



Федеральное государственное  
бюджетное образовательное  
учреждение высшего  
образования «Волгоградский  
государственный медицинский  
университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
Кафедра хирургических  
болезней педиатрического и  
стоматологического  
факультетов

Производственная практика  
по получению  
профессиональных умений  
и опыта профессиональной  
деятельности (помощник  
младшего медицинского  
персонала, научно-  
исследовательская работа)

*(Handwritten signature)*

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА НА ТЕМУ  
**«О МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ И  
ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКЕ»**

**Выполнил:**

обучающийся 1 курса 5 группы

по специальности 31.05.02 Педиатрия

Кулютникова Ульяна Константиновна

Волгоград, 2018

## Содержание

Введение.....	3
Основные проблемы этики.....	4
Правовые документы общего характера и принципов медицинской и биомедицинской этики.....	7
Этические нормы взаимоотношений медицинского персонала и пациента....	9
Основные деонтологические принципы.....	13
Ошибки и правонарушения при уходе за больным.....	14
Понятие общего ухода.....	14
Вывод.....	16
Список литературы.....	17

## Введение.

История медицины и практический опыт здравоохранения со всей очевидностью показывают, что медицинская помощь не может быть полноценной, если даже самый высококвалифицированный врач не обладает необходимыми этическими качествами.

*Этика* (от греч. *ethos* - обычай, нрав) - одна из философских дисциплин, объектом изучения которой являются мораль, нравственность. *Медицинская этика* определяется как совокупность норм поведения и морали медицинских работников. Известно, что помимо общих моральных норм, регулирующих жизнь общества, существуют нормы классической медицинской этики, имеющие свою специфику, связанную с природой самой профессии.

Наряду с термином «медицинская этика» часто применяется термин «*деонтология*» (от греч. *deon* - должное, долг и *logos* - учение, слово), т.е. учение о должном поведении медицинских работников. Впервые это понятие было введено в обиход в начале XIX в. английским юристом и философом И. Бентамом.

Медицинская этика охватывает более широкий круг вопросов, чем деонтология. Это учение о морали медицинского работника, о его взаимоотношениях с больными и здоровыми, с людьми, окружающими больного, с коллегами. Это учение о врачебной тайне, этике научных исследований, о внешнем виде медицинских работников и др. Медицинская этика не имеет специфики определенной медицинской специальности. Так, например, нет отдельно этики терапевта, хирурга, операционной медицинской сестры или другого специалиста, но есть этика медицинского работника.

Понятия «медицинская этика» и «деонтология» органически связаны, так как касаются моральных и нравственных норм и основанных на них принципов и правил поведения медицинских работников, выполняющих свой профессиональный и гражданский долг. В реальной жизни соблюдение деонтологических правил обязательно дополняется определенным нравственно-этическим содержанием. С другой стороны, многие нормы морали, особенно профессиональной, так тесно сливаются с деонтологическими требованиями, что их трудно отделить друг от друга.

Медицинская этика возникла тысячелетия назад одновременно с началом врачевания. Во многих древнейших письменных источниках по медицине наряду с советами по сохранению здоровья и лечению болезней содержатся правила поведения врача. Наиболее известным документом является *клятва Гипократа* (V в. до н.э.), оказавшая огромное влияние на все последующее развитие медицинской этики. Нормы медицинской этики изменялись в зависимости от социальных условий, развития культуры, достижений

медицины, однако традиционные вопросы оставались незыблемыми на протяжении веков.

### **Основные проблемы медицинской этики.**

Основными проблемами медицинской этики являются:

- медицинский работник и общество;
- медицинский работник и пациент;
- медицинский работник и родственники пациента;
- взаимоотношения представителей медицинских профессий;
- нравственные качества и внешний вид медицинского работника;
- врачебная тайна;
- отношение к различным медицинским теориям;
- этика эксперимента.

В связи с большими достижениями в биологической и медицинской науке и внедрением новых медицинских технологий в начале XXI в. врач в исключительных случаях вынужден принимать решения, которые входят в противоречия с нормами классической медицинской этики. Большое внимание к правам личности, в том числе и к правам пациента, привело к новому пониманию сути взаимоотношений между врачом и пациентом. Все это послужило предпосылками к возникновению и развитию биомедицинской этики (биоэтики). Термин «биоэтика» был введен американским биологом В. Поттером в 1969 г., по его определению, *биоэтика* - это соединение биологических знаний и человеческих ценностей.

