

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ  
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра медицинской психологии и психотерапии

Т.Е. Томащук

Е.Г. Королева

## **КУРС ЛЕКЦИЙ ПО ДЕОНТОЛОГИИ**

Пособие для студентов  
медико-психологического факультета

Гродно  
ГрГМУ  
2008

УДК 614.253 (07)  
ББК 51.1(2)я73  
Т56

Рекомендовано Центральным научно-методическим советом УО «ГрГМУ»  
(протокол № 6 от 22.05.2008).

Авторы: ассист. каф. медицинской психологии и психотерапии  
Т.Е. Томащик;  
зав. каф. психиатрии, проф., д-р мед. наук Е.Г. Королева.

Рецензент: доц. каф. неврологии, д-р мед. наук Т.М. Шамова.

**Томащик Т.Е.**

Т56 Курс лекций по деонтологии : пособие для студентов медико-психологического факультета / Т.Е. Томащик, Е.Г. Королева – Гродно : ГрГМУ, 2008. – 48 с.  
ISBN 978-985-496-429-4

Пособие полностью соответствует тематическому плану лекций по дисциплине «Деонтология». В нем обсуждаются вопросы влияния болезни на личность человека, деонтологические аспекты медицинской среды, беседы и взаимодействия с больными, деонтологические аспекты лечебного процесса, поведения врача. В данном пособии впервые структурированы все деонтологические аспекты, необходимые врачу для успешной работы в здравоохранении, основанные на современных психологических знаниях.

УДК 614.253 (07)  
ББК 51.1(2)я73

ISBN 978-985-496-429-4

© Томащик Т.Е., Королева Е.Г., 2008  
© УО «ГрГМУ», 2008

## **ЛЕКЦИЯ № 1 .**

### **Врачебная этика и деонтология**

#### ***Вопросы к теме:***

- 1. Роль медицинской этики в здравоохранении.**
- 2. Понятие «медицинской этики» и «деонтологии».**
- 3. Сущность этики принципов.**
- 4. Кодекс медицинской деонтологии.**
- 5. Деонтологические аспекты здоровья.**

В современных условиях медицина играет исключительно важную социальную роль. Имеется необходимость дальнейшего усиления профилактической направленности здравоохранения, повышения качества медицинского обслуживания. Для успешного решения этих задач необходимо не только совершенствование профессиональной подготовки врачей, но и постоянное его моральное и культурное воспитание. Деонтологические проблемы далеко выходят за пределы взаимоотношений врача и больного, приобретая большое общественное значение.

Медицина, в отличие от других наук, тесно связана с судьбой человека, его здоровьем и жизнью, отсюда вытекают и особые нравственные качества врача. Наиболее полно они определяются понятием «гуманизма». Без гуманизма медицина теряет право на свое существование, ибо ее научные принципы в таком случае вступают в противоречие с основной ее целью – служить человеку. Гуманизм составляет этическую основу медицины, ее мораль, а этика является теорией морали.

Врачебная этика – это часть общей этики, которую можно определить как науку о нравственных ценностях поступков и поведения врача в сфере его деятельности. Врачебная этика включает в себя совокупность норм поведения и морали, предопределяет чувство профессионального долга, чести, совести и достоинства врача.

Деонтология – понятие более узкое, чем медицинская этика, и имеет дело с выполнением медперсоналом морального долга перед больными, обществом и коллегами. Медицинская деонтология регламентирует деятельность врача под углом зрения инте-

ресов больного. Сюда входят вопросы, связанные с лечебной тактикой, взаимоотношениями врача и больного, понятием о врачебной тайне, коллегиальности врачей и т.п.

Термин «деонтология» происходит от греческого «deon» – долг и «logos» – учение. Деонтология направлена на создание максимально благоприятных условий для эффективного лечения больных. Содержание слова «деонтология» было впервые раскрыто в 30-х годах прошлого столетия английским философом И.Бентамом в книге «Деонтология, или наука о морали».

Разработка вопросов деонтологии началась с хирургии. Это та сфера медицины, в которой, с одной стороны, легко поддаться «технизму», а с другой – «агрессивности».

В настоящее время выделяют общую деонтологию (общеетическое, исторический и социальный план) и частную, освещающую специфические особенности конкретной клинической дисциплины (хирургии, терапии, педиатрии и т.д.).

На медицинских съездах неоднократно предпринимались попытки обоснования этических норм в медицине, осуществлялся поиск критериев оценки нравственного значения научных достижений и их практического применения, что нашло отражение в принятии ряда норм, кодексов и деклараций, регламентирующих врачебную деятельность. Это Женевская декларация (1948 г.), Международный кодекс медицинской этики (1949 г.) и другие документы. Главное место – особенно в сфере исследований человека – занимает Хельсинская декларация, исправленная и дополненная в 1989 г.

Кодексов много. Они сосуществуют, пересекаются и противоречат друг другу. Поэтому в сфере практического применения требуется координация действий специалистов с целью широкого и интегрированного поиска общих этических рамок для таких правил. В последние несколько лет координирующими мероприятиями занимается Европейская комиссия (Брюссель), но эти мероприятия требуют дальнейшей разработки.

В современной медицине широкое распространение получила так называемая этика принципов. Эти принципы касаются этической ориентации всех практикующих врачей:

1. Уважение к автономии пациента.
2. Не вредить.

3. Оказание помощи.

4. Справедливость.

Под автономией понимается форма личной свободы, при которой индивид совершает поступки в соответствии со свободно выбранным им решением.

Выделяют 7 основных аспектов автономии:

- уважение личности пациента;
- оказание пациенту психологической поддержки в затруднительных ситуациях;
- предоставление ему необходимой информации (о состоянии здоровья и предлагаемых медицинских мерах);
- возможность выбора из альтернативных вариантов;
- самостоятельность пациента в принятии решений;
- возможность осуществления контроля за ходом исследования и лечения (со стороны пациента);
- вовлеченность пациента в процесс оказания ему медицинской помощи («терапевтическое сотрудничество»).

Остальные принципы вытекают из клятвы Гиппократова и соответствующим образом нацеливают медработника.

В 1995 г. во Франции был принят новый Кодекс медицинской деонтологии. В этом кодексе учтены новые законодательные постановления, определяющие медицинскую помощь при воспроизведении потомства, опыты на человеке, трансплантация органов и тканей человеческого организма, а также эпидемиологические проблемы. Он состоит из 5 глав. Содержание некоторых статей этого кодекса следующее.

## **Глава 1. Главные обязанности врачей**

### **Ст.2**

Врач, находясь на службе здоровья индивида и здравоохранения в целом, исполняет свою миссию с уважением к человеческой жизни, личности и ее достоинству. Обязательное уважение к личности не прекращается и после смерти пациента.

### **Ст.3**

Врач должен во всех случаях соблюдать принципы нравственности, честности и обязательной преданности делу медицины.

#### Ст.4

Профессиональная тайна, соблюдаемая в интересах пациентов, вменена в обязанность каждому врачу на условиях, установленных законом.

Тайна включает все то, что дошло до сведения врача в результате его профессиональной деятельности, т.е. не только то, что ему было сообщено, но и то, что он видел, слышал или понимал.

Гарантия тайны является одной из основ веры пациентов в своего врача.

#### Ст.5

Врач не может ни под каким видом отчуждать свою профессиональную независимость.

Т.е., это долг практикующего врача и право пациента, который должен быть уверен, что его врач не поддастся ни на какое недозволенное давление.

#### Ст.6

Врач должен уважать право каждого человека свободно выбирать себе врача. Он обязан помогать ему в осуществлении этого права.

#### Ст.7

Врач должен выслушивать, осматривать, консультировать или лечить с одинаковой добросовестностью всех людей, каким бы ни было их происхождение, нравы, семейное положение, принадлежность или не принадлежность к той или иной этнической группе, национальности или определенной религии. Он должен оказывать им помощь при всех обстоятельствах. И не должен никогда отказываться от корректного и внимательного отношения к осматриваемому лицу.

#### Ст.8

В границах, обозначенных законом, врач свободен в своих предписаниях, наиболее соответствующих, по его мнению, в данном случае. Он должен, не пренебрегая при этом своим долгом оказания моральной помощи, ограничить предписания и свои действия тем, что является необходимым для качества, безопасности и эффективности врачебного ухода. Он должен принимать в расчет преимущества, недостатки и последствия различных исследований и возможных лечебных мероприятий.

#### Ст.11

Каждый врач должен поддерживать и совершенствовать свои познания; он должен принимать все необходимые меры для активного участия в непрерывном образовании. Каждый врач участвует в оценке профессиональной практики.

#### Ст.12

Врач должен поддерживать предпринимаемые правомочными властями усилия, направленные на защиту здоровья и санитарное просвещение.

#### Ст.13

Если врач принимает участие в информировании общественности санитарно-просветительского или образовательного характера, то, каковы бы ни были средства оповещения, он должен пользоваться только подтвержденными данными, проявлять осмотрительность и заботиться о последствиях своих слов в обществе, остерегаясь при этом любых поступков рекламного характера, будь то в свою личную пользу, или в пользу учреждений, где он работает или которым оказывает содействие, или в пользу дела, не приносящего общественной пользы.

