



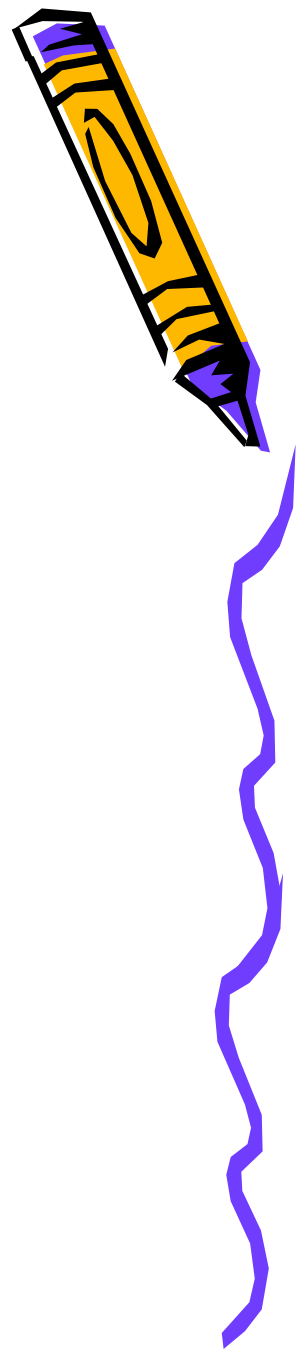
ЛЕКЦИЯ № 4  
ТЕМА: «Сестринская  
деонтология и биоэтика.»

Проф. Разикова И. С.

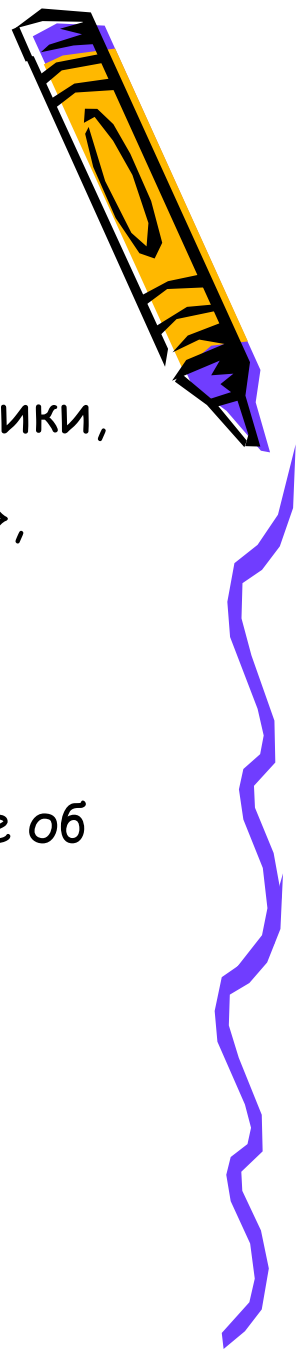


# План лекции

- Становление биомедицинской этики
- Отношения: медсестра - пациент
- Функции общения



# Становление биомедицинской этики



- Первые прогрессивные концепции медицинской этики, дошедшие до нас из глубин веков, зафиксированы в древнеиндийской книге «Аюрведа» («Знание жизни», «Наука жизни»), в которой наряду с рассмотрением проблем добра и справедливости высказываются наставления врачу быть сострадательным, доброжелательным, справедливым, терпеливым, спокойным и никогда не терять самообладания. Обязанности врача заключаются в постоянной заботе об улучшении здоровья людей. Ценой своей жизни медицинский работник должен отстаивать жизнь и здоровье больного.



- Большое развитие медицинская этика получила в Древней Греции и ярко представлена в клятве Гиппократата. Медицинская этика прогрессивных врачей древности была направлена против стяжателей, шарлатанов, вымогателей, стремящихся нажиться за счет больного человека. Клятва Гиппократата оказала большое влияние на развитие медицинской этики в целом. Впоследствии студенты, оканчивающие медицинские учебные заведения, подписывали «факультетское обещание», в основу которого были положены нравственные заповеди Гиппократата.



