

Основы медицинской деонтологии



- Выполнили:
- Иргит А.А.,
- Ондар О.С.206 леч



Деонтология — учение о проблемах морали и нравственности, раздел **этики**. Термин введен **Бентамом** для обозначения теории нравственности как науки о морали.

Врачебная деонтология

это учение о поведении, взаимоотношениях и действиях врача, которые необходимы для щажения психики больного, его близких и окружающих, правильной организации лечебного процесса, полного использования всех возможностей при оказании помощи больному.

более емкое понятие, чем врачебная этика, так как она включает не только морально-этические аспекты врачевания, но и действия, организацию работы, совершенствование знаний, навыков и т.д. Более того, деонтология использует моральные принципы не только как элемент нормального общения, но и как средство воздействия на психику больного, и

Главные вопросы медицинской деонтологии — это эвтаназия, а также неизбежное умирание пациента.

Цель деонтологии — сохранение нравственности и борьба со стрессовыми факторами в медицине в целом.

Деонтология включает в себя:

1. Вопросы соблюдения врачебной тайны
2. Меры ответственности за жизнь и здоровье больных
3. Проблемы взаимоотношений в медицинском сообществе
4. Проблемы взаимоотношений с больными и их родственниками
5. Правила относительно интимных связей между врачом и пациентом,

разработанные Комитетом по этическим и правовым вопросам при Американской медицинской ассоциации:

— интимные контакты между врачом и пациентом, возникающие в период лечения, аморальны;

— интимная связь с бывшим пациентом может в определенных ситуациях признаваться неэтичной;

— вопрос об интимных отношениях между врачом и пациентом следует включить в программу обучения всех медицинских работников;

— врачи должны непременно докладывать о нарушении врачебной

Принцип информированного согласия.

Под информированным согласием понимается добровольное принятие пациентом курса лечения или терапевтической процедуры после предоставления врачом адекватной информации. Можно условно выделить два основных элемента этого процесса: 1) предоставление информации и 2) получение согласия. Первый элемент включает в себя понятия добровольности и компетентности. Врачу вменяется в обязанность информировать пациента: 1) о характере и целях предлагаемого ему лечения; 2) о связанном с ним существенном риске; 3) о возможных альтернативах данному виду лечения. Особое внимание при информировании уделяется также риску, связанному с лечением. Врач должен затронуть четыре аспекта риска: его характер, серьезность, вероятность его материализации и внезапность материализации.

Добровольное согласие - принципиально важный момент в процессе принятия медицинского решения. Добровольность информированного согласия подразумевает неприменение со стороны врача принуждения, обмана, угроз и т.п. при принятии решения



Под компетентностью понимается способность принимать решения. **Выделяются три основных стандарта определения компетентности:**

- 1) способность принять решение, основанное на рациональных мотивах;
- 2) способность прийти в результате решения к разумным целям;
- 3) способность принимать решения вообще.



Эвтаназия.

Термин «Эвтаназия» происходит от греческих слов "evos" - «хорошо», и «thanatos» - «смерть», означая буквально «добрая», «хорошая» смерть. В современном понимании, данный термин означает сознательное действие или отказ от действий, приводящие к скорой и безболезненной (не всегда) смерти безнадежно больного человека, с целью прекращения не купируемой боли и страданий.

На практике применяется достаточно четкая классификация эвтаназии.

1) Medical decision concerning end of life (MDEL), или «медицинское решение о конце жизни». MDEL можно разделить на две большие категории: а) Собственно эвтаназия - случаи активного участия врача в смерти пациента. Это, собственно, производимое врачом убийство больного с информированного согласия (см. выше) последнего; б) Ассистируемый врачом суицид (Physician assisted suicide - PAS), когда врач готовит смертельное лекарство, которое больной вводит себе сам.

2) Случаи, когда роль врача сводится к согласованному с пациентом отказу от назначений, позволяющих продлить жизнь больного, или же к осуществлению мер и/или увеличению доз облегчающего страдания лекарства (например, обезболивающего или снотворного), в результате чего жизнь больного сокращается. В основном - это прием опиоидных

В настоящее время в обществе имеется два противоположных подхода к проблеме эвтаназии: либеральный и консервативный. Сторонники эвтаназии, хотя бы в форме прекращения лечения, считают ее допустимой по нескольким соображениям:

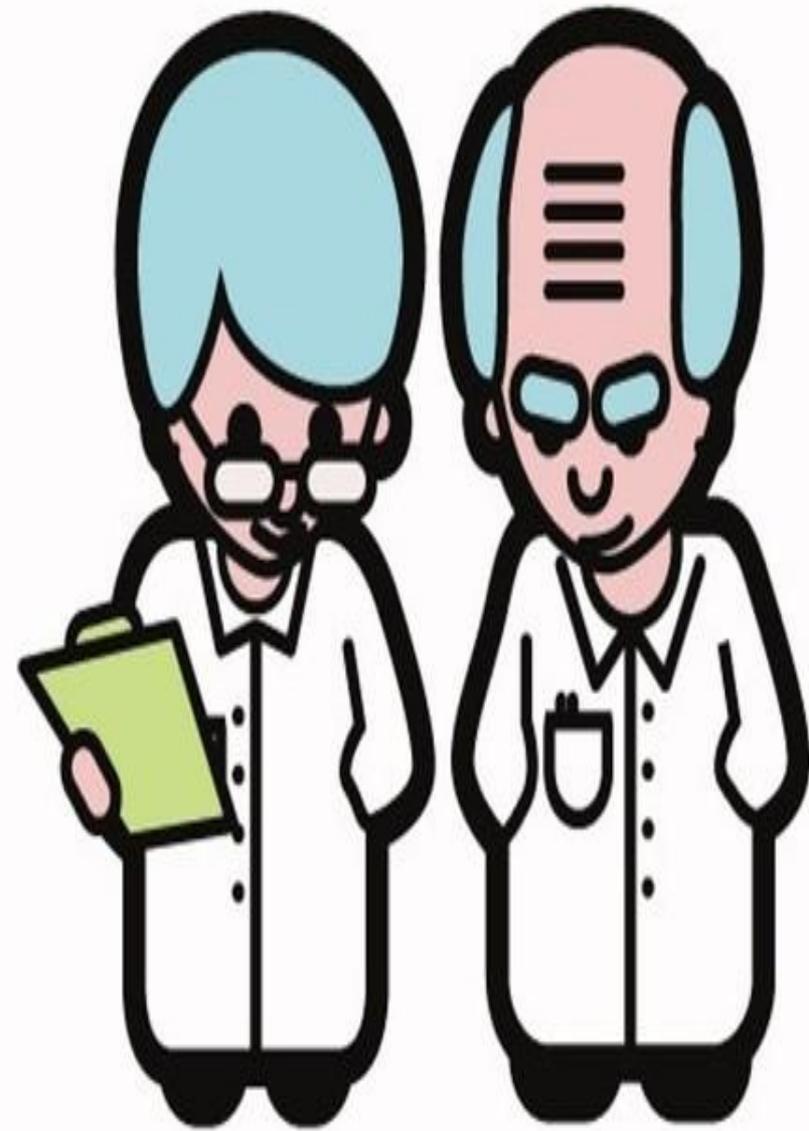
- Медицинским - смерть, как последнее средство прекратить страдания больного.
- Заботы больного о близких - «не хочу их обременять собой».
- Эгоистическим мотивам больного - «хочу умереть достойно».
- Биологическим - необходимость уничтожения неполноценных людей из-за угрозы вырождения человека, как биологического вида, вследствие накопления патологических генов в популяции.
- Принцип целесообразности - прекращение длительных и безрезультатных мероприятий по поддержанию жизни безнадежных больных, чтобы использовать аппаратуру для реанимации вновь



Положения медицинской деонтологии, включающие в себя толкование понятий добра и зла, жизни смерти, нормы и патологии, взаимоотношения людей, определяют мировоззрение общества и конкретной общественно-экономической формацией. С этой точки зрения деонтология всегда отражала и отражает определенный исторический этап развития общества. Особая, специфическая деятельность врачей, связанная со здоровьем и жизнью людей, требует строгого регулирования. Например, деятельность врачей хирургического профиля должна быть четко регламентирована, так как скальпель может быть в принципе как орудием лечения, так и оружием повреждения.

Врачебная деонтология едина для всех медицинских работников. Вместе с тем особенности профессиональной деятельности врачей различных специальностей предполагают различные подходы в реализации деонтологических положений. Врачебная деонтология включает в себя следующие разделы конкретных знаний:

- ⌚ Взаимоотношение врача с обществом (государством);
- ⌚ Принципы поведения, взаимоотношений и действий врача по отношению к больному и окружающим его людям, в первую очередь к близким родственникам;
- ⌚ Взаимоотношения врачей между собой и с другими медицинскими