#### Ст.14

Если врач оглашает в медицинских кругах недостаточно проверенный новый диагностический или лечебный метод, то он обязан сопровождать свое сообщение необходимыми оговорками. Он не должен делать подобного оглашения для немедицинской общественности.

#### Ст.16

Заготовка крови и забор органов, тканей, клеток или иных продуктов человеческого тела от живых или умерших лиц не может проводиться иначе, как только в случаях и условиях, определенных законом.

Врач не может оказывать медицинское содействие деторождению иначе, как в случаях и условиях, предусмотренных законом; он всегда волен отказаться от этого и должен сообщить об этом заинтересованному лицу в условиях и в сроки, предусмотренные законом.

#### Ст.21

Врачам запрещается, за исключением особых случаев в предусмотренных законом обстоятельствах, распространять с целью

дохода лекарства, устройства или продукты, оказывающие воздействие на здоровье.

Им запрещается распространять медикаменты, не имеющие разрешения к применению.

Ст.28

Выдача недостоверного заключения или справки запрещена.

Ст.30

Запрещается оказывать какое бы то ни было содействие любому, кто занимается незаконной медицинской деятельностью.

Ст.31

Любой врач должен воздерживаться, даже не находясь при исполнении обязанностей своей профессии, от любого действия, подрывающего к ней уважение.

## **Глава 2. Обязанности врача по отношению к пациентам**

Ст.32

С того момента, как врач согласился ответить на обращение, он обязывается лично обеспечить пациенту добросовестную, самоотверженную, основанную на достижениях науки медицинскую помощь, обращаясь при необходимости к помощи других компетентных лиц.

Ст.33

Врач обязан всегда с максимальной тщательностью ставить диагноз.

Ст.34

Врач обязан формулировать свои предписания со всей необходимой ясностью, следить за их понятностью для больного и его окружения и проявлять настойчивость, чтобы добиться от них правильного выполнения предписанного.

Ст.36

Во всех случаях следует стремиться получить согласие лица, подвергающегося обследованию или лечению.

Если больной, состояние которого позволяет ему выразить свою волю, отказывается от предложенного ему обследования или лечения, то врач обязан согласиться с этим отказом, сообщив перед этим больному о его последствиях.



#### Ст.37

Во всех случаях врач должен стараться облегчить страдания своего больного, морально поддерживать его и избегать всякой неразумной настойчивости при обследовании или лечении.

#### Ст.38

Врач должен находиться рядом с умирающим до последних мгновений его жизни, обеспечивать соответствующими мерами лечения и ухода возможный уровень завершающейся жизни, оберегать достоинство больного и утешать его окружение.

Он не имеет права умышленно причинять смерть.

#### Ст.41

Никакое калечащее вмешательство недопустимо без очень серьезных медицинских причин, без предупреждения об этом заинтересованного лица и без его согласия, за исключением неотложных случаев или невозможности вышеперечисленного.

#### Ст.51

Врач не должен вмешиваться без профессиональных причин в дела семьи или в личную жизнь своих пациентов.

### **Глава 3. Взаимоотношения врачей и их отношения с другими представителями медицинских профессий**

#### Ст.56

Медицинские работники должны поддерживать между собой отношения братьев по профессии.

Врач, у которого возникли разногласия с коллегой, должен искать пути их устранения.

Врачи должны помогать друг другу в случае неудачи.

#### Ст.57

Переманивать или пытаться переманить клиентуру запрещено.

### **Глава 4. Исполнение профессиональных обязанностей**

#### Ст.69

Исполнение медицинским работником своих профессиональных обязанностей является персональным; каждый врач несет ответственность за свои решения и действия.

## Ст.70

Любой врач, как правило, имеет полномочия выполнять все действия по диагностике, профилактике и лечению.

Но он не должен, кроме возникновения исключительных обстоятельств, ни предпринимать или продолжать лечение, ни давать рекомендации в областях, которые выходят за рамки его знаний, опыта и имеющихся у него возможностей.

## Ст.73

Врач должен оберегать от нескромного любопытства все врачебные документы, касающиеся лиц, которых он лечил или обследовал, независимо от содержания этих документов и носителей, на которых они хранятся.

Кодекс деонтологии предусматривает дисциплинарные меры наказания:

- предупреждение;
- выговор;
- временное отстранение от практики (на срок не более 3 лет);
- исключение из членов Ассоциации.

Здоровье людей является высшим благом. Однако достижение этого блага требует значительного напряжения сил и энергии как со стороны медицинских работников, так и со стороны каждого человека.

Выделяют индивидуальное, групповое и общественное здоровье. Общественное здоровье оценивается комплексом демографических показателей – рождаемостью, смертностью, уровнем физического развития, заболеваемостью, средней продолжительностью жизни, а также с помощью других социально-биологических исследований.

Индивидуальное здоровье, по определению ВОЗ – это состояние человека, которому свойственно не только отсутствие болезней и физических дефектов, но и полное физическое, душевное и социальное благополучие.

Понятие психического здоровья имеет следующие уровни:

1. Высший уровень психического здоровья – это личностно-смысловой уровень, который определяется качеством смысловых отношений человека.

2. Уровень индивидуально-психологического здоровья – определяется способностями человека строить адекватные способы реализации смысловых устремлений.
3. Уровень психофизиологического здоровья – определяется особенностями внутренней нейрофизиологической организации актов психической деятельности.

Г. Олпорт (1960) описывал нормальную личность как имеющую следующие характеристики:

1. Интерес к внешнему миру.
2. Самообъективизация, привнесение своего внутреннего опыта в актуально переживаемую ситуацию, способность юмористически окрашивать действительность.
3. Наличие «жизненной философии», которая упорядочивает, систематизирует опыт и сообщает смысл индивидуальным поступкам.
4. Способность устанавливать теплые, душевные контакты с окружением.
5. Владение адекватными навыками, необходимыми для решения практических проблем повседневной жизни.
6. Любовь и уважение ко всему живому.

Также Г. Олпорт выделил ряд психологических механизмов, которые свойственны нормальной личности:

1. Активная позиция по отношению к окружающей действительности, изучение и преодоление реальности, а не бегство от нее.
2. Доступность опыта сознанию (способность видеть события повседневной жизни и свое поведение такими, какие они есть, без использования механизмов психологической защиты).
3. Самопознание с присутствием юмора.
4. Способность к абстракции.
5. Постоянный процесс индивидуализации – развитие и усложнение внутренней личности, но без аутизма.
6. Функциональная автономность мотивов.
7. Устойчивость к фрустрациям.

У каждого человека имеется представление о том, каким должно быть его здоровье, что такое здоровье. Это отражается во внутренней картине здоровья. ВКЗ определяет мотивацию человека на реализацию своего здоровья, она связана с представлениями человека о цели и ценности своей жизни. На основе внутренней картины здоровья формируется внутренняя картина болезни. Внутренняя картина здоровья определяется знаниями человека о том, каким должно быть здоровье, что вредит здоровью, что способствует сохранению и укреплению здоровья.

Поэтому важно предоставлять информацию населению о вредных для здоровья факторах, учить здоровому образу жизни, создавать условия, способствующие реализации здорового образа жизни.

Здоровье – это свобода деятельности человека. Болезнь препятствует, сдерживает проявление свободы жизнедеятельности человека. В период болезни человек становится ограниченно свободным как в общественном, так и в личном плане. Болезнь накладывает отпечаток на характер внешней и внутренней жизни людей. «Болезнь – это ужасные муки и страдания природы» – говорил Л. Фейербах. Они связаны с потерей существенно значимых индивидуальных и общественных связей личности, поэтому свобода (свобода творчества, выбора, инициативы и др.) становится урезанной, неполной, сфера ее проявления сужается и в известной мере искажается.

В целом, если с одной стороны, физиологические нарушения организма ограничивают свободу, то, с другой стороны, свобода социальной жизни ведет к ограничению и ликвидации заболеваний.

## **ЛЕКЦИЯ № 2.**

### **Влияние болезни на личность больного**

**Вопросы к теме:**

- 1. Особенности современных больных.**
- 2. Влияние болезни на личность больного.**
- 3. Типы реакций на болезнь.**
- 4. Внутренняя картина болезни, ее компоненты, условия формирования.**
- 5. Возрастные аспекты заболеваний (старческий и детский возраст).**

Болезнь обнажает все стороны жизни человека. Сам факт осознания «Я болен!» изменяет взаимоотношения с окружающими, самооценку и поведение заболевшего. Соматическое или психическое заболевание представляет собой сложнейшую цепь взаимно связанных звеньев: особенности реактивности и адаптационных механизмов, нейро-гуморальная и нейро-эндокринная регуляция, обменные процессы, психогенные воздействия, свойства личности, ее реакции и особенности социальной среды. В результате заболевания нередко переоцениваются ценности, меняется отношение к жизни, работе, к родственникам, к себе самому. Больной страдает не только физически, но и болеет душой.

