## Содержание

[Введение 2](#_Toc119854885)

[1. Понятие о медицинской этике, морали и деонтологии. 3](#_Toc119854886)

[2. Особенности медицинской этики и деонтологии в отделениях. 5](#_Toc119854887)

[2.1. Тактика медицинского работника в терапевтическом отделении 5](#_Toc119854888)

[2.2. Тактика медицинского работника в клинике хирургических болезней 8](#_Toc119854889)

[2.3. Тактика медицинского работника в акушерско-гинекологической клинике 10](#_Toc119854890)

[3. Современные правила этики и деонтологии 14](#_Toc119854891)

[Заключение 17](#_Toc119854892)

[Список литературы 18](#_Toc119854893)

## Введение

Медицинская этика - это раздел философской дисциплины этики, объектом исследования которого являются морально-нравственные аспекты медицины.

В более узком смысле под медицинской этикой понимают совокупность нравственных норм профессиональной деятельности медицинских работников. В последнем значении медицинская этика тесно соприкасается с медицинской деонтологией.

Медицинская деонтология - это совокупность этических норм выполнения медработниками своих профессиональных обязанностей. Т.е. деонтология предусматривает преимущественно нормы взаимоотношений с больным. Медицинская этика предусматривает более широкий круг проблем - взаимоотношение с больным, медработниками между собой, с родственниками больного, здоровыми людьми. Эти два направления диалектически связаны между собой.

#

# 1. Понятие о медицинской этике, морали и деонтологии.

В начале 19 века английский философ Бентам термином "деонтология" определил науку о поведении человека любой профессии. Для каждой профессии есть свои деонтологические нормы. Деонтология происходит от двух греческих корней: deon-должное, logos-учение. Таким образом, хирургическая деонтология - это учение о должном, это правила поведения врачей и медицинского персонала, это долг медицинских работников перед больными. Впервые основной деонтологический принцип сформулировал Гиппократ: "Должно обращать внимание, чтобы все, что применяется, приносило пользу".

Слово "мораль" происходит от латинского "тогьиз" и обозначает "нрав", "обычай". Мораль - одна из форм общественного сознания, представляющая собой совокупность норм и правил поведения, характерных для людей данного общества (класса). Соблюдение нравственных норм обеспечивается силой общественного воздействия, традициями и личной убежденностью человека. Термин "этика" применяется в том случае, когда имеют в виду теорию морали, научное обоснование той или иной моральной системы, того или иного понимания добра и зла, долга, совести и чести, справедливости, смысла жизни и т. д. Однако в ряде случаев этика так же, как и мораль, означает систему норм нравственного поведения. Следовательно, этика и мораль - категории, определяющие принципы поведения человека в обществе. Мораль как форма общественного сознания и этика как теория морали изменяются в процессе развития общества и отражают его классовые отношения и интересы.

Несмотря на различие классовой морали, характерной для каждого вида общества людей, медицинская этика во все времена преследует общечеловеческие внеклассовые принципы медицинской профессии, определяемые ее гуманной сущностью - стремлением облегчить страдания и помочь больному человеку. Если эта первичная обязательная основа врачевания отсутствует, нельзя говорить о соблюдении моральных норм вообще. Примером тому может послужить деятельность врачей и ученых в фашисткой Германии и Японии, которые во время Великой Отечественной Войны сделали много открытий, которыми человечество пользуется до настоящего времени. Но в качестве экспериментального материала они использовали живых людей, в результате этого, решениями международных судов, их имена преданы забвению и как врачей, и как ученых - “Нюрнбергский кодекс”, 1947; Международный суд в Хабаровске, 1948.

Существуют различные взгляды на сущность врачебной этики. Одни ученые включают в нее отношения врача и больного, врача и общества, выполнение врачом профессионального и гражданского долга, другие рассматривают ее как теорию врачебной морали, как раздел науки о нравственных началах в деятельности врача, нравственной ценности поведения и поступков врача по отношению к больным . По мнению С. С. Гурвича и А. И.Смольнякова (1976), врачебная этика-" система принципов и научных понятий о нормах и оценках регулирования поведения врача, согласования его поступков и избираемых им способов лечения с интересами больного и требованиями общества". Приведенные определения при кажущемся различии их не столько отличаются друг от друга, сколько дополняют общие представления о врачебной этике. Определяя понятие врачебной этики как одной из разновидностей этики профессиональной, философ Г. И. Царегородцев считает, что она представляет собой "совокупность принципов регулирования и норм поведения медиков, обусловленных особенностями их практической деятельности, положением и ролью в обществе.

