенствовании.

Главный принцип в отношении врача к больному состоит в следующем: относись к заболевшему так, как хотелось бы, чтобы относились в аналогичном положении к тебе.

Отношение медиков к родственникам больного предполагает приобщение их к борьбе за выздоровление заболевшего, а также попытки смягчить переживания близких больному людей в случаях, когда лечение неэффективно.

При этом следует учитывать психотравмирующий эффект болезни на родственников больного, их реакцию на неблагоприятный исход заболевания, возможности и желание сотрудничать с врачами.

Научно-технический прогресс обусловил возникновение ряда новых нравственных проблем в области деонтологии, в частности касающихся отношений медиков между собой, что существенно сказывается на эффективности медпомощи. Научно-техническая революция и специализация в медицине резко увеличили число врачей и средних медработников, принимающих участие в лечебно-диагностическом процессе.

Поэтому возросло значение сотрудничества между ними. На многих научных форумах, посвященных проблемам, обсуждался вопрос о том, что медицинская техника, аппаратура, многочисленные лабораторные анализы отдалили врача от больного и обезличили пациента. Это явление получило название дегуманизации, или «ветеринаризации», медицины. Ухудшаются возможности психотерапии, часто возникают ситуации, когда лечат болезнь, а не больного.

Все это создает предпосылки для нарушения изначальных принципов, служащих основой врачебной деятельности.

В таких условиях потребность больного в сердечном отношении к нему медиков еще более возросла.

При всем том, что техника, особенно компьютерная, способствует объективизации диагностического, лечебного и прогностического процессов, медицина была и остается сплавом науки и искусства.

В условиях возросших возможностей медицинской науки и практики

появились новые проблемы, связанные с медицинской генетикой, регуляцией рождаемости и прерыванием беременности, экспериментами на людях.

Последний вопрос специально освящен в Нюрнбергском кодексе, Хельсинкско-Токийской декларации и решениях XV конференции Совета международных организаций медицинских наук (Манила, 1981), одобрены специальным комитетом ВОЗ.

Согласно этим документам, интересы испытуемых должны всегда превалировать над интересами науки и практики.

Гуманистическая направленность документов, касающихся экспериментов на людях, безусловно, заслуживает положительной оценки.

Однако никакой документ не может предусмотреть всего, что связано с такими исследованиями, в частности индивидуальную переносимость, степень добровольности согласия испытуемого и др.

Поэтому необходима конкретизация и разработка моральных норм применительно к проявляющимся новым типам экспериментов.

Практическим решением этой задачи занимаются национальные и международные организации, в некоторых случаях с участием не только медиков, но и представителей общественности.

В связи с развитием здравоохранения возникает ряд новых вопросов, связанных с соблюдением врачебной правды и врачебной тайны. Врачебная правда предполагает такую информацию для больного и близких ему людей, которая не приносит вреда.

Что же касается врачебной тайны, то вследствие увеличения числа лиц, имеющих доступ к информации о больном (врачи различных специальностей, регистратор, статистик, другой медперсонал, представители профсоюзной организации и др.), эта проблема выходит за рамки только врачебной. Поэтому правильнее говорить о медицинской тайне. Кроме того, возросшая образованность пациентов обуславливает их повышенный интерес к диагнозам, результатам исследований, прогнозу болезни.

Медицинская тайна предполагает неразглашение сведений о болезни (если это не противоречит интересам общества) не только окружающим, но в ряде случаев и самому больному. Надо беречь пациента от тех сведений, которые могут нанести вред его психике и способности бороться с болезнью. Не соблюдение медицинской тайны медиками влечет за собой меры общественного воздействия.

В особых случаях, повлекших за собой тяжелые последствия, возможно привлечение виновного к уголовной ответственности. Успехи реаниматологии, возросшие возможности длительного поддержания функций ряда органов и систем при необратимом прекращении функции головного мозга, потребности трансплантации органов вынесли на повестку дня целый ряд серьезных морально этических и юридических проблем, связанных с определением достоверных критериев наступления смерти и поведением врача у постели умирающего.

Несоблюдение норм нравственности само по себе не является предметом юриспруденции, в качестве судей выступает общественность, а если проступок не обусловлен не корригируемыми особенностями личности медработника - собственная совесть.

Преступления медиков рассматриваются в уголовных кодексах с учетом особенностей той или иной страны. Серьезные нравственные конфликты возникают в связи с врачебными ошибками.

За рубежом (США, ФРГ, Франция и др.) участились случаи предъявления врачам иска по поводу запоздалой госпитализации, неправильного лечения и т.п.

В 1956 г. в Гаване совместным научным комитетом в составе Международного комитета Красного Креста, Международного комитета по военной медицине и фармации. Всемирной медицинской ассоциации при участии в качестве наблюдателя ВОЗ были приняты «Положения на период вооруженного конфликта». Документ гласит, что требования деонтологии в период вооруженного конфликта идентичны принципам деонтологии в мирное время. Врач обязан оказывать необходимую помощь больному независимо от его расы, национальности, вероисповедания, политических убеждений, принадлежности к той или иной воюющей стороне.