Современный терапевтический больной отличается следующими особенностями:

- 1 – наличие нескольких заболеваний одновременно (полиморбидность);
- 2 – высокая частота неврозов;
- 3 – большое количество аллергозов;
- 4 – ожирение;
- 5 – хронические очаговые инфекции;
- 6 – атипичность и стертость клинических проявлений ряда заболеваний;
- 7 – высокий удельный вес кардиальной патологии и онкозаболеваний;
- 8 – все возрастающее число неотложных состояний;
- 9 – рост лекарственной зависимости.

Характерной чертой хронических заболеваний является их необратимость, вторичные дефекты, осложнения, неполноценность индивида. Можно выделить 2 группы хронических заболеваний:

1 – длительные, требующие ограничений (например, сахарный диабет, заболевания печени и т.д.).

2 – со смертельным исходом, напр., опухоли.

Болезнь, ставшая хронической, становится и составной частью личности, встраивается в нее: все мысли сопряжены с болезнью, люди делаются эгоистичными, окружающие события их интересуют мало, они все связывают со своей болезнью и прогнозом. Хронически больные становятся:

- вспыльчивыми ко всем здоровым;
- обидчивыми;
- завистливыми.

Некоторые оценивают симптомы болезни как «достижение»-т.к. это форма существования больного. Даже отсчет времени начинается с момента заболевания.

Наиболее важными реакциями личности на болезнь являются:

- 1) регрессия;
- 2) положительное развитие личности (духовный рост).

Отношение к болезни складывается из:

- 1) осознания болезни;
- 2) переживания, связанного с болезнью;
- 3) поведения в ходе болезни.

Больным с различными заболеваниями внутренних органов свойственны специфические эмоциональные реакции. Так, для расстройств деятельности сердца характерно чувство страха, для нарушений функции печени – безразличие или даже отвращение к окружающему, а иногда раздражительность, для заболеваний желудка – раздражительность, конфликтность, брюзгливость. Эти реакции осложняют клиническую картину заболевания и его течение. В зависимости от типа личности реакции на заболевание могут быть разными.

Необходимо, чтобы врач знал отношение больного к болезни и избирал соответствующий психологический подход к нему.

Одни усиливают, преувеличивают симптоматику – аггравируют. Некоторые из корыстных соображений могут придумывать себе симптомы – симулируют. Третьи всеми силами скрывают болезненные проявления – диссимулируют свое заболевание.

М. Э. Телешевская (1978) различает 6 типов реакции на болезнь:

1 – астенический, проявляющийся в форме повышенной истощаемости, слабодушия, плаксивости, вялости.

2 – депрессивный, характеризующийся чувством тревоги, тоски, растерянности, потерей надежды на выздоровление, отсутствием побуждений к преодолению болезни, чувством безысходности и смирения.

3 – ипохондрический, характеризующийся «жизнью в болезни», которая подчиняет себе все интересы и желания человека.

4 – тревожно-мнительный, проявляющийся недоверием к назначениям врача, поиском лечебных средств в медицинской литературе или у окружающих; у них легко формируются разные фобии: канцерофобия, страх венерических заболеваний и др.

5 – истероформный, характеризующийся быстрой сменой настроения: то плачут, хватаются за пульс, ощупывают грудь, живот, заявляют, что они умирают. То могут довольно быстро успокоиться и переключить свое внимание на внешние факторы. В семье и на работе много говорят о своем состоянии, красочно описывают свои страдания. У некоторых есть склонность к фантазированию и тогда появляются все новые подробности их болезни, затем и сами пациенты начинают верить в достоверность этих подробностей. Мимика выражает «муки» и «страдания». Постоянно жалуются на непонимание и недостаточность внимания со стороны близких.

6 – вытеснение болезни, при которой больные игнорируют заболевание, не желают лечиться. Нередко это бывает у медиков.

Н. Д. Лакосина объясняет реакции личности на заболевание следующими факторами:

- 1 – остротой и особенностями течения болезни;
- 2 – представлениями об этом заболевании самого больного;
- 3 – характером психотерапевтических или других воздействий;
- 4 – отношением к болезни родственников и окружающих.

У каждого больного формируется свое видение развившегося у него заболевания: его причин, его тяжести, его основных проявлений и исхода. Внутренняя картина болезни (ВКБ), или еще ее называют аутопластической картиной болезни, в сущности, является картиной субъективного восприятия ее больным. ВКБ имеет следующие стороны (или составляющие):

1. Сензитивная – связана с ощущениями, возникающими при заболевании.

2. Эмоциональная – связана с различными видами эмоционального реагирования на отдельные симптомы, на заболевание в целом и его последствия (страх, тревога, надежда и др.).

3. Волевая или мотивационная – связана с определенным отношением больного к своему заболеванию и вследствие этого с изменением поведения и образа жизни в условиях болезни, с актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья.

4. Рациональная или интеллектуальная – связана с представлениями, знаниями больного о своем заболевании, размышлениями о его причинах и возможных последствиях.

В ВКБ велика и сложна связь между субъективными переживаниями и объективными данными, и порой она далеко не является прямой.

Аутопластическая картина болезни может быть обусловлена следующими причинами:

- характером заболевания (острым, хроническим, сильными болями, ограничением подвижности, косметическими дефектами и пр.);
- обстоятельствами, которые сопутствуют заболеванию (возникшие проблемы и неуверенность в будущем, изменения в домашней обстановке и взаимоотношениях и пр.);
- преморбидными особенностями личности (характер, возраст, социальное положение, предыдущие заболевания и т.п.).

Нередко болезнь переживается амбивалентно, т.к. кроме отрицательных сторон, она иногда дает и положительные, вытекающие из тех выгод, которые дает заболевание.



Иногда возникает культ болезни, что может стать социальным явлением, он тесно связан с отношением к болезни окружающей больного микросреды.

Например, в Германии считается недопустимым в обществе вести разговоры о болезнях. У нас же это общепринятая манера светских разговоров.

Следует помнить, что между тяжестью заболевания и количеством жалоб пациента нередко бывает обратная связь: когда заболевание принимает наиболее тяжелый органический характер, то уменьшается число функциональных жалоб и, наоборот, чем легче заболевание, тем больше и тем красочнее жалобы.

Особый контингент пациентов представляют собой дети. Они крайне чувствительны ко всем обстоятельствам, сопутствующим заболеванию. Причинами, вызывающими значительные изменения в психике ребенка, являются:

- в зависимости от формы заболевания: гипоксия, интоксикация, аллергия, рефлекторное (болевое) воздействие;
- отрыв от семьи, школы, друзей;
- новые раздражители стационара: обследования, лечебные процедуры, режим и пр.;
- индуцирование родителями.

В результате у детей могут легко формироваться патологические черты личности: эгоцентрические, иждивенческие, истероидные, ипохондрические и др.

Во время болезни ярче начинают выступать дефекты воспитания и характера. Могут развиваться сдвиги и в результате фармакотерапии. Дети до 7 лет легко истощаемы, т.к. клетки мозга и психика интенсивно развиваются. Для создания ребенку хорошего настроения необходимы разнообразные впечатления и частый контакт со взрослыми. В то же время дети привязываются к обстановке и следует избегать переводов в другие палаты, содержать в боксах и изоляторах. Также необходимо расширять показания и возраст госпитализации детей с матерями. В палатах желательно создавать группы по возрасту и интересам.

В больницах должна быть хорошо налажена воспитательная работа.

При этом следует помнить, что у детей может быстро наступать пресыщение одним видом занятия. Важное значение имеет правильный подбор игрушек, игр и занятий.

Дети, особенно больные, нуждаются в большем сочувствии, участии, любви. Недопустим резкий или раздраженный тон в отношениях. Замечание, сделанное тихим, спокойным, уверенным тоном оказывает значительно больший эффект.

Опытный педиатр знает, что доверие ребенка легко утратить, если его обмануть, например, успокоив обещаниями, которые потом не выполняются. Ко всяким процедурам и неприятному лечению нужна психологическая подготовка, а не обман.

У ребенка нельзя рассчитывать на сознательное преодоление страха или боли, на волевое усилие. Это накладывает на медработников особую ответственность в тщательном продумывании степени необходимости той или иной манипуляции или процедуры. Также лучше не допускать осведомления ребенка об опасности исхода, тяжести заболевания. Но нельзя этого скрывать от родителей. Следовательно, большая разъяснительная и психологическая работа должна проводиться с родителями. Дети многое воспринимают через родителей, в том числе и отношение к своему заболеванию.

Неэтичные действия медработника могут способствовать развитию явления госпитализма. У детей он ведет к отставанию в физическом развитии: уменьшение массы тела, вялость, неподвижность, задержка роста и др., а также психического развития: обеднение эмоциональных реакций, речевая скудность, отупение.