В нашей стране изучение биоэтики началось намного позже по сравнению с другими странами. В 1992 г. создан *Российский нацио-*

*нальный комитет по биоэтике (РНКБ)*, учрежденный Российской академией наук. Основная цель РНКБ - способствовать защите прав, свобод и достоинства человека в условиях бурного прогресса биологических и медицинских наук и во взаимодействии человека как пациента со сферой здравоохранения.

Биоэтика является одним из приоритетных направлений деятельности ЮНЕСКО<sup>1</sup>, которой в 2005 г. была принята *Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека*.

Изучая моральные, философские, теологические, правовые и социальные проблемы, рождающиеся по мере развития биологии и медицины, биоэтика тем самым является междисциплинарной областью знаний, она охватывает медицинскую этику и простирается за ее пределы. Круг проблем биомедицинской этики гораздо шире проблем классической медицинской

этики, но отчасти перекликается с ними. Центральным в биоэтике является отношение к жизни и смерти, причем жизнь понимается как высшая ценность. Поэтому иногда биоэтику определяют как систему знаний о границах допустимого манипулирования жизнью и смертью человека.

*Основными аспектами приложения биомедицинской этики являются:*

- право на жизнь;
- проблема эвтаназии;
- право на аборт, контрацепцию, стерилизацию;
- новые репродуктивные технологии;
- медико-биологические эксперименты на человеке;
- современные технологии генной инженерии;
- трансплантация органов и тканей;
- психиатрия и права человека;
- моральные проблемы ВИЧ-инфицированных;
- межпрофессиональные отношения в медицине;
- проблемы социальной справедливости в медицине.

Врач, работающий в специализированном учреждении, оказывающем медицинскую помощь женщинам, не может не задумываться об этических аспектах *искусственного прерывания беременности, контрацепции и стерилизации*, являющихся современными формами медицинского вмешательства в репродуктивную функцию человека.

Скажем, является ли аборт нарушением основного принципа медицинской этики «не навреди»? Допустимо ли его проведение с этической точки зрения (а она совсем необязательно совпадает с юридической)? Если да, то в каких случаях? Ответы на эти вопросы зависят от профессиональной подготовленности и нравственных принципов врача.

Одна из важнейших проблем, связанных с разработкой новых репродуктивных технологий, - *искусственное оплодотворение*, которое предоставляет возможность преодолеть бесплодие. Использование этой технологии затрагивает такие человеческие ценности, как природа самого брака, взаимоотношения супругов, судьба личности будущего ребенка. С точки зрения морали здесь важно не перейти ту грань, когда вмешательство в репродуктивную сферу помогает женщине обрести долгожданную беременность, а не превращается в вид манипуляции, эксперимента. Искусственное оплодотворение не вызывает морального осуждения в обществе и даже имеет законодательное разрешение. Действительно, каждая женщина имеет право быть матерью, и долг врача - помочь ей в этом.

Спорным и уязвимым с точки зрения биоэтики является метод *суррогатного материнства*, когда оплодотворенная яйцеклетка (от биологических отца и матери) вносится в матку другой женщины (суррогатная мать), которая вынашивает и рождает ребенка, а потом передает его биологическим родителям. Таким образом, с одной стороны, становится очевидной манипуляция телесной природой ребенка, получающего генетическое наследие от двух определенных лиц и вместе с тем кровь, питание - от суррогатной матери, с другой - это единственный способ для отдельных семейных пар обрести желанного ребенка.

Ожесточенные споры велись и ведутся вокруг проблемы *клонирования человека* на основе современных технологий генной инженерии. В обсуждении морального аспекта клонирования участвуют биологи, врачи, политики, философы, священнослужители. Высказываются две противоположные точки зрения. Первая - клонирование морально этично, и появление человеческих генетических копий безопасно для самого человека и общества. Эта технология открывает путь к освобождению от болезней и бессмертию. Вторая - клонирование аморально и небезопасно, так как наука еще не в состоянии определить последствия, к которым оно приведет, нет экспериментальных доказательств, что каждый клонированный эмбрион будет развиваться нормально и у клонированного ребенка не возникнут уродства, задержка умственного развития. Кроме того, могут появиться самые непредсказуемые злоупотребления.

