**Міністерство охорони здоров'я**

**Міністерство освіти України**

**Черкаський медичний коледж**

**Самостійна робота з основ
сестринської справи на тему:**

***"Сестринська етика та деонтологія".***

Студентки групи К м/с (ІІ)
Дячишиной Ольги Володимирівни

**Черкаси**

**1999 р.**

Під етикою розуміють науку про суть, закони виникнен­ня, розвиток і функції моралі, про відносини між людьми і обов'язки, які випливають з цих відносин. Вперше термін «етика» застосував Арістотель, який розумів її як філософію моральної поведінки людей.

Медична етика вийшла з надр загальної етики і її слід розглядати як специфічний прояв загальної етики. Медична етика — це вчення про роль моральних засад у діяльності, медичних працівників, про їх високогуманне ставлення до людини як необхідну умову успішного лікування хворого.

Науку про професійний обов'язок медичних працівників щодо хворих і здорових людей називають деонтологією.

Деонтологія — це вчення про принципи поведінки мед­працівників з метою забезпечення максимальної користі для хворого. Основою деонтології є адміністративно-регламенту­ючі форми (накази, інструкції) норм поведінки медпраців­ників, їх професійних обов'язків і організації лікувально-діагностичного процесу. Суть деонтології можна викласти такими словами: «До хворого треба ставитись так, як ти хотів би, щоб ставились до тебе».

Після закінчення вищих медичних навчальних закладів молоді лікарі дають клятву Гіппократа. Клятва вимагає від лікаря бути завжди готовим надати медичну допомогу хво­рому. В медичних училищах випускники дають Урочисту обіцянку, яка певною мірою відображає зміст присяги лікаря.

Медична сестра має усвідомлювати свою відповідальність за життя хворого, однак це почуття не повинне переходити в сентиментальність, яка стане на заваді зібраності, актив­ності у боротьбі за здоров'я, а нерідко й життя хворого.

Однією з основних рис характеру медичної сестри має бути чесність. Ні в якому разі не можна приховувати до­пущені помилки. М.І. Пирогов говорив з цього приводу:

«Необхідно мати мужність обнародувати свої помилки, щоб застерегти від них інших працівників».

Медична сестра повинна сумлінно виконувати свої обо­в'язки щодо роздачі лікарських препаратів і здійснення мані­пуляцій. Вона зобов'язана бути завжди зібраною, спокійною і врівноваженою, не допускати нервозності і метушні в роботі. При погіршенні стану хворого не можна допускати паніки і розгубленості. В таких випадках дії медсестри повинні бути чіткими та впевненими. Слід пам'ятати» що неуважність у роботі, сторонні розмови під час обслугову­вання хворих, а також відлюдність, зарозумілість підривають авторитет медичної сестри. Кваліфіковане, чітке, своєчасне і старанне виконання призначень і процедур зміцнюють віру хворого в успіх лікування. Істотне значення для створення сприятливої атмосфери в лікувальному закладі має зовнішній вигляд медичного персоналу. Акуратна, в білосніжному ха­латі, з прибраним під шапочку волоссям, медична сестра викликає довір'я хворого. І навпаки, зім'ятий чи забруднений халат, недоглянуті руки, надлишок прикрас і косметики, подразливі запахи несприятливо впливають на хворого.

Важливим обов'язком медичної сестри є збереження про­фесійної таємниці, якщо вона не зачіпає інтересів суспільства або хворого. Медичні сестри не мають права розголошувати і обговорю­вати відомості про хворобу та інтимне життя хворого, які вони отримали під час виконання професійних обов'язків. Медичним сестрам не треба брати на себе функції, які віднесені до лікарської компетенції, роз'яснювати хворим або їхнім родичам характер захворювання, інтерпретувати результати лабораторних, інструментальних та рентгеноло­гічних досліджень. Вони можуть говорити лише про за­гальний стан хворого. Увага і делікатність з боку медичної сестри до хворих не повинні виходити за межі розумного. Звертатися до хворих треба зі строгою ніжністю, не допускати кокетства та нав'язливості»

Недопустимо у присутності хворих обговорювати або кри­тикувати професійний рівень і призначення лікарів. Це підриває не лише авторитет лікаря, але й віру хворого в успіх лікування.