Одной из важнейших демографических особенностей XX в. является повышение удельного веса пожилых людей среди населения многих стран мира. Это приводит к изменению структуры заболеваемости, необходимости изучения течения и лечения болезней этого возраста, повышения трудоспособности пожилых людей. Привлечение пенсионеров к труду и различным формам общественной деятельности благотворно сказывается на их здоровье, длительно поддерживает жизненный тонус. Следует помнить, что гетеротропность (выраженность процессов старения) неодинакова для различных органов и даже для разных структур одного и того же органа. Одной из основных закономерностей старения организма является снижение его адаптационно-

регуляторных возможностей, т.е. его надежности. Нередко нарастает психическая ригидность, консерватизм, отрицательное отношение ко всему новому, может страдать критика и самооценка. С развитием атеросклероза может быть связана перестройка в эмоциональной сфере. Нарушается в целом подвижность нервных процессов (И. П. Павлов).

Нередки случаи, когда уровень психической активности до глубокой старости сохраняется на высоком уровне. Несмотря на общепринятое мнение о заострении и как бы упрощении черт личности в старости (обидчивость, эгоцентризм, ипохондричность, ослабление аффективной жизни), многие люди до глубокой старости сохраняют свои индивидуальные черты.

Отношение врача к лечению пожилых и престарелых людей – всегда очень точный и чувствительный показатель его этического потенциала, деонтологических позиций, моральных качеств, гуманизма, великодушия, общего этического стиля.

Врачу необходимо проявлять внимание и уважение к определенным привычкам, бытовому, гигиеническому стереотипу старого человека, помочь облегчить многие «специфические бытовые затруднения» в больнице, памятуя о том, как трудно пожилым людям в больнице менять свои стереотипы.

Хорошие результаты каких-то исследований должны обязательно сообщаться больным – это хороший компонент «мотивированного обнадеживания». Успокаивающие и обнадеживающие оценки следует индивидуализировать и согласовывать с реальной обстановкой и здравым смыслом. Сообщение неприятной информации должно быть правильно преподнесено. Отказывая больному, нужно подумать, какую вы можете предложить замену. При выписке необходимо точное инструктирование с предписанием режима, диеты, лекарственной терапии.

Пожилые и старые люди похожи на детей – они обидчивы, слезливы, словоохотливы, «заостряются» многие черты. В преклонном возрасте заболевания намного чаще хронические, текут вяло. Особенности лечения престарелых больных:

1. Нельзя мощными медикаментами срывать установившуюся компенсацию.

2. Только при необходимости использовать инвазивные методы: ангиография, зондирование вен, активные физиопроцедуры и т.п.
3. Основа старения – дегидратация, отсюда основа терапии – гидротерапия, дезинтоксикация, улучшение микроциркуляции (в капиллярах находится 80% крови всего организма).
4. Из множества заболеваний лечить главное.
5. Строгая индивидуальность лечения. Назначать лекарства, нормализующие реактивность и обменные процессы.
6. Соблюдение пищевого, водного и солевого рациона; для профилактики интоксикации от медикаментов следует соблюдать перерывы в приеме лекарств.

В пожилом возрасте пациенты также обращаются к врачу по поводу жалоб психогенного происхождения. Поэтому важным остается вопрос дифференцированной диагностики.

## **ЛЕКЦИЯ № 3.**

### **Деонтологические аспекты медицинской среды**

*Вопросы к теме:*

1. Деонтологические аспекты общения и коммуникаций.
2. Понятие «группы», виды, деонтологические аспекты.
3. Виды режимов в отделении.
4. Средний медицинский персонал, соррогении.
5. Явление госпитализма, причины сопротивления выписке.

Встреча с врачом – один из важных моментов искусства врачевания. Врачевание во многом является искусством. Больной – это не третья койка от окна, а личность, с фамилией, именем и отчеством и своими индивидуальными особенностями. Поэтому врачу нужно быть внимательным при употреблении терминов, контролировать свои жесты, мимику, слова.

Необходимость создания адекватного вещественного окружения кабинета врача определяется тем, что это увеличивает степень уединенности, комфорта и внимания к пациенту.

Приветствие пациентов способом, приемлемым по культурным нормам в соответствии с их возрастом, полом и т.д. будет способствовать сохранению чувства собственного достоинства и поощрять их к участию в беседе.

Врачи должны вместе с пациентом выяснить, в чем именно заключаются ожидания пациента от настоящей консультации, а также избегать преждевременных выводов о причинах, которые привели пациента к врачу.

Также следует прояснить значение того, что говорит пациент, как говорит и значение тех сигналов, которые воспринимает врач от невербального общения, чтобы быть уверенным в том, что он понимает пациента полностью. Лечение лучше подбирать в соответствии с индивидуальными особенностями жизненного стиля пациента.

**Общение** – сложный многоплановый процесс установления контактов между людьми: обмен информацией, восприятие и по-

нимание, оценка другого человека. Межличностное общение имеет чаще всего диалоговую форму, является неизменным компонентом профессиональной медицинской деятельности. При общении малознакомых людей первое впечатление складывается нередко на основе информации об этом человеке, существенное значение также имеет интерпретация путем отождествления или сопоставления с собой (идентификация), размышления за другого (социально-психологическая рефлексия), стремление воспроизвести эмоциональный мир переживаний другого человека (эмпатия), распространение на другого известных характеристик (стереотипизация).

Поведенческие аспекты коммуникаций разработали антрополог Г. Бейтсон и семейный психотерапевт П. Вацлавик. Они утверждали, что люди не могут не вступать в коммуникации. Любое поведение человека есть коммуникация. Т.е. коммуникация начинается до того, как человек начал говорить. Оба человека до коммуникации имеют определенные установки о том, как эта коммуникация должна пройти. И это влияет на поведение обеих сторон. Также в коммуникациях они выделили уровни, независимые друг от друга. На каждом уровне передается свое сообщение.

1 уровень – содержание слов. Эту информацию мы воспринимаем сознательно.

2 уровень – уровень отношений. Этот уровень завуалирован, отношения выражаются с помощью интонации, тембра и ритма речи, скорости передачи информации, а также невербально: через жесты, позу, одежду, обстановку, выражение лица и т.п. Во время коммуникации передается отношение говорящего к собеседнику, к тому, о чем он говорит и отношение говорящего к самому себе. Каждый говорящий хочет получить подтверждение этих отношений у другого. Если этого не происходит, то возникают непонимание друг друга и конфликты.

Большое значение также имеют особенности взаимоотношений в коллективе. Чтобы коллектив мог работать как единое целое, необходима согласованность усилий всех его участников. Группа представляет собой целостную структуру со своими определенными качествами. Малые группы (микрогруппы) подразделяются на формальные и неформальные. Первые – это струк-

турные подразделения, а вторые строятся на основе личных отношений. Микрогруппы могут быть положительно или отрицательно настроены к коллективу в целом и к администрации. Именно в малых группах развиваются те социально-психологические процессы, от которых зависит самочувствие каждого отдельного человека и всего коллектива в целом. Коллегиальность умножает силы коллектива.

Также могут создаваться микрогруппы и в коллективе пациентов. Важное значение может иметь эгротогения – отрицательное взаимовлияние больных друг на друга (С.С.Либих). Чтобы этого избежать:

- Лучше не госпитализировать в одну палату вместе с другими больными тяжелобольных (напр. бронхиальной астмой, пневмонией).
- Не совмещать психологически несовместимых больных, пожилых и молодых, иногда людей разной культуры, интеллекта, запросов, с порочными привычками, невоспитанностью, разным темпераментом.
- Необходимо использовать трудотерапию, эстетотерапию, библиотерапию, препятствующих самокопанию и уходу в себя.

Важная деонтологическая задача – уменьшить влияние больничного режима на пациента. Режим, как и диету, необходимо назначать индивидуально, общих режимов существовать не должно. Необходимо сочетать охранительное значение режима со стимулирующим.

Лечебный режим представляет собой организацию образа жизни пациента, способствующую скорейшему и наиболее полному его выздоровлению.

Элементами **лечебно-охранительного режима** являются:

- 1) устранение всех неблагоприятных факторов обстановки;
- 2) борьба с болью и страхом боли;
- 3) отвлечение больного от ухода в болезнь;
- 4) обеспечение максимальных условий для физиологического сна и отдыха;
- 5) четкое соблюдение правил внутреннего распорядка.

Важнейшим элементом лечебно-охранительного режима является строгое соблюдение психотерапевтических принципов общения медицинского персонала с больными.

**Активирующий лечебный режим включает:**

- 1) мероприятия, обеспечивающие тренировку, сохранение и восстановление нарушенных функций;
- 2) меры по формированию у больного положительно эмоциональной настроенности на активную и сознательную борьбу с болезнью и преодоление трудностей.

В психиатрических стационарах существуют специальные виды режимов:

- 1) ограничительный;
- 2) наблюдательный;
- 3) режим дифференцированного наблюдения;
- 4) режим открытых дверей.

На адаптацию пациента к стационару влияет окружающая обстановка в отделении, внешний вид врачей и персонала, цветовая гамма отделения, доступность радио, телевидения, газет и журналов. Стационар заменяет на какое-то время дом.