Для врача, работающего в специализированном учреждении хирургического профиля, может оказаться немаловажной выработка этической позиции по отношению к такому важнейшему достижению медицинской науки XX в., как *трансплантация органов так и тканей человека*. Сегодня пересаживаются практически все жизненно важные органы и ткани: почки, сердце, печень, легкое, костный мозг и др. Вместе с тем трансплантология породила много сложных этических и правовых проблем, связанных с определением прав и обязанностей донора и его родственников, реципиента и медицинских работников, а также сопряженных с ними условий получения информированного согласия реципиента и живого донора, констатации необратимой гибели головного мозга предполагаемого донора. В настоящее время основным правовым документом в этой области является Закон РФ «О трансплантации органов и/или тканей человека». В нем определены условия и порядок трансплантации органов и тканей человека с учетом современных достижений медицинской науки и практики, однако не даны ответы на многие этические вопросы.

Одной из наиболее горячо обсуждаемых сегодня этических проблем является проблема *эвтаназии* - намеренного прекращения жизнедеятельности больного с тяжелым неизлечимым заболеванием по его собственному осознанному желанию с целью облегчения страданий.

Различают две основные формы эвтаназии: активную и пассивную. Активная эвтаназия - преднамеренное применение медицинскими работниками каких-либо средств с целью прерывания жизни пациента. К активной эвтаназии также относят самоубийство при помощи врача, который предоставляет больному средства для прекращения жизни. Пассивная эвтаназия - отказ от поддерживающего лечения, которое или совсем не начинают, или прекращают на определенном этапе. В российском законодательстве действует запрет на эвтаназию. Медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтаназии - удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни. Эвтаназия противоречит религиозным взглядам всех основных конфессий и классической медицинской этике, в частности клятве Гиппократата, однако этот вопрос не может считаться окончательно решенным.

Еще один принцип биоэтики - *социальная справедливость*, который предусматривает равное предоставление необходимых видов медицинской помощи любому пациенту независимо от его физического, психического и материального состояния. Врач при оказании медицинской помощи пациентам должен руководствоваться исключительно профессиональными и этическими нормами, а не отдавать предпочтение больным с особым социальным статусом и высоким материальным положением.

Социально-психологической основой профессионального воспитания врачей являются формирование и развитие у них соответствующей этико-деонтологической культуры. Это означает, что сопереживание и милосердие должны стать внутренним содержанием, нравственным стержнем медицинского работника. Этические нормы врача должны проявляться в профессиональной деятельности прежде всего в общении с пациентами, их близкими, во взаимоотношениях с коллегами.

#### **Правовые документы общего характера и принципов медицинской и биомедицинской этики.**

*Женевская декларация*, принятая в 1949 г. Всемирной медицинской ассоциацией (ВМА) и содержащая текст присяги, которую приносят врачи стран - членов ВМА.

В 1949 г. был также принят *Международный кодекс медицинской этики*, который более подробно излагает нормы профессиональной медицинской морали. В соответствии с этим Кодексом врач обязан:

- соответствовать наивысшим профессиональным стандартам;
- ставить во главу угла сострадание и уважение к человеческому достоинству пациента и полностью отвечать за все аспекты медицинской помощи, вне зависимости от собственной профессиональной специализации;

- не позволять соображениям собственной выгоды оказывать влияние на свободу и независимость профессионального решения, которое должно приниматься исключительно в интересах пациента;

- быть честным в отношениях с пациентами и коллегами и бороться с теми, кто проявляет некомпетентность или замечен в обмане;

- уважать права пациентов и коллег;

- обращаться к более компетентным коллегам, если необходимое пациенту обследование или лечение выходят за уровень его собственных профессиональных возможностей;

- хранить врачебную тайну даже после смерти своего пациента;

- всегда оказывать неотложную помощь любому в ней нуждающемуся.

