План

Введение

Глава 1. Охрана психики больного

Глава 2. Качества среднего медицинского работника

Глава 3. Деонтологические проблемы в онкологии

Заключение

Список литературы

## Введение

Для выполнения своей работы я выбрал тему "Особенности деонтологии среднего медицинского работника в онкологии", так как она показалась мне более интересной и актуальной. Даже в Древние времена вопросы медицинской деонтологии в онкологии представляли большую актуальность, которая также актуальна и по сей день.

Онкология является одним из актуальных вопросов здравоохранения. Ежегодно на земном шаре от рака умирает около 7 млн. человек, из них 0,3 млн. в России. Статистика каждый год меняется, но несомненным является высокая частота и летальность от рака. В США и Европейских странах летальность от рака стоит на втором месте после сердечно-сосудистых заболеваний. В России по данным коллегии МЗ РФ за 2002 г летальность от рака стоит на третьем месте после сердечно-сосудистых заболеваний и травмы. По частоте заболеваемости превалирует рак органов дыхания - 13,8%, кожи - 12,4%, желудка - 10,4%, молочной железы - 10,0%. Эта же частота отмечается и во всем мире. На основании приказа МЗ РФ № 270 от 12.09.2001 г анализ заболеваемости и летальности при онкозаболеваниях в России, как и во всем мире, будет проводиться ежегодно, и исследоваться динамика за 5 лет с выяснением основных причин роста для разработки новых направлений профилактики или сдерживания заболеваемости [7]

Определение медицинской деонтологии в России впервые ввел выдающийся хирург-онколог академик Н.Н. Петров. Такими качествами, которые определяют медицинскую деонтологию, должен обладать каждый медицинский работник, это учение об общественном долге, морали, нормах нравственного поведения [2, С.4].

Целью моей работы является изучить, как должен вести себя средний медицинский работник при исполнении своих профессиональных обязанностей в онкологии.

Для осуществления этой цели нужно решить следующие задачи.

Рассмотреть, как должен средний медицинский работник использовать методы "психологического щажения" для того чтобы свести до минимума психическую травму.

Выяснить, какими качествами должен обладать средний медицинский персонал при исполнении своих обязанностей в онкологическом учреждении.

Показать, какие есть деонтологические проблемы в онкологии.

## Глава 1. Охрана психики больного

Как правило, онкологические больные находятся под наблюдением медиков на протяжении всей оставшейся жизни. Это обстоятельство повышает для онкологических больных значение деонтологической культуры медицинского персонала.

Тактика "психологического щажения" онкологических больных должна соблюдаться с момента установления злокачественного заболевания [5, С.123]. В стационаре, в поликлинике и в домашних условиях при общении с больными необходимо категорически воздерживаться от употребления такого термина как "рак", который у подавляющего числа больных ассоциирует со смертным приговором [6, С.358]. Вместо терминов "рак", "метастаз", "злокачественная опухоль" можно употреблять такие синонимы, как: предопухолевое заболевание, "твердая язва", "болезнь Петрова", бластома, которые маскируют истинное заболевание [5, С.123].

В работе врачей и среднего медицинского персонала при обслуживании и лечении больных злокачественными опухолями и предопухолевыми заболеваниями, как в условиях стационара, так и на дому имеют огромное значение "психологического щажения" больного злокачественной опухолью. Нельзя забывать, что в онкологических учреждениях, в условиях поликлинического приема, в стационаре, в перевязочной, рентгеновском отделении и, наконец, в операционной психика больного подвергается значительной травме. Создание условий, которые сведут до минимума психическую травму, является исключительно важной задачей не только для врачей, но и для всего среднего медицинского персонала [6, С.357-358].

Неумелая тактика "психологического щажения" может давать обратный эффект. Это происходит в тех случаях, когда повышенное внимание, неуместная предупредительность, опека настораживают больного, дают пищу для дополнительных переживаний в связи с формирующимся мнением больного о собственной неполноценности, беспомощности. Пациент с онкологическим заболеванием должен чувствовать себя "как все", возможно быстрее вовлекаться в активную деятельность.

Повышенную настороженность вызывает у больных кратковременность операции или отсутствие интенсивного лечения. Такие опасения должны быть развеяны убедительным объяснением. Желательно, чтобы больной, которому проведена паллиативная операция, не знал, сколько времени она длилась.

Не следует подчеркивать преимущества хирургического лечения и принижать возможности лучевой и лекарственной терапии.

