

УДК: 614.251

*Мустафин А.А.,
Студент, педиатрический факультет,
Южно-Уральский государственный медицинский университет,
Россия, г. Челябинск*

*Научный руководитель: Волкова Т.И., к.с.н., доцент,
Южно-Уральский государственный медицинский университет,
Россия, г. Челябинск*

ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Аннотация. В работе рассматриваются эτικο-деонтологические особенности деятельности врача-педиатра. Прием врача условно разделен на 3 этапа. На основе проведенного анализа выдвигаются рекомендации по взаимоотношению врача-педиатра и пациента (ребенка); врача-педиатра и родителей (родственников, опекунов).

Ключевые слова: этика, деонтология, медицина, педиатрия, взаимоотношения.

*Mustafin A.A.,
Student of pediatric faculty,
South Ural State Medical University,
Russia, Chelyabinsk
Supervisor: Volkova T.I., Candidate of Social Sciences,
South Ural State Medical University*

ETHICAL AND DEONTOLOGICAL PECULIARITIES OF THE PEDIATRICIAN'S ACTIVITY

Abstract. The article deals with the ethical and deontological peculiarities of a pediatrician's activity. The reception of a pediatrician is conditionally divided into 3 stages. On the basis of the carried out analysis the recommendations for interrelation of the pediatrician and the patient (child); the pediatrician and the parents (relatives, guardians) are given.

Key words: ethics, deontology, medicine, pediatrics, relationships.

Актуальность выбранной темы, посвященной особенности этики и деонтологии в деятельности врача педиатра, обусловлена несколькими факторами: 1. По окончании медицинского университета врач-специалист сталкивается с рядом проблем в построении диалога и общении с маленьким пациентом и его родителем. 2. Неправильно донесенная информация: как до родителя, так и до ребенка, может отрицательно повлиять на весь процесс лечения. 3. Несоблюдение медицинской этики может отразиться на психологическом состоянии ребенка и оставить негативный отпечаток в памяти на всю его жизнь. Так как в силу своего возраста дети имеют пластичную психику.

Эти и похожие трудности призван разрешить один из разделов философии – медицинская этика и ее подраздел, медицинская деонтология. Принципы этики и медицинской деонтологии закреплены в ряде международных деклараций и конвенций. Прежде всего, это – всеобщая декларация прав человека, принятая в 1948 г. Основные положения медицинской этики, изложенные в «Клятве Гиппократата» и содержащие восемь этических принципов Гиппократата, связанных с отношениями врача с пациентами, с коллегами, с его нравственными качествами. Эти принципы следующие:

1. Принцип непричинения вреда, заботы о пользе пациента, доминанты интересов больного.
2. Принцип осторожного информирования пациента, допускающий его дезинформирование.
3. Принцип уважения к жизни, отрицательного отношения к эвтаназии, к пособничеству при самоубийстве, к абортам.
4. Обязательство об отказе от интимных связей с пациентами.
5. Принцип врачебной тайны и конфиденциальности.
6. Обязательства перед учителями.
7. Обязательство передавать знания ученикам и консультироваться с коллегами.
8. Обязательства профессионального и нравственного самосовершенствования и благопристойного поведения [1].

Перед началом важно упомянуть, что не стоит забывать о ст. 20 Федерального Закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель в отношении лица, не достигшего возраста, установленного частью 5 статьи 47 и частью 2 статьи 54 настоящего Федерального закона (15 лет)». Следуя приведенной выше статье, можно сделать вывод, что в первую очередь за ребенка, не достигшего 15 лет решение принимает родитель или опекун [7].

Обращаясь к методическим указаниям по пропедевтике внутренних болезней, можно найти четкую схему по расспросу больного. Последовательность в схеме следующая:

1. Паспортная часть.
2. Жалобы больного.
3. Анамнез болезни.
4. Анамнез жизни.

5. Объективные исследования.
6. Дополнительные методы исследования.
7. Дата поступления
8. Откуда, как и чем доставлен больной: обратился самостоятельно, по направлению врача, или доставлен машиной скорой помощи [8].

Этим алгоритмом пользуются все врачи мира, и эта схема является стандартом. Исходя из этого плана, прием врача можно условно разделить на 3 этапа:

1. Диалог врача с пациентом, а в нашем случае это родитель или законный представитель пациента.
2. Осмотре ребенка.
3. Лечение.