Медицинскую деонтологию нельзя рассматривать в отрыве от отношения общества к медикам. Возросшая образованность людей, большие возможности ознакомления с медицинской литературой, не всегда правильно проводимое гигиеническое, воспитание населения, которое порой превращается в упрощенное обучение самодиагностике и самолечению, привели к некоторой «деромантизации» медицинских профессий среди населения.

Профессия врача предполагает органичное сочетание гуманизма, высоких нравственных качеств и глубоких профессиональных знаний.

Многие медики правильно сознают свой моральный долг перед обществом. Не случайно врачи многих стран мира принимают участие в борьбе за мир на Земле, за предотвращение ядерной катастрофы.

В 1985 г. движению «Врачи мира за предотвращение ядерной войны» Присуждена Нобелевская премия мира.[2,7]

2. Хирургическая этика и деонтология

Хирургия опирается на научные данные анатомии, физиологии, биохимии, микробиологии, ручной, инструментальной и электрической техники, непрерывно развивающиеся и упрощающие осуществление трудных и технически наиболее сложных хирургических вмешательств (на сердце, на магистральных сосудах, на центральной нервной системе и на всех других органах). Больно раня человеческий организм, глубоко проникая в его ткани и органы, хирург достигает вершин своих возможностей лишь в том случае, когда он руководствуется высшими проявлениями бескорыстной

заботы о больном человеке и притом как об его теле, так и состоянии его психики.

Для полноценной хирургической работы недостаточно иметь анатомические знания, специальное оснащение и хорошую хирургическую технику. Кроме этого, необходимо соблюдать целый ряд принципиальных установок и практических правил поведения, без выполнения которых резко выделяются мрачные, устрашающие стороны хирургической работы и снижаются ее положительные результаты.

Хирургия, по своей сущности, почти всегда порождает со стороны пациента, кроме местной болевой реакции, такую сложную совокупность разнообразных душевных переживаний (беспокойство или твердость духа, доверие или недоверие, терпение или нетерпение, благодарность или озлобление), что хирург казался бы никак не может забыть о тех вполне реальных связях, какие существуют между внутренним миром, настроением, психикой человека и протекающими в его организме соматическими процессами. Однако на самом деле нередко можно видеть, что эти связи иногда забываются, не учитываются хирургами, а отсюда возникает опасность пренебрежения психикой больных, жестоко отражающегося на течении соматических процессов, т. е. на способности человека преодолевать болезнь или переносить ее с наименьшим для себя вредом. Особенно ясными становятся изложенные соображения для российских хирургов, чья практическая работа проникнута глубокими физиологическими мыслями И.П. Павлова и его учеников. Известно, какое огромное влияние оказывают стимулы, исходящие от высших мозговых центров, на течение соматических процессов в организме; даже такие общетканевые процессы, как окисление или проницаемость животных мембран, могут изменяться под влиянием условных рефлексов. Стимулы, исходящие от мозговой коры, оказывают свое влияние как на физиологические, так и на патологические процессы во всем теле (К.М. Быков цит. по [4]). Перенося эти широко известные данные физиологов в область хирургии, следует заключить, что и течение послеоперационных репаративных процессов находится под непосредственным влиянием кортикальных стимулов. Следовательно, создание благоприятно стимулирующих условных рефлексов улучшает, а создание неблагоприятных, угнетающих впечатлений ухудшает течение репаративных процессов, т. е. сказывается отрицательно на последствиях хирургических операций. При этом замечательно то, что «условный раздражитель может действовать на рецепторный прибор доли секунды, а реакция будет продолжаться несколько часов и даже несколько дней» (К.М. Быков цит. по [4]), т. е. даже очень кратковременные воздействия внешнего мира на нашу психику могут надолго изменять течение соматических процессов.

Совершенно ясно, что к области хирургии полностью приложимы те указания выдающихся русских врачей (С.П. Боткин, Г.С. Захарьин, В.А. Манассеин, В.М. Бехтерев и др.), основная сущность чьих мыслей сводится к

тому, что неполноценными являются чисто соматические или чисто психотерапевтические лечебные мероприятия и что только сочетание лечение тела и психики может быть признано вполне рациональным и эффективным.

При осуществлении лечения хирургических больных в центре внимания врачей стоят операции и перевязки, антисептические, антибиотические, ортопедические и другие мероприятия. Однако психотерапии уделяется в хирургии совершенно недостаточное внимание; наоборот, для психогенной травматизации больных существуют большие возможности, однако недостаточно ясное представление имеют хирурги о большом вреде, порождаемом психогенной травмой.

Основной задачей дальнейшего изложения является обсуждение тех систематических мероприятий, которые должны быть осуществляемы для повышения полезности и для снижения вредных сторон хирургических воздействий.

