**Введение**

**Медицинская этика** (лат. *ethica*, от греч. *ethice* - изучение нравственности, морали), или **медицинская деонтология** (греч. *deon* - долг; термин «деонтология» широко использовался в отечественной литературе последних лет), - совокупность этических норм и принципов поведения медицинских работников при выполнении ими своих профессиональных обязанностей. По современным представлениям, медицинская этика включает в себя следующие аспекты:

· научный - раздел медицинской науки, изучающий этические и нравственные аспекты деятельности медицинских работников;

· практический - область медицинской практики, задачами которой являются формирование и применение этических норм и правил в профессиональной медицинской деятельности.

Медицинская этика изучает и определяет решение различных проблем межличностных взаимоотношений по трём основным направлениям:

· медицинский работник - пациент,

· медицинский работник - родственники пациента,

· медицинский работник - медицинский работник.

Четыре универсальных этических принципа включают в себя: *милосердие, автономию, справедливость и полноту медицинской помощи.* Прежде чем приступать к обсуждению применения принципов на практике, дадим краткую характеристику каждому из них.

**Принцип милосердия гласит:** "Я принесу добро пациенту, или, по крайней мере, не причиню ему вреда". Милосердие подразумевает чуткое и внимательное отношение к пациенту, выбор методов лечения пропорциональных тяжести состояния, готовность и способность пациента справиться с предписанным медицинским вмешательством. Главное, чтобы любое действие медицинского работника было направлено во благо конкретного пациента!

**Принцип автономии** требует уважения к личности каждого пациента и его решениям. Каждый человек может рассматриваться только как цель, но не как средство ее достижения. С принципом автономии связаны такие аспекты оказания медицинской помощи, как конфиденциальность, уважение к культуре, религии, политическим и иным убеждениям пациента, информированное согласие на медицинское вмешательство и совместное планирование и осуществление плана ухода, а также самостоятельное принятие пациентом решений, либо принятие решений законным представителем данного пациента.

**Принцип справедливости/не причинения вреда** требует равного отношения медицинских работников и оказания равноценной помощи всем пациентам вне зависимости от их статуса, положения, профессии или оных внешних обстоятельств. Этот принцип также определяет, что какую бы помощь не оказывал медицинский работник пациенту, его действия не должны нанести вреда ни самому пациенту, ни другим лицам. Сталкиваясь с ситуацией конфликта между пациентом и его близкими или другими медицинскими работниками, руководствуясь данным принципом, мы должны быть на стороне пациента.

**Принцип полноты оказания медицинской помощи** подразумевает профессиональное оказание медицинской помощи и профессиональное отношение к пациенту, применение всего имеющегося арсенала здравоохранения для проведения качественной диагностики и лечения, реализации профилактических мер и оказания паллиативной помощи. Данный принцип требует абсолютного соблюдения всех норм законодательства, связанных со здравоохранением, а также всех положений этического кодекса. Моральная ответственность медицинского работника подразумевает соблюдение им всех принципов медицинской этики.

Глава 1. Современный подход к процессу ухода за психически больным

Анализируя содержание кодексов медицинской этики (начиная с клятвы Гиппократа и заканчивая национальными кодексами, в том числе Этическим кодексом российского врача, 1995, Этическим кодексом медсестры России, 1997), нельзя не заметить трансформации их содержания.

Во- первых. Увеличен перечень лиц, взаимоотношения с которыми подвергаются этической регламентации. Сегодня наряду с больными, врачами и медсестрами он включает обслуживающий персонал и общество.

Во-вторых. Качественно по-новому формулируются обязанности врача, медсестры. Их нельзя уже выразить просто и однозначно «помогать и не вредить». Необходимо обеспечить качественную медицинскую помощь (уход), основанную на чувстве сострадания, уважения человеческого достоинства, стремясь к терапевтическому сотрудничеству с пациентом, его окружением; уважать права своих коллег, младшего медицинского персонала. Эта трансформация отражает изменения, которые произошли в общественном самосознании за последние два десятилетия.