Медицинская эстетика является неотъемлемой частью механизма действия на выздоровление пациента всех лечебных факторов по принципу условного рефлекса. Освещение палат, мебель, уголки отдыха, растения, аквариум имеют значение. У медперсонала должны быть уютные рабочие места, хорошая одежда, не слишком модная, без сильных запахов (табака, алкоголя) для пациентов. Необходимы культурные развлечения, отвлекающие внимание от недугов.

Деонтологическое значение имеет и правильное ведение и использование медицинской документации. Медицинская документация – это система учетно-отчетных документов, используемых в здравоохранении. Документы первичного учета: история болезни, карта амбулаторного больного, история родов, история развития ребенка, листки нетрудоспособности, бланки лабораторных анализов и т.д. Документация должна быть заполнена правильно, аккуратно, грамотно.

Большое значение имеют взаимоотношения медицинских сестер и пациентов, так как сестра (в отличие от врача) постоянно находится около больного, ее отношение и влияние на больного



действует постоянно. Психология этой деятельности – одна из важных проблем работы с больными. Невозможно провести резкую границу между физическим уходом за больным и психологическим воздействием на него в этот период.

Очень важен стиль работы сестры: не только, что она делает, но и как.

Большой минус и частое явление – механическое, автоматическое выполнение сестрами своих обязанностей.

Заботливость, внимание и любовь сестры к больным проявляется в их нежности, ласковости, терпении и вежливости. Очень важный фактор – доверие больных, порождающее у них чувство безопасности, снятие напряжения, страха, тревоги. Усиливает доверие умение хранить тайны больных, проявление уважения к ним, что начинается с формы обращения.

Медсестра сообщает врачу необходимую информацию об изменениях в состоянии больного, о его реакциях на лечение, медсестры осуществляют уход, выполнение терапевтических процедур. Не понимая этого, врач может допустить диагностическую ошибку. От профессиональных ошибок сестер надо отличать их небрежность в работе, безразличие, бездушие.

Вред, который могут причинить сестры больным, называют "соррогениями". Их основные причины: недостаточное внимание к больным, недостаточная общая культура, амбициозность, переоценка своей личности, желание "показать себя", дача советов и рекомендаций, трактовка данных анализов и обследований.

И. Харди (1981) выделяет несколько вариантов поведения медсестер:

- 1) практический тип – точность и строгость в работе (могут будить больного, чтобы дать лекарство в положенное время);
- 2) артистический тип – без чувства меры стараются произвести впечатление на больных;
- 3) нервный тип – обидчивые, раздражительные;
- 4) мужской тип – склонны к деспотичности, агрессивности;
- 5) материнский тип – наиболее благоприятный: заботливые, опекающие, внимательные;

- б) сестры-специалистки – чаще работают в диагностических кабинетах, считают себя выше других, трактуют результаты анализов, обследований.

**Госпитализм** – это неблагоприятное воздействие больничной среды, в первую очередь, психологических условий среды, на психическое и физическое состояние больного. Нередко длительное пребывание в стационаре буквально инвалидизирует человека в психологическом смысле.

Особенно это может сказываться на пациентах детского возраста. У детей госпитализм чаще называют депривацией, которая может приводить даже к состоянию регресса как в психическом, так и в физическом плане.

Вредом госпитализма является развитие "иждивенческой" психологии. Не все заболевания должны лечиться в стационарах. Не следует занимать койки, необходимые для более нуждающихся в этом больных. Госпитальное лечение – самое дорогостоящее лечение.

**Профилактикой госпитализма является:**

- 1) "завоевание" пациента для сотрудничества при лечении и обследовании;
- 2) максимальная его занятость в отделении;
- 3) определение места пациента в жизни отделения, обеспечение условий для двигательной активности пациентов, проведение реабилитационных мероприятий.

Явление госпитализма сегодня используется в более широком смысле, чем его ввел в 1945г. Р.Шпитц (вредное воздействие больничной обстановки на больных, особенно детей при отрыве их от матери). Больница навязывает чуждый ритм жизни (напр., рано ложиться и рано вставать), отрыв от семьи, от работы, от привычного окружения, что особенно выражено при постельном режиме. Происходит регресс личности.

Поэтому важно в больнице групповое воздействие коллектива медиков на больного. Важны беседы сестер в палатах. Необходимо видеть, что означают среда и личностные факторы в их единстве в деле лечения больных.

**Сопротивление выписке возникает по следующим причинам:**

1. Страх перед возвратом болезни. Способствовать появлению страха могут адинамия, ятрогении, слишком активная терапия, внутрибольничные инфекции, а также страх может быть проявлением невротических реакций.
2. Чрезмерные надежды на стационарное лечение.
3. В больнице лучше условия, чем дома.
4. Корыстные соображения (накопление пенсии и т.п.)

Госпитальное лечение – самое дорогое лечение. Поэтому готовить к выписке пациента лучше с первых дней поступления.

## **ЛЕКЦИЯ № 4 .**

### **Деонтологические аспекты беседы с БОЛЬНЫМ**

*Вопросы к теме:*

- 1. Особенности ведения беседы с больными.**
- 2. Деонтологические аспекты сбора анамнеза.**
- 3. Особенности поведения пациентов на приеме у врача.**
- 4. Основные принципы сбора и передачи информации пациенту.**

Любая болезнь – стресс, дезорганизующий личность и организм. Болезнь меняет жизненные планы человека. Новые условия жизни, создаваемые болезнью, вынуждают человека часто отказываться от ранее выработанных стереотипов, от сложившегося образа жизни. А всякая ломка требует новых психических усилий, подчас запредельных для данного человека. Это нередко сопровождается болезненной перестройкой механизмов защиты. В этих условиях всякое нарушение деонтологических правил воспринимается значительно острее.

Встреча с врачом в стационаре, поликлинике, дома – одно из важных событий в жизни пациента. Врачевание во многом является искусством. Больной – это «не третья койка от окна», а личность с фамилией, именем и отчеством, со своими индивидуальными особенностями. Нельзя забывать, что при контакте с врачом больной с первых минут также оценивает врача, как и врач больного. Для больного врач – уникальная личность, которой он вверяет свое благополучие и свою жизнь.

Причины обращения пациентов к врачу бывают различными:

1. Трудная, горестная, одинокая жизнь; беседа приносит утешение, а необходимый рецепт на лекарства – только предлог, чтобы прийти к врачу.

2. Доказать окружающим, что они тяжело больны, уйти от трудностей жизни. Часто в основе этого лежит тяжелый жизненный конфликт. В таких случаях говорят об условной выгоде болезни. Термин "условная выгода болезни" включает полу-

чение психологических и социальных преимуществ, льгот от болезни, удовлетворение своих желаний и потребностей. Этот процесс часто происходит на бессознательном уровне, поэтому отсюда и возникает сопротивление "отнятию" полученного, благодаря болезни.

Беседа с больным – это не просто разговор двух людей, он должен вестись по определенным правилам. В беседе врача с больным должны соблюдаться следующие условия:

- Не допускать, чтобы больной чувствовал, что Вы торопитесь и у Вас на приеме еще 30 человек. Вы должны 2-3 минуты дать больному свободно выговориться и лишь затем попытаться направить беседу. При этом больной должен почувствовать, что Вы прерываете его монолог именно потому, что Вас интересуют определенные аспекты его состояния, а не потому, что Вам некогда.
- Использовать прием переключения монолога на диалог, особенно с мнительными, ипохондричными и обстоятельными пациентами.
- Уделять внимание элементарному ориентировочному обследованию: осмотру склер, конъюнктив, пальпации щитовидной железы, лимфоузлов, пальпации живота, пульса, измерению АД, проверке наличия отеков и т.д.
- Задавать больным вопросы простые и ясные, на языке пациента.
- Сообщать диагноз с разъяснениями, в простой форме, без использования непонятных терминов, т.к. многие медицинские термины звучат устрашающе.
- Не высказывать предварительных предположительных диагнозов.
- Не читать медицинскую документацию больного прежде, чем сами осмотрите пациента и составите свое представление о состоянии;
- Не осуждать ошибки предыдущих врачей, тем самым Вы можете дискредитировать самого себя.
- Задавать несколько вопросов о личной жизни и об обстоятельствах жизни пациента, чтобы составить представление о личности пациента и его проблемах (одиночество, неудачный брак, потеря близкого человека, серьезные конфликты на работе или

в семье). Горе или тоска могут вызывать не только острую реакцию, но и в течение длительного времени изменять гормональный фон, расстраивать иммунную защиту, способствовать раннему прогрессированию атеросклероза и т.д. Мы не можем изолировать больного от жизненных обстоятельств, но можем помочь преодолеть преувеличенные страхи, ободрить, а все это не менее важно, чем прием препаратов.

- Вырабатывать у себя эмпатию – способность сопереживать психологическому состоянию другого человека. И в то же время сохранять уравновешенность, что может гармонизировать состояние больного;
- Разъяснять больному пути и задачи предстоящего обследования и лечения, как на ближайший, так и на более отдаленный период, что может предупредить реакции пациента на «затянувшееся» обследование или «малоэффективное» лечение.
- Обращать внимание пациента при повторных беседах на прогностически благоприятные признаки, смягчение симптоматики и т.п.