# 2. Особенности медицинской этики и деонтологии в отделениях.

## 2.1. Тактика медицинского работника в терапевтическом отделении

В самых распространенных в клинической медицине терапевтических отделениях, как правило, находятся больные самого различного профиля — с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, почек и другие. Нередко их болезненные состояния требуют длительного лечения.

Длительный отрыв от семьи и привычной професси­ональной деятельности, а также тревога за состояние своего здоровья вызывают у них комплекс различных психогенных реакций. В результате психогений услож­няется течение основного соматического заболевания, что в свою очередь ухудшает психическое состояние больных. Кроме того, в терапевтических отделениях на обследовании и лечении находятся больные с жалобами на деятельность внутренних органов, нередко даже не подозревая того, что эти соматические нарушения психогенного характера.

В клинике внутренних болезней постоянно приходит­ся иметь дело с соматогенными и психогенными нару­шениями. В тех и других случаях больные высказывают большое число различных жалоб и очень настороженно относятся к своему состоянию.

Соматогенно обусловленные психические нарушения чаще возникают у тревожно-мнительных больных с ипохондрической фиксацией на своем состоянии. В их жалобах, помимо обусловленных основным заболевани­ем, много неврозоподобных: на слабость, вялость, быструю утомляемость, головную боль, нарушение режима сна, страх за свое состояние, чрезмерную потливость, сердцебиение и др. У таких больных отмечаются различные аффективные нарушения в виде периодически возникающей тревоги и тоски различной степени выраженности. Такие нарушения часто прихо­дится наблюдать у больных с гипертонической бо­лезнью, ишемической болезнью сердца, у лиц, страда­ющих язвенной болезнью желудка и двенадцатипер­стной кишки.

Неврозоподобная симптоматика нередко маскирует клинику основного заболевания. В результате больные обращаются к специалистам различного профиля, однако облегчение от назначенного лечения наступает не всегда, что обостряет их невротическую и ипохондриче­скую настроенность.

При тяжелых декомпенсациях сердечной деятельно­сти, при циррозе печени и уремии могут развиться психотические состояния с галлюцинаторно-бредовыми переживаниями. Психотическое состояние может воз­никнуть и у соматических больных на фоне высокой температуры, обусловленной как осложнением болез­ненного процесса, так и присоединением инфекционного заболевания (чаще гриппа). В этих случаях можно наблюдать психотические состояния типа делирия, аменции и онейроида*.* Особого внимания заслуживает психотическое состо­яние у пожилых людей, страдающих гипертонической болезнью. На высоте подъема артериального давления у них могут возникнуть динамическое нарушение мозго­вого кровообращения, предынсультное состояние и инсульт. В клинической картине у таких больных в первую очередь отмечается нарушение ориентировки и сознания типа оглушения. Больные не ориентируются в окружающем, с трудом отвечают на поставленные вопросы, иногда у них появляются нарушения речи (стереотипные вопросы или повторение слов), развива­ется тревожно-беспокойное состояние.

Больные с соматогенными психическими нарушени­ями требуют особого внимания, так как, помимо помо­щи, обусловленной основным заболеванием, им необхо­димо проводить лечение по поводу вторичных неврозо-подобных или психотических расстройств. Следует помнить, что такие больные очень болезненно реагиру­ют даже на предложение проконсультироваться у пси­хоневролога, а некоторые считают это предложение оскорбительным. К многочисленным жалобам и прось­бам больных нужно относиться терпимо, проявлять психотерапевтический подход, который является для них одним из важнейших методов лечебного воздей­ствия. Свою психотерапевтическую тактику необходи­мо согласовать с лечащим врачом, выяснить, как лучше отвечать на различные просьбы таких больных, какие лекарства следует давать и т. д. Иногда многочислен­ные жалобы и просьбы больных остаются вне поля зрения лечащего врача, так как во время нахождения врача в больнице само его присутствие действует успокаивающе на больного, а ухудшение наступает во вторую половину дня и вечером. Ни в коем случае не надо говорить больным, что им следует полечиться у психоневролога или намекнуть им на их невротические расстройства. Это приведет к нарушению контакта с больным, обиде и жалобам с его стороны и даже усилению невротических расстройств теперь уже ятрогенного характера.