**.1 Терапия средой**

В большинстве новых лечебных психиатрических учреждений учтены не только требования эстетики и гигиены, здесь стремятся помочь больному человеку, создав вокруг него приятную, поистине домашнюю атмосферу, все возможные удобства. Для современного психиатрического отделения не новость шторы на окнах, картины на стенах, во многих местах ношение больными их личной одежды. Имеется радио, телевидение, библиотека. Однако у всего этого были свои противники: для чего эстетика, современность в психиатрическом отделении, где в большинстве своем пребывают люди, оторвавшиеся от действительности, психически больные, в значительной части страдающие шизофренией? Сейчас уже доказана полнейшая несостоятельность такого подхода, поскольку влияние среды имеет чрезвычайное значение именно на таких больных, именно оно способствует их возвращению к действительности. Большие достижения в области трудотерапии и психотерапии, использование современных методов медикаментозного лечения привели ко многим принципиально новым выводам, которые создали возможность более эффективного лечения психически больных.

**.2 Терапия поведением**

Каждый работник знает, каковы его обязанности и где их границы. Сестра не замещает врача и не дублирует его мероприятий, она не проводит методической индивидуальной психотерапии, а работает с больным, влияет на его психику, пользуясь иными методами. Суть ее обязанностей в этой области состоит в наблюдении за патологическими проявлениями у больных, в стремлении понять их, зарегистрировать увиденное и услышанное. Поведение и реакции сестры должны успокаивающе влиять на больных. Как же работает сестра с психически больными? Какова психологическая техника этой работы? Терапия поведением начинается умения выслушать больного. Сестра многое может сделать уже благодаря своему умению понять ход мыслей больного. В психиатрии наряду с множеством других новых устремлений весьма значительным представляется тот подход, который учитывает весь процесс ухода в целом, стремясь осуществлять в единстве и все практические мероприятия. Суть нового подхода состоит в том, что весь процесс ухода планируется на основании индивидуальных запросов, потребностей больного. Процесс начинается с наблюдения за больным, продолжается оценкой полученных результатов этого наблюдения, а затем и составлением плана ухода за больным и его исполнением. Самым важным является сохранение человеческого достоинства больного, а потому нужно всеми силами помочь ему сохранить независимость и самостоятельность. К сотрудничеству привлекается и сам больной, с которым - конечно, в зависимости от его состояния - можно обсудить план мероприятий, необходимых для его выздоровления. Ставится сестринский диагноз заболевания (он может, по мнению больного, не совпадать с тем, что поставлен врачом), оцениваются способности больного (например, может ли он самостоятельно одеваться, умываться, нормально вести себя в коллективе и т. п.). План ухода за больным строится на коррекции недостатков. В заключение оценивают план в целом, и если не достигают намеченных результатов в ходе его выполнения, то в план вносят коррективы, изменяют метод.