Врач должен обладать эмоциональной и интеллектуальной гибкостью, смелостью решений и верой в свои возможности. Никакое поведение больного не должно мешать лечению. Вера и убежденность врача передаются и пациенту.

Одной из основных целей беседы с пациентом является сбор анамнеза. Анамнез – это управляемый разговор. Правильно собрать анамнез нелегко. У пациента должно создаваться впечатление непринужденной беседы. При этом врачу необходимо оценить серьезность жалоб, манеру их предъявления. Важно суметь отделить главное от второстепенного, убедиться в достоверности показаний, не обижая больного недоверием, помочь вспомнить, не внушая. Следует избегать ничего не значащих пустых слов в разговоре. Уметь незаметно направлять разговор, не давать уходить в сторону, на несущественные подробности, посторонние темы. Здесь необходимы изобретательность и творческое отношение. При этом следует иметь в виду, что уже сам процесс расспроса и исследования является не только процессом распознавания для врача, но и началом терапевтического лечения для пациента.

Анамнез может быть субъективным и объективным. **Субъективный анамнез** – это та информация, которая получена от больного. Его недостатки заключаются в том, что в некоторых случаях можно получить недостоверную, неполную информацию:

- 1) анозогнозия,
- 2) недооценка тяжести своего состояния,
- 3) безболевые и субклинические формы заболевания,
- 4) диссимуляция,
- 5) симуляция,
- 6) рентные установки и др.

**Объективный анамнез** получают от родственников, коллег и т.п. Его недостатки:

- 1) не видна внутренняя картина болезни,
- 2) эти люди могут иметь свою концепцию болезни,
- 3) родственники могут иметь свои причины скрыть или усугубить симптомы,
- 4) сбор анамнеза имеет терапевтическое значение, а в данном случае этого не происходит.

Основные модели взаимодействия врача и больного:

- модель руководства;
- модель партнерства;
- контрактная модель.

В современном обществе эти взаимоотношения усложнились из-за развития сети здравоохранения, усложнения лечебно-диагностических методов, высокой технической оснащенности медицины.

Таким образом, основные принципы сбора информации:

1. Правильный баланс открытых и закрытых вопросов, чтобы пациент мог выговориться.
2. Использование пауз и молчания.
3. Прояснение ожиданий пациента.
4. Распознавание истинной цели обращения.
5. Структурирование опроса и управление потоком информации.
6. Прояснение референтных систем пациента, чтобы подстроиться к нему на невербальном уровне.
7. Распознавание неконгруэнтности пациента.

## 8. Обобщение.

Пациенты на приеме у врача ведут себя по-разному. Обращая внимание на их поведение, врач получает дополнительную информацию о пациенте, определяется с тактикой поведения с ним.

Особенности поведения пациентов на приеме:

1. Очень медлительные – в этом случае нужно исключить гипотиреоз, депрессию и др. заболевания, сопровождающиеся заторможенностью, а не раздражаться.

2. Обстоятельные и дотошные – часто это говорит о тревоге, что человек боится своей болезни.

3. Имеющие сверхценную идею «избавиться от болезни» – в таком случае задачей врача является уменьшение значимости болезни в глазах больного, привитие спокойного отношения к ней.

4. Слишком словоохотливые – в этом случае лучше перейти к обстоятельному физическому обследованию, что вызовет доверие у больного.

5. Капризные – эти люди могут испытывать страх, тревогу, возбуждение, поэтому им нужно показать, что они попали в надежные руки.

6. Озлобленные, депрессивные, грубые, испробовавшие лечение у всех врачей – относиться к этим проявлениям лучше как к симптому заболевания.

Также большое значение для установления контакта с пациентом и повышения эффективности лечения имеет и способность врача передавать информацию пациенту.

Основные принципы передачи информации пациенту:

1. Предоставление ясной и простой информации.
2. Принцип дозированной правды.
3. Преподнесение более важных сведений первыми.
4. Использование повторения.
5. Структурирование информации.
6. Адекватная позитивная форма сообщения.
7. Использование специальных приспособлений.
8. Получение обратной связи от пациента.



## **ЛЕКЦИЯ №5.**

### **Деонтологические аспекты взаимодействия врача и больного**

#### ***Вопросы к теме:***

- 1. Деонтологические аспекты взаимодействия с трудными больными, больными –врачами.**
- 2. Деонтологические аспекты общения с неизлечимыми и умирающими больными.**
- 3. Взаимодействие с родственниками больных.**

Следует помнить, что внешнее спокойствие больного может быть всего лишь маской, скрывающей его испуг, отчаяние, тоску. Необходимо отметить суетливость, тревожность, возбужденность пациента и другие внешние признаки внутреннего состояния, которое призывает к помощи.

Случается, что некоторые больные вызывают у врача неприязнь, раздражение. Необходимо развить в себе интерес, любопытство к любому больному. Надо помнить, что многие больные приходят лишь за больничным листом, одинокие – просто пообщаться.

«Трудные больные» – это капризные, обидчивые, вечно недовольные, болезненно на все реагирующие, не ценящие труда медработников, наносящие им незаслуженные обиды. К ним надо относиться с терпением и пониманием. Необходимо помнить, что чаще всего трудные больные являются действительно больными и нередко тяжело больными людьми.

Особенно внимательного отношения требуют заболевшие коллеги. Расспрашивать их необходимо тщательно, не следует применять профессиональный язык в общении. Назначать лечение необходимо, как и любым другим пациентам, тщательно расписывая условия его применения. Также все рекомендации давать подробно и четко, не говоря «ну, вы сами знаете, как лечиться». Лечащий врач не должен «совещаться» с ним по поводу обследования и лечения, а говорить уверенным тоном со знанием дела, не идти у него на поводу. Все рекомендации делать как "простому" больному. В случаях взаимодействия с пациентами-

врачами особенно велика опасность "ятрогений". Нельзя устраивать с больным "консилиум" по поводу его заболевания. Быть особенно осторожным при серьезном диагнозе и прогнозе, которые должны быть скрыты, причем сообщение об этом должно быть тщательно продумано (в том числе и ответы на возможные вопросы) и аргументировано. Врачу в роли больного всегда труднее, чем простому больному (знание симптомов, прогноза и т.д.).

Особого внимания заслуживает подход к умирающим больным. В каждой фазе болезни больные сохраняют надежду на благоприятный исход. Многие панически боятся смерти. Древнеримский философ говорил, что смерть предстоит всему: «она закон, а не кара».

Естественная смерть в наши дни – явление крайне редкое, большая часть людей умирают от заболеваний, т.е. своего рода «незаконной» насильственной смертью, когда инстинкт жизни еще сохранен и организм ведет борьбу с болезнью. Поэтому не следует констатировать абсолютную безнадежность состояния. Врачам известно множество случаев «чудесного исцеления».

С умирающими, неизлечимыми больными особенно сложно работать. Многие врачи пытаются избегать их, уделяют меньше внимания, реже подходят, меньше времени беседуют на обходах. В этих случаях следует не считать борьбу проигранной, а постоянно внушать больному надежду своим поведением и отношением к нему, обращать внимание на малейшую положительную динамику или симптом, но в то же время не следует внушать и неоправданные надежды.

Умирающие больные не всегда страдают от боли, но чаще – от одиночества. Не надо смотреть на обходе на него жалостливыми, испуганными, виноватыми глазами, он такой же больной, как и другие. Но ему особенно нужна помощь не только медицинская, но и психологическая.

Kuebler-Ross (1974) описал 5 фаз процесса, которые могут быть пройдены больным после того, как он узнал о возникновении у него неизлечимого заболевания:

1. Нежелание знать и изоляция (больной отказывается принять свою болезнь).
2. Гнев и отвергание.

3. Фаза переговоров (просьбы, прежде всего, к врачам).

4. Депрессия.

5. Примирение с судьбой, согласие «в мире и достоинстве».

Пациенту нужно помочь сориентироваться в новой реальности и поддержать в устранении патологического механизма защиты в виде отрицания.

После отрицания многие пациенты вступают в фазу ссоры со своей судьбой. Они ищут козла отпущения и находят его во враче, персонале или членах семьи. А это также затрудняет лечение.

Поэтому врач должен стать сопровождающим партнером, облегчить больному путь через отвергание, надежду и безнадежность. Эти чувства часто внезапно сменяются у больного и могут сосуществовать. Опыт открытого партнерства может стать здесь большим жизненным опытом, который, наряду с неясными ощущениями в теле, регрессией, уходом в себя, может привести к примирению с угрозой смерти.

Пациент, его семья и врач находятся в тесном взаимодействии. Поэтому врач также должен учитывать индивидуальную систему семьи и семейных отношений. Очень часто случается, что врачи чрезмерно информируют родственников пациента и недостаточно самого больного. Тем самым создается опасность того, что родственники завершат психологическую переработку скорби уже перед смертью больного, и тогда он окажется в изоляции. Чтобы этого не произошло, т.е., чтобы быть вместе с больным, его родственники должны находиться на том же уровне владения информацией, что и пациент (Baltrusch, 1969).