Психотические расстройства на фоне различных со­матических заболеваний чаще возникают в вечерние часы. Если возникнет подозрение о наличии их у больного, то за таким больным следует установить усиленное наблю­дение.

Особого внимания требуют больные с делириозным и онейроидным нарушением сознания, так как под вли­янием галлюцинаторно-бредовых переживаний они мо­гут совершать действия, опасные как для них, так и для окружающих. В таких случаях нужна срочная консуль­тация психиатра. Такое решение должен принимать дежурный (или лечащий) врач, явившийся на вызов медицинской сестры.

Больные с функциональными соматическими наруше­ниями невротического генеза обращают на себя внима­ние обилием различных жалоб: «грудь теснит», «колет в сердце», «резко учащается сердцебиение», «сердце работает с перебоями», «тяжесть в области желудка», «простреливающая боль в области живота», «затруднен выдох», «резь над лобком и частые мочеиспускания» и др.

В отличие от неврозоподобных соматогенно обуслов­ленных состояний при невротических расстройствах, помимо довольно часто отмечающейся личностной ре­акции в виде тревожной мнительности и эмоциональной лабильности, всегда имеются различные психогении. Они чаще бывают семейно-бытового, сексуально-личностного или производственного характера. Возник­новение их обусловлено тяжелыми для личности отри­цательными эмоциональными перегрузками. Возника­ющие невротические расстройства переносятся больны­ми не менее тяжело, чем различные соматические болезни. Больные обращаются к различным специали­стам, проходят тщательное клиническое и лабораторное обследование (ЭКГ, фонокардиография, рентгеновское и др.) в терапевтическом стационаре. При общении с такими больными врач должен быть особенно внимателен и соблюдать принципы психоте­рапии. На многочисленные жалобы он должен отве­чать, что болезненные расстройства постепенно исчез­нут при назначении соответствующего лечения. Больному необходимо разъяснить, что лекарственные средства назначаемые врачом, имеют положительное действие.

Мед. персонал должен знать, что разнообраз­ные психогении, волнение могут обострить не только имеющиеся невротические симптомы,но и скрыто прорекающие соматические патологические процессы. Необходимо всегда помнить о тесной взаимосвязи психического и соматического как единого целостного состояния организма человека в механизме развития болезненных расстройств.

Особого внимания заслуживают депрессивные нару­шения различной степени выраженности — от легкого угнетенно-подавленного настроения до выраженной депрессии. Во время этих состояний нередко возникают суицидальные мысли и попытки. При выявлении подоб­ных расстройств у больных врач должен немедленно провести с больным беседу направленную на укрепление веры больного в правильности и действенности назначенного лечения.

## 2.2. Тактика медицинского работника в клинике хирургических болезней

Хирургия относится к той области медицины, где значение практических навыков медицинского персонала исключительно велико. Все мысли и внимание хирур­гов, операционных и палатных сестер концентрируются на операционной, где происходит основная работа— хирургическая операция. В период операции практиче­ски прекращается непосредственный контакт между медицинским персоналом и больным и резко интенси­фицируется процесс слаженного взаимодействия между врачами-хирургами, анестезиологами, средним медицин­ским персоналом, обслуживающим операционную.

Если в операционной ведущая роль отводится врачам-хирургам и анестезиологам, то в предоперационный и особенно в послеоперационный период многое зависит от внимательного и чуткого отношения к больному медицинских сестер и младшего медицинского персона­ла. Многие хирурги совершенно справедливо утвержда­ют, что операция — начало хирургического лечения, а исход его определяет хорошее выхаживание, т. е. соответствующий уход в послеоперационном периоде.