- Многие выдающиеся отечественные медики оказали большое влияние на развитие медицинской этики в нашей стране. Так, М. Я. Мудров считал, что нужно воспитывать медицинских работников в духе гуманизма, честности и бескорыстия. Он писал, что приобретение врачебной профессии должно быть делом не случая, а призвания. Вопросы медицинской этики получили дальнейшее развитие в трудах Н.И. Пирогова, С. П. Боткина, И. П. Павлова и многих других ученых. Развитие революционно-демократических идей в России в начале XX в. нашло отражение и в вопросах медицинской этики. Это касалось понимания врачебного долга. Врач—общественный деятель, по словам В. В. Вересаева, должен не только указывать, он должен бороться и искать пути, как провести свои указания в жизнь.



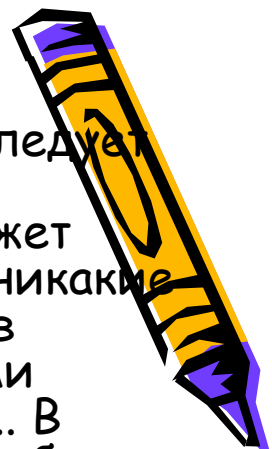
- Великий древнегреческий врач Гиппократ утверждал: "Искусство медицины включает три вещи: врача, болезнь и больного". За 2500 лет, прошедших со времен Гиппократа, к 3 названным им слагаемым медицины добавилось 4-е — **медсестра**.
- "Врач — служитель искусства и больной должен бороться с болезнью с самого ее начала *на* стороне врача", — считал Гиппократ. Очевидно, что и медсестра вправе ожидать, чтобы больной видел в ней своего союзника в борьбе за здоровье.
- Историко-этимологический анализ древнерусского (славянского) слова "врач" свидетельствует, что так называли людей, умеющих "врать", т. е. заговаривать боль, колдовать, предсказывать.



- В 1803 г. английский врач Т. Персиваль издал книгу "Медицинская этика, или свод установленных правил применительно к профессиональному поведению врачей и хирургов" (хирурги в те времена к врачам не относились). Если познакомиться с этими правилами, то можно убедиться, что их вполне можно использовать для служебных инструкций врачам и медсестрам XX века. "Больничные врачи и хирурги должны так оказывать помощь больным, чтобы у них создалось, впечатление важности их службы; что покой, здоровье и жизнь тех, кто вверен их заботам, зависят от их умения, внимания и преданности. Они должны усвоить также, что в их манере держаться следует соединить нежность с твердостью, снисходительность с авторитетом, чтобы пробудить в умах своих пациентов чувства благодарности, уважения и доверия...

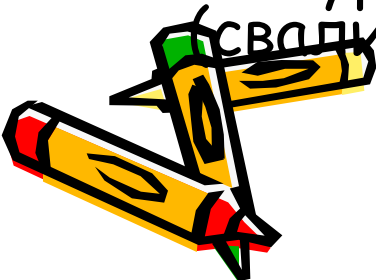


- Чувства и эмоции больных в критических обстоятельствах следует знать и принимать во внимание не в меньшей степени, чем симптомы их болезни... Поскольку неправильная оценка может усилить реальное зло (болезнь) или создать воображаемое, никакие обсуждения по поводу существа заболевания не допустимы в присутствии больных ни с врачом (хирургом), ни с учениками больницы или другим медиком, приглашенным в больницу... В больших палатах больницы с пациентами следует говорить об их жалобах таким тоном голоса, чтобы не было слышно окружающим. Тайна, когда того требуют особые обстоятельства, должна быть строго соблюдена. А к женщинам следует относиться с самой скрупулезной деликатностью. Пренебрегать или смеяться над их чувствами жестоко... Никакие предосторожности при приеме больных, страдающих неизлечимыми болезнями, или заразными по своей природе, или имеющих тенденцию усугубляться в нечистой атмосфере, — не могут устранить то зло, которое приносят тесные палаты и ложная экономия... Разграничение болезней, с которыми принимают в больницу, состояние воздуха, питание, чистота, лекарства — все это следует подвергать внимательной проверке в определенные периоды времени...".