Главными из этих мероприятий являются следующие:

Гармоническая постановка работы, основанная на разумном распределении прав и обязанностей основных работников хирургического учреждения.

Постоянный учет значения психики больных для исхода проводимого лечения и охрана этой психики, причем следует избегать всякой устранимой психической травмы.

Согласование научных знаний о различных болезнях с конкретными особенностями каждого подлежащего лечению больного, т. е. установка возможно более полного индивидуального диагноза и выработка ясного плана предполагаемого лечения.

Добросовестное проведение в жизнь принципа «хирургия для больных, а не больные для хирургии».

Выявление и обсуждение совершаемых ошибок и накопление таким образом опыта за счет собственной работы, соответствующей подготовке хирурга, а не за счет оперируемых больных -- путем смелости хирурга, превышающей его умелость.

Разумеется, нельзя думать, что начинающий хирург, ознакомившись с изложенными мыслями по перечисленным вопросам, получит готовые ответы на основные вопросы о правилах своего поведения, в связи с хирургической работой. Это, конечно, невозможно. Пусть он сможет получить хотя бы только основные, принципиальные установки для выработки таких ответов.

Совокупность знаний в интересующей нас области и надлежащее осуществление их в хирургической практике и обозначается термином «хирургическая деонтология», т. е. «учение о должном в хирургии».

Термин «медицинская, в том числе и хирургическая деонтология» не имеет точного общепринятого определения.

В медицине западных стран это понятие нередко отождествляется с так называемой «врачебной этикой».

В специальном руководстве А. Молля врачебная этика определяется как учение о нравственной ценности поступков врача в сфере его профессиональной деятельности.

В действительности понятие о врачебной этике совсем не совпадает с гораздо более широким понятием о медицинской и, в частности, о хирургической деонтологии. Эта последняя включает в себе то самое главное, что государство и общество вправе требовать и должно требовать от всех медицинских работников в дополнение к их профессиональным знаниям и технической сноровке.

Врачебная этика стран Западной Европы предназначена, в первую очередь, для охраны интересов врачей.

Медицинская, в том числе и хирургическая деонтология в современном обществе направлена, прежде всего, на улучшение постановки лечения больных.

Распознавание и лечение хирургических заболеваний и уход за хирургическими больными, для полноценного своего осуществления, больше чем в какой-либо другой области медицины, требуют соблюдения обязательных правил специально продуманной и прочувствованной деонтологии. Именно в области хирургии почти всякое активное действие, даже одно слово врача, а нередко и среднего и младшего медицинского персонала, таит в себе угрозу немалых опасностей для пациента, начиная от физической боли и инфекции до тяжелых психических травм.

Под медицинской, в том числе и хирургической деонтологией нужно понимать учение о принципах поведения медицинских работников отнюдь не для достижения их индивидуального благополучия, а для максимального повышения полезности хирургического лечения и вместе с тем для максимального снижения операционной травмы.

На вопросы хирургической деонтологии стали постепенно обращать все более пристальное внимание; эти вопросы приобретают определенное место в преподавании хирургии и проведении хирургической работы, главным образом благодаря их связи с физиологическим учением И.П. Павлова.

Только широкое торжество идей павловского «нервизма» сделало для всех ясным, что охрана психики больных должна осуществляться систематически на всех этапах того пути, который проходят больные - от поликлиники до операционной. При этом самые большие, хорошо оснащенные столичные хирургические клиники так же нуждаются в соблюдении принципов деонтологии, как и хирургические отделения сельских больниц.

Важнейшие вопросы, которые следует рассмотреть, это - обязанности и взаимоотношения работников хирургических отделений, необходимые для обеспечения гармонии в работе, вопросы поведения всего медицинского персонала, влияющего на психику хирургических больных, мероприятия по

обеспечению продуманной диагностики и установки показаний к применению наиболее рациональных методов лечения с соблюдением принципа строгой индивидуализации.

Для правильного решения задач хирургической деонтологии необходима правильная организация работы в хирургических отделениях. Полная слаженность и гармоничность хирургической работы основывается на ясном и глубоком понимании всем персоналом медицинских учреждений своих обязанностей и взаимоотношений между собой и с больными.

Необходимо, подчеркнуть, что с деонтологических позиций совершенно недопустимо учиться выполнению ряда манипуляций (инъекций, клизм и других) сразу на больных. Эти практические навыки следует сначала многократно отработать на соответствующих муляжах и только затем применять в клинических условиях. В противном случае выполнение тех или иных манипуляций без предварительной основательной подготовки может повлечь за собой осложнения и даже ухудшение состояния больного.

Деонтологические принципы обуславливают и определенные требования к внешнему виду медицинских работников, осуществляющих уход за больными. На работе необходимо пользоваться сменной обувью.

Халат должен быть безукоризненно чистым и выглаженным. Волосы рекомендуется аккуратно заправлять под шапочку или косынку. Ногти должны быть подстрижены очень коротко. Несвежий, мятый халат, уличная обувь, грязные руки и плохо подстриженные ногти недопустимы с точки зрения санитарии и гигиены и, кроме того, производят на больных удручающее впечатление.