К проблемам психологического плана относится страх перед операцией. Больной может бояться самой операции, связанных с ней страданий, боли, послед­ствий вмешательства, сомневаться в ее эффективности и др. Об опасениях больного можно узнать из его слов, бесед с соседями по палате. Об этом можно косвенно судить по различным вегетативным признакам: потли­вости, ускоренному сердцебиению, поносам, частым мочеиспусканиям, бессоннице и др. Страх больного нередко усиливается под влиянием «информации», кото­рую охотно предоставляют больные, перенесшие опера­цию и, как правило, преувеличивающие все происшед­шее с ними.

О своем наблюдении за больным сестра должна доложить лечащему врачу и выработать с ним тактику психотерапевтического воздействия. Целесообразно провести беседу с больными, перенесшими операцию, о неблагоприятном действии их рассказов на вновь посту­пивших больных, готовящихся к оперативному лече­нию. При подготовке к операции очень важно устано­вить хороший контакт с больным, в ходе беседы узнать о характере его страхов и опасений в связи с предсто­ящей операцией, успокоить, постараться изменить отно­шение к предстоящему этапу лечения. Многие больные боятся наркоза, опасаются «уснуть навеки», потерять сознание, выдать свои секреты и т. д. После операции также возникает ряд сложных проблем. У некоторых хирургических больных с послеоперационными ослож­нениями могут возникнуть различные психические рас­стройства. Хирургическое вмешательство и вынужден­ный постельный режим могут вызвать различные нев­ротические расстройства. Нередко у больных на 2 — 3-й день после операции появляется недовольство, раздра­жительность. На фоне астенизации, особенно если после операции возникли осложнения, может развиться депрессивное состояние. У лиц пожилого возраста в послеоперационном периоде может наблюдаться делириозное состояние с наличием галлюцинаций и бредо­вых переживаний. Генез его сложный, преимуществен­но токсико-сосудистый. У больных, страдающих алко­голизмом, в послеоперационном периоде довольно ча­сто развивается алкогольный делирий.

Всегда целесообразно больных с психозом, если позволяет соматическое состояние, передать для наблюдения психиатру. Неред­ко психотические состояния развиваются в виде крат­ковременных эпизодов и легко купируются назначени­ем транквилизаторов и нейролептиков. Вопросы даль­нейшего лечения должен решать лечащий или дежур­ный врач с учетом всех обстоятельств.

Сложные вопросы возникают при общении с больными, оперированными по поводу злокачественного ново­образования. Они обеспокоены своей дальнейшей судь­бой, задают вопросы, злокачественная ли у них опу­холь, не было ли метастазов и т. д. В беседе с ними нужно быть очень осторожным. Следует объяснить больным, что операция прошла успешно и им в даль­нейшем ничего не грозит. С такими больными необхо­димо проводить психотерапевтические беседы.

Тяжело реагируют больные на операции по удалению отдельных органов (резекция желудка, удаление молоч­ной железы, ампутация конечностей и др.). У таких больных возникают реальные трудности социального и психологического характера. Больные с психопатиче­ской структурой личности свой физический дефект рассматривают как «крах дальнейшей жизни», у них развивается депрессия с суицидальными мыслями и тенденциями. Такие больные должны постоянно наблю­даться медицинским персоналом.

## 2.3. Тактика медицинского работника в акушерско-гинекологической клинике

При лечении больных с гинекологическими заболева­ниями возникает множество проблем интимно-сексуального, психологического, социального и этиче­ского характера, что существенно осложняет деятель­ность медицинских работников. При гинекологическом обследовании совершенно естественно проявление стыдливости у женщин, и к этому психологическому явлению нужно относиться с должным уважением. Для установления хорошего контакта с больными необходи­ма тактичность и осторожность при беседе и обследова­нии. Важно, чтобы медицинская сестра помогала врачу-гинекологу при проведении манипуляций, тем более если врач — мужчина. Это важно в социально-психологическом аспекте.