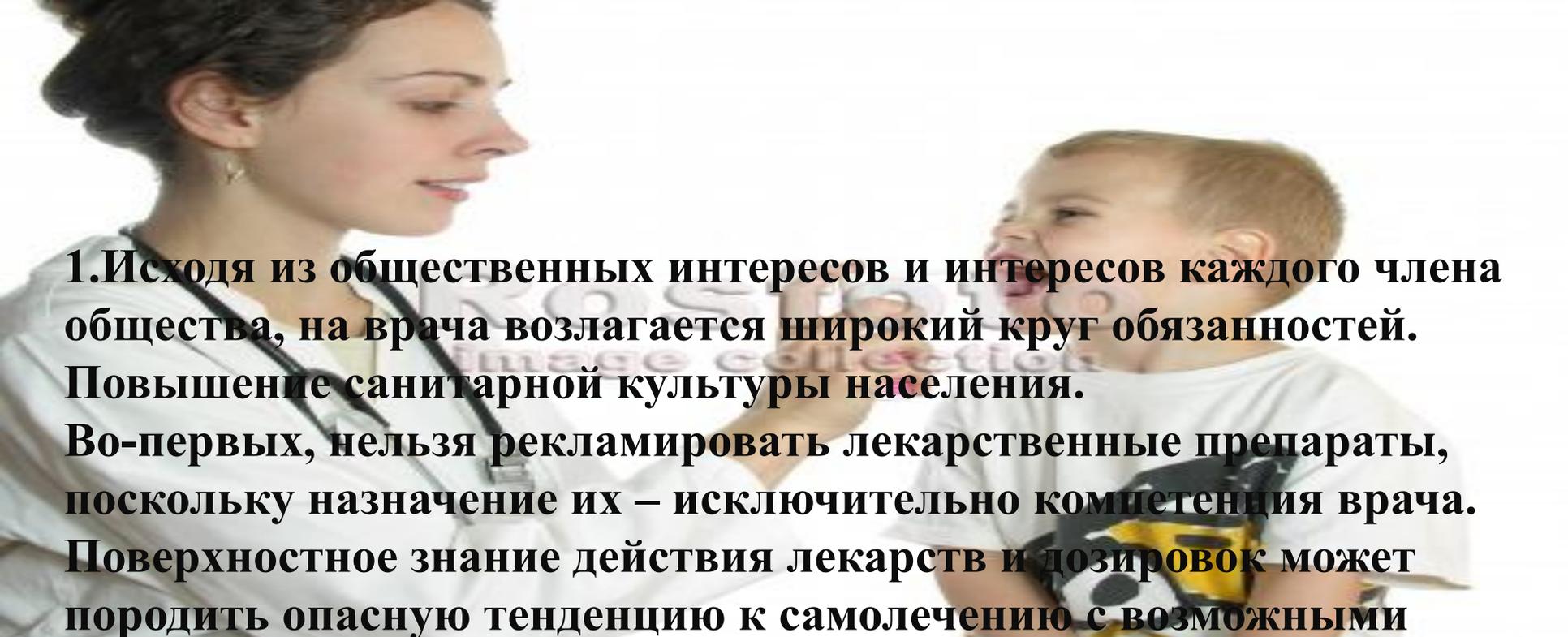
Формирование личности врача – процесс весьма сложный. В первую очередь на формирование личности оказывают внимание объективные условия – общественный строй. Это воздействие постоянно и не зависит от воли человека.

Государство обязано создать такие общественные взаимоотношения, при которых не возникало бы противоречий между достоинством врача и личными интересами человека данного общества.

Гуманность общечеловеческого идеала заключается в том, что человек, личность (его здоровье, жизнь) провозглашается высшей, абсолютной ценностью.

Среди социальных задач нет более важной, чем забота о здоровье и жизни людей, поэтому государство обязано заботу о здоровье членов общества взять на себя.

В реализации указанной задачи наряду с социальными преобразованиями большая роль отводится медицинским работникам как представителям профессии, непосредственно связанной с данной функцией государства. Последние могут выполнить возложенную на них охрану здоровья трудящихся только при четком представлении общественной значимости этой обязанности, глубоком понимании долга и ответственности перед обществом. В такой же степени и общество



1. Исходя из общественных интересов и интересов каждого члена общества, на врача возлагается широкий круг обязанностей. Повышение санитарной культуры населения.

Во-первых, нельзя рекламировать лекарственные препараты, поскольку назначение их – исключительно компетенция врача.

Поверхностное знание действия лекарств и дозировок может породить опасную тенденцию к самолечению с возможными тяжелыми последствиями.

Во-вторых, нельзя описывать в общедоступных изданиях детальную клинику заболеваний – это тоже ведет к попытке самодиагностики, поиску у себя симптомов различных болезней, иногда к аггравации (преувеличение симптомов болезни) и даже симуляции (имитация симптомов болезни).

В-третьих, при пропаганде медицинских знаний не следует запугивать слушателей (читателей): поскольку рефлекс самосохранения у людей стоит далеко не на первом месте, их

2. Совершенствование профессиональных знаний, повышение квалификации. Самосовершенствование специалистов должно затрагивать и нравственный аспект. Несмотря на то, что личное самосовершенствование – процесс в значительной степени интимный, общество постоянно принимает участие в этом процессе, оно «кровно» заинтересовано в нем, поэтому данное явление всегда имеет социальную значимость. Высшее учебное заведение не может дать готовых рекомендаций на все случаи жизни, тем более что непрерывный процесс общественного развития предполагает качественные сдвиги и во взаимоотношениях между индивидуумом и обществом.