Весьма осторожно и умеренно необходимо пользоваться косметическими и парфюмерными средствами, так как у больных с непереносимостью различных веществ (аллергией) они могут вызвать ухудшение состояния - спровоцировать приступ бронхиальной астмы, крапивницу.

Уход за больными предполагает и определенные правила общения с пациентами. Надо иметь в виду, что больные люди нередко становятся возбудимыми, раздражительными, вспыльчивыми, капризными, а иногда, напротив, подавленными и безучастными. При уходе за такими пациентами важно проявить максимум внимания, успокоить их, разъяснить необходимость соблюдения режима, регулярного приема лекарственных препаратов, убедить в возможности выздоровления и улучшения состояния.

Нарушение деонтологических принципов общения с больными может привести к развитию у них так называемых ятрогенных заболеваний. Под ятрогенными болезнями или ятрогениями понимают заболевания или состояния, обусловленные неосторожными высказываниями или поступками медицинских работников, неблагоприятно воздействовавшими на психику больного. Такие заболевания развиваются чаще всего у мнительных пациентов, т. е. относящихся к своим ощущениям с повышенным чувством тревоги, которые даже в относительно безобидных медицинских терминах и симптомах видят указания на наличие у них серьезного заболевания.

Подобные ощущения могут возникнуть иногда даже у студентов медицинских институтов, начинающих изучать симптомы заболеваний, и при чтении специальной медицинской литературы, когда человек «обнаруживает» у себя описываемые в книгах признаки болезней.

Предупреждению ятрогений способствуют, с одной стороны, тщательные разъяснительные (психотерапевтические) беседы с ними, а с другой стороны, соблюдение максимальной осторожности в разговоре с больными.

К деонтологическим аспектам ухода за больными можно отнести также и необходимость строгого сохранения врачебной тайны. Медицинским работникам подчас могут стать известными сведения о больном, носящие глубоко личный, интимный характер, которые они не имеют права разглашать. Данное требование ни в коей мере не относится к тем ситуациям, когда в процессе наблюдения за больным выявляются обстоятельства, которые могут представлять опасность для других людей (сведения об инфекционных и венерических заболеваниях, отравлениях и т. д.).

В таких случаях медицинские работники, напротив, обязаны незамедлительно сообщить полученные сведения в соответствующие органы.

Работа в хирургическом 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: канцерофобия - боязнь заболевания раком.

К деонтологии относится сохранение врачебной тайны. В ряде случаев приходится скрыть от больного его истинное заболевание, например рак.

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

Есть правило: "Слово лечит, но слово может и калечить". Врачебная тайна не распространяется на родственников больного. Врач должен сообщить родственникам истинный диагноз, состояние больного и прогноз.

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.

Хирург в своей работе не должен замыкаться в себе. Хирургия более чем другая отрасль медицины является коллегиальной. Хирург должен не гнушаться любым советом, будь то от старшего или младшего. При постановке диагноза, определении показаний и противопоказаний, выборе

метода операции хирург должен советоваться. Не случайно все будущие операции обсуждаются коллегиально. .

То же относится к выбору тактики во время операции. Если во время операции хирург сталкивается с непредвиденной ситуацией, техническими сложностями, аномалией развития, то он должен советоваться, вызвать старшего коллегу, при необходимости попросить его участие в дальнейшем ходе операции.[4]

3. Основные принципы хирургической деонтологии, и ее основоположники

По определению И. А. Касирского, деонтология — проблема медицины, включающая в себя вопросы взаимоотношений между врачом и больным, врачебной этики, чисто профессиональные, лечебной тактики, психотерапевтического воздействия врача на больного, поведения больного по отношению к врачу и всему медицинскому персоналу. Творцами отечественной хирургической деонтологии, с которых надо брать пример врачам, являются выдающиеся отечественные хирурги Н. И. Пирогов, Н. В. Склифосовский, В. И. Разумовский, С. И. Спасокукоцкий, А. В. Вишневский, Н. Н. Бурденко, С. П. Федоров, В. А. Оппель, С. С. Юдин, Н. Н. Петров, П. А. Герцен, С. Р. Миротворцев, Ю. Ю. Джанелидзе, И. И. Греков, А. Н. Бакулев и др. Значительный вклад в развитие отечественной деонтологии и хирургической науки внесли и белорусские хирурги К. И. Гибен-таль, К. И. Грум-Гржимайло, Ф. Б. Абрамович, М. П. Соколовский С. М. Рубашов, Е. В. Корчиц, Н. Т. Петров, В. О. Морзон, В. В. Бабук, П. Н. Маслов, Т. Е. Гнилорыбов, Н. И. Бобрик, А. А. Грейман, И. М. Стельмашонок, Н. М. Янчур и др.

