

ВОПРОСЫ ДЕОНТОЛОГИЯ В ОНКОЛОГИИ

Зупарова Мунира Абдуварисовна

*Чиланзарский медицинский техникум имени Абу Али ибн Сина
старший преподаватель*

Аннотация: В данной статье рассмотрены проблемы деонтологии в Онкологии. Онкология — область медицины, где особое и одинаково важное значение имеют как высокая профессиональная подготовка врача и среднего медицинского персонала, так и его нравственная культура. Особенности отношения медицинского персонала и пациента в онкологии в первую очередь связаны с тяжелейшим моральным фоном. Для онкологического больного характерны не просто страх или боязнь, как для хирургического больного, но состояние отчаяния. Оно вызвано двумя причинами: убеждением большинства людей в неизлечимости рака и ожиданием неизбежности невыносимых страданий, сопровождающих это заболевание. При этом угнетенное состояние психики, страх, депрессия, неадекватное поведение оказываются не особенностями характера пациента, а формами проявления болезни и, в свою очередь, требуют адекватного отношения.

Ключевые слова: Онкология, деонтология, злокачественное образование, доброкачественное образование

Деонтология – совокупность этических норм при выполнении медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей и основана на гуманизме в его широком понимании. Было время, деонтология в медицине несколько не восприменялась как наука в медицине. В настоящее время — чем больше профилей, тем больше ветвь в медицинской деонтологии. Медицинская деонтология (от греч. deon - долг, должное; logos - слово, учение) - наука о долге медика перед больными, их родственниками, коллегами, перед обществом, хотелось бы добавить — перед собственной совестью. Онколог, как и любой медицинский работник, должен в своей работе придерживаться этических принципов «Женевской декларации ВОЗ» (1994), «Международного кодекса медицинской этики» (1983).

В Узбекистане можно констатировать, что отцом узбекской медицинской деонтологии является профессор Иркин Юлдашевич Касымов.

Онкология - самый страшный диагноз для каждого человека. Онкологическое есть возникновение, развитие злокачественных, так же доброкачественных опухолей. Раковая опухоль является патологическим увеличением тканей. Они состоят из изменившихся потерявших дифференцировку клеток человеческого организма.

Обычно злокачественное и доброкачественное образование различают по характерным признакам: опухоль себя как ведет, темпы роста и на др. Если онкологию не лечить, со временем метастазы проникнут во все органы организма, и это в любом случае приведет к смерти больного. Больных раковым заболеванием, у которых есть диагноз, злокачественная опухоль, называют онкобольные.

В Узбекистане в начальных стадиях больному его близкие стараются не сообщать о такой болезни. Нежели, в III или IV стадиях. И то, больной, когда недооценивает серьезность заболевания или в случае отказа от обследования и дальнейшего лечения. В III или IV стадиях появляется необходимость известить о болезни пациенту. Бывает, больной хочет знать правду о болезни, то врач сообщит правды. В процессе лечения, между врачом и больным большую роль играет ориентировка больного на благоприятную перспективу. В случае сокрытия диагноза у онкобольного не является обманом – это есть элемент терапии, даже акт, который укреплено гуманностью.

Самым правдивом в лечении является стремление врача или среднего медицинского работника поддержать в больном надежду на излечении. В стационаре, в поликлинике и в домашних условиях при общении с больными необходимо категорически воздерживаться от употребления такого термина как "рак", который у подавляющего числа больных ассоциирует со смертным приговором. Вместо терминов "рак", "метастаз", "злокачественная опухоль" можно употреблять такие синонимы, как: предопухоловое заболевание, "твердая язва", "болезнь Петрова", бластома, которые маскируют истинное заболевание. В работе врачей и среднего медицинского персонала при обслуживании и лечении больных злокачественными опухолями и предопухоловыми заболеваниями, как в условиях стационара, так и на дому имеют огромное значение "психологического щажения" больного злокачественной опухолью. Нельзя забывать, что в онкологических учреждениях, в условиях поликлинического приема, в стационаре, в перевязочной, рентгеновском отделении и, наконец, в операционной психика больного подвергается значительной травме. Создание условий, которые сведут до минимума психическую травму, является исключительно важной задачей не только для врачей, но и для всего среднего медицинского персонала. Неумелая тактика "психологического щажения" может давать обратный эффект. Это происходит в тех случаях, когда повышенное внимание, неуместная предупредительность, опекастораживают больного, дают пищу для дополнительных переживаний в связи с формирующимся мнением больного о собственной неполноценности, беспомощности. Пациент с онкологическим заболеванием должен чувствовать себя "как все", возможно быстрее вовлекаться в активную деятельность. Повышенную настороженность вызывает у больных кратковременность