**.3 Отношения с родственниками**

Встреча с лицами, сыгравшими значительную роль в возникновении или обострении заболевания, не безразлична для больных. Поэтому разрешение на посещение или запрещение посещений в психиатрических отделениях являются одним из средств лечения. Вторым существенным различием служит то, что значительная часть родственников душевнобольных в большей или меньшей мере и сами больные люди. Если даже они и не сыграли роли в возникновении заболевания у их близкого, то своим несоответствующим поведением, обусловленным болезнью, они могут нарушить покой больного, которого посетили, и помешать его успешному лечению. Если окружение больного благоприятно, нет никакой необходимости запрещать его посещения родными или даже можно разрешить короткие визиты его домой. Если же посещение больного родными чревато опасностью резких столкновений, то следует подумать о запрете. Споры с близкими, упреки, обвинения и пр. оказывают вредное воздействие на больного. Особого внимания заслуживает и деятельность больного, связанная с внешним миром. Параноидный пациент с синдромом сутяжничества может продолжать начатое им дело устно или письменно, ревнивый муж и посещения будет использовать для того, чтобы вернуть "утраченные" чувства жены. Известны и различные реакции родственников больных, связанные с закрытым отделением. Часто они всеми силами сопротивляются тому, чтобы сюда доставили близкого им человека (прежде всего те, кто испытывает чувство собственной вины). "Нет причин помещать туда ребенка"... "Его состояние там только ухудшится"... Свое поведение, продиктованное чувством вины, они часто компенсируют тем, что предъявляют обвинения врачам, сестрам, всему лечащему коллективу. Они считают их ответственными за то, в чем виноваты сами: "С ним плохо обращаются"... "Он не получает нужных лекарств", "Делается далеко не все, что нужно"... Характерно, что часто те, кто вначале так сопротивлялись и возмущались, не спешат забирать выздоровевших домой... Несмотря на все перечисленные трудности, несмотря на то, что нередко работа с родственниками больных означает большую нагрузку, от них мы можем получить очень ценные данные, аналитические сведения, касающиеся больного. Конечно, если можно, лучше заниматься со всей семьей сразу, а не по отдельности с ее членами. Таким путем перед специалистом открывается возможность групповой (семейной) терапии. Важность этого для лечения и реабилитации больного, для предупреждения рецидивов заболевания очевидна.

**.4 Отношение между пациентами**

Обычно больной поступает в палату предварительного наблюдения, откуда его затем переводят, куда следует. Естественно, что и в таких случаях должно учитываться спонтанное стремление больного к установлению контактов, отношений с окружающими, к группировке с другими больными. А потому, если это возможно, то не следует помещать вместе людей противоположных взглядов, различного темперамента, разных типов личности. При возникновении столкновений, трений между больными следует перегруппировать больных в палате, перевести некоторых из них оттуда; конечно, провести это следует так, чтобы больные видели в этих мероприятиях не наказание, а общую перестройку, которая коснулась и их. И здесь следует остановиться на вопросе о посещении психически больных родными и близкими.

## **.5 Отношения с коллегами**

Медицинская сестра обязана поддерживать вежливые, уважительные отношения с коллегами.

Громкие разговоры, ссоры между персоналом в присутствии больных недопустимы, они способствуют увеличению напряженности и двигательного возбуждения у больных, а главное подрывают авторитет у персонала. При общении с коллегами медсестра должна соблюдать субординацию (подчинение младшего по должности старшему). Комплименты в деловом общении приветствуется: сказать человеку хорошие слова никогда не вредно. Не всегда отношения в коллективе складываются гладко. Бывают обиды и огорчения. Но даже если это так, требования этикета необходимо соблюдать независимо от настроения или состояния отношений с тем или иным членом коллектива.

**Глава 2. Требования, предъявляемые в наше время к личности человека, работающего с психически больным**

психический больной медицинский деонтология

Основываются они на следующем: специальные знания, постоянный интерес к выполняемой работе, постоянно растущий уровень подготовки и, конечно, здоровая личность. В специальной литературе много раз указывалось на вред, который могут причинить в работе с психически больными люди с нездоровой психикой, ищущие в этой работе разрешения своих личных психических конфликтов. Нельзя забывать о том, что работа людей, осуществляющих уход за психически больными, в корне отличается от работы по уходу за больными иного профиля, поскольку наряду с навыками по физическому уходу за больными они должны освоить и навыки психического воздействия. Кроме привычных задач по уходу за больными (измерение температуры, раздача лекарств, заправка постелей) им приходится проводить и работу совсем иного качества. Многие из них осваивают определенные методы занятий с психически больными, становясь, например, специалистами по трудовой терапии. Личность санитаров и сестер может воздействовать на состояние психически больных по-разному. Сильные, решительные личности вызывают у незрелых, инфантильных больных чувство уверенности, в то время как параноидные больные могут вступать с ними в резкие столкновения. Человек шизотимного склада легче, чем кто-либо другой, может понять страдающего шизофренией. Однако все это не освобождает людей, осуществляющих уход за психически больными, от необходимости постоянно развивать, расширять и совершенствовать свои знания, свои личные качества. Работающие с психически больными наиболее удовлетворяют запросам своей профессии, если способны понять переживания доверенных им больных, соответственно откликнуться на них, охватить их во всей полноте и сложности.

