

Этика и деонтология в работе медицинской сестры.

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. Характерной особенностью развития медицинской этики в эпоху капитализма является скрупулезная детализация норм поведения медицинских работников.

Так, в Восточно-Галицинском деонтологическом кодексе, утвержденном в конце XIX в., предусматриваются такие пункты, в которых уточняется, как делить гонорар при приглашении к больному второго врача, сколько ждать опоздавшего на консилиум коллегу и др. В капиталистических странах медицина по существу превращена в объект торговли, где медицинский работник выступает в качестве предпринимателя.

С развитием империализма медицинская этика в капиталистических странах становится еще более реакционной в связи с применением новых средств уничтожения людей, оставляющих тяжелые последствия в будущем (удушающие газы, атомная бомба, напалм, бактериологическое оружие и др.). Небывалого масштаба достигли геноцид и расовая дискриминация. Важно отметить, что во все эти античеловеческие мероприятия вовлекаются медицинские работники. Медицинская промышленность принимает монополистический характер.

Медицинская этика по существу вырождается в корпоративную мораль медицинских обществ, в центре внимания которых стоят интересы частнопрактикующих медицинских работников, они имели свои кодексы.

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. 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 "врачь" свидетельствует, что так называли людей, умеющих "врать", т. е. заговаривать боль, колдовать, предсказывать судьбу. В современном русском языке врачом называют человека, окончившего высшее медицинское учебное заведение. После введения высшего сестринского образования адекватного названия новой профессии еще не придумали. В связи с тем, что на факультетах высшего сестринского образования стали в первую очередь готовить руководителей, организаторов сестринских служб, пока ограничились заимствованием из английского термина "менеджер сестринского дела".

В 1983 г. выпускники сестринской школы в Мичигане впервые давали "Клятву Флоренс Найтингейл", названную именем основоположницы научного сестринского дела. Ее текст был сформулирован комитетом под председательством медсестры Листры Гриттер. В клятве говорилось: "Перед Богом и перед лицом собравшихся я торжественно обещаю вести жизнь, исполненную чистоты, и честно выполнять свои профессиональные обязанности. Я буду воздерживаться от всего вредного и пагубного и никогда сознательно не использую и не назначу лекарство, которое может причинить вред. Я сделаю все, что в моих силах, чтобы поддерживать и повышать уровень моей профессии. Я буду держать в тайне всю личную информацию, которая окажется в моем распоряжении во время работы с пациентом и его родными. Я буду преданно помогать врачу в его работе и посвящу себя неустанной заботе о благополучии всех вверенных мне пациентов".

Если сравнить текст этой клятвы с Клятвой Гиппократа, то нетрудно обнаружить много схожего. В этом нет ничего удивительного. Точно так же схожи по сути клятвы врачей Древней Индии и средневековые факультетские обещания. Присяга врача Российской империи и Женевская декларация Всемирной медицинской ассоциации, которая гласит: "Здоровье моего пациента - моя первейшая забота".

Так было во все времена, сколько существует медицина. Этический кодекс врачей Древнего Тибета, изложенный в трактате "Жуд-ши", переведенный на русский язык в конце прошлого века врачом П. Бадмаевым, выдвигал следующие положения. "Традиции врачебного сословия требуют соблюдения 6 условий: 1) быть способным к врачебной деятельности; 2) быть гуманным; 3) понимать свои обязанности; 4) быть приятным для больных и не отталкивать их своим обхождением; 5) быть старательным; 6)

быть ознакомленным с науками". Эти требования в одинаковой степени могут быть предъявлены и врачу, и медсестре, и в конце 20 века они столь же значимы, как и 2000-3000 лет назад.

Остаются верными слова Гиппократовы о том, что "многие себя называют врачами, но немногие ими являются в действительности... Лучшие из врачей те, которые причиняют меньше зла. В наши дни мы можем убедиться в справедливости слов М. Я. Мудрова: "Во врачебном искусстве нет врачей, окончивших свою науку... Врач посредственный более вреден, чем полезен".

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 существования 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 использовались такие, как "вянуть", "чахнуть", "кукситесь" (о детях), "карежиться", "оклочиться" (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", означающим 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 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.

Автономность, или самостоятельность пациента (больного) защищена главным образом посредством согласия на лечение, которое он дает после того, как получит информацию о состоянии своего здоровья. Принцип информированного согласия утвердился в современном здравоохранении вместе с признанием приоритетного значения прав человека во всех сферах жизни. Этот принцип стал реакцией человеческого общества на бесчеловечные опыты фашистских и японских врачей, на злоупотребления психиатрией против инакомыслия и другие антигуманные действия.

Этот принцип означает, что врач, медсестра, фельдшер или любой другой медицинский работник должен максимально полно информировать пациента, дать ему оптимальные советы, учитывая его возможности в общении и социальное положение. Затем пациент свободно выбирает курс своих дальнейших действий, по его мнению, наиболее приемлемый и лучший. Может случиться, что его решение не станет наилучшим с точки зрения медицины. Пациент вообще может отказаться от лечения, и с этим теперь приходится считаться. Принудительное лечение социально опасных больных может осуществляться только по решению суда.

Очень важным этическим принципом, на котором базируются отношения между медицинским работником и пациентом, является непричинение вреда. Со времен Гиппократов в медицине утвердился принцип "прежде всего не навреди". Это обязательный принцип, но он допускает некоторую долю риска. Применение силы для удерживания пациента, ставшего агрессивным и опасным для других, можно рассматривать и как умышленное причинение ему вреда, но оно морально оправдано.