Часто сами родственники просят врача, чтобы он не сообщал больному диагноза «рака». Но в большинстве случаев различные уровни информированности больного и других членов семьи приводят к лишению семьи возможности сотрудничества. В такой ситуации никто не может действовать естественно, все подвергается искаженной рефлексии в то время, когда нужна открытость.

В контакте с семьей умирающего пациента следует обращать внимание на следующее:

- избегать возникновения различных уровней информации в семье;

- мобилизовать резервы семейной группы;
- содействовать психологической переработке скорби у больного и членов семьи;
- сопровождать семью и после смерти больного.

Kuebler-Ross (1974) указывал на то, что родные могут переживать сходные с больным фазы в ходе его заболевания. Родные часто страдают от чувства вины и бессилия. Поэтому семейные беседы могут действовать успокаивающе и предотвращать хронизацию этих чувств.

Особой психологической проблемой является общение с родственниками всех категорий больных. Психология родственников при контакте с врачом может быть обусловлена:

- 1 – их личностными особенностями;
- 2 – особенностями их прежней жизни;
- 3 – их актуальным отношением к больному.

Нередко родственники могут быть больше обеспокоены состоянием больного, чем сам пациент. Их интерес сосредоточен только на том, чтобы больной как можно скорее поправился. Сведения родственников могут определяться разговорами их ближайшего окружения, противоречивыми сведениями как о болезни, так и о медперсонале, медучреждении, полученными при беседе с другими посетителями. Старания родственников могут привести к созданию затруднительных отношений между больным и врачом. Родственники могут при пациенте проявлять свое недовольство врачом, лечением, говорить, что пациент «не перенесет операцию», «не выдержит такого лечения», в мельчайших подробностях разбирать с больным признаки его заболевания, «закармливать» больных, мешать соблюдать режим диеты и лечения. Бестактные родственники задают вопросы типа «почему ты так плохо выглядишь?» или «что с тобой сделали?», рассказывают о конфликтах дома или на работе, засыпают проблемами и заданиями с работы. Врач должен замечать и знать взаимоотношения больного с родственниками и как последние влияют на состояние их пациента. Иногда следует ограничить общение с некоторыми родственниками.

Нередко родственники предъявляют врачу самые высокие требования, не прощая ему малейшей ошибки, которую прощают

многим, в том числе и себе. К сожалению, нередко и сам врач не желает устанавливать контакт с родственниками.

При контакте врача с родственниками беседа должна носить целенаправленный характер: получить как можно более полную и объективную информацию о пациенте и сделать родственника союзником в борьбе с болезнью. Необходимо знать, что ждет пациента после выписки дома. Ведущая роль во взаимоотношениях «врач-родственник» должна принадлежать врачу. Родственникам следует сообщать только самые главные и самые проверенные сведения о больном.

Не всегда легко добиться сотрудничества с ними, положительного отношения к лечению. Сложность диагностики, тяжесть течения нередко создают негативную психологическую установку. Приходится затратить немало сил, времени, терпения, выдержки, чтобы сделать их своими единомышленниками, чтобы обеспечить пациенту необходимые условия для лечения и последующего лечебно-оздоровительного периода.

Особое значение проблема «врач-родственник» приобретает в случае смерти больного. Говорить о ней всегда трудно. Нельзя сообщать этого по телефону, необходимо встретиться с родственниками, затратить на это определенное время и не должно быть к смерти профессионального привыкания.

## **ЛЕКЦИЯ № 6.**

### **Этико-деонтологические аспекты лечебного процесса**

- 1. Психологические аспекты назначения лекарственных препаратов.**
- 2. Плацебо-эффект, его виды.**
- 3. Причины отказа от назначения лекарственных препаратов.**
- 4. Принципы, помогающие получить согласие пациентов на прием медикаментов.**

Врач должен заботиться о психологической приемлемости обследований и лечения. Лекарства необходимо назначать скупко и осмотрительно, при этом убедив больного в необходимости назначенного и отсутствии вреда по сравнению с вредом, причиняемым болезнью. При длительном течении заболевания необходимо что-то из назначений менять или на какое-то время прерывать. При повторных встречах обязательно расспрашивать о действии назначенного лечения. Назначения должны делаться четко. Нельзя говорить «принимайте это лекарство два или три раза в день, все равно до или после еды, пока не поможет». Не должно быть полифармакотерапии. При назначении препаратов важно учитывать особенности личности больного, отношения между врачом и больным. Часто вред от лечения бывает при несистематическом приеме больными лекарств.

Схему действия лекарства можно определить как формулу: общее действие = прямое действие + действие плацебо. Лекарство необходимо назначать так, чтобы оно действовало не только фармакологически, но и деонтологически.

Неправильные действия врача при назначении лекарства можно разбить на следующие группы:

- 1 – небрежность и поверхностность обследования перед назначением;
- 2 – необоснованность назначения вследствие незнания действия лекарства или в результате непродуманной тактики;
- 3 – неправильная методика применения препарата.

Существуют пациенты «фармакофобы», для которых любое лекарство – это "яд", и «фармакофилы», переоценивающие медикаментозную терапию. Надо помнить, что среди больных появились настоящие лекарственные гурманы, особенно к транквилизаторам, алкоголю, наркотическим препаратам.

Неспецифическое психическое действие лекарств известно еще с древних времен. Особенно очевидным это стало со времени применения «плацебо» (с лат. «пустышка»). Плацебо – вещество, не содержащее фармакологически активного начала. Этот метод разработан в 30-х годах нашего столетия, чтобы точно измерять лечебное воздействие отдельных лекарств.

Эффект плацебо определяется:

1 – действием первосигнальных раздражителей (окраска, величина, вкус, запах препарата);

2 – действием вторично-сигнальных словесных импульсов.

Отрицательный эффект плацебо может быть при приеме слишком известных или уже принимавшихся больным лекарств. Он проявляется в виде появления тревоги, бессонницы, тошноты, сухости во рту. Появление этого эффекта связано с воздействием на *locus minoris resistenciac*, токсическим эффектом.

Положительный плацебо-эффект проявляется в виде исчезновения симптомов, появления позитивных изменений в состоянии.

Смешанный плацебо-эффект проявляется в виде исчезновения симптомов и появлении неприятных ощущений.

Считается, что в общей популяции 30% людей являются положительными плацебо-реакторами, 60% – смешанными, 10% – негативными плацебо-реакторами.

Врачи чаще занимаются диагностикой с большим интересом, чем лечением. Забывается, что для пациента главное – лечение, а обследование – это задержка лечения. При длительном обследовании теряется доверие к врачу. Врач должен стремиться лечить "*cito, tuto et jucunde*" (быстро, безопасно и приятно).

Частота приема и доза препарата зависят от:

1) индивидуальных особенностей фармакокинетики и фармакодинамики препарата;

2) характера, стадии, течения патологического процесса.

У некоторых пациентов прием лекарств становится привычкой, у других вызывает токсикоманию.

<b>Токсикомания</b>	<b>Привычка</b>
Страсть, потребность в лекарстве	Необходимость для улучшения самочувствия
Необходимость в повышении дозы	Возможно, но необязательно
Физическая и психическая зависимость	Только психическая
Вредное воздействие на личность и коллектив	Вредное воздействие больше на индивида

Оба явления называют зависимостью от лекарств.

Врач должен сообщать больному о возможных побочных действиях лекарств, но в такой мере, в какой считает необходимым. Большой вред приносит самолечение больных. Также вред может быть и от назначения множества лекарств.

Причинами отказа от лекарств у пациентов являются:

1. Воздействие предрассудков и суеверий.
2. Достижение какой-то цели: попасть в больницу, продлить стац. лечение, получить инвалидность, продлить вредные привычки (алкоголизм, наркомания).
3. Психическое заболевание (бред и т.д.).
4. Деменция и другие изменения личности.
5. Легкомысленное отношение.
6. Фантазии.
7. Боязнь отравиться.
8. Самоутверждение здоровья.
9. Религиозные соображения.

Соблюдение следующих принципов поможет обеспечить согласие пациентов на прием лекарственных средств:

- тщательный сбор лекарственно-психологического анамнеза;
- установление терапевтических отношений;
- использование эффекта начального лечения;
- предпочтение ксенобиотикам;



- учет невербальных психологических факторов, связанных с препаратом (цвет, размер, форма, цена препарата) и вербальных (репутация у населения, вкладыш в упаковке, название препарата).

## **ЛЕКЦИЯ № 7.**

### **Деонтологические аспекты поведения врача**

*Вопросы к теме:*

- 1. Деонтологические аспекты поведения врача.**
- 2. Особенности врачебного мышления.**
- 3. Профессиональные ошибки, виды, отличие от плохих исходов.**
- 4. Психологические аспекты личностного роста медработника.**
- 5. Понятие ятрогении, деонтологические аспекты.**

Медицинский работник должен выделяться среди остальных людей своей культурой, сдержанностью, воспитанностью. Особенно важным является уважение к больному человеку.

Авиценна говорил, что врач должен обладать глазом сокола, руками девушки, мудростью змеи, сердцем льва.

