

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Ставропольский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного
профессионального образования

ЛЕКЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Наименование дисциплины	Сестринское дело в семейной медицине
----------------------------	---

Специальность	34.03.01 – Сестринское дело
---------------	------------------------------------

Форма обучения	очная
----------------	-------

Год начала подготовки	2025
-----------------------	------

ТЕМА 4	Особенности медико-социальной работы со стариками, инвалидами, одинокими, умирающими пациентами
---------------	---

Лекционный материал по дисциплине «Сестринское дело в семейной медицине»:

Разработаны:

Ассистент кафедры пропедевтики
детских болезней с курсом
дополнительного профессионального
образования, к.м.н.

Шишалова Т.Н.

Обсуждены

на заседании кафедры пропедевтики
детских болезней с курсом
дополнительного профессионального
образования, зав. кафедрой, д.м.н.,
профессор

Безроднова С.М.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном
процессе для обучающихся по специальности 34.03.01 - Сестринское дело
2025 года набора очной формы обучения

Руководитель ОПОП ВО
Декан факультета гуманитарного и
медико-биологического
образования

Шишалова Т.Н.

Федько Н.А.

Лекционный материал по дисциплине «Сестринское дело в семейной
медицине» размещен в ЭИОС университета в авторской редакции

Цель	Ознакомить обучающихся с сестринским делом в семейной медицине
Учебные вопросы	1.Семья как объект психологической работы. Типы семей. 2.Особенности психологической работы врача и медсестры с семьей в зависимости от ее типа и периода существования. 3.Понятие общих кризисных ситуаций в семье. 4.Вопросы медицинской этики и деонтологии в семейной практике.

В науке принято рассматривать семью как систему. Семейная система – это открытая система, она находится в постоянном взаимодействии с окружающей средой. Семейная система – это самоорганизующаяся система, т. е. поведение системы целесообразно, и источник преобразований системы лежит внутри ее самой. Исходя из этого понятно, что люди, составляющие семью, поступают так или иначе под влиянием правил функционирования данной семейной системы, а не под влиянием своих потребностей и мотивов. Система первична по отношению к входящему в нее элементу. Объектом психотерапевтического воздействия является вся семейная система целиком, а не отдельный человек, элемент этой системы.

С позиций семейной психотерапии выделяют три типа семьи:

Стабильные семьи – субъективно удовлетворенные своим браком и оцениваемые окружающими как благополучные.

Проблемные семьи – обратившиеся за консультацией к психологу в связи с неудовлетворенностью своими семейными отношениями и осознающие возможность распада семьи. В современной России это наиболее распространенная категория семей, для определенной части которых вероятны перспективы обострения семейных взаимоотношений или появления тяжелых психических расстройств у членов семьи.

Нестабильные семьи – семьи, не преодолевающие конфликт при наличии негативной семейной ситуации и принявшие решение о расторжении брака.

Важным отличием проблемных семей от нестабильных являются цели их прихода к психологу. Члены проблемных семей хотят улучшить семейные отношения, чтобы избежать расставания. А члены нестабильных семей обращаются к психологу с целью получить психологическую помощь и поддержку в процессе развода, осуществить развод как можно безболезненнее для всех членов семьи.

Семья как объект психологического исследования.

Определений семьи в научной литературе достаточно много, причем некоторые из них настолько давно вошли в общественное сознание, что трудно установить авторство этих определений.

Приведем традиционное определение данного понятия, встречающееся во многих справочных изданиях. Семья – это важнейшая форма организации личной жизни, вид социальной общности, малая группа, основанная на супружеском союзе, родственных связях или усыновлении, т. е. на

многосторонних отношениях между мужем и женой, родителями и детьми, братьями, сестрами, другими родственниками, живущими вместе и ведущими общее хозяйство.

Многие специалисты используют определение семьи, предложенное А.Г. Харчевым: «семья – это исторически – конкретная система взаимоотношений между супругами, между родителями и детьми, это малая социальная группа, члены которой связаны брачными или родительскими отношениями, общностью быта и взаимной моральной ответственностью, социальная необходимость в которой обусловлена потребностью общества в физическом и духовном воспроизводстве населения».