Большое значение имеет принятие Советом Европы в 1997 г. *Общеввропейской Конвенции о защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением достижений биологии и медицины*. В ст. 1 и 2 Конвенции подчеркивается обязанность «защищать достоинство и индивидуальную целостность каждого человека, гарантировать всем без исключения неприкосновенность личности и соблюдение других прав и основных свобод... Интересы и благо отдельного человека должны превалировать над интересами общества и науки». Кроме того, разработаны документы, регламентирующие проведение экспериментов на человеке, генетические исследования, аборт, права доноров и реципиентов при трансплантации органов и др.

В начале XXI в. в нашей стране был принят ряд законов, направленных на защиту основных прав граждан в области охраны здоровья. Важнейшим является Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Основы), который содержит немало прогрессивных и гуманных норм, касающихся прав граждан, включая право пациента на информацию о состоянии своего здоровья, право на выбор врача, лечебно-профилактического учреждения, право на согласие и отказ от медицинского вмешательства, право на допуск священнослужителя для отправления культовых обрядов в стационаре и многое другое. По сравнению с предшествующими актами в Основы введены статьи, затрагивающие особенно значимые для охраны жизни, здоровья и достоинства граждан аспекты медицинской деятельности. Это статьи об определении момента смерти человека, о запрещении эвтаназии, о проведении патологоанатомических вскрытий, врачебной тайне и др.

Права пациентов регулируются и другими Федеральными законами: «О защите прав потребителей», «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», «О трансплантации органов и (или) тканей человека», «О донорстве крови и ее компонентов», «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», «О лекарственных



средствах», «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» и др.

### **Этические нормы взаимоотношений медицинского персонала и пациента.**

Взаимоотношения врача и пациента являются центральной проблемой классической медицинской этики. И в прошлом, и сегодня эти взаимоотношения остаются непростыми и не всегда бесконфликтными. Сложности во взаимоотношениях рождаются с двух сторон. Врач не всегда пытается понять больного как личность со всеми его переживаниями и страхами. Он недостаточно учитывает психическую составляющую соматического заболевания, рассматривая пациента как очередной случай в своей медицинской практике. В свою очередь пациент часто переоценивает возможности медицины, доверяя ей свою жизнь и здоровье, требует к себе повышенного внимания.

Кроме того, врач и пациент могут исповедовать различные ценности, относиться к различным социальным слоям общества, этническим группам, религиозным конфессиям. Свои особенности накладывает и форма собственности учреждения, в котором пациент получает помощь. Например, при оказании медицинской помощи в коммерческой медицинской организации возникает конфликт интересов, когда врач заинтересован в уменьшении расходов и увеличении доходов, а пациент стремится получить большее число медицинских услуг с минимальными затратами. Другая проблема во взаимоотношениях врача и пациента связана с постарением населения, с увеличением доли хронически больных, когда люди к старости становятся излишне раздражительны, обидчивы, сверхтребовательны, забывчивы. Особенно с учетом этих обстоятельств, врач должен стремиться к установлению доверительных отношений с больным, способствующих психологическому спокойствию и его физическому излечению.

К настоящему времени выработаны определенные этические принципы сбора анамнеза, осмотра пациента, сообщения диагноза и прогноза заболевания, назначения лечения. Основой этих принципов должно быть триединство: *профессионализм, доброжелательность и индивидуальный подход.*

При беседе с пациентом врач должен уделить достаточно внимания проблемам, с которыми к нему обращается пациент, и выделить необходимое для консультации время. Рекомендуется обращение к пациенту по имени и отчеству, к ребенку - по имени. Необходимо терпеливо и внимательно слушать пациента, его родственников и деликатно задавать вопросы.

Особо следует соблюдать этические правила при проведении инвазивных методов диагностики и лечения, которые все шире внедряются в медицинскую практику, так как их эффективность и безопасность зависят от