Врач обязан, согласно существующему законодательству, строго сохранять врачебную тайну, если она не представляет угрозы обществу. Одним из важных принципов хирургической деонтологии является охрана психики больных. Нельзя сообщать больному о предполагаемом или установленном диагнозе опасного для жизни онкологического заболевания. Информация о диагнозе и прогнозе должна быть представлена больному в понятной для него и в то же время не вызывающей особой тревоги форме. Если излечение болезни достижимо только посредством операции, то надо настаивать на ней, разъясняя больному возможность неблагоприятного исхода при отказе от вмешательства. Более настойчивым должен быть хирург при отказе больного от госпитализации в случае острых заболеваний органов брюшной полости. Главным лицом в хирургической службе учреждения является заведующий хирургическим отделением — ведущий хирург поликлиники. Доступность ведущего хирурга для всех сотрудников отделения — важное условие для обеспечения хорошо поставленной хирургической работы. В число качеств, которыми должен обладать хирург,

входит умение своевременно признавать свои ошибки и анализировать их причины с ординаторами, постоянно повышать квалификацию свою и сотрудников.

Заведующий хирургическим отделением должен постоянно следить за состоянием и оснащением операционно-перевязочного блока и всех помещений, предназначенных для пребывания больных. Между врачами-ординаторами, близкими по квалификации, работа должна распределяться равномерно. Известно, что строгого параллелизма между числом, сложностью произведенных операций и ростом молодого хирурга не существует. Лучшей основой для обучения хирурга являются ассистенция при операциях, выполняемых опытными хирургами, совершенствование техники наиболее частых, повседневных вмешательств, деловые записи в историях болезни и работа со специальной литературой.

Средний медицинский персонал должен быть подробно информирован о том, в каких пределах можно разговаривать с больным о его заболевании. На вопросы больного о результатах операции или каких-либо исследований медицинская сестра должна рекомендовать ему обратиться к врачу, но во всех случаях ободрить больного и стараться внушить ему уверенность в выздоровлении. В хирургическом отделении важное место занимает операционная сестра. Дефекты ее работы могут привести к тяжким последствиям. Особенно строго операционная сестра должна следить за соблюдением асептики в операционной. О нарушении асептики кем бы то ни было она должна немедленно сообщить старшему из присутствующих хирургов. Хирург должен заблаговременно извещать операционную сестру о предстоящих плановых операциях, порядке их выполнения, необходимом инструментарии и методах обезболивания. Перевязочная сестра отвечает за правильную организацию работы в каждой из имеющихся в отделении перевязочных и строго следит за соблюдением асептики при перевязках. Она должна заботиться о том, чтобы в перевязочной, всегда имелось достаточное количество антисептических препаратов, бинтов, стерильного белья и инструментов для выполнения перевязок, различных процедур и малых операций. В перевязочной для больных всегда существует угроза физической боли как при перевязках, так и при разных манипуляциях. Поэтому все неизбежно болезненные перевязки, особенно требующие смены тампонов, должны производиться с предварительным введением анальгезирующих средств. Это бережет психику больного и снимает гнетущий страх перед очередной перевязкой. Недопустимы глубокие пункции без предварительной анестезии тканей по ходу укола с помощью тонкой иглы. Кроме применения медикаментов, важным психотерапевтическим средством является предварительная беседа врача с больным.

Теплое человеческое слово может оказаться весьма эффективным в плане сохранения его психики. Работа в операционной является важным показателем правильного отношения к больному в данном лечебном учреждении. Приглашать его в операционную необходимо по распоряжению врача, который будет производить ему обезболивание, и в тот момент, когда для этого все уже приготовлено.

Больной не должен видеть окровавленные белье и перевязочный материал, при его появлении в операционной все посторонние разговоры должны быть прекращены. Не следует разъяснять характер заболевания и суть предстоящей операции. Фиксация к операционному столу производится после предупреждения и, конечно же, без применения силы. От всех присутствующих в операционной следует требовать тишины и уважения к месту, где повседневно, решается судьба здоровья и жизни людей. Во время операции необходима также охрана психики оперирующего хирурга. Нельзя задавать ему вопросы, отвлекающие внимание и мешающие его работе. Во время операции недопустимы проявление нервозности, раздражения, нетерпения и, тем более, повышения голоса и грубость. Услышанное больным неосторожное и непродуманное слово врача может стать для него источником ятрогенного заболевания. При операции под местной анестезией надо помнить, что больной слышит все сказанное и потому надо быть крайне осторожным, сведя необходимый по ходу работы разговор до минимума, особенно при обсуждении операционной находки. При выполнении операции спокойствие и точность работы хирурга должны сочетаться с глубоким знанием анатомии и топографии оперируемой области. Также необходимо знание хирургом типичных оперативных приемов, описанных в руководствах по оперативной хирургии и позволяющих избежать излишнего повреждения тканей.[5]

4. Медицинская этика и деонтология при уходе за больными

Первое знакомство больных, их родственников с медицинскими работниками начинается с регистратуры поликлиник, приемных отделений больниц, медсестер и санитарок. Отсюда вытекает необходимость повышения общей культуры лечебных учреждений и их работников.