Во время менструального периода у женщин могут возникать тянущие боли в животе, в пояснице, неприят­ные ощущения в области половых органов. Генез их неясен, важная роль в их возникновении отводится вегетативно-сосудистым расстройствам. Нередко отме­чаются изменения и со стороны психики в виде повышенной раздражительности, напряженности, нервозности и даже угнетенно-подавленного настро­ения. У больных, страдающих неврозами и другими психопатологическими отклонениями, жалобы более многочисленны и разнообразны, иногда отмечается обострение основного заболевания (эпилептические пароксизмы). У девочек под влиянием длительно суще­ствующих психогений (различные конфликты семейно-бытового и личного характера) могут быть дисменореи. Тяжелые психические травмы могут вызываь у женщин аменорею. Нередко естественное наступление климакса вызывает у женщин вполне понятные психологические реакции: страх перед наступлением старости, страх потерять женственность, привлекательность и способ­ность к супружеской жизни. Однако обострение невро­тической и другой психопатологической симптоматики в период климакса отмечается преимущественно у лиц, склонных к невротическим и психопатическим реакци­ям, а также у пациентов, страдающих органическим поражением центральной нервной системы при наличии психогенных факторов. При благополучной семейной и супружеской жизни и отсутствии других психогенных факторов климакс протекает спокойно и не вызывает каких-либо психических нарушений.

Важной проблемой в гинекологии является фригид­ность. Причинами ее могут быть различные факторы: личностно-психологические особенности женщины, не­удовлетворенность семейной жизнью, неблагоприятные жилищные условия, мешающие нормальным супруже­ским отношениям, неправильная тактика мужа и т. д. Частой причиной служит боязнь забеременеть, алкого­лизм и агрессивность мужа, болезненные ощущения при половом акте и др.

Медицинские работники, достаточно хорошо знающие указанные выше особенности, могут успешно использовать эти знания при работе с больными. При этом должны соблюдаться соответствующий такт, вни­мательное и доброе отношение, располагающее к от­кровенности. Нередко медицинским сестрам женщины чаще рассказывают то, чего не говорят врачу. Полу­ченные при откровенной беседе данные способствуют более точной диагностике и выбору адекватного лечения.

Большая психотерапевтическая работа должна прово­диться с женщиной перед серьезными хирургическими операциями (ампутация матки, удаление яичника и т. д.). Необходима оценка личностных особенностей женщины, характера семейно-супружеских отношений. После этого важна беседа с больной в плане предсто­ящей операции и вселение в нее уверенности в благо­приятный исход. В послеоперационном периоде необхо­димо развеять необоснованность опасений женщины

что операция может лишить ее женской привлекатель­ности, повлиять на гармоничность супружеских отно­шений и половую жизнь. Возможность возникновения у больных психоневротических нарушений после хирурги­ческого вмешательства обязывает медицинских сестер вести длительную подготовительную работу.

Важную проблему в акушерско-гинекологической практике представляет страх перед беременностью. Следует объяснить молодым женщинам, что в насто­ящее время имеется большое число противозачаточных средств. Необходимо предупредить их, что возможное появление сосудисто-вегетативных побочных симпто­мов от приема противозачаточных таблеток (тошнота, угнетение аппетита, неприятный вкус во рту нежелательная полнота и др.) не приводит к нарушению здоровья.

Беременность и роды являются одной из актуальных психологических проблем, возникающих на жизненном пути женщины. При зачатии возникают опасения за судьбу будущего ребенка: будет ли он здоров, не смогут ли возникнуть какие-либо аномалии в его физи­ческом и психическом развитии и др. К концу беремен­ности возникает тревога, связанная с предстоящими родами (страх боли, опасения смерти от различных осложнений, боязнь возможных разрывов промежности и др.). Психические нарушения при беременности зави­сят прежде всего от свойств личности женщины, социально-бытовых условий и других факторов, о которых врач и медицинская сестра женской консульта­ции должны иметь определенное представление и про­водить соответствующую корригирующую психотера­пию.

Особенно сложные психологические переживания женщины возникают при беременности от внебрачной связи (предрассудки, проблема воспитания ребенка без отца и др.). Эти женщины требуют особого внимания работников женской консультации.