профессионализма и соблюдения врачом деонтологических норм. Необходимость особо внимательного отношения к инвазивным методам диагностики и лечения диктуется тем, что каждый из них несет в себе долю риска: можно повредить слизистую оболочку исследуемого органа, совершить его перфорацию, а также причинить пациенту боль или нанести психическую травму. Длительные и многократно повторяющиеся инвазивные манипуляции невротизируют пациента и формируют негативное отношение к ним. Врач должен сочувственно относиться к психологическим особенностям больного, быть с ним в доверительном контакте, уметь успокоить его, снять чувство страха, вселить уверенность в необходимости и безопасности назначенной процедуры. Интимные манипуляции на «закрытых зонах» человеческого организма желательно выполнять не в палате, на глазах у соседей, а в специально приспособленном помещении (клизменная, процедурная и др.) - ведь и для окружающих больных вид обнаженного соседа, дополнительные запахи, сама манипуляция вызывают отрицательные эмоции. Выполняя манипуляцию, не следует без особой необходимости обнажать тело больного, особенно его «закрытые зоны». Для их прикрытия пользуются специальными простынями с разрезом, пеленками и др. Если манипуляция все же выполняется в палате (подача судна, мочеприемника, клизма), больного лучше отгородить ширмой. Следует учитывать особенности работы с женщинами и мужчинами, подростками и больными пожилого возраста, проявляя индивидуальный подход.

Тактика общения с пациентом зависит и от того, каких этико-правовых принципов придерживается врач. Если прежде информирование пациента было не обязательным, то сегодня получение информации становится правом пациента. *Право граждан на информацию о состоянии здоровья закреплено законодательно*, согласно чему каждый обращающийся за медицинской помощью имеет право получить информацию о состоянии своего здоровья, диагнозе, возможных осложнениях, различных методах лечения и связанном с ними риске, если таковой имеется. В то же время эта информация не предоставляется пациенту помимо его воли. Право на полную и правдивую информацию иногда входит в противоречие с принципом классической медицинской этики Гиппократы: «Окружи больного любовью и разумным утешением, но главное, оставь его в неведении о том, что ему предстоит, и, особенно, что угрожает». Необходимо учитывать психическое состояние пациента, давать информацию в тактичной и доступной форме, чтобы избежать так называемой информационной или психогенной ятрогении.

Также Законом предусмотрен *принцип информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство (обследование и лечение)*, которое врач должен получить от него перед началом лечения. При анализе этой важной проблемы следует исходить из ее особенностей: наличия двух составляющих - информированности и согласительности. Информированность предполагает объективное раскрытие информации и адекватное понимание пациентами ситуации. Согласительный компонент

делает упор на добровольность принятия решения. Информированное согласие предполагает, что каждый человек считается хозяином своего тела и может, если он в здравом уме, разрешить или запретить любое медицинское вмешательство и даже спасающую жизнь хирургическую операцию. В традиционной медицинской этике считалось, что врач обязан сохранить жизнь и тем самым обеспечить благо пациента. Сегодня же с созданием эффективных поддерживающих жизнь методов и аппаратов положение изменилось: сохранение жизни и обеспечение блага пациента могут вступать в противоречие друг с другом. Возникла одна из самых острых проблем в медицинской этике, имеющая не только медицинское, этическое, юридическое, но и мировоззренческое, общефилософское содержание, которая связана с правом гражданина или его законного представителя отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения.

При обсуждении вопроса об информированном согласии большое внимание обращается на компетентность больного, дающего согласие, и на способы ее оценки. Компетентным признается больной, способный сознательно выбрать способ лечения. К ним нельзя относить детей, лиц, находящихся в коматозном состоянии, под действием лекарств и др.

При сообщении прогноза, особенно неблагоприятного, врач должен быть предельно осторожным и тактичным. Решение в каждом случае должно приниматься индивидуально исходя из психологического и физического состояния больного, характера заболевания, его тяжести, наличия у него близких и их отношения к нему. Здесь на первый план выступает такой принцип медицинской этики, как правдивость. Существует правило, что взрослому компетентному пациенту при его желании в деликатной форме можно сообщить диагноз и прогноз. Детям диагноз тяжелого заболевания и неблагоприятного прогноза не сообщают, но родители при этом должны получить полную информацию. При неизлечимых болезнях опытные врачи советуют давать дозированные сообщения о прогнозе, делать их в предельно корректной форме, не обещая чуда, но и не отнимая надежду.

Среди этических требований важным считается умение врача успокоить и ободрить больного и его родственников, мобилизовать их на активную помощь. Важно вселить в больного уверенность в возвращении к активной жизни, способность преодолеть свои недуги.