операции или отсутствие интенсивного лечения. Такие опасения должны быть развеяны убедительным объяснением. Желательно, чтобы больной, которому проведена паллиативная операция, не знал, сколько времени она длилась. Больными такой перевод переживается особенно тягостно. Медицинская сестра, обслуживая онкологического больного, должна чаще использовать в работе с больными термин "предопухоловое состояние". Больному следует разъяснить, что современное направление диагностики и лечение опухолей предусматривают выявление и углубленное изучение хронических заболеваний вообще, многие из которых могут озлокачиваться. Такое рассуждение, действует обычно успокоительно, хотя следует помнить, что сестра всегда должна касаться диагноза чрезвычайно деликатно, отвлекаясь от конкретного больного, памятуя о том, что вопросы, когда, в какой мере и как сообщить больному истину о его состоянии, входят в компетенцию исключительно лечащего врача. Следует подчеркивать, что в учреждении, где находится пациент, лечатся множество неонкологических больных. Особенного такта и умения требует от медицинских сестер уход за неоперабельными больными с распространенными опухолевыми процессами. Особенно следует коснуться проведения санитарно-просветительной работы на онкологические темы, в которой часто участвуют медицинские сестры. В этой работе необходимо избегать двух крайностей: с одной стороны - излишнего прекрасноразумия, недооценки сложности проблем, с другой - мрачной пессимистичной окраски информации, ненужного запугивания населения создающего у людей неверие в возможности современной медицины. Устрашающий характер лекции, беседы способствует формированию у слушателей чувства безнадежности и может отвести заболелого от врача, подтолкнуть его в болото знахарства и суеверий. При различных медикогенетических опросах и обследованиях родственников заболелого раком необходимо деликатно освещать этот вопрос, чтобы не вызвать напрасной тревоги и боязни за судьбу потомства у родственников больного. В области онкологии деонтологические взаимодействия персонала и больных должны составить основу, базу всей системы помощи больным со злокачественным течением заболеваний.

Качества среднего медицинского работника Высокая культура и опрятность, сердечность и заботливость, тактичность и внимательность, добросовестность, самообладание, выдержка и бескорыстие, подлинная человечность и гуманность - вот те черты и свойства, которые должны быть присущи среднему медицинскому работнику онкологического профиля. Только тот медработник может отвечать деонтологическим принципам, который работает по призванию и с увлечением, любит свое дело, привязан к нему, постоянно стремится к все большему совершенствованию в своей профессии. Средний медицинский работник должен хорошо владеть искусством слова, в

общении с больными и их родственниками соблюдать чувство меры и границы дозволенного. Он должна хорошо понимать, что такое врачебная тайна и психическая травма, с тем, чтобы неукоснительно соблюдать первое и не быть виновником второго. Присутствуя во время беседы врача с больными, фиксируя задаваемые этими больными вопросы и ответы врача, хорошо уяснив себе тактику врача в отношении каждого больного, средний медработник должен быть верным помощником, повторять и дополнять врача, помогать ему в создании веры в излечимости болезни и укреплять надежду на выздоровление. Он должен прилагать всемерные усилия для создания обстановки доверия между врачом и больным. Если врач предлагает больному операцию и больной проявляет нерешительность или даже отказывается от нее, медработник, который ежедневно проводит с этим больным много часов, должен в удобное время доходчиво и убедительно разъяснить ему необходимость этой операции, заверить, что будет сделано решительно все, чтобы операция была успешной, сослаться на отдельные примеры, когда ныне здоровые люди перенесли ранее такую операцию. Когда больные на обходе спрашивают врача о размерах и характере предлагаемой операции, средний медработник присутствует при этом и не принимает участие в беседе. Но вот обход закончен, и врач уходит. Остался больной один со своими переживаниями. Некоторые плачут. И тут должен сыграть свою роль средний медперсонал. В дальнейшем многое будет зависеть от его умения вступать в контакт с больными, от его профессионального такта и способности найти доступ к сердцу и сознанию больного. В какой мере и насколько хорошо медицинский работник выполнит свою задачу, можно судить по поведению больных во все последующие дни. Если в палате спокойно и не заметно слез на лицах, если больные миролюбиво встречают врача и дают согласие на операцию - значит, он успешно справился со своими обязанностями. Конфликтная ситуация возникает не только тогда, когда врач предлагает больному операцию, но и при назначении других видов лечения: лучевого и химиопрепаратами. Особенно настороженно больные относятся к различным методам лучевого воздействия. Сведения о вредном влиянии ионизирующих излучений на организм человека широко распространены не только среди взрослого населения, но и среди школьников. Средний медицинский персонал общается с больными в течение дня. Наиболее благоприятные условия создаются для интимной беседы и контакта в вечерние часы и в выходные дни. Он должен быть сам хорошо осведомлен в вопросах биологии ионизирующих излучений для того, чтобы понять и доходчиво, простыми словами объяснить больным неотвратимость отрицательных сторон лучевого воздействия и уверить их в том, что у врача имеются достаточные хорошие средства для борьбы с этими осложнениями.