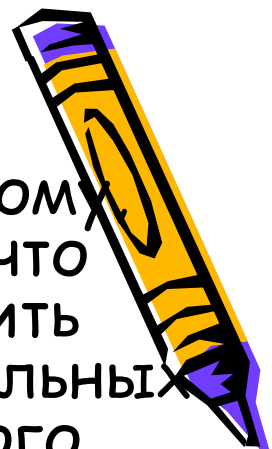
- В системе взаимоотношений медицинский работник — больной последнему принадлежит такая же важная роль, как и первому. Слово "больной" понятно каждому. Следует отметить, что в русском языке использовалось немало слов, означавших не только боль у человека, обратившегося за медицинской помощью, но и качественное состояние его здоровья, а иногда и происхождение болезни: "калека", "калековатый", "блаженный" (сумасшедший), "недвижье", "хилый", "неизцельный", "мозглявый", "уморенный", "сдохлик", "чахлый" (чахоточный), "хворобый". Наряду с глаголом "болеть" в различных местностях России использовались такие, как "вянуть", "чахнуть", "кукситься" (о детях), "карежиться", "оключиться" (ослабеть), "изнуриться", "износиться", "скапутиться" (свалиться с ног), "захиреть" (притворяться) и др..



- В современной медицине слово "больной" в основном относится к людям, находящимся на стационарном лечении, и все чаще заменяется словом "пациент", означаящим в переводе с латинского "страдающий", а в переводе с французского "терпеливый", "пассивный", "безучастный". Однако разве все больные терпеливы и пассивны, безучастны в решении своей судьбы?



- В современной российской реальности слово "пациент" можно использовать не только потому, что оно стало международным, но и потому, что необходимо большее терпение, чтобы получить медицинскую помощь без излишних материальных и нервных затрат. Пациенты могут быть разного пола, возраста, национальности, специальности, социального статуса, состояния здоровья. Однако все они имеют право на то, чтобы медицинский работник видел в них личность, заслуживающую уважения, внимания и сострадания.
- В современном здравоохранении понятия уважения личности, самостоятельности пациента и самоопределения являются первостепенно важными; они находятся в центре любых отношений между медицинским работником и пациентом.



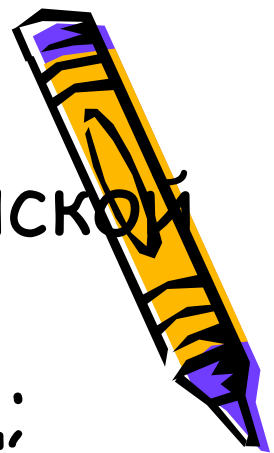
# Отношения: медсестра - пациент



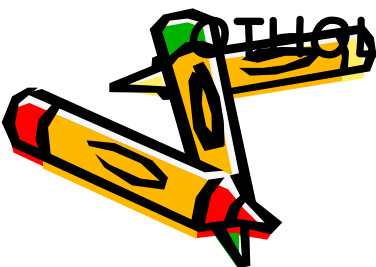
- В 1997 г. Ассоциацией медсестер России был разработан и принят Этический кодекс медицинской сестры. Создание этого документа стало важным этапом реформы сестринского дела в нашей стране, основной целью которой явилось утверждение автономии и самостоятельности этой профессии. Этический кодекс составлен с учетом новых идей, определяющих содержание медицинской этики вообще и профессиональной этики медсестры, в частности. Кодекс в развернутом виде отразил современные представления о правах пациента, которые как бы диктуют содержание конкретных обязанностей медсестры, определяют формулу ее морального долга. Он составлен на основе Устава ВОЗ (1946), Этического кодекса медицинских сестер Международного совета медицинских сестер (1973) и ряда других международных документов, в том числе Кодекса профессиональной этики психиатра (принят российским обществом психиатров в 1993г.).



- Вспомним еще раз слова медицинской сестры Флоренс Найтингейл, сказанные ею почти 100 лет назад;
- «Сестра должна иметь тройную квалификацию: сердечную — для понимания больных, научную — для понимания болезней, техническую — для ухода за больными».



- Каждый из нас хотя бы раз находился в больнице или обращался в поликлинику, и впечатление о лечебном учреждении зависело не только от того, какое лечение было проведено, но и от того, как нас встретили врач и медсестра. В условиях лечебного учреждения первый с контакт пациента с медицинским персоналом и, в частности, с медсестрой имеет особо принципиальное значение; именно он в дальнейшем определяет взаимоотношения с обеих сторон, чувство доверия или недоверия, приязни или неприязни, наличие или отсутствие партнерских отношений.