Формирование убеждения в благоприятном исходе беременности, ро­дов и дальнейшей жизни — гуманная и благородная задача врача и акушерки женской консультации и родильного дома.

Боль, которая возникает в процессе родов, всегда была одной из сложных проблем акушерства. По мнению многих исследователей, причиной ее является укоренившееся представление, что роды — это обяза­тельно сильная боль. В нашей стране в 20—30-е годы были разработаны психотерапевтические приемы по профилактике родовых болей. Психопрофилактическая подготовка к безболезненным родам строится на прин­ципах учения И. П. Павлова. Основной целью при подготовке безболезненных родов является устранение опасений беременных женщин, связанных с предсто­ящими родами. Для этого женщинам читаются лекции, проводятся курсовые, индивидуальные или групповые собеседования, демонстрируются кинофильмы о родах и т. д., показываются гимнастические упражнения по нормализации дыхания, способствующие расслаблению мышц. Кроме того, применяются различные методы психопрофилактики: аутогенная тренировка, рациональ­ная психотерапия, суггестивная гипнотерапия. Необхо­димо разъяснить женщине, что существенную помощь при родах она окажет себе сама, если будет выполнять все указания врача и акушерки.

# 3. Современные правила этики и деонтологии

* Работа в отделении или в стационаре должна подчиняться строгой дисциплине, должна соблюдаться субординация, то есть служебное подчинение младшего по должности к старшему.
* Медицинский работник в отношении к больным должен быть корректным, внимательным, не допускать панибратства.
* Врач должен быть специалистом высокой квалификации, всесторонне грамотным. Сейчас больные читают медицинскую литературу, особенно по своей болезни. Врач должен в такой ситуации профессионально и деликатно общаться с больным. Неправильные действия врачей или медицинского персонала, неосторожно сказанное слово, анализы или истории болезни, ставшие доступным больному, могут привести к фобии, то есть боязни того или иного заболевания, например: канцерофобия - боязнь заболевания раком.
* К деонтологии относится сохранение врачебной тайны. В ряде случаев приходится скрыть от больного его истинное заболевание, например рак. Сохранение врачебной тайны относится не только к врачам, но и медперсоналу, студентам, то есть всем тем, кто контактирует с больными. Есть правило: "Слово лечит, но слово может и калечить". Врачебная тайна не распространяется на родственников больного. Врач должен сообщить родственникам истинный диагноз, состояние больного и прогноз.
* С медицинской деонтологией тесно связана ятрогения - это болезненное состояние, обусловленное деятельностью медицинского работника. Если человек мнительный, психологически неустойчив, то ему легко внушить, что у него есть какое-либо заболевание, и этот человек начинает находить у себя различные симптомы мнимого заболевания. Поэтому врач должен убедить больного в отсутствии мнимых болезней. К ятрогении относят заболевания и повреждения, возникшие в результате неправильных действий или лечения больного. Так, к ятрогенным заболеваниям можно отнести гепатит, развившийся после инфузии зараженной крови или плазмы. К ятрогенным повреждениям относят травмы внутренних органов при полостных операциях. Это повреждение селезенки при резекции желудка, пересечение холедоха при холецистэктомии и др.
* К деонтологии относится и отношение с коллегами. Нельзя критиковать или давать оценку действиям коллеги в присутствии больного. Замечания коллегам необходимо делать при необходимости с глазу на глаз, не подрывая авторитета врача. Врач в своей работе не должен замыкаться в себе, обсуждение вызывающих у лечащего врача случаев следует производить коллегиально. Врач должен не гнушаться любым советом, будь то от старшего или младшего. Никогда не стоит говорить больному о том, что этот консультант плох, если он не соглашается с вашим диагнозом. Если при совместном с коллегами обследовании возникли разногласия - обсудить их необходимо в ординаторской, а потом, на основании истины, достигнутой в споре, необходимо сообщить общее мнение больному именно так: “Мы обсудили и решили ...”. При постановке диагноза, определении показаний и противопоказаний, выборе метода операции врач должен советоваться. Не случайно все будущие операции обсуждаются коллегиально. То же относится к выбору тактики во время манипуляций. Если во время манипуляции врач сталкивается с непредвиденной ситуацией, техническими сложностями, аномалией развития, то он должен советоваться, вызвать старшего коллегу, при необходимости попросить его участие в дальнейшем ходе действий.
* Взаимоотношения со средним и младшим медперсоналом должно быть демократичным - они знают и слышат все - необходимо привлечь их на свою сторону в плане сохранения врачебной тайны - не сообщать ни больному, ни родственникам об имеющемся заболевании или патологии, применяемым методам лечения и др. Воспитайте у них правильный ответ на все вопросы: “Я ничего не знаю, спросите у лечащего врача”. Тем более все эти вопросы не должны громогласно обсуждаться и выдаваться кому бы то не было. Кроме того, должно быть воспитано чувство долга, ответственности, доброжелательности; даны необходимые знания и навыки.
* Тактика врача, его поведение всегда должны строиться в зависимости от характера больного, уровня его культуры, тяжести заболевания, особенностями психики. С мнительными больными необходимо обладать терпением; все больные нуждаются в утешении, но в то же время в твердой уверенности врача в возможность излечения. Важнейшей задачей врача является необходимость добиться доверия больного и неосторожным словом и действием не подорвать его в последующем. Если пациент не обращается к врачу в последующем, он не верит ему как специалисту. Это уже признак того, что это “плохой” врач, к “хорошему” они идут, даже несмотря на первую неудачу. Значит, врач не сумел наладить контакт и взаимопонимание.
* Взаимоотношения врача с родственниками самая сложная проблема медицинской деонтологии. Если заболевание обычное и лечение идет хорошо допустима полная откровенность. При наличии осложнений допустим корректный разговор с ближайшими родственниками. Но совсем не обязательно сообщать мужу, что вы выполнили операцию по поводу внематочной беременности и пациентка через неделю будет, как “огурчик” - она ей боком выйдет, тем более, что муж полгода был в командировке.