Для формування особистості медика важливе значення має рівень загального культурного розвитку, знайомство з літературою, мистецтвом, уміння організувати своє самови­ховання» Соціально-психологічною основою ефективного етико-деонтологічного виховання є такі моральні риси, як співпереживання та милосердя. Вони мають стати внутріш­ньою духовною потребою, моральним кредо людини, яка їх виражає повсякденними вчинками та діями.

До питань етики належать також і медичні помилки, які слід відрізняти від злочинних дій, що караються законом. Професійні помилки можуть бути пов'язані з недостатнім рівнем знань, відсутністю досвіду, недосконалими методами дослідження. Їх слід розглядати й аналізувати в колективі, щоб не повторювати більше.

Службові взаємини палатної медичної сестри складаються зі взаємин із співробітниками, хворими та родичами. Пере­дусім культура службових взаємин у колективі базується на високій трудовій дисципліні, товариській взаємодопомозі, ввічливості та доброзичливому ставленні до людей. Проявами добрих взаємин між медсестрами є постійна готовність до­помогти колезі в скрутних ситуаціях, що можуть виникнути при виконанні різних процедур.

Психологічний клімат у медичному колективі — це не просто сума особистих якостей його співробітників. Він ут­ворюється внаслідок взаємин між членами колективу. Дже­релом складних взаємин у деяких медичних колективах часто є відсутність у колективі творчої роботи по спряму­ванню зусиль його членів на виконання основного завдан­ня — боротьби за здоров'я хворого. Висока культура взаємин палатних сестер — це вимогливість кожної сестри до себе, вміння тактовно та у доброзичливій формі звернути увагу своїх колег на Їхні недоліки в роботі, а також без образ сприйняти справедливі зауваження щодо своєї особи. Само­впевненість і зарозумілість у роботі медичних працівників неприпустимі, в інтересах хворого треба виявляти максимум такту і самодисципліни.

На особливу увагу заслуговують взаємини палатної сестри з молодшим медичним персоналом. Палатна сестра по відно­шенню до санітарки є не лише товаришем по роботі, але й керівником, учителем і наставником. Свої розпорядження сестра повинна робити у ввічливій формі, без проявів роз­дратування чи зарозумілості. Однак при виконанні служ­бових обов'язків не слід встановлювати й фамільярних сто­сунків. Палатна сестра зобов'язана систематично контролю­вати виконання молодшим персоналом її розпоряджень. У присутності хворих чи їхніх родичів не слід робити санітаркам зауваження. Звертатися до санітарки, особливо старшої за віком, треба по імені та по батькові. У розмовах про санітарку з хворими або їхніми родичами краще називати її нянею. Молоді медичні сестри, які недавно закінчили училище, володіють певним обсягом знань, але не мають досвіду роботи, можуть багато чого повчитися у досвідчених санітарок, які добре вміють виконувати різні процедури по догляду за хворими. І все-таки, навчаючись у санітарок, палатна сестра повинна завжди бути старшою на посту, коректно вимагати від молодшого медперсоналу виконання їхніх службових обов'язків.

Основу взаємин медичної сестри і лікаря складає су­бординація, тобто система службового підпорядкування мо­лодшого за посадою старшому. Одержавши від лікаря розпорядження, медсестра повинна ретельно їх виконувати. Про труднощі, що можуть виникнути при виконанні призначень, необхідне доповісти палатному лікарю, якщо він відсутній, — завідуючому відділенням, а у вечірній час — черговому лікарю. Якщо у медсестри виникли сумніви щодо доцільності якогось призначення або вона вважає його шкідливим чи небезпечним для хворого, вона зобов'язана не в присутності хворих повідомити про свої сумніви лікарю, який зробив це призначення, і виконати його лише після того, як лікар підтвердить своє рішення. Якщо медична сестра і після підтвердження лікарем призначення продовжує вагатися що­до його доцільності, вона зобов'язана доповісти про це завідуючому відділенням. При обході палат черговим лікарем або відвідуванні хворого лікарем-консультантом палатна се­стра зобов'язана створити сприятливі умови для їхньої роботи.