4.1 Основные деонтологические принципы:

- «Не навреди»;
- «Все, что применяется, должно приносить пользу».

Личностные качества, необходимые медицинскому работнику при уходе за больным:

- высокий профессионализм;

- заботливость и внимание к больным;
- терпеливость;
- вежливость и тактичность;
- высокое чувство ответственности за судьбу больных;
- владение своими чувствами.[6]

4.2 Основные принципы взаимоотношений между медицинскими работниками:

- субординация (система подчинения младшего по должности старшему). Врачебные назначения медицинская сестра должна выполнять неукоснительно, соблюдать дозировку лекарственных веществ, время и последовательность их введения. Небрежность и ошибка могут оказаться опасными для жизни больного и привести к непоправимым последствиям. Недопустимо, чтобы медицинская сестра сама отменяла назначения врача, делала их по своему усмотрению. Она не должна брать на себя ответственность постановки диагноза и лечения больного без назначения врача. Если в состоянии больного наступили изменения, требующие отмены лекарственных веществ или назначения новых препаратов, об этом следует проинформировать врача, который даст соответствующие распоряжения. В экстренных ситуациях при отсутствии врача распоряжения дает медицинская сестра соответствующего подразделения. Средний и младший медицинский персонал других подразделений отделения их должен выполнять немедленно и беспрекословно;

- тактичность, вежливость. Недопустима критика своих коллег в присутствии больных и посетителей. Это подрывает авторитет критикуемого, лишает дальнейшего доверия больных, которые могут преувеличивать значение допущенной ошибки.

- доброжелательность, взаимопомощь и взаимовыручка. Если врач или медицинская сестра чувствуют себя недостаточно подготовленными для выполнения некоторых лечебных или диагностических манипуляций, они должны обратиться за помощью и советом к более опытным коллегам. Вместе с тем, более подготовленные медицинские работники должны помогать осваивать технику различных манипуляций менее опытным коллегам. Зазнайство и высокомерие в отношениях между медицинскими работниками не допустимы.[2,6]

4.3 Основные принципы взаимоотношений между медицинскими работниками и больными

Вежливость. Обращаться к больному следует на «Вы» и по имени, отчеству. В разговоре с больным необходимо следить за содержанием своей речи, интонацией, мимикой, жестиком. Благожелательное отношение к больному не должно переходить в фамильярность.

- Терпеливость. Иногда больные негативно относятся к врачебным назначениям (диагностическим манипуляциям и лечению). В общении с такими пациентами необходимо проявить так и терпение. Недопустимо вступать с ними в пререкания. Необходимо убедить их в необходимости проведения назначенных процедур и выполнить их наиболее щадяще.

- Заботливое отношение к больному способствует восстановлению с ним должного контакта. Реакция медицинского персонала на зов больного должна быть немедленной с быстрым выполнением его обоснованной просьбы.

- В критических ситуациях (профузное кровотечение, остановка сердца и пр.) нельзя допускать паники и растерянности. Действия должны быть четкими, целенаправленными, без суеты.

- Недопустимы крики медицинского персонала на все отделение при обращении друг к другу на большом расстоянии. Необходимо подойти на расстояние, при котором возможен не громкий разговор.

- Поддерживать тишину в отделении, особенно в ночное время. Щадящий режим является обязательным условием успешного лечения. Никакие лекарства не помогут больному, если он не может заснуть из-за громких разговоров, стука каблуков, скрипа каталки.

- Контроль за выполнением пациентами больничного режима.

- У отдельных больных в связи с проведением обследования, операций, перевязок этот порядок может изменяться, но общая схема распорядка остается. Индивидуальный режим поведения каждого больного устанавливает лечащий врач, за соблюдением которого следит палатная медицинская сестра. Нередко отдельные больные, чаще всего выздоравливающие, нарушают лечебный режим: курят в палатах, употребляют спиртные напитки, грубят, ведут себя агрессивно. В таких случаях медицинский персонал должен решительно пресекать нарушения дисциплины, проявлять строгость (но не грубость!).

Иногда достаточно объяснить больному, что его поведение вредит не только ему, но и другим.

- Вселять больному уверенность в выздоровлении.

- Отсутствие чувства брезгливости.

- Наибольшие трудности представляет уход за тяжелобольными с обширными гнойно-гнилостными ранами, желудочными и кишечными свищами, пролежнями, параличами. Такие больные требуют применения специальных способов ухода, частой смены постельного и нательного белья, кормления и отправления физиологических потребностей в постели и т.д. Все это необходимо выполнять квалифицированно, не причиняя пациенту дополнительных болей. При этом медицинский персонал не должен проявлять брезгливость, показывать, что ему неприятно выполнения той или иной процедуры.