В процессе взаимоотношений врача и пациента может возникнуть конфликт интересов. Согласно данным социологических опросов, среди причин конфликтов преобладают нарушения больными врачебных предписаний, их неудовлетворенность профессиональными и человеческими качествами врача, а также неэффективность и длительность лечения.

С позиций медицинской этики единственным приемлемым способом разрешения конфликтов являются честное открытое обсуждение заинтересованными сторонами (врачом и пациентом) ситуации, поиск

разумных аргументов в защиту собственной позиции, стремление понять оппонента и найти устраивающее все стороны решение. Безусловно, медицинские работники должны стремиться избегать конфликтов, чему в первую очередь будет способствовать неукоснительное следование принципам медицинской этики.

Особой проблемой в клинической деятельности врача является *ятрогения* - болезнь или психогенная реакция, вызванная неправильным поведением медицинского работника, а также его действиями (последствия диагностических, оперативных вмешательств, лекарственная болезнь и др.). В практике врача причинами ятрогении могут быть излишне откровенная беседа с пациентом или его родственниками, содержащая ненужное описание возможных осложнений, неблагоприятного прогноза или неумело проведенная санитарно-просветительная беседа. Кроме того, причиной ятрогении может быть выдача на руки пациентам истории болезни и других медицинских документов.

Введение в медицинскую практику средств интенсивной лекарственной терапии, появление инвазивных методов диагностики, сложнейших методик хирургического вмешательства привели не только к успехам медицины, но и к новым проблемам. Понятие ятрогении расширилось и включило в себя все заболевания и патологические процессы, возникновение которых связано с действием медицинских работников (последствия диагностических, оперативных вмешательств, лекарственная болезнь и др.). Безусловно, в возникновении психогенной ятрогении виноваты прежде всего сами медицинские работники. Психогенных ятрогений тем меньше, чем более неукоснительно врач соблюдает принципы медицинской этики.

Соблюдение принципов медицинской этики во многом связано с врачебной тайной, ответственность за разглашение которой предусмотрена Законом.

Принцип конфиденциальности, или сохранения врачебной тайны, возник в глубокой древности и до сих пор является одним из актуальных в системе этического и правового регулирования медицинской деятельности. Соблюдение тайны сегодня - не только исполнение профессионального долга и нравственная обязанность медицинского работника, но и его правовой долг. Предоставление сведений, представляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается только в случаях, оговоренных в законодательстве (см. гл. 7).

Исходя из традиционного понимания врачебной тайны, сохранять ее надо от посторонних лиц, знакомых, соседей по палате, а иногда и родственников больного. Больной вправе определить круг лиц, которым врач может сообщить данные о состоянии его здоровья.

Одним из важных условий, влияющих на успешную деятельность медицинского учреждения, является психологический климат в коллективе, который зависит от социальных, организационных, личностных и других

факторов. Медицинский коллектив в психологическом отношении является одной из сложнейших социальных групп. Это связано с большой физической и психологической напряженностью работы медицинских работников, высокой ответственностью за жизнь человека.

Одним из показателей взаимоотношений в медицинском коллективе является наличие конфликтов между коллегами. В зависимости от причин возникновения их условно можно разделить на профессиональные, этические, личностные и др. В медицинской среде профессиональные споры неизбежны, но они не должны переходить в конфликты.

### **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, тактичность;
  - высокое чувство и ответственности за судьбу больных;
  - владение своими чувствами.

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 не достаточно подготовленными для выполнения некоторых лечебных или диагностических манипуляций, 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.

### **Ошибки и правонарушения при уходе за больным**

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.