В рамках психологического подхода семья рассматривается как пространство совместной жизнедеятельности, внутри которого удовлетворяются специфические потребности людей, связанных кровными и родственными связями.

Для человека семья – главный и основной компонент среды, в котором он живет первую четверть своей жизни и который он пытается построить всю оставшуюся жизнь. По мнению В. Н. Дружинина, специфической особенностью семьи является ее «несвобода» – в смысле навязывания человеку определенных правил жизни.

7. Понятие семейного кризиса, его последствия.

Семья - это исторически конкретная система взаимоотношений между супругами, родителями и детьми, как малой группы, связанной брачными или родственными отношениями. Функции семьи как способ проявления активности, жизнедеятельности семьи и ее членов, историчны и тесно связаны с социально-экономическими условиями общества. Современной семье присущи репродуктивная, воспитательная, хозяйственно-бытовая, экономическая, первичного социального контроля, духовного общения, социально-статусная, рекреационная, эмоциональная и сексуальная функции. Семья в ее синхронном функционировании является системой, находящейся в некотором равновесии благодаря установившимся связям. Однако само это равновесие является подвижным, живым, изменяющимся и обновляющимся. Изменение социальной ситуации, развитие семьи или одного из ее членов влечет за собой изменение всей системы внутрисемейных отношений и создает условия для появления новых возможностей построения взаимоотношений, иногда диаметрально противоположных.

Обратимся к понятию "семейный кризис". Кризис - резкий, переломный момент в чем-нибудь (Лапин Н. И., Гвишиани Д. М.).

Семейный кризис - состояние семейной системы, характеризующееся нарушением гомеостатических процессов, приводящих к фрустрации привычных способов функционирования семьи и невозможности справиться с новой ситуацией, используя старые модели поведения.

Семья как социальный институт имеет две особенности. Во-первых, семья - это саморегулирующаяся система, культура общения вырабатывается самими членами семьи; это неизбежно сопровождается столкновением разных позиций и возникновением противоречий, которые разрешаются путем

взаимного соглашения и уступок, что обеспечивается внутренней культурой, моральной и социальной зрелостью членов семьи. Во-вторых, семья существует как санкционированный обществом союз, стабильность которого возможна при взаимодействии с другими социальными институтами: государством, правом, общественным мнением, религией, образованием, культурой.

В семейном кризисе исследователи выделяют две потенциальные линии дальнейшего развития семьи: (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В):

1. Деструктивная, ведущая к нарушению семейных отношений и содержащая опасность для их существования.
2. Конструктивная, заключающая в себе потенциальную возможность перехода семьи на новый уровень функционирования.

Анализ литературы по проблеме кризисных ситуаций в семье позволяет выделить несколько подходов к описанию семейных кризисов.

Первый связан с изучением закономерностей жизненного цикла семьи. В русле данного подхода кризисы рассматриваются как переходные моменты между стадиями жизненного цикла. Подобные кризисы называются нормативными, или горизонтальными стрессорами. Они возникают при препятствиях или неадекватной адаптации при прохождении какого-либо этапа жизненного цикла семьи.

В. Сатир выделяет десять критических точек в развитии семьи.

Первый кризис - зачатие, беременность и рождение ребенка.

Второй кризис - начало освоения ребенком человеческой речи.

Третий кризис - ребенок налаживает отношения с внешней средой (идет в детский сад или в школу).

Четвертый кризис - ребенок вступает в подростковый возраст.

Пятый кризис - ребенок становится взрослым и покидает дом.

Шестой кризис - молодые люди женятся, и в семью входят невестки и зятья.

Седьмой кризис - наступление климакса в жизни женщины.

Восьмой кризис - уменьшение сексуальной активности мужчин.

Девятый кризис - родители становятся бабушками и дедушками.

Десятый кризис - умирает один из супругов.

Таким образом, семья в своем развитии переживает ряд этапов, сопровождающихся кризисами. В основе нормативного кризиса, фиксируемого на микросемейном уровне, обычно лежит индивидуальный нормативный кризис взрослого или ребенка, ведущий к дестабилизации системы.