**.1 Вопрос о речи**

**Вопрос о речи** медицинских работников требует отдельного внимания. Все медики должны знать, что речь работника любого статуса должна соответствовать нормам русского литературного языка, излишняя насыщенность речи терминами в общении с пациентом не приветствуется. Но не приветствуется и использование просторечной или жаргонной лексики. Это обезличивает пациента и делает его тождественным болезни («интересная шизофрения», «банальный суицид»). Недопустимо также ведение беседы с больными и родственниками с трудно скрываемым раздражением и демонстрацией собственной значимости и загруженности работой («вас много, а я на посту одна»), «награждение» пациентов обидными прозвищами («вязкий эпилептик», «слабоумная старуха»). Речь любого медицинского работника является очень яркой характеристикой специалиста, не стоит недооценивать ее значение. При обучении пациента следует проявлять терпение. Повторить информацию нужное число раз. Удостовериться, что ее правильно поняли. Для этого лучше использовать такие фразы как: «Давайте проверим, все ли Вы поняли», «Какие вопросы у Вас возникли?». А реплики «Повторяю для особо одаренных» или «Слушать надо ушами!» нельзя произносить даже в шутку.

При письменном способе передачи информации пациентам или их родственникам (памятки, информационные стенды, объявления и пр.) также необходимо помнить об этике. Различные памятки, листовки начинаются с вежливого обращения (например, «Уважаемый пациент!»). Тексты, адресованные пациентам или их родственникам, не должны быть категоричны («Не курить!», «Из палаты после 22 часов не выходить!» и др). Лучше заменить их на фразы с позитивным звучанием: «У нас не курят», «Просьба соблюдать тишину». Следуя этим правилам, выражается уважение и к пациенту, и к себе.

Недопустимо обсуждение состояния здоровья или личной жизни пациента с коллегами и тем более с другими пациентами. Это является нарушением медицинской тайны и влечет за собой уголовную ответственность.

**.2 Деловой этикет в профессиональной деятельности медицинской сестры**

Первое впечатление, которое производят на нас люди или учреждения, оказывается наиболее живучим. Знакомство с медицинским учреждением начинается, как правило, со среднего медицинского персонала. Каждый из нас - кто реже, кто чаще - оказывается пациентом служб охраны здоровья, при этом человек вверяет медику самое ценное, чем он располагает, - своё здоровье, достоинство, саму жизнь, с полным правом рассчитывая на определенный уровень квалификации и мастерства профессионала. Именно поэтому, уже с древних времен, общество предъявляло высокие требования к моральным, нравственным качествам сестринского персонала.

Обращаться к пациенту лучше по имени-отчеству, доброжелательно и спокойно. Если вы не знаете, как зовут пациента, используйте безличные конструкции: «Пройдите, пожалуйста», «Будьте добры» и пр. Недопустимы обращения «больной», «мужчина», «женщина». Эти, казалось бы, очевидные истины, к сожалению, пока не стали нормой.

При проведении процедур медсестра комментирует свои действия для пациента. Такой комментарий призван, не только реализовать право пациента на информацию, но и снять психологическое напряжение. При этом необходимо говорить на понятном пациенту языке, сведя к минимуму специальную терминологию.

**.3 Психологическая тактика работы медсестры с психически больными**

Прежде всего медсестра должна уметь выслушать пациента. Понять психически больного, его мысли, особенности реагирования, противоречащие трезвому рассудку, суметь разобраться в них, определить патологический строй мыслей, поступков - задача весьма сложная. Поэтому в психиатрии предъявляется повышенное требование к личности медсестры, к развитию и формированию профессиональных навыков общения с психически больными. Естественно, следует избегать снисходительности, пренебрежительности в беседе с пациентами.