Учитывая, что в настоящее время повышается значение субъективного фактора в общественном процессе, а современные темпы развития науки приводят к быстрому старению знаний, роль самосовершенствования в формировании личности специалиста резко возрастает. Врач во всех отношениях д.б. на высоте общественных требований



3. Медицина как наука и специальность весьма богата материалистическими традициями, поскольку все ее знания и теории связаны с вполне реальными материальными явлениями процессами.

Врач широко образованный может лучше, более доходчиво и убедительно объяснить сущность того или иного явления, связанного с физиологией и патологией человека, как и чем можно помочь больному человеку, что для него полезно и что вредно и т.д.

Купля и продажа врачебного труда в обществе с частным предпринимательством порождает недоверие, конкуренцию, злоупотребления, назойливую рекламу ради добывания материальных благ. И в этом не вина врачей, а их беда. Общество «равных возможностей» создает такие условия, когда врач лично заинтересован не в здоровье своих пациентов, а в их болезни, так как он на этом создает свое

Координирующая роль центральной нервной системы в течении физиологических и патологических процессов общеизвестна, поэтому недооценка влияния психического состояния больного на результаты практической деятельности врача любой специальности недопустимы. Следовательно, врач любой специальности обязан помнить, что каждый соматический больной имеет психогенный компонент, т.е. какой бы болезнью он ни страдал, всегда имеют место нарушение психики и изменение личности человека.

При любом соматическом заболевании на психику больного влияет следующее:

- Боль и другие физические страдания, особенно если они воспринимаются как угроза для жизни;
- Снижение, извращение или утрата ощущений (зрение, слух, ощущение повышения температуры, парестезии и т.д.);
- Снижение или потеря трудоспособности;
- Нарушение (изменение) привычного уклада жизни;
- Необычные ощущения экзогенного и эндогенного порядка (изменение цвета кожи, положения конечности, промокание повязок содержимым раны, чувство движения или распираания в брюшной полости, удушье, увеличение объема живота, отеки и т.д.).

A doctor in a white coat and stethoscope is talking to an elderly patient in a hospital bed. The doctor is on the right, and the patient is on the left. The background is a blurred hospital setting.

Поскольку для врача роль личности больного значительна, он обязан получить представление о ней и отдельных ее свойствах (интеллект, мышление, память, темперамент, характер) путем изучения истории жизни человека.

Таким образом, изучая историю жизни больного (анамнез жизни), врач должен выяснить не только физическое развитие, условия жизни и труда, перенесенные заболевания, то есть биологический и социальный фон настоящего заболевания, но и условия развития личности данного человека, а также состояние отдельных ее свойств и особенностей на данный момент.

Пренебрежение личностными психическими реакциями в исследовании болезненного процесса, в формировании контакта с больным и в проведении лечебных мероприятий может привести к целому ряду неблагоприятных последствий. В подавляющем большинстве случаев в основе конфликтных ситуаций между больным и врачом лежит незнание последним личности больного и, следовательно, неумение наладить соответствующие отношения. Эта же ошибка весьма часто лежит в основе низкой эффективности проводимых лечебных мероприятий.

Назначая то или иное лечение, нельзя высказывать в присутствии больного какие-то сомнения или неуверенность – это элементарное профессиональное невежество. Так, например, выражения «попробуйте вот это лекарство» или «попробуем еще одно лекарство» сразу же вызывают негативное отношение больного к лечению, поскольку у него создается впечатление, что врач не знает, как его лечить. Он начинает думать: «Пробует разные лекарства, как на «кролике», наверное, моя болезнь неизлечима». При подобных обстоятельствах получить надлежащий эффект практически нельзя. Более того, если врач сам говорит о том, что нужно попробовать то или иное лекарство, то почему нельзя попробовать методы лечения, которые советуют родственники, соседи, сослуживцы? Так больного подталкивают к самолечению.



Врач, не пользующийся доверием больного, не стремящийся к моральному облегчению страданий больного, игнорирующий психопрофилактику и психотерапию, лечить не может. Врач обязан заботиться о своем авторитете, беречь его и развивать, поскольку это элемент лечебного воздействия. Проявлять добрые чувства к людям для врача должно стать потребностью.



Что может оказать влияние на доверие больного к врачу:

-При первом контакте критериями являются и внешний вид, и жесты, и выражение глаз, и речь.

-Врач должен сделать все от него зависящее, чтобы понравится больному. Стремление расположить к себе больного должно быть искренним, без заискивания, с соответствующим достоинством.

Благодарю

Спасибо за внимание!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!



М.Ларичев