Второй подход связан с анализом событий жизненного пути семьи: кризисы семьи могут вызываться некоторыми событиями, влияющими на стабильность семейной системы. Подобные кризисы могут возникать независимо от стадий жизненного цикла семьи и называются ненормативными (Олифирович Н. И.).

Третий подход основан на знаниях о кризисных ситуациях в семье или отдельных ее подсистемах, полученных в ходе экспериментальных исследований. Несомненный интерес представляют исследования чешских

ученых, установивших и описавших два "критических периода" в жизни семьи [Plzak M., 1973; Kratochvil S., 1985].

Первый критический период наступает между 3-м и 7-м годом супружеской жизни и продолжается в благоприятном случае около 1 года. Его возникновению способствуют следующие факторы: исчезновение романтических настроений, активное неприятие контраста в поведении партнера в период влюбленности и в повседневном семейном быту, рост числа ситуаций, в которых супруги обнаруживают разные взгляды на вещи и не могут прийти к согласию, учащение проявлений отрицательных эмоций, возрастание напряженности в отношениях между партнерами вследствие частых столкновений. Кризисная ситуация может возникнуть и без влияния каких-либо внешних факторов, обуславливающих бытовое и экономическое положение супружеской пары, без вмешательства родителей, измены или каких-то патологических черт личности у одного из супругов.

Второй кризисный период наступает примерно между 17-м и 25-м годом совместной жизни. Этот кризис менее глубок, чем первый, он может продолжаться 1 год или несколько лет. Его возникновение часто совпадает с приближением периода инволюции, с повышением эмоциональной неустойчивости, появлением страхов, различных соматических жалоб, чувства одиночества, связанного с уходом детей, с усиливающейся эмоциональной зависимостью жены, ее переживаниями по поводу быстрого старения, а также возможных сексуальных измен мужа.

В обоих случаях наблюдается нарастание неудовлетворенности. Ведущую роль в случае первого кризиса приобретает фрустрирующее изменение эмоциональных взаимоотношений, нарастание числа конфликтных ситуаций, рост напряжения (как проявление трудностей в перестройке эмоциональных взаимоотношений между супругами, отражение бытовых и других проблем); второго кризиса - нарастание соматических жалоб, тревожности, ощущение пустоты жизни, связанное с отделением от семьи детей.

Согласно взглядам Н.В. Самоукиной, первый кризисный период (5-7 лет) связан с изменением образа партнера, а именно - с понижением его психологического статуса. Второй кризисный период (13-18 лет) вызван психологической усталостью друг от друга, тяготением к новизне в отношениях и образе жизни. Этот период особенно остро переживают мужчины. Менее болезненно он проходит в тех семьях, где обоюдны признаются условия для относительной свободы и самостоятельности супругов, а также там, где оба партнера начинают искать способы обновления своих отношений.

Кризисы в отдельных подсистемах (например, вышеописанные кризисы в супружеских отношениях) могут оказывать влияние на протекание нормативных семейных кризисов, интенсифицируя их проявления.

Семья, находящаяся в состоянии кризиса, не может оставаться прежней; ей не удастся функционировать адекватно изменившейся ситуации, оперируя знакомыми, шаблонными представлениями и используя привычные модели поведения.

Рассмотрим основные подходы к проблеме изучения семьи. Семья как социальный институт возникла с формированием общества. Процесс формирования и функционирования семьи обусловлен ценностно-нормативными регуляторами. Такими, например, как ухаживание, выбор брачного партнера, сексуальными стандартами поведения, нормами, которыми руководствуются жена и муж, родители и их дети и т.д., а также санкции за их невыполнение. Эти ценности, нормы и санкции представляют собой принятую в данном обществе исторически изменяющуюся форму отношений между мужчиной и женщиной, посредством которой они упорядочивают и санкционируют их половую жизнь и устанавливают их супружеские, родительские и иные родственные права и обязанности.

Как социальный институт семья выполняет важнейшие функции: биологическое воспроизводство общества (репродуктивная), воспитание и социализация молодого поколения, воспроизводство социальной структуры через предоставление социального статуса членам семьи, сексуальный контроль, забота о нетрудоспособных членах семьи, эмоциональное удовлетворение (гедонистическая).