- Все в медсестре должно располагать к себе пациента, начиная с ее внешнего вида (подтянутость, аккуратность, прическа, выражение лица). Совершенно неприемлемо обращение «больной», как будто пациент потерял право на имя и отчество. Чтобы между медсестрой и пациентом сложились партнерские отношения, пациент должен чувствовать, что вы хотите ему помочь. Только тогда возникает тот доверительный диалог, во время которого медсестра узнает необходимые ей сведения о пациенте, особенностях его личности, его мнение о заболевании, стационарировании, надеждах на выздоровление, планах на будущее. Во время таких бесед выявляются отношение пациента к родственникам, работе, другие проблемы, а все эти сведения дают медсестре возможность поставить сестринский диагноз.



- При всем этом медсестра постоянно должна помнить, что партнерские отношения с больными не должны переходить в панибратские: ведущая роль всегда остается за ней. Она сочувствует больному, между ними устанавливается ток называемая эмпатия, т.е. медсестра способна познать суть и глубину переживаний и страданий пациента, но она не идентифицирует себя с его переживаниями. Пациент всегда должен быть уверен, что их беседы носят конфиденциальный характер.

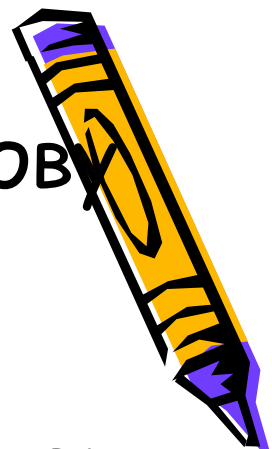




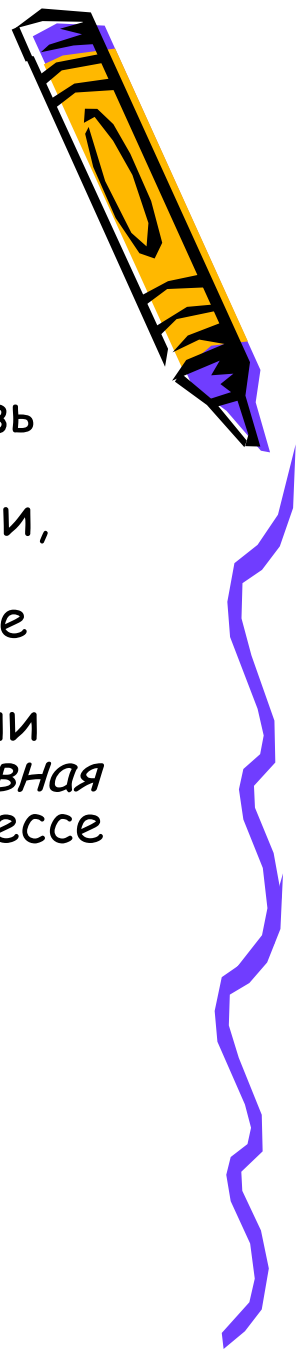
- Обязанность медсестры — быть честной и правдивой по отношению к пациенту, но разговоры о диагнозе, особенностях заболевания не могут выходить за рамки, обозначенные лечащим врачом. Это относится и к беседам медсестры с родственниками пациентов.
- Взгляды врача и медсестры на какие-то особенности ухода за больным могут не совпасть. Тогда нужно очень тактично обсудить спорные вопросы с врачом, и, если согласие будет достигнуто, это облегчит работу. Обговаривать же такие ситуации с другими лицами или сразу обращаться с жалобами к руководству не стоит — это может привести к взаимным обидам, нежелательной обстановке в коллективе. Право отстаивать свою точку зрения должно сочетаться с высокой требовательностью к себе, способностью признавать и исправлять свои ошибки, обнаруженные самостоятельно или коллегами.



- Гуманизм профессии создает основу для защиты личного достоинства медсестры, ее физической неприкосновенности, права на помощь при исполнении профессиональ-ных обязанностей. Кстати, и ее жизненный уровень должен соответствовать статусу ее профессии. Медицинских работников и медсестер, в частности, нельзя принуждать к работе на неприемлемых для них условиях.