В каждом этапе рассмотрим возможные проблемы и рекомендации в поведении.

Первый этап – это диалог врача-педиатра и родителя. Врач должен находить подход к родителям и близким родственникам, не забывая при этом о сохранении медицинской тайны. Усугубляющий фактор данного этапа – это легкодоступность информации, которой пользуются родители на просторах интернета. Но, к сожалению, чаще всего источники информации не всегда являются верными и родители полагают, что знают, как нужно лечить своего ребенка, и не всегда понимают всю серьезность ситуации. В качестве примера, распространенным явлением, на сегодняшний день является – отказ родителей от профилактических прививок. Следствием этого стал рост заболеваемости корью [2].

Доверие к врачу формируется через его поведение, личный пример и человеческие качества. Четкое и уверенное изложение сведений о больном ребенке в доброжелательной и мягкой форме, соблюдение определенной дистанции в отношениях с родителями в дальнейшем поможет выстроить

успешное взаимодействие с ними, которое, несомненно, повлияет на положительный результат в лечении ребенка. Теряя самообладание в критических ситуациях, родители не всегда осознают, что их состояние может отражаться на ребенке. Спокойное, доброжелательное общение создает необходимые комфортные условия для формирования сотрудничества с родителями [7].

Вывод данного этапа можно сформулировать так: деятельность педиатра основана не только на прямом контакте врача и ребенка, но и на контакте с ближайшими родственниками с их восприятием состояния здоровья ребенка и с их особенностями характера. Соответственно врач обязан успешно искать подход не только к ребенку, но и к родителям как лицам непосредственно принимающими решения за него.

Второй этап – осмотр ребенка. При контакте с детьми необходимо учитывать их возрастные особенности, уровень познавательного и психосоциального развития, пережитого опыта, особенно в ситуациях, связанных с угрозой их жизни. Возраст может повлиять на отношение к болезни: чем старше ребенок, тем более трагично он воспринимает свое состояние и тем серьезнее для него психологическая травма.

Поэтому важна точная оценка ситуации, возможности понимания ребенком информации, так как ее переизбыток, неподготовленность к ее восприятию, а также излишнее замалчивание, уход от разговора могут быть основанием для развития психогенной ятрогении [7]. Педиатр должен быть одновременно и педагогом. Если во время осмотра ребенок не сопротивляется, то у родителей будут положительные впечатления о враче, что ведет к повышению доверия.

Третий этап – лечение. Поведение пациента, совпадающее с рекомендованным лечением, называют комплаентным. Комплаентность (от англ. patient compliance) – точное и осознанное выполнение пациентом рекомендаций врача в ходе лечения. Эти рекомендации относятся как к

приему препаратов, так и к изменению стиля жизни (отсутствие вредных привычек, правильное питание, физическая активность и распорядок дня ребенка), чего стоит добиться во время общения с родителем и юным пациентом.

Под термином «приверженность лечению» (adherence) понимают степень соответствия поведения больного (в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни) рекомендациям, полученным от врача, т.е. приверженность лечению – функция самого пациента. Успех данного этапа сильно зависит от первых двух и верно сформулированной донесенной информации до родителя и ребенка [3].

Во время приема стоит также учитывать эмоциональное отношение родителей к тяжелому заболеванию ребенка, например, это могут быть шок, неверие, стресс и паника, чувства вины в отношении ребенка, депрессия, реакция на агрессию, что схоже с представлениями о состояниях острого горя или утраты [2].

От опыта врача, его человеческих качеств и психотерапевтических навыков зависит принятие ситуации, в которой родители узнают о диагнозе. Задача врача – сообщить и объяснить сущность заболевания, методы лечения и прогноз.

Чаще родители нуждаются не столько в постановке самого диагноза, сколько в понимании и представлении того, чем и как они могут помочь своим детям и себе. У родителей детей с тяжелыми, хроническими заболеваниями часто наблюдается реакция страха перед неопределенным исходом болезни, ее последствиями, чувство беспомощности, бессилия и, как следствие, возможно развитие депрессивных состояний.