- Чуткость, душевная теплота, приветливость.

- Только при искреннем сочувствии к больному, понимании его положения возможно доверие больного. Равнодушных, неуравновешанных людей, не способных к состраданию, нельзя допускать к работе в медицинских учреждениях, особенно в хирургических отделениях. Чёрствость, формальное отношение к труду, самоуверенность, зазнайство, высокомерие и грубость – недопустимые качества для медицинского персонала.

- Должный внешний вид.

Не менее важно также чтобы высокий профессиональный уровень и высокие моральные качества медицинских работников сочетались с их должным внешним видом. Неопрятная одежда, грязный халат, злоупотребление косметикой заставляет больного усомниться в профессионализме медработника. И эти сомнения нередко бывают справедливыми.

Сохранение врачебной тайны – профессиональная обязанность всех медицинских работников. Все, что занесено в историю болезни, доступно и медицинской сестре – история заболевания, результаты обследований и консультаций, протокол операции и пр. Поэтому о характере заболевания осведомлен не только врач, но и палатная медицинская сестра. Нередко больной спрашивает медицинских сестер о своём диагнозе, предстоящей операции, возможных осложнениях. Надо твердо усвоить, что кроме лечащего врача или заведующего отделением никто не должен давать больному объяснений по поводу его заболевания и лечения. Ни в коем случае нельзя сообщать больному о наличии у него неизлечимого заболевания, особенно злокачественной опухоли. Что касается прогноза болезни, то всегда надо высказывать твердую уверенность о благоприятном исходе. Наша задача заключается в том, чтобы душевным, внимательным отношением успокоить больного и вселить ему веру в благоприятный исход предпринимаемого лечения. Гиппократ писал: «Окружи больного любовью и разумным утешением, но главное, оставь его в неведении того, что ему угрожает».

Все сведения, которые медицинская сестра дает больным, должны быть согласованы с врачом. Если сведения полученные от медицинской сестры, будут отличаться от сведений данных врачом, то это вызовет сомнение в достоверности его сообщений и недоверие к нему.

Нередко пациенты вступают в разговор о своей болезни и с младшим медицинским персоналом, получая от него ненужную, иногда вредную информацию, касающуюся неблагоприятных исходов при подобном заболевании у ранее находившихся в отделении больных. Медицинская сестра должна пресекать подобные беседы.

В клятве Гиппократов сказано: «Что бы я не видел, что бы я не слышал при общении с людьми во время отправления своей профессии или даже вне ее, я умолчу о том, что не следует разглашать, считая молчание в данном случае своим долгом».

От сохранения врачебной тайны медицинский работник освобождается при заболеваниях, угрожающих здоровью других людей (сведения об инфекционных и венерических заболеваниях, ВИЧ-инфицировании, заболевании СПИДом, отравлениях и пр.).

Медицинские документы с результатами исследований должны быть недоступны для больного. Неправильная их интерпретация больным может привести к возникновению боязни того или иного заболевания («фобия») – боязни заболевания раком (канцерофобия), заболевания сердца (кардиофобия) и пр. Неумелая беседа, особенно с мнительным больным, может вызвать у него болезненное состояние или заболевание, которое называется ятрогенным заболеванием (от греческого *iатros* – врач, *genes* – порождаемый). [7]

4.4 Взаимоотношения медицинских работников с родственниками и близкими больных

Медицинскому персоналу постоянно приходится общаться с родственниками и близкими людьми больного. Скрывая от больного наличие у него неизлечимого заболевания или наступившее ухудшение состояния, это необходимо сообщить близким родственникам пациента в доступной для них форме. При этом следует помнить, что и среди них могут оказаться больные, для которых эта информация может вызвать ухудшение их состояния. Эту беседу с родственниками проводит только лечащий врач или заведующий отделением.

Особенно осторожно надо давать информацию по телефону, лучше вообще не сообщать каких-либо серьезных, особенно, печальных сведений, лучше попросить родственника приехать в больницу и поговорить с врачом лично. Подробная информация о состоянии больного сослуживцам и знакомым не дается.

Нередко родственники просят помочь в уходе за больным. Близким родственникам можно разрешить посещение тяжелобольного, но нельзя допускать, чтобы они выполняли какие-либо процедуры.[6]

4.5 Деонтологические аспекты обучения студентов

С деонтологических позиций недопустимо обучаться сразу на больных выполнению сложных манипуляций, плохое владение которыми может

привести к серьезным осложнениям: инъекции, клизмы, промывание желудка, катетеризация мочевого пузыря и пр. Вначале эти навыки необходимо освоить на тренажере и только затем применять в клинической практике.[1]

Ошибки и правонарушения при уходе за больными

В процессе ухода за больным могут быть допущены ошибки, которые обычно обусловлены недостаточным опытом или атипичным течением заболевания. Встречаются и медицинские правонарушения вследствие халатного, небрежного выполнения обязанностей – неправильное введение лекарственных веществ, нарушение хранения и учета сильнодействующих, ядовитых и наркотических веществ, неоказание больному помощи без уважительных причин. В зависимости от тяжести правонарушения определяется и вид наказания: выговор, перевод на нижеоплачиваемую работу, увольнение с работы, уголовная ответственность.[2]

6.Выводы. Деонтология в хирургии

Деонтология - наука о долге. В медицинской практике деонтология рассматривается как учение о медицинском долге по отношению к больному. Каждый медицинский работник должен знать, что больной, находящийся в хирургическом отделении, нуждается в должном внимании, особенно если ему предстоит хирургическое вмешательство.