Спокойное, с должным вниманием наблюдение за динамикой состояния, позволяет понять и оценить состояние, выбрать тактику ведения больного, умело сочетать дозированные меры стеснения и психологического воздействия при различных формах и видах возбуждения.

## **Глава 3. Общие правила ухода и наблюдения за психически больными**

Правильный подход к психически больным и установление необходимого контакта между ними и медицинским персоналом, помогающем в уходе за больными и в лечении не возможны без достаточной выдержки, такта, терпения и чуткости по отношению к больному, которые в одинаковой степени должны проявлять и врач, и фельдшер, и медицинская сестра, и санитар, и санитарка.

Основное правило, которого постоянно должен придерживаться средний и младший обслуживающий персонал, - честное выполнение назначений врача. Без назначения врача нельзя давать ни добавочное успокаивающее средство (например, снотворное), ни переводить больного из одной палаты в другую или с кровати на кровать, ни разрешать прогулку.

Правильный подход к психически больным и учет всех особенностей ухода за ними не мыслимы без знания основ психиатрии. Высокомерие, зазнайство, переоценка своих знаний персоналом, долгие годы работающим в стенах психиатрической больницы могут принести огромный вред больному. Ложное убеждение в возможности без назначения врача изменить режим содержания больного может быть причиной несчастного случая. В практике одного психиатрического лечебного учреждения был такой случай. Больная формально вела себя правильно, отвечала на все вопросы, не нарушала режима, отрицала какие-либо мрачные мысли и другие болезненные переживания, т.е., другими словами, диссимулировала (преднамеренно скрывала) свои переживания. Фельдшер несерьёзно отнесся к своим обязанностям, переоценил свои познания в психиатрии и без согласия с врачом, по собственному усмотрению разрешил больной прогулку без усиленного надзора. Больная, воспользовавшись этим, убежала с прогулки и бросилась с целью самоубийства под поезд.

Недопустимо, чтобы к больному в силу неприятных особенностей его психического состояния персонал относился неприязненно, с антипатией. Всякое проявление злобности, враждебности и даже агрессии со стороны больного должно рассматривать и расценивать только как проявление болезненного состояния и не должно вызывать у персонала отрицательного или боязливого отношения к нему.

Нельзя ни в коем случае повышать голос, быть резким и злобным в обращении с больными, недопустимы грубые окрики, запугивания больного. Необходимо помнить и о том, что больные при кататоническом синдроме, находящиеся в состоянии полного ступора и как будто бы не реагирующие на происходящее вокруг них, в то же время все очень тонко и четко фиксируют и запоминают. Всякое неосторожно сказанное слово, касающееся таких больных (например, «в колонию его надо, он хроник» и т.п.) надолго остается в их сознании. По выходе из кататонического состояния больные с удивительной точностью рассказывают о поведении персонала.

Иногда установление контакта больного с врачом бывает более трудным, чем со средним и младшим персоналом. Больные, больше общаясь с ними, привыкают к ним, их отношения расценивают как доброжелательные. Часто больные делятся со средним и младшим персоналом такими переживаниями, о которых совершенно не говорят врачу, обращаются к ним за советом. Надо уметь поддерживать это доверие больного. Оно часто помогает врачу в распознавании скрываемых больным переживаний.

Вся корреспонденция больных (письма, заявления), передаваемые через персонал, должна поступать врачу для ознакомления. Нельзя больного обманывать. В случае, если больной спрашивает об исходе болезни, степени ее излечимости, о сроке выписки, о способе лечения и действии лечебных средств на организм, нужно успокоить его, не убеждая ни в чем ложном. Обман больного, не выполнение того или иного обещания не только подрывают авторитет персонала, но и увеличивают недоверие, напряженность, бредовую настроенность больного.