Семья, как малая социальная группа, представляет собой особого рода союз между супругами, отличающийся духовной общностью. К тому же в семье складываются доверительные отношения между родителями и детьми, в силу чего семья называется типичной первичной группой: эти отношения играют фундаментальную роль в формировании природы и идеалов личности; они формируют чувства целостности, стремление членов семьи полностью разделять присущие ей взгляды и ценности. В-третьих, семья образуется особым образом: на основе взаимных симпатий, духовной близости, любви. Для образования других первичных групп (они, как мы уже отмечали в теме по социальной структуре общества, разновидность малых групп) достаточно наличия общих интересов.

Итак, под семьей понимаются межличностные интересы между супругами, родителями, детьми и другими родственниками, связанными общностью быта, взаимной моральной ответственностью и взаимопомощью.

Если обратиться к рассмотрению специальной литературы по проблеме психологии семьи, то можно выделить два эпицентра, на которых сосредоточено внимание как психологов-исследователей, так и психологов-практиков: семья как социальная система и семья как образовательная институция. Иначе говоря, психологи изучают два направления: обеспечение сохранности семьи как важнейшего базового элемента социума и обеспечение трансляции семьей культуры социума от одного поколения людей к другому. Это говорит о том, что современная семья, испытывающая нарастающий стресс, перестает справляться с выполнением этих двух важнейших своих функций. В России, в частности прямыми и косвенными показателями неблагополучия семей являются: катастрофическое снижение рождаемости, самый высокий в мире показатель числа аборт, рост внебрачной рождаемости, очень высокая младенческая и материнская смертность, низкая продолжительность жизни, высокий уровень числа

разводов, распространение альтернативных типов брака и семьи (материнских семей, сожительства, семей с раздельным проживанием партнеров, гомосексуальных семей, семей с приемными детьми и т.д.), рост случаев жестокого обращения с детьми в семьях.

Подавляющее большинство специалистов (философов, социологов, психологов, экономистов и т.д.), изучающих семью, сходятся во мнении о том, что семья переживает сейчас подлинный кризис. Причем проявления этого кризиса обнаруживают себя тем ярче, чем выше (в среднем) общий уровень социально-экономического развития общества, чем выше (в среднем) уровень жизни и материального благополучия людей.

Однако необходимо сделать важное замечание: интенсивность процессов социально-экономического развития (особенно высокая в так называемых "переходных" обществах, к которым в частности относится современная Россия) оказывает на все общество и, следовательно, на семью как его важнейшую подструктуру, чрезвычайно дестабилизирующее влияние, которое во многом маскирует более общую зависимость роста числа семейных проблем от общего уровня социально-экономического развития.

Кризис семьи во многом обусловлен значительными изменениями социальной жизни в целом. Большие и малые группы, основанные на социально-экономической дифференциации общества, все более теряют свою роль пространства, в котором замыкаются непосредственные отношения между людьми, формируются их мотивы, представления, ценности.

Как правило, причины кризиса семьи усматриваются большинством специалистов (особенно не психологов) во внешних факторах: (социальных, экономических, политических, идеологических, экологических и даже биолого-генетических). Данный подход к определению причин кризиса семьи можно назвать социологическим (в широком смысле) и адаптивным: семья рассматривается здесь как неизменная данность, существующая в изменяющихся внешних условиях; кризис семьи - результат действия неблагоприятных внешних влияний; преодоление этого кризиса видится в создании оптимальных (наиболее благоприятных) условий для функционирования семьи. Подобный подход к пониманию природы, функций и назначения семьи долгое время был доминирующим, и лишь в самое последнее время он начинает критически переосмысляться.

На первый взгляд рассмотрение кризиса семьи представляется парадоксальным, поскольку оказывается, что оптимизация социальных условий ведет не к уменьшению, а, напротив, к увеличению числа семейных проблем, не к ослаблению, а к обострению кризиса современной семьи.

Наряду с данным традиционным подходом к кризису семьи существует иное видение данной проблематики, которое можно назвать экологическим, а так же психологическим: семья рассматривается как достаточно автономная подсистема в системе взаимоотношений "социум - семья - индивид", причем сама семья также является сложной системой интер- и трансперсональных взаимоотношений, существующих между ее членами. Необходимо отметить, что семья, в изменяющихся социальных условиях, сама тоже развивается,

причем это развитие ни в коем случае нельзя определять лишь негативно, редуцировать до отклонений от некоего стандарта, образца или понимать как производное, вторичное.