"Учитывая особенности общения с онкологическими больными в отношении информации о болезни, необходима слаженная работа коллектива онкологических учреждений, исключающая возможность неправильных разговоров с больными со стороны среднего медицинского персонала или врачей, непосредственно не лечащих данного больного", - считает один из ведущих советских онкологов академик Н.Н. Блохин. В этой связи следует напомнить, что медицинские сестры и фельдшера участковых поликлиник, станций скорой и неотложной помощи и других "неонкологических" учреждений должны знать и выполнять тактику "психологического щажения" пациента с раковой опухолью [6, C.359].

Учитывая неуклонное развитие специализации медицинской помощи, в том числе онкологической, как персонал, так и больные все чаше сталкиваются с необходимостью перевода больных в онкологические центры, больницы, диспансеры. Это явление вызвано необходимостью концентрации сил, средств, современных научных достижений в интересах сегодняшних больных, а также интенсификации научных разработок, направленных на борьбу с коварным недугом. Больными такой перевод переживается особенно тягостно. Медицинская сестра, обслуживая онкологического больного, должна чаще использовать в работе с больными термин "предопухолевое состояние". Больному следует разъяснять, что современное направление диагностики и лечение опухолей предусматривают выявление и углубленное изучение хронических заболеваний вообще, многие из которых могут озлокачествляться. Такое рассуждение, действует обычно успокоительно, хотя следует помнить, что сестра всегда должна касаться диагноза чрезвычайно деликатно, отвлеченно от конкретного больного, памятуя о том, что вопросы, когда, в какой мере и как сообщить больному истину о его состоянии, входят в компетенцию исключительно лечащего врача. Следует подчеркивать, что в учреждении, где находится пациент, лечатся множество неонкологических больных.

Особенного такта и умения требует от медицинских сестер уход за неоперабельными больными с распространенными опухолевыми процессами. Интенсивное комплексное лечение должно проводиться до последних дней жизни больного, ибо, как справедливо отмечает Г.И. Царегородцев (1968), "одна и та же болезненная ситуация в разное время может из безнадежной превратиться в контролируемую, в поддающуюся если не излечению, то некоторой стабилизации".

Особенно следует коснуться проведения санитарно-просветительной работы на онкологические темы, в которой часто участвуют медицинские сестры. В этой работе необходимо избегать двух крайностей: с одной стороны - излишнего прекраснодушия, недооценки сложности проблем, с другой - мрачной пессимистичной окраски информации, ненужного запугивания населения создающего у людей неверие в возможности современной медицины. Устрашающий характер лекции, беседы способствует формированию у слушателей чувства безнадежности и может отвратить заболевшего от врача, подтолкнуть его в болото знахарства и суеверий.

При различных медикогенетических опросах и обследованиях родственников заболевшего раком необходимо деликатно освещать этот вопрос, чтобы не вызвать напрасной тревоги и боязни за судьбу потомства у родственников больного. В области онкологии деонтологические взаимодействия персонала и больных должны составить основу, базу всей системы помощи больным со злокачественным течением заболеваний [5, С.123-126].

## Глава 2. Качества среднего медицинского работника

Высокая культура и опрятность, сердечность и заботливость, тактичность и внимательность, добросовестность, самообладание, выдержка и бескорыстие, подлинная человечность и гуманность - вот те черты и свойства, которые должны быть присущи среднему медицинскому работнику онкологического профиля. Только тот медработник может отвечать деонтологическим принципам, который работает по призванию и с увлечением, любит свое дело, привязан к нему, постоянно стремится к все большему совершенствованию в своей профессии.

Средний медицинский работник должен хорошо владеть искусством слова, в общении с больными и их родственниками соблюдать чувство меры и границы дозволенного. Он должна хорошо понимать, что такое врачебная тайна и психическая травма, с тем, чтобы неукоснительно соблюдать первое и не бать виновником второго.

Присутствуя во время беседы врача с больными, фиксируя задаваемые этими больными вопросы и ответы врача, хорошо уяснив себе тактику врача в отношении каждого больного, средний медработник должен быть верным помощником, повторять и дополнять врача, помогать ему в создании веры в излечимости болезни и укреплять надежду на выздоровление. Он должен прилагать всемерные усилия для создания обстановки доверия между врачом и больным. Если врач предлагает больному операцию и больной проявляет нерешительность или даже отказывается от нее, медработник, который ежедневно проводит с этим больным много часов, должен в удобное время доходчиво и убедительно разъяснить ему необходимость этой операции, заверить, что будет сделано решительно все, чтобы операция была успешной, сослаться на отдельные примеры, когда ныне здоровые люди перенесли ранее такую операцию.