Для правильной подготовки больного к операции следует руководствоваться правилами хирургической деонтологии:

диагноз заболевания должен сообщать больному только врач или заведующий отделением в форме, наиболее доступной для больного и понятной ему;

родственников больного нужно ставить в известность о необходимости операции, особенно если она сопряжена со значительным риском и опасностью;

обращение к больному должно быть максимально предупредительным и тактичным: следует обращаться к нему по имени и отчеству, избегая безличного обращения "больной";

в присутствии больных все медицинские работники должны общаться друг с другом без излишней фамильярности;

как правило, у больного, ожидающего операции, восприятие обострено, поэтому следует избегать резких и недоброжелательных высказываний в его присутствии. Больной очень чувствителен к взглядам, жестам, настроению,

даже к оттенкам интонации голоса медицинской сестры, поэтому она должна проявлять сочувствие в искренней форме, что вселяет в больного бодрость и уверенность в успехе лечения;

умение, такт, выдержка, терпение и доброжелательность - обязательные качества любой медицинской сестры, фельдшера, поэтому при выполнении различных процедур, особенно при оказании экстренной помощи, особенно в палате в присутствии других больных, медицинская сестра должна

действовать спокойно и уверенно, чтобы не вызвать у окружающих тревоги, беспокойства и нервозности;

хранение историй болезни и данных лабораторных, инструментальных исследований должно быть поставлено таким образом, чтобы полностью исключить доступ к ним родственников или случайных лиц;

в кругу родных, знакомых медицинская сестра не имеет права разглашать диагнозы тех больных, которые находятся в отделении, запрещается информировать посторонних лиц об осложнениях или неудачном течении послеоперационного периода.

Необходимо учитывать различия характеров больных и соответственно влиять на психическое состояние каждого пациента. Индивидуальным подходом к больному должен овладеть каждый медицинский работник.[6]

7.Список литературы.

- 1.Билибин Д.Ф. Горизонты деонтологии, Вести. АМН СССР, № 5, с. 35, 1979; Режим доступа: https://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine(Дата публикации на сайте: 2016)
- 2.Грандо А.А. Врачебная этика и медицинская деонтология, Киев, 1988; Режим доступа: https://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine(Дата публикации на сайте: 2016)
- 3.Малая медицинская энциклопедия. — М.: Медицинская энциклопедия. 1991—96 гг. Режим доступа: https://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine(Дата публикации на сайте: 2016)
4. Нестеренко Ю. Деонтология в хирургии. /Хирургические болезни
Режим доступа: <https://www.medeffect.ru/surg/surgsurg-0089.shtml> (Дата публикации на сайте: 2017)
- 5.Основные принципы хирургической деонтологии, и ее основоположники

Режим доступа: <https://studopedia.org/8-205559.html>(Дата публикации на сайте: 2015)

6. Понятие о деонтологии в хирургическом отделении

Режим доступа: <https://studfiles.net/preview/6056611/page:30/> .(Дата публикации на сайте:20.03.2016)

7. Сук И.С. Врачебная тайна, Киев, 1981; Режим доступа: https://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine(Дата публикации на сайте: 2016)

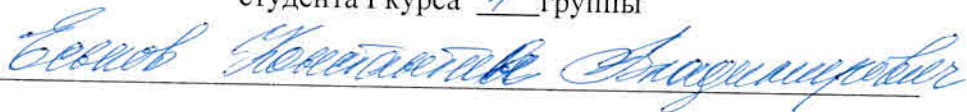
8. Эльштейн Н.В. Диалог о медицине, Таллин, 1986. Режим доступа: https://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine(Дата поступления в ЭК. 27.02.2002
Дата публикации на сайте: 2016)

9. Энциклопедический словарь медицинских терминов. — М.: Советская энциклопедия. — 1982—1984

Режим доступа: https://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine(Дата публикации на сайте: 2016)

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. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведенного анализа выявлены непринципиальные недостатки.

Все разделы отражают вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует низкое знание современного состояния изучаемой проблемы.

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

Объем и глубина литературного обзора указывают на низкий уровень знаний автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы. Сформулированные выводы вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым языком, материалы изложены несвязно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал недостаточно обширен.

Выводы соответствуют полученным результатам, анализ недостаточно глубокий.

Работа представляет собой завершенное научное исследование.

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



В.А. Голуб