Н.И.Пирогов писал, что врач должен: «Быть человеком среди людей», учиться быть врачом – значит учиться быть человеком.

В устах умелого врача слово лечит, а в устах неумелого – ранит. Нужно знать, что, когда и кому говорить. При этом следует учитывать психологические особенности личности больного, его состояние, диагноз заболевания. Большое значение имеет интонация, через которую передаются нюансы наших мыслей и чувств.

Открыто травмирующие выражения: «надо срочно лечь в больницу», «как же вы можете заснуть, если у вас давление 200/100», «ваше сердце старше вас», «ваше заболевание почти неизлечимо в наше время», «вам придется болеть долго», «сосуды склерозированы, аорта расширена, пожилы, бабушка, и хватит», и т.п.

Необходимо постоянно помнить то, что говорил о врачах Адлер: "...метод лечения должен быть в нас самих". Задача врача – освободить личность человека с тем, чтобы она могла развиваться свободно, своим независимым путем, приводя в действие

как можно больше скрытых в ней возможностей. Ум, энергия и талант позволяют врачу трудиться творчески и в диагностике, и в лечении больных.

Нужно не только соблюдать такие этические категории, как долг, совесть, справедливость, любовь к человеку, но и понимать людей, обладать знаниями в области психологии. Без этого не может быть и речи об эффективности деонтологического воздействия на больного. Перед врачом в каждом конкретном случае возникают задачи, для решения которых необходимо самостоятельное мышление и умение предусматривать последствия своих действий.

Авторитет у каждого врача свой. Накапливается он постепенно как результат своей медицинской и человеческой деятельности. Еще до первой встречи больной может знать о враче больше, чем он о больном. В первой встрече все важно: манера держаться, общение с больным, мимика, интонации голоса, жесты, внешний вид, разговоры с коллегами. Доверие вызывает спокойный, гармоничный и уверенный в себе врач. Всегда ценится больными и коллегами чувство ответственности, умение владеть собой, чувство юмора, оптимизм, решительность, хладнокровие, критическое отношение и скромность. Но не надменность, тщеславие, жадность и зависть. Авторитет – это результат лечебной деятельности и мнения окружающих.

Вряд ли нужно доказывать, что хорошие партнерские взаимоотношения в коллективе крайне необходимы. В лечебном коллективе каждый работник имеет свое место, свои обязанности, свой круг деятельности. Традиционную иерархию, консервативный строй отношений между медработниками часто подвергают критике. Современная медицинская наука, будучи чрезвычайно развитой и узко специализированной, все более требует коллективной работы. Это, в свою очередь, требует четкости взаимодействия и взаимоотношений в коллективе. Сейчас уже нет ни в одной области медицины специалиста, разбирающегося “во всем”.

Врач должен обладать интуитивным мышлением. Оно включает в себя способность мысленного манипулирования идеями и образами, оно позволяет выйти за пределы отдельных деталей болезни и в хаотической совокупности симптомов «уви-

деть» принцип, придающий им гармоничную стройность при отсутствии необходимых логических средств для ее доказательств. Интуиция (от лат. “созерцание”) – усмотрение, видение с помощью зрения. Особое значение интуиции в деятельности врача связано еще и с тем, что он постоянно находится в состоянии «вхождения» в личность пациента, которое требует особой остроты видения и максимальной мобилизации всех, в том числе, и подсознательных, ресурсов психики. Хотя логически построенный диагноз может быть более надежен, чем интуитивный.

Врачебное мышление имеет свои особенности. Его специфика состоит в том, что оно более наглядно и предметно, чем у математика или физика. Мышление врача психологично и деонтологично, оно всегда наполнено ценностными установками.

Врачебное мышление также должно носить творческий характер. Без творчества и развитого воображения лечебная деятельность лишается многих нравственных и культурных ценностей.

Особенность мышления врача состоит и в возможности предусматривать последствия своих действий. Большинство врачебных ошибок происходит не из-за недостаточного количества фактов или обследований, а из-за дефектов врачебного мышления, клинической логики.

В процессе своей работы врач может совершать профессиональные ошибки. Выделяют следующие виды профессиональных ошибок:

1. Ошибки по неведению – возникают при отсутствии необходимой информации о пациенте, при отсутствии необходимых знаний у врача и т.п.
2. Ошибки по недомыслию – возникают, например, когда врач не сопоставил все данные, все знания, что-то забыл и т.п.
3. Деонтологические ошибки – например, развязный тон, неуместные шутки и т.п.

Чтобы предупредить возникновение ошибок по недомыслию, следует:

- учиться пользоваться когнитивными системами знаний;
- поддерживать интеллектуальную форму;

- определить пределы своих интеллектуальных возможностей.

Профессиональные ошибки следует отличать от плохих исходов.

Плохие исходы:

1. Неизбежные исходы – летальный исход при неоперабельной злокачественной опухоли, развитие дефекта вследствие шизофрении т.п.

2. Побочные действия – лекарств, вмешательств и т.п.

У врача могут возникать различные реакции на совершенную профессиональную ошибку.

Неадекватные реакции: 1) отрицание, 2) оправдание, 3) отстранение.

Конструктивные реакции: 1) признание ответственности, 2) исправление ошибки, 3) устранение последствий ошибки, 4) анализ причин, выработка методов распознавания и предупреждения ошибок.

Чтобы избежать совершения профессиональных ошибок или уменьшить их количество, медработник также должен лично расти. Аспекты профессионального личностного роста медработника:

- воспитание когнитивного контроля;
- формирование адекватного профессионального когнитивного стиля и когнитивных схем;
- участие в тренингах по формированию коммуникативной компетентности;
- участие в балинтовских группах;
- выработка системного биопсихосоциального подхода к больному.

Личность терапевта – это орудие его труда, и она имеет важное значение в эффективности его работы. У больных всегда имеется образ "идеального" врача, с которым вы постоянно сравниваетесь.

Трудно переоценить силу слова. Слово может обладать огромным психотерапевтическим воздействием, и слово может вызвать тяжелую ятрогению. Термин «ятрогении» получил особое распространение после статьи Бумке (1925) «Врач как причина душевных расстройств», и означает психогенное заболевание или

невроз, возникший в результате неблагоприятного воздействия на психику пациента поведения врача или других медицинских работников.

Поводом развития ятрогений служат:

- профессиональные ошибки медработника;
- дефекты организации медицинской помощи;
- органоцентрический подход;
- деформации личности медработника.

В работе с детьми необходимо учитывать возможность воздействия на ребенка через мать. Ятрогении в чистом виде встречаются в детской практике реже, чем у взрослых. Р.А.Лурия считает причиной психогенных ятрогений у детей привитие преувеличенных представлений о своей болезни при неправильном поведении врача.

Развитие ятрогении может быть связано с назначением врачом слишком щадящего ограничивающего режима, со слишком пристальным вниманием врача при обследовании, например, к сердцу (у пациента при этом начинаются сердцебиение, боли).

Литература:

1. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. – Прага, 1983.
2. Магазаник Н.А. Искусство общения с больными. – М., 1991.
3. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. – Л., 1980.
4. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Креггер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. – СПб, 1996
5. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. – М., 1998.
6. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. – Будапешт, 1988.
7. Коломинский Я.Л. Психология взаимоотношений в малых группах. – Мн., 2000.
8. Дернер К. Хороший врач. – СПб., 2006.
9. Вацлавик П., Бивин Д., Джексон Д. Психология межличностных коммуникаций. – СПб., 2000.
10. Ригельман Р. Как избежать врачебных ошибок. – М., 1994.
11. Лапин И.П. Личность и лекарство. – СПб., 1999.

## Содержание

ЛЕКЦИЯ № 1. Врачебная этика и деонтология .....	3
ЛЕКЦИЯ № 2. Влияние болезни на личность больного .....	13
ЛЕКЦИЯ № 3. Деонтологические аспекты медицинской среды .....	21
ЛЕКЦИЯ № 4. Деонтологические аспекты беседы с больным .....	28
ЛЕКЦИЯ №5. Деонтологические аспекты взаимодействия врача и больного ...	33
ЛЕКЦИЯ № 6. Этико-деонтологические аспекты лечебного процесса.....	38
ЛЕКЦИЯ № 7. Деонтологические аспекты поведения врача .....	42



Учебное издание

**Томащук** Татьяна Евгеньевна  
**Королева** Елена Григорьевна

## КУРС ЛЕКЦИЙ ПО ДЕОНТОЛОГИИ

Пособие

Ответственный за выпуск И.Г. Жук

Компьютерная верстка А.В. Яроцкая  
Корректор Л.С. Засельская

Подписано в печать 13.11.2008. Формат 60x84/16. Бумага офсетная.  
Гарнитура Таймс. Ризография.  
Усл. печ. л. 2,8. Уч.-изд. л. 1,85. Тираж 60 экз. Заказ **134 п.**

Издатель и полиграфическое исполнение  
учреждение образования  
«Гродненский государственный медицинский университет».  
ЛИ № 02330/0133347 от 29.06.2004. Ул. Горького, 80, 230009, Гродно.