1. *Этика* в широком смысле – философская дисциплина, изучающая вопросы морали и нравственности.
2. *Нравственность* – совокупность норм поведения, регламентирующих отношения людей друг к другу, семье, обществу, государству. Эти нормы поддерживаются личным убеждением, воспитанием, традицией, силой всего общества. Невыполнение этих норм осуждается формами морального воздействия (неодобрение, порицание и т.д.)
3. *Мораль* – нравственные нормы поведения, отношений с людьми, по сути – это синоним нравственности.
4. *Моральные принципы* – наиболее существенные нормы поведения людей.
5. *Совесть* – способность человека самостоятельно судить, соответствуют ли его поступки, принятым в обществе моральным нормам. Про совесть говорят, что это наш внутренний судья.
6. *Долг* – осознаваемая человеком необходимость следовать принятым в обществе моральным нормам.
7. *Деонтология* – наука о должном профессиональном поведении человека.
8. *Профессиональная этика* – раздел этики, изучающий специфические моральные установки, действующие наряду с общепринятыми моральными нормами, в различных социальных группах.

1. Медицинская этика и деонтология

Для сестры исключительно важна способность общаться, владеть техникой общения. Еще более важны для медика (врача, фельдшера, сестры) морально-нравственные качества.

Профессия медика имеет свою специфику, которая существенно отличает ее от всех других видов человеческой деятельности. Заключается она в том, что медик постоянно общается с больным человеком. Болезнь накладывает отпечаток на психику и личность больного. Это требует от медика особых человеческих качеств: доброты, терпения, сострадания, умения владеть своими эмоциями и многими другими, не менее ценными, качествами.

Положение субъектов «медик – пациент» всегда неравноценно. С одной стороны – здоровый человек, обладающий знаниями, опытом, техникой, лекарствами для лечения, с другой стороны – человек не располагающий этими возможностями.

С одной стороны – активно действующий субъект, от деятельности которого зависит здоровье, а может быть, и жизнь другого человека, а с другой стороны – больной, зависимый в данной ситуации от действий медработника, причем, действия медика могут быть связаны не только с его опытом,

знаниями и умениями, но и с его взглядами, настроением, личным интересом и прочими субъективными факторами.

Ясно, что мы имеем дело с совершенно особенными отношениями людей, которые не имеют аналогии в других сферах человеческой деятельности.

Часто в работе медика складывается ситуация, когда в своем отношении к больному он остается наедине только с собственной совестью, со своим чувством долга, и только это помогает определить свое отношение к больному.

Доверяя медику свое здоровье, больной должен быть уверен не только в высоком профессионализме врача и сестры, но и в их порядочности, честности, милосердии, т.е. в их моральных качествах.

Каждый медик берет на себя определенные моральные обязательства по отношению к пациентам, коллегам, обществу. В идеале, каждый медик должен быть высоконравственным человеком.

Изучением круга морально-нравственных проблем медицины занимается наука «Медицинская этика».

Медицинская этика – это совокупность нравственных норм профессиональной деятельности медика. Она охватывает широкий круг проблем, связанных взаимоотношениями медработников с больными, их близкими, со здоровыми людьми, а также между собой в процессе лечения больного.

Медицинская этика тесно соприкасается с **медицинской деонтологией** – учением о юридических, профессиональных и моральных обязанностях и правилах поведения медработника по отношению к пациенту и коллегам. Она является практическим применением этических принципов в работе медперсонала.

Хотя мы часто употребляем термины «этика врача», «этика медсестры» это не совсем верно, т.к. нравственные нормы одинаковы для всех работников здравоохранения.

Нравственные требования к людям, занимавшимся врачеванием, сложились много тысячелетий назад, и хотя в каждую историческую эпоху они имели характерные особенности, тем не менее, всегда существовали общечеловеческие принципы медицинской профессии, определяемые ее гуманной сущностью – облегчить страдания, помочь больному человеку. Древней заповедью медицины является: «Благо больного – высший закон».