### **Понятие общего ухода**

Уход за больным – комплекс мероприятий по осуществлению в условиях отделения клинической гигиены, направленный на облегчение состояния пациента и способствующий его выздоровлению. Уход за больным классифицируют на общий и специальный. Общий уход – это мероприятия, необходимые самому пациенту независимо от характера болезни или повреждения. Например, к общему уходу относят кормление пациента, смену нательного и постельного белья. Специальный уход – мероприятия проводимые в отношении пациентов специализированных отделений, например, урологического, хирургического, травматологического. В хирургическом отделении осуществляются мероприятия по обследованию, подготовке больного к операции, выполнению оперативного вмешательства и ведению пациентов в послеоперационном периоде. Небольшую группу составляют пациенты хирургического профиля, не нуждающиеся в оперативном вмешательстве (например, больные облитерирующими заболеваниями нижних конечностей, тромбозом). Хирургический уход – медицинская деятельность по реализации личной и клинической гигиены

в хирургическом стационаре, направленная на оказание помощи пациенту при удовлетворении им основных жизненных потребностей (прием пищи, мочеиспускание, дефекация, мероприятия личной гигиены, смена постельного белья) и во время патологических состояниях (тошнота и рвота, расстройства дыхания). Уход за больными в хирургическом отделении имеет свои особенности, связанные с операционной травмой, обезболиванием (наркозом), нарушением работы органов из-за патологического очага в организме пациента, Объем ухода зависит от заболевания больного, его тяжести, возраста пациента, объема оперативного вмешательства, осложнений, предписанного режима. Важным компонентом ухода за больными является создание максимального физического и психического покоя. Основные принципы лечебно-охранительного режима хирургического отделения: тишина в помещениях, где находятся больные, спокойное, доброжелательное и ровное отношение к ним медицинского персонала, устранение всех неблагоприятных факторов, которые могут травмировать психику больного, обеспечение лекарственными препаратами, применение их по назначению врача, качественное питание с учетом заболевания и состояния пациента. Санитарно-гигиенический режим включает регулярную уборку помещений, обеспечение личной гигиены больного, профилактику внутрибольничной инфекции, некоторые меры дезинфекции (уничтожение патогенных микроорганизмов) и дезинсекции (уничтожение насекомых-паразитов). Находясь в стационаре больной чувствует себя оторванным от родных и друзей, что создает неблагоприятный эмоциональный фон для его выздоровления. Однако неконтролируемые посещения способствуют загрязнению отделения, распространению инфекции, затрудняют работу персонала. Для посетителей отводятся специальные часы, когда можно увидеться с больным. К тяжелым больным в палату посетители могут проходить только с разрешения лечащего врача или заведующего отделением. Все посетители должны сдать в гардероб свою верхнюю одежду и получить белые накидки или халаты. Детям ограничивают доступ в отделение из-за опасности их к инфицированию патогенной флорой. Посетители без соответствующей одежды, в нетрезвом виде, больные с респираторными заболеваниями к хирургическим больным не могут быть допущены. Посещение пациентов отделения реанимации и интенсивной терапии родственниками запрещено. В палатах посетителям запрещено садиться на постель больных. Нарушения указанных правил возможны только в исключительных случаях по специальному разрешению заведующего отделением или дежурного врача. В системе лечения и его организации важное место занимает предоперационный период. Это определенный отрезок времени необходимый для установления диагноза и подготовки пациента к операции. Предоперационная подготовка проводится с целью уменьшения риска операции, предотвращения возможных осложнений. Предоперационный период может быть очень коротким при производстве экстренных операций и относительно растянутым при производстве плановых операций. Общая подготовка к плановым операциям включает все исследования, связанные с установлением диагноза,

выявлением осложнений основного заболевания и сопутствующих заболеваний, определением функционального состояния жизненно важных органов. При показаниях назначается медикаментозное лечение, направленное на улучшение деятельности различных систем, чтобы привести к определённой готовности организм больного к оперативному вмешательству. От характера и проведения, в конечном итоге от организации предоперационного периода во многом зависит результат предстоящего лечения.

## **Вывод**

Освоила основные проблемы этики и деонтологии, их принципы, а также ошибки и правонарушения при уходе за больными.



## **Список литературы**

1. « Учебное пособие при уходе за больными » - И. В. Михин, О. А. Косивцов. (2012 г.)
2. « Здравоохранение Российской Федерации » Г. Г. Онищенко. (2012 г.)
3. « Общественное здоровье и здравоохранение » - Ю. П. Лисицын. (2012 г.)
4. « Биомедицинская этика » - И. В. Силуянова. (2013 г.)
5. « Этика и деонтология в работе медицинского персонала » - Т. А.Валиева, Р. А. Азизова, Р. Э. Гиясова. (2013 г.)

## 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 5 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