На фоне выраженной тревожности у родителей возникают агрессивные реакции на окружающих, врача и медицину в целом. Лечащий врач и персонал педиатрической больницы должны понимать причины

подобных проявлений и быть готовыми адекватно реагировать на них. В подобных обстоятельствах в отношениях между врачом и родителями больного ребенка скрыта потенциальная угроза возникновения конфликтных ситуаций [6].

Еще одно эмоциональное состояние, которое переживают в связи с заболеванием ребенка почти все родители – это чувство вины за его болезнь. Эти переживания естественны и возникают почти всегда, могут быть скрытыми или явными, разной интенсивности. Большинство родителей винят себя за плохую наследственность, за то, что несправедливо относились к детям, наказывали, считают, что это могло стать причиной болезни, винят себя за мелкие и незначимые проступки, невнимательность к жалобам детей.

В связи с этим врач-педиатр, сообщая о возможном неблагоприятном исходе заболевания, развитии тяжелого осложнения, должен быть крайне осторожным и строить информирование поэтапно.

Когда родители будут более спокойны (первая реакция может протекать с разной интенсивностью и длительностью, в зависимости от личностных особенностей родителей, оказания им психологической помощи и т.п.), они смогут воспринять более подробную информацию. Родители или опекуны могут и должны участвовать в решении вопросов организации диагностики и лечения ребенка.

В особых случаях, когда нет возможности своевременно сообщить им об экстренном хирургическом вмешательстве при внезапном ухудшении состояния ребенка и необходимости оказания неотложной медицинской помощи, решение принимают консилиум врачей [6]. Данное действие регламентируется пунктом 10, статьей 20 № 323 ФЗ [8].

Выводы. 1. Деонтология в педиатрии предполагает наличие медицинских знаний; информированность об особенностях возрастной патологии и возрастной физиологии, без которых трудно выявить ранние

патологические отклонения; владение специальными навыками общения с детьми, основанными на знании их возрастных особенностей; а также систему знаний о моральных отношениях «врач – родители – больной ребенок».

2. Работа врача основывается не только на взаимодействии с детьми, но также общением с близкими родственниками и их характерными особенностями восприятия состояний здоровья ребенка.

3. Без четкого представления об этических особенностях отношений нельзя гарантировать безопасность детей при получении ими медицинской помощи. Умение врача объективно информировать родителей о методах диагностики, организации медицинской помощи ребенку, развитии возможных осложнений и при этом получить согласия на лечение, ободрить и настроить на активную помощь является обязательной морально-этической составляющей работы врача-педиатра [7].

Список использованной литературы:

1. Гиппократ. Избранные книги / Пер. с греч. проф. В.И. Руднева. Ред. вступ. ст. и примеч. проф. В.П. Карпова. М.: «Сварог», 1994. – 736 с.
2. Линдемманн Э. Клиника острого горя / Психология эмоций. – М.: Изд-во Московского университета, 1984. – С. 212-219.
3. Микиртичан, Г.Л., Каурова Т.В., Очкур О.А. Комплаентность как медико-социальная и этическая проблема педиатрии // Вопросы современной педиатрии. – 2012. – № 11(6). – С. 5-10.
4. Схема истории болезни. Расспрос больного: жалобы и их детализация, расспрос по системам: метод. указ. к практ. занятиям по пропедевтике внутренней медицины для студентов мед. фак-тов высш. мед. учебных заведений III–IV уровней аккредитации / сост. Т.В. Ащеулова, О.Н. Ковалёва, Н.Н. Герасимчук. – Харьков: ХНМУ, 2016. – 16 с.

5. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" Статья 20. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства.
6. Деонтология в педиатрии. Деонтология в перинатологии: [Электронный ресурс]. URL: <https://farmf.ru/lekcii/deontologiya-v-pediatrici-deontologiya-v-perinatologii/> (Дата обращения 15.05.2023).
7. Деонтология педиатра. Студми. Учебные материалы для студентов 2013. 2023. [Электронный ресурс]. URL: https://studme.org/167765/etika_i_estetika/deontologiya_pediatra#155 (Дата обращения 15.05.2023).
8. Манюк А.В. Учебно-исследовательская работа Медицинская этика и деонтология в педиатрии, педиатрического факультета: [Электронный ресурс]. URL: <https://studfile.net/preview/4104827/> (Дата обращения 28.04.2023).