Для того щоб створити умови для дотримання правил деонтології, побудови найсприятливіших взаємин з хворими, лікарі і середні медичні працівники повинні чітко уявляти весь комплекс переживань хворого, пов'язаних з хворобою. Звичайно, крім власне переживань, тобто емоційних пору­шень, у кожного хворого є також певні уявлення про хворобу, різні думки — судження і висновки, пов'язані з нею. Крім того, хворому притаманні й такі психологічні процеси, як боротьба мотивів, прийняття рішення, прагнення до певної мети, тобто явища, що відносяться до вольової сфери.

Внутрішня картина хвороби — це 'сукупність не лише емоційних порушень, але й певних процесів інтелектуального та вольового порядку, пов'язаних зі свідомістю, переживан­ням і ставленням до хвороби.

Спрощено структуру внутрішньої картини хвороби можна представити таким чином. Основним і первинним компо­нентом цієї структури є емоційна реакція хворого на факт захворювання. З часом ці емоційні порушення ускладню­ються за рахунок недостатності інформації, а також взаємо­впливів пацієнтів. Виникають стани страху, тривоги, де­пресії. Мислення хворого базуються не на логічних зако­номірностях, а на емоційній значимості тих чи інших фактів. Проблеми хвороби займають у ньому непропорційно велике місце, відтісняючи інші проблеми (робота, сім'я, суспільна діяльність). Деякі положення і висновки набувають значення надцінних ідей, які важко піддаються корекції. У людей зі слабкою волею захворювання може призвести до стану па­сивності, депресії. У людей з сильною волею спостерігається прийняття і впровадження в життя рішень, спрямованих як на боротьбу з хворобою та раціональне пристосування до життя, так і на розвиток надцінних і маячних ідей.

Концепція хвороби — це теорія, яка розглядає всі аспекти захворювання: причини, механізми розвитку, клінічні про­яви та їх значення для хворого, прогноз, можливість і ефек­тивність лікування. Зауважимо, що концепція хвороби, ство­рена лікарем, опирається на дані всебічних клінічних дос­ліджень і багатий досвід медицини, тоді як концепція хворого являє собою спотворене розуміння захворювання. Почина­ючи лікування хворого, медичний персонал повинен з'ясу­вати, в чому полягає концепція хвороби пацієнта і поступово коригувати її, щоб хворий дійшов правильного розуміння свого захворювання і своїх перспектив.

Адекватне ставлення до свого захворювання (здоров'я) — це визнання пацієнтом факту захворювання (рівня здоров'я) із врахуванням медичного висновку, співпраця пацієнта з лікарем і медичною сестрою.

Сірійський лікар Абуль Фарадж, який жив у XIII ст., звертаючись до хворого, говорив: «Нас троє — ти, хвороба і я. Якщо ти будеш з хворобою, вас буде двоє і я залишусь один — ви мене переможете. Якщо ти будеш зі мною, нас буде двоє, хвороба буде одна — ми її переможемо».

Завдання медичного персоналу полягає в тому, щоб ство­рити у хворого розумне ставлення до хвороби, яке забез­печить найкраще дотримання лікувального режиму і прове­дення лікування в цілому.

Хворий і медичний персонал повинні підтримувати постійний контакт. Для цього визначають мету лікування і його перспективи. Щоб поставити перед хворим певну мету, слід враховувати його особистісні якості і стан вольових процесів. Необхідно всю поведінку хворого підкорити досяг­ненню конкретної мети лікування. Певну роль тут можуть відіграти хворі, які одужують.

Другим психологічним моментом є підтримання надії на успіх лікування. Емоційне обнадіювання має поєднуватись з поясненням хворому основних типів перебігу захворюван­ня. Це застереже хворого від розчарувань у лікуванні при можливому погіршенні його стану. Пацієнт знатиме, що деяке загострення захворювання закономірне, передбачене лікарем і що воно не стане на перешкоді сприятливого перебігу хвороби.