# Функции общения



- Традиционное общение предусматривает взаимосвязь трех его сторон: коммуникативной, интерактивной и перцептивной, которые в реальной действительности, конечно, не реализуются изолированно.

*Коммуникативная функция* общения состоит в обмене информацией, в данном случае между медсестрой и пациентом, *интерактивная* заключается в организации взаимодействия между коммуникаторами, *перцептивная* (лат, percipio — восприятие) — в общении как процессе восприятия партнерами друг друга и установлении определенного уровня взаимопонимания.



# Коммуникативная сторона профессионального общения медсестры с пациентом



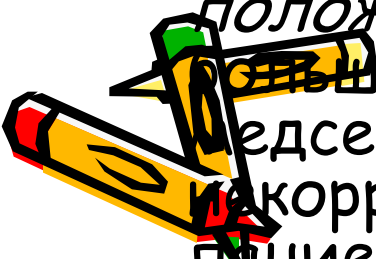
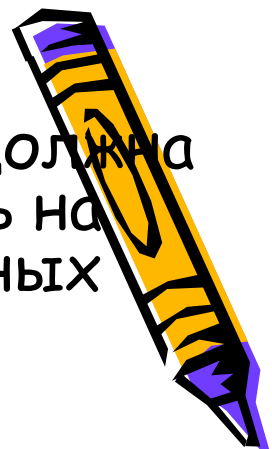
- Цель медсестры — выработать определенную точку зрения на сиюминутные и потенциальные проблемы пациента. Коммуникативной стороне общения свойственны наличие:
  - " обратной связи;
  - \* коммуникативных барьеров; "
  - коммуникативного влияния;
  - \* вербального и невербального уровней передачи информации.



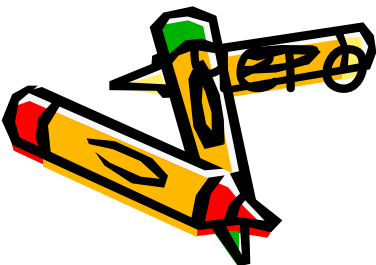
- В контексте общения медсестры и пациента **обратная связь** — это реакция пациента на поведение медсестры. Обратная связь призвана помочь медсестре понять, как она сама, ее поведение и предоставляемая ею информация воспринимаются и оцениваются пациентом.
- Во время диалога медсестра и пациент постоянно меняются коммуникативными ролями «говорящего» и «слушающего». Поэтому медсестра также выражает свою реакцию — *прямо* или *косвенно*. В первом случае информация, поступающая от медсестры («говорящего»), в открытой форме содержит реакцию на поведение пациента («слушающего»): «Я не смогу ответить на ваш вопрос», «Я не приветствую нарушение вами режима», «Я с трудом понимаю, о чем сейчас идет речь» и т.д.; реакция может также проявляться жестами и другими элементами невербальной коммуникации. Такая обратная связь обеспечивает адекватное понимание ее пациентом и создает условия для эффективного общения.



- Выступая в роли «слушающего», медсестра должна по возможности недвусмысленно реагировать на слова и поведение пациента. В затруднительных случаях лучше сказать: «Это не входит в мою компетенцию, надо посоветоваться с врачом, старшей медсестрой».
- Если пациент предоставляет медсестре информацию, не поддающуюся однозначному толкованию, она обязана задать уточняющие вопросы.
- Известно, что спонтанный прием сигналов обратной связи неполон и интерпретируется через собственную систему координат. Мы считаем, что система координат медсестры детерминируется ее профессиональной ролью и основывается в большинстве случаев на *безоценочном положительном отношении к пациенту*. Говоря о большинстве случаев, мы имеем в виду что иногда медсестра может поведенчески оценивать некорректное, с ее точки зрения, поведение пациента, например, несколько фамильярное.



- С другой стороны, касаясь феномена обратной связи, нельзя не заметить, что подобное поведение пациента, возможно, является ответом на поведение медсестры, которое позволило ему вести себя подобным образом.
- В процессе общения встает проблема не столько обмена информацией, сколько ее адекватного понимания. От чего оно зависит?