Не все просьбы больного должны выполняться, так как самая невинная на первый взгляд просьба (дать остро отточенный карандаш или ручку с пером, для того чтобы написать письмо) может скрывать за собой стремление больного использовать эти предметы для нанесения физического повреждения себе или окружающим. С другой стороны все просьбы больного, не противоречащие правилам больничного отделения, например, дать почитать газету, книгу, должны выполняться в обещанный срок. Больные, поведение которых остается формально правильным, но которые кажутся апатичными, безразлично относящимся к происходящему вокруг них требуют постоянного наблюдения. Нельзя разрешать больному накрываться с головой одеялом, так как в таком положении незаметно для окружающих он может затянуть на шее петлю из рукава сорочки, простыни, полотенца. Дежурящий в палате персонал должен строго следить затем, чтобы полотенце всегда висело на видном месте. Больные с бредом часто скрывают свои болезненные толкования окружающей действительности и свои мысли, считают себя здоровыми, без достаточных оснований помещенными в больницу. Такие больные могут совершать побеги из больницы, неожиданно проявлять агрессивные действия в отношении других больных и обслуживающего персонала, включая их в свои бредовые переживания. Никогда не следует подтверждать бредовые умозаключения больных и соглашаться с ними, также как совершенно неуместны и вредны всякие шутливые замечания персонала, небрежно брошенные слова. Необходимо избегать с больными разговоров, которые их раздражают, возбуждают и способствуют развитию бреда. Так обычно действует активное возражение персонала на высказанные больным бредовые убеждения. Требуется выдержка, спокойствие и терпение во всех случаях, когда больной испытывает потребность рассказать о волнующих его переживаниях. Грубое, резкое, нетерпеливое обращение с такими больными создает благоприятные условия для развития и углубления бреда. Мягкий, тактичный подход к больному, отвлечение его каким-нибудь занятием, как правило, способствует его успокоению. Облегчает состояние больного отвлечение его каким-нибудь трудовым процессом. При умелом, терпеливом, сердечном отношении к психически больным следует считать совершенно недопустимым излишнюю слащавость и простоватость в разговоре с ними.

**Заключение**

Таким образом, знание основ психиатрии, строжайшая дисциплина, выдержка, постоянное наблюдение за поведением больных, отсутствие зазнайства и самоуспокоения являются основными требованиями, предъявляемыми к среднему и младшему персоналу психиатрического лечебного учреждения.

Умение наладить правильный контакт с психически больными также является важным и необходимым условием работы персонала. От персонала требуется ровное, спокойное, внимательное, чуткое и в то же время строгое отношение, одинаковое ко всем больным. Также, не следует забывать, что юридический максимум применяется к тем, кто не соблюдает этический минимум.

**Список используемой литературы**

1. Андрусенко А.И. Психологические аспекты работы медсестры психиатрического стационара. А.И.Андрусенко, О.Б.Куклина//Главная медсестра, 2013, №6 - с.31-332

. Врачебная этика и медицинская деонтология- Режим доступа к изд.: URL: http://screens.fatal.ru/etica

. Петухов Ю.Л. Организация обучения этико-деонтологическим аспектам деятельности младшего медицинского персонала психиатрической больницы./Ю.Л.Петухов, В.В.Чукавина, О.А.Ведерникова//Главная медсестра, 2014, №3 с 30-48

. Филаткина Н.В. Роль медицинской сестры в создании комфортных условий пребывания инвалидов в психо-неврологическом интернате/ Н.В.Филаткина// Главная медсестра.-2014 №6 с54-61

. ЧерновВ.Н. Сестринское дело в психиатрии с курсом наркологии. Часть 1. - 2-е изд., доп. И перераб. - М .: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2012. - 224с.

. Яшина Е.С. Этика и деонтология в деятельности медсестры / Е.С.Яшина, Е.В.Карпова // Медсестра - 2013 - №1 - с. 32-40