Чтобы как-то оградить общество от недобросовестных, аморальных людей, врачи в разных частях света и в разные времена, давали соответствующие клятвы и присяги. Неоценимую роль в создании этических норм, как и вообще в развитии европейской медицины, сыграл Гиппократ. Знаменитая клятва Гиппократа известна около 2,5 тыс. лет и до сегодняшнего дня остается актуальной. За прошедшие тысячелетия менялись ее формулировки, но суть оставалась прежней. Примечательно, что II Международный деонтологический конгресс, проходивший в 1967 г. в Париже, дополнил клятву единственной фразой: «Клянусь обучаться всю жизнь». И сегодня российские врачи и фельдшера, приступая к практической деятельности, дают клятву Гиппократа.

1. Основные положения медицинской этики,
изложенные в клятве Гиппократы:

1. Не навреди. Принцип *непричинения вреда* морального, физического, материального является основным принципом медицины. Все действия медработника должны быть направлены на благо больного. Благодеяние – это и умело проведенная операция, и грамотно назначенное медикаментозное лечение, и старательный уход за больным, вовремя сделанная прививка, борьба за экологию и т.д.
2. Принцип *священности человеческой жизни* или *уважение к жизни*. В современном здравоохранении понятие уважения личности, самостоятельности пациента являются первостепенно важными, они находятся в центре любых отношений между медработником и пациентом. Самостоятельность пациента защищена посредством согласия на лечение, которое он дает после того, как получит информацию о состоянии своего здоровья в доступной для него форме.
3. Принцип *информированного согласия* утвердился в современном здравоохранении вместе с признанием приоритетного значения прав человека во всех сферах жизни. Этот принцип стал реакцией человечества на страшные опыты фашистских и японских врачей, на злоупотребление психиатрией против инакомыслия и другие антигуманные действия. Он означает, что любой медработник должен максимально полно информировать больного, после чего тот свободно выбирает курс своих дальнейших действий. Возможно, решение пациента не окажется наилучшим с точки зрения медицины, но это его выбор. Пациент может вообще отказаться от лечения, и с этим теперь приходится считаться. Принудительное лечение социально-опасных больных может осуществляться только по решению суда, и это закреплено законодательно.
4. *Уважение к личности больного*. Медик должен уважать личную жизнь пациента, воздерживаться от аморальных поступков.
5. *Уважение к профессии*. Медик должен делать все, чтобы повышать авторитет своей профессии. Главное, он должен быть мастером своего дела.
6. *Врачебная тайна*. Не подлежат разглашению все сведения о больном, полученные медработником от него самого или в ходе его лечения. Медицинская тайна не сохраняется, если это противоречит интересам отдельных граждан и общества в целом. (Например, медработник обязан информировать органы здравоохранения об инфекционных и венерологических заболеваниях; при огнестрельных ранениях ставятся в известность правоохранительные органы и т.д.)
7. *Постоянное профессиональное обучение*. Врач должен быть в курсе новых методов лечения и диагностики. Своим незнанием он может нанести вред больному, не используя все имеющиеся на сегодня в распоряжении медицины средства лечения.

С 1983 г. выпускники многих сестринских школ и колледжей дают аналогичную клятву. Она названа именем основательницы сестринской профессии Ф. Найтингейл.

1. Качества медсестры, необходимые в её работе

Важнейшими качествами сестры считаются: любовь к своей профессии, увлеченность ею, уважительное отношение к пациентам и коллегам, стремление помогать, быть рядом с теми, кому нужна помощь, внимательность, терпимость, доброта, вежливость, душевность и, конечно, профессионализм, достигающий высокого уровня мастерства, ярко выраженное чувство профессионального долга.

Не последнюю роль играет и внешний вид медсестры. Основное требование к одежде медика – чистота и простота, отсутствие излишних украшений и косметики, белоснежный халат, колпак и наличие сменной обуви.

Медицинская форма украшает человека, символизирует чистоту помыслов строгость в выполнении профессиональных обязанностей. Соответствующий внешний вид медика является одним из факторов, способствующих установлению доверительных отношений с пациентом.