# Заключение

Россия оказалась сегодня втянутой в водоворот исторических катаклизмов - перехода из социализма к капитализму. Это касается не только экономических основ, но и нравственности целого народа. Мы переживаем глубокую духовную революцию. Переход от многих ограничений к полной - увы, вплоть до анархической - свободе очень заманчив, но он не обходится без серьезных потерь. Маятник наших аскетических моральных устоев с формально провозглашенными равенством, братством, свободой, пройдя нулевую отметку, перешел в противоположную позицию вседозволенности, корысти, жестокости, безнравственности. Наверное, мы это испытание выдержим, но пока революционный поток смел наши представления о добре и зле, противопоставил нашу почти патриархальную ментальность жажде наживы, власти чистогана. Но вместе с тем в этом мутном потоке все тверже обозначаются светлые новые ценности: права личности, права человека, который перестает быть лишь частицей целого, а начинает выступать как свободная и самодостаточная величина.

Наряду с неслыханным прогрессом различных областей медицины не может оставаться неизменным ее нравственно-философское начало.

Понятие врачебной этики и деонтологии многозначно. Это и отношения с пациентом, рождающиеся и базирующиеся на глубокой обратной связи. Это и контрапункт между больным и обществом, родными, знакомыми, сослуживцами. Очень важно помнить, что врач обладает огромнейшей властью над больным человеком, поскольку пациент доверяет ему свою жизнь. В этой подчас беспредельной власти - одна из волшебных граней привлекательности и величайшей ответственности нашей профессии. Для хорошего человека - это неограниченное пространство добра и сострадания, но не дай бог такую власть - корыстному и злому человеку!

# Список литературы

1. Б.В. Петровский. «Деонтология в медицине», М.: Медицина, 1988г.
2. <http://surgery-manual.narod.ru/ethics.htm> «Хирургическая этика и деонтология»
3. <http://screens.fatal.ru/etika> «Врачебная этика и медицинская деонтология»,
4. [http://www.saminfo.ru](http://www.saminfo.ru/~samds/Text/Vertical/Library/Ioann/Texts/2002/19.htm) «Некоторые проблемы медицинской биоэтики» Тельнова К.И., доцент СамГМУ