

Государственный медицинский университет г.
Семей

Кафедра: латинского и английского языков

Деонтология

Этика врача: -Кардиолог -Терапевт

- Выполнила: Костоурова Меруерт 205 ОЗ
- Проверила:

Семей 2013 год

План

1. Медицинская деонтология
2. Врач-кардиолог
3. Врач-терапевт, участковый врач

- Медицинская деонтология – наука о долге, принципах поведения тех, кому общество, отдельные его члены доверили охранять свое здоровье. В понятие «медицинская деонтология» вкладывают разное содержание. Представляется правильной позиция тех авторов, которые в рамках этого понятия рассматривают как нравственные принципы, так и некоторые узкопрофессиональные аспекты деятельности медицинского персонала с целью максимального повышения эффективности лечебно-профилактической работы.

○ Деонтология в кардиологии

○ Личность не остается безучастной и чаще всего остро реагирует на болезнь и ее медицинские, психологические социальные последствия. Наблюдаются не только адекватные, но и патологические реакции. Больной, страдающий тяжелом заболевании сердца, знает, что оно угрожает потерей трудоспособности, благополучию семьи, представляет серьезную опасность для жизни. Это одна из причин частого возникновения невротических реакций на сердечнососудистые заболевания.

○ В этих условиях особенно важно установить живой контакт, эмоционально теплые человеческие отношения между врачом и больным. Удастся этого добиться или нет – это много зависит от первой беседы врача с больным. Подчас забывают, что первичный осмотр служит не только для сбора необходимых сведений о больном. Подробный, углубленный расспрос, детальное физикальное обследование всегда вызывают уважение и благодарность врачу за внимательное отношение, невольно внушают доверие.

Учитывая, что болезни сердца обычно ассоциируется с угрозой для жизни, можно ожидать, что среди лиц, страдающих сердечной патологией, ятрогении имеют достаточно широкое распространение.

Нередким источником ятрогении служит обход в палате. Обхода ждут с нетерпением. Во время осмотра больной напряженно следит за каждым словом и жестом врача. В этих условиях любое неосторожное слово врача, взгляд, покачивание головой, нахмуривание могут невольно причинить больному травму. Как это не парадоксально звучит, в условиях клиники чаще создаются условия возникновения ятрогений.

Особой тактики требуют лица, страдающие кардиофобией. Обычно они в первую очередь обращаются за помощью к специалисту по внутренним болезням. Хотя на осмотре в большинстве своем не обнаруживаются какие-либо нарушения сердечно-сосудистой системы, врач должен четко осознавать, что обратившиеся за помощью – больные люди, что они требуют внимания подчас даже большего, чем лица, страдающие органическим поражением сердца и сосудов. Грубо нарушают деонтологические принципы те врачи, которые идут на поводу у такого больного, назначая (пусть слабодействующие, но «сердечные» средства. Тем самым врач невольно поддерживает и закрепляет у больного убежденность в том, что у него заболевание сердца.

- Очень важную роль играют близкие больного, особенно при проведении реабилитацией и вторичной профилактики при сердечнососудистых заболеваниях. В свете этих данных работа врача с родственниками больного приобретает большое значение. Главное в этой работе – сформировать у них адекватное представление о сущности заболевания и (самое важное) методов борьбы с ним, добиться их сознательного и активного участия в программах реабилитации и вторичной профилактики заболевания у близкого им человека, не допустить возникновения ятрогений через родственника как инструмента передачи психотравмирующей информации от врача к больному.



МедикСити
МНОГОПРОФИЛЬНАЯ КЛИНИКА

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.

○ Участковый терапевт

- Реформа системы отечественного здравоохранения предполагает приблизить к пациенту медицинскую помощь на догоспитальном этапе. Огромное количество поликлиник, построенных в прошлые годы, тысячи подготовленных врачей и медицинских сестёр существенно не повысили качество диагностики и лечения. Участковый терапевт, имеющий большую нагрузку и не располагающий современной материально-технической базой, превратился в диспетчера, направляющего больного или к «узким» специалистам, или на госпитализацию. Врач делил ответственность за больного со многими специалистами, в результате снизилась квалификация, упал профессиональный интерес и престиж.

Проблемы, с которыми встречается участковый врач, снижают качество его медицинской деятельности и довольство своим трудом:

- Потеря времени, отводимого для непосредственного общения с пациентом, из-за:
- длительности работы с документами, включая:
- необходимость рутинного заполнения больничных листов, справок и иных документов,
- требования финансовой отчетности, в том числе о выдаче лекарств по льготным рецептам,
- ежемесячная выдача одинаковых рецептов

хроническому больному, не имеющему нужды

- Когда врач проводит психопрофилактические беседы с пациентами перед всевозможными вмешательствами, обучает их навыкам приема лекарственных препаратов, использованию аппаратуры, знакомит с различными методиками здорового образа жизни, может возникнуть барьер логического непонимания, т. е. логика рассуждений врача может быть либо слишком сложна для пациента, либо казаться ему неверной или неубедительной. Логика доказательств пациента также может быть ошибочной с точки зрения врача.

- Любая поступающая к “слушающему” информация несет в себе тот или иной элемент воздействия на его поведение, мнения, установки с целью их частичного или полного изменения. Принято выделять два типа коммуникативного воздействия — авторитарный и диалогический, различающиеся характером психологической установки, возникающей у “говорящего” по отношению к “слушающему”. В большинстве случаев установка не осознается автором сообщения, однако определяет стиль его коммуникативного воздействия. В случае авторитарного воздействия это — позиция “сверху”, в случае диалогического — “рядом”. Как врач, так и пациент могут занимать в диалоге позиции “сверху”, “рядом”, “снизу” — это зависит от типа лечебного учреждения, взаимоотношений медицинского персонала между собой, индивидуальных особенностей общающихся.

- Пациенты старческого возраста нуждаются в особом внимании. Такие возрастные психические изменения как снижение памяти, внимания, снижение подвижности психики в целом, ухудшение процессов приспособления психики к новым требованиям, эмоциональная лабильность, заострение характерологических черт, психологические проблемы (например, связанные с перенесенными потерями, ограничениями, чувством одиночества, покинутости, с “конфликтом поколений”) делают их особенно уязвимыми для негативных психологических влияний.

- Под простотой общения понимают краткость, законченность фраз, содержащих понятные слова. Врачу необходимо помнить, что больному человеку бывает сложно оценить суть многословного сообщения и построить на его основе тактику своих дальнейших действий. С другой стороны, сжатая информация может потребовать ее неоднократного повторения или уточнения, поскольку при этом понимание может быть неполным. С особой осторожностью нужно подходить к использованию в общении с пациентом аббревиатур, в том числе вошедших в обиход данного лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ). При первой встрече с пациентом специальные термины лучше произносить полностью, и только в дальнейшем, когда у медсестры уже появится уверенность в том, что принятые сокращения однозначно понимаются больным, можно начать их использовать.