Медицинская сестра, владеющая полным набором качеств внутренней и внешней культуры, в полной мере приближается к образцу идеальной сестры.

К чести отечественных медицинских сестер, в подавляющем большинстве, они обладают этими качествами и могут служить примером для молодого поколения, вступающего на этот тернистый, но благородный путь.

1. Этический кодекс медсестры России

Этические нормы поведения м/с отражены, помимо клятв, в Этическом кодексе Международного Совета сестер, в национальных этических или моральных кодексах м/с в различных странах. В нашей стране такой кодекс был впервые принят в 1996 г. ассоциацией медсестер России. Он отразил современные представления о правах пациента, которые диктуют содержание конкретных обязанностей, определяют формулы морального долга медицинской сестры.

Этический кодекс м/с России состоит из 5 частей:

1. Общие положения
2. Медсестра и пациент – содержит нравственные аспекты взаимоотношений м/с и пациента. Эта часть является основной.
3. Медицинская сестра и ее профессия, отражает нравственные отношения м/с к ее профессии, необходимость поддержания авторитета сестринского дела, взаимоотношения м/с с коллегами, отношение к сомнительной медицинской практике.
4. Медсестра и общество – отражает ответственность м/с перед обществом и общества перед медсестрой.

5. Виды ответственности за нарушения этического Кодекса и порядок его пересмотра.

1. **Права пациента,**
изложенные в «Этическом Кодексе м/с»

- Право человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.
- Право пациента на качественную медицинскую помощь.
- Право на облегчение страданий в той мере, в какой это позволяет существующий уровень медицинских знаний, право на гуманное отношение.
- Право на уважение человеческого достоинства пациента.
- Право пациента на информацию.
- Право соглашаться на медицинское вмешательство или отказываться от него.
- Право на конфиденциальность полученной от пациента информации.
- Право умирающего на гуманное обращение и достойную смерть, уважение к умершему пациенту, оказание его семье психологической поддержки.
- Право лиц, участвующих в научно-исследовательских программах, на гуманное обращение, уважение человеческого достоинства, конфиденциальность, добровольное (в письменной форме) согласие, а также на отказ от участия в исследовательской программе на любом ее этапе и под любым предлогом.

1. **Этические обязанности медсестры,**
изложенные в «Кодексе...»
Медицинская сестра обязана:

- оказывать пациенту качественную медицинскую помощь, отвечающую принципам гуманности и профессиональным стандартам;
- непрерывно накапливать профессиональные знания и умения, т.е. быть профессионально компетентной, а также быть компетентной в отношении моральных и юридических прав пациента;
- превыше всего ставить сострадание и уважение к жизни пациента;
- уважать человеческое достоинство пациента, оказывать помощь пациентам независимо от их возраста или пола, характера заболевания, расовой или национальной принадлежности, религиозных, политических убеждений, социального или материального положения;
- соблюдать древнюю этическую заповедь медицины «Прежде всего – не навреди»;
- уважать право пациента на информацию, право согласия на любое вмешательство или отказа от него;
- хранить профессиональную тайну;

- уважать права умирающего больного и его семьи, помнить, что, эвтаназия недопустима и неэтична;
- стремиться участвовать в исследовательской деятельности;
- поддерживать авторитет и репутацию сестринской профессии;
- отстаивать свою моральную, экономическую и профессиональную независимость;
- не злоупотреблять своим профессиональным положением и своими знаниями;
- отдавать дань заслуженного уважения своим учителям;
- признавать и уважать знания и опыт своих коллег, их вклад в лечебный процесс;
- помогать выполнять пациенту назначенную врачом программу лечения, точно и квалифицированно производить назначенные врачом манипуляции;
- препятствовать практике бесчестных и некомпетентных коллег, других лиц, занимающихся сомнительной медицинской практикой;
- заботиться об обеспечении доступности и высоком качестве сестринской помощи населению;
- участвовать в медико-санитарном просвещении населения;
- предупреждать пациентов и общество в целом об экологической опасности, вносить свой вклад в дело организации спасательных служб;
- способствовать развитию реформы сестринского дела в России, развивать автономию, независимость и целостность сестринского дела.