Когда больные на обходе расспрашивают врача о размерах и характере предлагаемой операции, средний медработник присутствует при этом и не принимает участие в беседе. Но вот обход закончен, и врач уходит. Остался больной один со своими переживаниями. Некоторые плачут. И тут должен сыграть свою роль средний медперсонал. В дальнейшем многое будет зависеть от его умения вступать в контакт с больными, от его профессионального такта и способности найти доступ к сердцу и сознанию больного. В какой мере и насколько хорошо медицинский работник выполнит свою задачу, можно судить по поведению больных во все последующие дни. Если в палате спокойно и не заметно слез на лицах, если больные миролюбиво встречают врача и дают согласие на операцию - значит, он успешно справился со своими обязанностями.

Конфликтная ситуация возникает не только тогда, когда врач предлагает больному операцию, но и при назначении других видов лечения: лучевого и химиопрепаратами. Особенно настороженно больные относятся к различным методам лучевого воздействия. Сведения о вредном влиянии ионизирующих излучений на организм человека широко распространены не только среди взрослого населения, но и среди школьников.

Средний медицинский персонал общается с больными в течение дня. Наиболее благоприятные условия создаются для интимной беседы и контакта в вечерние часы и в выходные дни. Он должен быть сам хорошо осведомлен в вопросах биологии ионизирующих излучений для того, чтобы понять и доходчиво, простыми словами объяснить больным неотвратимость отрицательных сторон лучевого воздействия и уверить их в том, что у врача имеются достаточные хорошие средства для борьбы с этими осложнениями.

Выше мы подчеркивали, что только тот средний медицинский работник онкологического учреждения будет прочно стоять на деонтологических позициях, который любит свою работу и по призванию избрал профессию. Если у него нет призвания, он работает формально, проявляя во всем холодность и безразличие. В онкологическом учреждении такой медицинский работник приносит только вред [1, С.67-69].

## Глава 3. Деонтологические проблемы в онкологии

В наше время деонтологические проблемы в онкологии приобретают новые черты, связанные с успехами диагностики онкологических заболеваний и лечения этих больных. Появившиеся условия для выявления онкологических заболеваний в доклиническом периоде и возможность полного излечения их выдвигают на повестку дня необходимость обсуждать проблемы психологии человека, не чувствующего себя больным, но вынужденного идти на лечение, сопряженное с целым рядом потерь. Самая большая трудность в этой проблеме - изучить психическое состояние чувствующего себя здоровым человека.

Проблему эту следует разделить на 3 раздела: психологию онкологического больного с запущенным заболеванием, психологию онкологического больного с клиническими проявлениями, психологию онкологического больного без клинических проявлений злокачественной опухоли. Для каждой из этих групп больных должны быть свои деонтологические подходы и меры психологического воздействия со стороны среднего медицинского персонала.

Для каждой из 3 групп можно усмотреть свои характерные черты психического состояния. Для больных с запущенным заболеванием, не подлежащих специальному противоопухолевому лечению, чаще всего имеющих тяжелые симптомы заболевания, ощущающих реальную угрозу жизни, свойственно 2 типа психических состояний. В одних случаях больной проявляет необычную энергию в поисках лечения, в других - у больных развивается полная растерянность, угнетение воли и фактический уход из жизни иногда задолго до физической гибели. Родственники больного, узнав о безнадежности его состояния и не получив удовлетворения от действия медицинского персонала, не успокаиваются, ищут помощи у случайных лиц и часто становятся жертвами знахарей, шарлатанов. Чем невнимательнее медицинский персонал, тем прямее и короче путь больного от врача к знахарю.

Особенностями психического состояния больных с клиническим проявлением опухолевого заболевания, подлежащих специальному лечению, как правило, на первых этапах ощущения нездоровья являются попытки самоанализа, объяснения признаков заболевания случайными причинами. Проявляющиеся мысли о возможном онкологическом заболевании он или отбрасывает, как неприемлемые для себя, или принимает их, уходит в себя, ожидая с тревогой дальнейшего развития событий.

После первого посещения в лечебное учреждение психологическая обстановка меняется. Состояние психики больного с этого периода во многом зависит от впечатления, которое произвело на него это посещение. Медицинская служба должна быть организована так, чтобы это впечатление больного было как можно более благоприятным, ибо от этого зависит его судьба. В этот период можно ожидать в основном 2 типа психической реакции. В связи с угнетенным состоянием, совершенно естественным в этой ситуации, одни больные склонны дать реакцию испуга, паники и на предложение госпитализации впадают в состояние депрессии. В этом случае медперсонал обязан внушить больному веру в успех лечения. Другая группа больных, не проявляющих внешних признаков беспокойства и дающих "нормальную" реакцию обследование и лечение, также нуждается в психологической подготовке. Под маской внешнего спокойствия у замкнутых по натуре людей может скрываться тяжелая психическая реакция на обстановку. Есть еще одна группа больных, неохотно и нерегулярно посещающих поликлинику и уклоняющихся от обследования в связи с незначительностью проявления болезни и с недоверием и несогласием относящихся к предложению лечения. С такими больными необходимо проводить настойчивую работу, доказывая обязательность лечения и обследования, иногда раскрывая серьезность их положения, несмотря на отсутствие тяжелых признаков заболевания.