- Во-первых, форма и содержание сообщения существенно связаны с личными особенностями «говорящего», его представлениями о «слушающем» и отношением к не-му и к ситуации, в которой происходит общение. Во-вторых, всякое сообщение трансформируется под влиянием особенностей личности «слушающего», его отношения к автору сообщения, тексту, ситуации. Так, одни и те же слова, услышанные пациентом из уст врача, медсестры, соседа по палате, родственника, могут вызвать у него разные реакции. Замечание врача, скорее всего, будет выслушано с должным вниманием, а замечание соседа — с раздражением. Одну и ту же информацию разные люди могут воспринимать совершенно по-разному в зависимости от воспитания, особенностей личности и даже политических пристрастий. Одно и то же высказывание медсестры один пациент воспримет как справедливое замечание, а другой — как язвечную придирку».





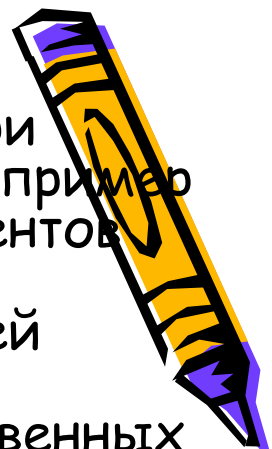
- Адекватное восприятие информации зависит также от наличия или отсутствия в процессе общения **коммуникативных барьеров**. В данном случае можно говорить как о существовании у пациентов психологической защиты от информации о состоянии здоровья и о прогнозах в этом отношении, так и о возможных препятствиях на пути адекватного восприятия информации у медсестры. М.Р.Битянова (1994) выделяет барьеры фонетический, семантический, стилистический, логический, социально-культурный и барьеры отношений.



- **Фонетический барьер** может возникать, когда медсестра и пациент говорят быстро и невыразительно или на разных языках и диалектах, имеют дефекты речи и дикции.
- **Семантический (смысловой) барьер** связан с проблемой жаргонов, свойственных людям определенных возрастных групп, профессий или социального положения (например, язык подростков, наркоманов, моряков, хакеров, жителей удаленных местностей и т.д.). Снятие такого барьера — актуальная проблема для представителей медицинской профессии, поскольку от его преодоления зависит успешность терапевтического контакта. Поэтому у медсестры должны быть навыки усвоения чужих семантических систем. Особенно это важно, на наш взгляд, для организации эффективного общения с подростками. С другой стороны, бывает, что медработник сам провоцирует возникновение смыслового барьера у пациента, без надобности используя профессиональные термины. В дальнейшем это может привести к развитию патологических реакций вследствие неблагоприятного сестринского воздействия на психику пациента.



- Возникновение **стилистического барьера** возможно при несоответствии речи медсестры ситуации общения, например при ее фамиллярном поведении, когда она всех пациентов старше определенного возраста называет «бабуля» и «дедуля», не учитывает психологических особенностей людей и их психологического состояния (изменение сознания вследствие заболевания или приема лекарственных препаратов).
- Когда медсестра проводит психопрофилактические беседы с пациентами перед всевозможными вмешательствами, обучает их навыкам приема лекарственных препаратов, использованию аппаратуры, знакомит с различными методиками здорового образа жизни, может возникнуть **барьер логического непонимания**, т.е. логика рассуждений медсестры может быть либо слишком сложна для пациента, либо казаться ему неверной или неубедительной. Логика доказательств пациента также может быть ошибочной с точки зрения сестры. Пути выхода из этих неравнозначных ситуаций, естественно, различны, о чем пойдет речь ниже.



- беседе с пациентом? В частности, исследования Susan E. Brennan показывают, что лексический консенсус, или *lexical entrainment* (понятие предложено S. Brennan) достигается, если говорящий использует в беседе те паттерны, применение которых во время предыдущих встреч помогало найти общий язык, даже если в данном случае можно было выразить свою мысль гораздо проще и яснее.
- В данном контексте особое значение приобретает первая встреча медсестры с пациентом, результат которой зависит от ее установки на достижение взаимопонимания. Именно принятый медсестрой при первой встрече стиль общения в дальнейшем определит конструктивность общения в целом.