Биоэтика

Заметный научно-технический прогресс позволил медицине за последнее время сделать стремительный рывок в своём развитии. Появились новые мощные лекарственные средства, диагностические и лечебные приборы и установки, возможность пересадки органов и тканей, искусственного оплодотворения, лечение генетических заболеваний, возможности реанимации.

Всё это потребовало пересмотра многих принципов медицинской этики. В 1971 году В. Поттер предложил новый термин «*биоэтика*» (этика живого) – понятие, определяющее меру ответственности тех, кто принимает решение о выборе метода лечения и применении научных знаний на практике.

Иногда биоэтику определяют как систему исследования этических аспектов проблемных ситуаций и прав человека в современной медицине.

Биоэтика – наука, которая занимается исследованием прав человека в современной медицине, междисциплинарная область современных научных исследований, в которую помимо медицины, входят философия, богословие, психология, социология, юриспруденция и др.

Происходящий на наших глазах сдвиг в ценностных ориентациях доказывает актуальность биоэтики, её значимость и для медицины как науки,

и для общества в целом. Нас уже не удовлетворяет медицинская деонтология, которая ограничивается изучением норм профессионального поведения.

Формирование понятия биоэтики связано с расширением спектра новых ценностных ориентаций применительно к бытию в целом. Если это понятие рассматривать не только в медицинском аспекте, но и как более широкую и философски глубокую дисциплину, то её центральное ядро – отношение к жизни и смерти.

Повышение интереса к биоэтике вызвано рядом причин.

Во-первых, появлением и крупномасштабным распространением биомедицинских и других технологий, обостривших старые проблемы и добавивших новые:

- определение смерти
- применение пассивной и активной эвтаназии
- пренатальный диагноз
- аборт
- суррогатное материнство
- хранение замороженных человеческих эмбрионов
- пересадка органов и тканей
- использование людей, животных или фетальной ткани для научного исследования
- изоляция ВИЧ-положительных и пациентов с другими инфекционными заболеваниями
- размещение токсичных отходов
- развитие генной инженерии
- распределение ресурсов, необходимых для профилактики и лечения тяжёлых заболеваний.

Во-вторых, возросло понимание серьёзности биоэтических и других этических проблем, которые стали широко обсуждаться в прессе, в непрофессиональных кругах и т.д.

Возникающие в процессе взаимодействия медицинских работников и пациентов морально-этические проблемы обычно не имеют таких решений, которые смогли бы удовлетворить все заинтересованные стороны. Однако решение должно быть найдено. Помощь в принятии решения оказывают различные Кодексы, Декларации, Конвенции и т.д. Руководствуются при этом основными принципами и правилами биоэтики.

Слово «деонтология» происходит от греческого *deon* — долг, обязанность, и *logos* — учение. То есть буквально — «учение о долге». В контексте медицины этот долг направлен на благо пациента, уважение к его личности и соблюдение высоких моральных стандартов в профессиональной деятельности.

Эта дисциплина помогает врачам ориентироваться в ситуациях, где нет однозначного ответа. Например, когда пациент отказывается от жизненно важного лечения или когда нужно сообщить тяжёлый диагноз родственникам против воли больного. Деонтология не даёт готовых рецептов, но формирует основу для принятия этически обоснованных решений. Она напоминает, что

медицина — это не только наука и техника, но и искусство человеческого общения.

Сегодня, в условиях цифровизации здравоохранения, роста числа споров между пациентами и врачами, актуальность деонтологии только возрастает. Нарушение этических норм может привести не только к потере доверия, но и к судебным искам. Поэтому знание основ деонтологии — не прихоть, а необходимость для любого медработника

Роль общения в соблюдении деонтологических норм

Многие конфликты в медицине возникают не из-за ошибок в лечении, а из-за ****неудачного общения****. Врач может всё сделать правильно, но если он сказал это грубо, торопливо или без объяснений — пациент почувствует себя униженным.

Эффективная коммуникация — это часть деонтологии. Она включает:

- Активное слушание (внимание, кивки, уточняющие вопросы)
- Ясная, понятная речь без сложных терминов
- Эмпатия — способность поставить себя на место другого
- Умение давать плохие новости с тактом и поддержкой