Период пребывания больного в стационаре характерен многочисленными влияниями на психику больного со стороны окружающих пациентов, ожидающих лечения, проходящих и закончивших его. Обильный поток новой информации может быть благоприятным или неблагоприятным для больного. Задачей деонтологической работы с больными со стороны среднего медицинского персонала является создание максимально оптимистической обстановки. Инициатива информации больного о лечебном учреждении, где он находиться, об окружающих больных, о методах лечения и диагнозе должна находиться в руках медицинского персонала.

Следующий период болезни для онкологического больного с клиническими проявлениями ее, выписывающегося из стационара после уточненного обследования и лечения, относится к диспансерному наблюдению и лечению. Этот период протекает в основном по 3 направлениям: для инкурабельных больных; для больных получивших радикальное лечение и вынужденных перейти на более легкую работу; для больных, которые в ближайшее время после лечения должны вернуться к привычному образу жизни и приступить к прежней работе. Для каждой из 3 категорий больных существуют свои особые линии поведения медицинского персонала. При выписке больного из стационара недостаточно внимания уделяется инструкции его в отношении дальнейшего состояния здоровья, режима, трудоспособности и пр. Как бывает досадно слышать от больного или его родственников о том, что его выписали после лечения, не поговорив с ним должным образом. Уходя из стационара с рядом невыясненных вопросов, он ищет ответ на них у посторонних лиц и часто может пострадать от этого [3, С 231 - 235].

## Заключение

При обслуживании и лечении больных злокачественными опухолями и предопухолевыми заболеваниями, как в условиях стационара, так и на дому средний медицинский персонал должен хорошо владеть особенностями деонтологии в онкологии.

При общении с больными необходимо категорически воздерживаться от употребления таких слов как рак, саркома, метастазы и т.п. и вместо этого говорить об уплотнении, "болезни Петрова", изъязвлении и т.п. болезнях не вполне ясного характера. Пациент вправе знать правду о своем состоянии, обо всех существующих способах лечения его заболевания и о риске, связанном с каждым из них.

Средний медицинский персонал должен хорошо владеть искусством слова, в общении с больными и их родственниками соблюдать чувство меры и границы дозволенного, должен хорошо понимать, что такое врачебная тайна и психическая травма. Средний медперсонал должен обладать такими качествами, которые должны отвечать деонтологическим принципам - это высокая культура и опрятность, сердечность и заботливость, тактичность и внимательность, добросовестность, самообладание, выдержка и бескорыстие, подлинная человечность и гуманность.

Неправильное поведение среднего медицинского работника, незнающего особенностей деонтологии может оказать сильное неблагоприятное воздействие на психику больного, вследствие чего у него может развиться целый ряд новых болезненных ситуаций.

В настоящее время строгое выполнение особенностей деонтологии среднего медицинского работника в онкологии является важнейшим условием, способствующим минимизации риска причинении вреда здоровью пациента при оказании им медицинской помощи.

## Список литературы

1. Корж С.Б. Деонтология в онкологии. "Беларусь", Минск 1975г, 88 с.
2. Лещинский Л.А. Деонтология в практике терапевта - М.: Медицина, 1989. - 208 с.
3. Морозов Г.В. Медицинская этика и деонтология. "Медицина", 1983 г. - 272 с.
4. Остапенко А.Л. Деонтология медицинской сестры при проведении некоторых диагностических манипуляций. // Медицинская сестра. - 1994. - 345 с.
5. Павлов Ю.Д., Сапроненков П.М. Медицинская этика: руководство для средних медицинских работников. - Л.: Медицина, 1984. - 184 с.
6. Петрова Н.Н. Руководство по общей онкологии (в кратком изложении для студентов-медиков и врачей всех специальностей). - МЕДГИЗ, 1961 г. - 425 с.
7. Интернет ресурс http://www.onco-manual. front.ru, E: \Онкология\ КЛИНИЧЕСКАЯ ОНКОЛОГИЯ - электронное методическое пособие. htm.