Наведемо варіанти неадекватного ставлення пацієнта до захворювання або стану свого здоров'я: 1) негативне — ігнорування факту Хвороби, впливу факторів ризику, стану передхвороби; 2) зверхнє — недооцінка важкості хвороби, факторів ризику, передхвороби; 3) поринання в хворобу, передхворобу; 4) іпохондричне ставлення — безпідставний страх за здоров'я і життя (при неврозах); 5) утилітарне — одержання певної вигоди від хвороби, матеріальної чи мо­ральної.

Негативний вплив на психіку, емоції і поведінку хворого може справляти лікарняна обстановка, особливо якщо в лікувальному закладі порушуються гігієнічний та ліку­вально-охоронний режими, не дотримуються норми медичної етики й естетики. За таких умов можливе погіршення не лише психічного й емоційного, але й фізичного стану хво­рого, загострення його хвороби. Негативний вплив лікарняної обстановки на здоров'я пацієнта, особливо за умов непра­вильної організації його утримання, визначає поняття «госпіталізм».

Ріст санітарної культури населення вносить ще один ас­пект у взаємини хворого та медичного персоналу. Пацієнт з різних джерел може отримати відомості про свою хворобу, що нерідко дезинформують його, стають причиною сумнівів щодо правильності лікування. Часто таке «медичне» мислен­ня у пацієнтів спостерігається вже в ході обстеження, при ранніх проявах хвороби, коли хворий стурбований змінами самопочуття і стає схильним до помилкових трактувань свого стану» Цьому сприяють побоювання, з якими людина йде на прийом до лікаря, елементи недовіри до можливостей медицини, а іноді й страху. Такі згубні самовпливи хворого у зв'язку з хворобою або певним станом здоров'я називають егогеніями.

Під час госпіталізації хворих слід враховувати проблему сумісності пацієнтів. Егротогенія — це взаємний вплив пацієнтів, який може бути позитивним або негативним. До хворих з відхиленнями в поведінці має бути особливе став­лення не лише з боку медичного персоналу, а й пацієнтів.

Порушити психологічний спокій хворого може також ятрогенія — патологічний стан, зумовлений необережними висловлюваннями чи діями медичних працівників. Відпо­відаючи на запитання хворих про ті чи інші прояви хвороби, медична сестра повинна продумати, чи не спричиняться її відповіді до марних переживань хворого, чи не призведуть вони до фобії, тобто страху захворіти на ту чи іншу хворобу (наприклад, канцерофобії — страху захворіти на рак, кардіо-фобії — страху мати захворювання серця тощо). Не можна зловживати в присутності хворого професійними, особливо жаргонними термінами і висловами, які можуть травмувати психіку хворого (неврастенік, істерик, ревматик, артерії твердуваті, склерозовані, аорта дуже ущільнена та ін.).

Документи, які відображають результати лабораторних та інструментальних досліджень, повинні бути недоступними для хворого. Їх не потрібно обговорювати з хворим, оскільки не виключено, що лікар вже інформував хворого про них, а інтерпретація цих даних медичною сестрою може бути дещо іншою — це породить сумніви і недовіру до лікаря і може стати причиною фобій — непереборних нав'язливих страхів.

Однією з форм ятрогенії є так звана німа ятрогенія — вона виникає як наслідок бездіяльності або неуваги персо­налу до хворого, нероз'яснення йому діагнозу (тоді він отри­мує спотворену інформацію з інших джерел).

Для встановлення контакту між хворим і медичною сестрою важливе значення має її особистість. Медична сестра може любити свою професію, прекрасно володіти навичками, однак якщо вона через особливості свого характеру часте конфліктує з хворими, її професійні якості не можуть бути повністю реалізовані. Буває, що часті психоемоційні пере­вантаження у процесі професійної діяльності, а також деякі особливості психічної індивідуальності призводять до того, що її характер змінюється, деформується. Проявляються такі негативні риси, як байдужість, грубість, дратівливість при контакті з хворими, а іноді — пригніченість від безсилля, особливо при лікуванні важко хворих пацієнтів.

Тому медичній сестрі слід оберігати себе від професійної деформації, а також намагатись зберегти душевну рівновагу пацієнта, утвердити в ньому позицію на одужання.