В наше время деонтологические проблемы в онкологии приобретают новые черты, связанные с успехами диагностики онкологических заболеваний и лечения этих больных. Появившиеся условия для выявления онкологических заболеваний в доклиническом периоде и возможность полного излечения их выдвигают на повестку дня необходимость обсуждать проблемы психологии человека, не чувствующего себя больным, но вынужденного идти на лечение, сопряженное с целым рядом потерь. Самая большая трудность в этой проблеме - изучить психическое состояние чувствующего себя здоровым человека. Проблему эту следует разделить на 3 раздела: психологию онкологического больного с запущенным заболеванием, психологию онкологического больного с клиническими проявлениями, психологию онкологического больного без клинических проявлений злокачественной опухоли. Для каждой из этих групп больных должны быть свои деонтологические подходы и меры психологического воздействия со стороны среднего медицинского персонала. Для каждой из 3 групп можно усмотреть свои характерные черты психического состояния. Для больных с запущенным заболеванием, не подлежащих специальному противоопухолевому лечению, чаще всего имеющих тяжелые симптомы заболевания, ощущающих реальную угрозу жизни, свойственно 2 типа психических состояний. В одних случаях больной проявляет необычную энергию в поисках лечения, в других - у больных развивается полная растерянность, угнетение воли и фактический уход из жизни иногда задолго до физической гибели. Родственники больного, узнав о безнадежности его состояния и не получив удовлетворения от действия медицинского персонала, не успокаиваются, ищут помощи у случайных лиц и часто становятся жертвами знахарей, шарлатанов. Чем невнимательнее медицинский персонал, тем прямее и короче путь больного от врача к знахарю.

Обильный поток новой информации может быть благоприятным или неблагоприятным для больного. Задачей деонтологической работы с больными со стороны среднего медицинского персонала является создание максимально оптимистической обстановки. Инициатива информации больного о лечебном учреждении, где он находится, об окружающих больных, о методах лечения и диагнозе должна находиться в руках медицинского персонала. Следующий период болезни для онкологического больного с клиническими проявлениями ее, выписывающегося из стационара после уточненного обследования и лечения, относится к диспансерному наблюдению и лечению.

При обслуживании и лечении больных злокачественными опухолями и предопухолевыми заболеваниями, как в условиях стационара, так и на дому средний медицинский персонал должен хорошо владеть особенностями деонтологии в онкологии. Средний медицинский персонал должен хорошо владеть искусством слова, в общении с больными и их родственниками

соблюдать чувство меры и границы дозволенного, должен хорошо понимать, что такое врачебная тайна и психическая травма. Средний медперсонал должен обладать такими качествами, которые должны отвечать деонтологическим принципам - это высокая культура и опрятность, сердечность и заботливость, тактичность и внимательность, добросовестность, самообладание, выдержка и бескорыстие, подлинная человечность и гуманность. Неправильное поведение среднего медицинского работника, незнающего особенностей деонтологии может оказать сильное неблагоприятное воздействие на психику больного, вследствие чего у него может развиваться целый ряд новых болезненных ситуаций. В настоящее время строгое выполнение особенностей деонтологии среднего медицинского работника в онкологии является важнейшим условием, способствующим минимизации риска причинения вреда здоровью пациента при оказании им медицинской помощи.

Литература:

1. III белорусская научная конференция онкологов; Полымя - М., 2015. - 368 с.
2. Shovan Dutta and Kamalesh Roy Cervical Cancer – A Bio-informatics Approach: моногр. ; LAP Lambert Academic Publishing - М., 2012. - 584 с.
3. А. Чернышова, Л. Коломиец und Н. Бочкарева Рак эндометрия у больных с метаболическим синдромом: моногр. ; LAP Lambert Academic Publishing - М., 2011.
4. Accomplishments in Cancer Research 1986; J. V. Lippincott Company - М., 2016. 320 с.
5. Альбицкий Игорь Прогноз осложнений лучевой терапии рака простаты: моногр. ; LAP Lambert Academic Publishing - М., 2012. - 108 с
6. Атлас операций при злокачественных опухолях молочной железы; Практическая медицина - М., 2015. - 120 с.
7. Ахат Халимович Сабиров Молекулярно-биологические маркеры рака молочной железы; LAP Lambert Academic Publishing - М., 2012. - 240 с
8. Косенко, В. Г. Медицинская психология для медсестер и фельдшеров : учеб. пособие / В. Г. Косенко, Л. Ф. Смоленко, Т. А. Чебуракова. – Ростов н/Д: Феникс, 2002. – 416 с. (Шифр 614.253.8 К-711)
9. Бердов Б. А., Скоропад В. Ю., Цыб А. Ф., Мардынский Ю. С. Комбинированное лечение рака желудка с пред- и интраоперационным облучением; Медицина - М., 2015. - 256 с.
10. Ярема, И. В. Этические и правовые проблемы в urgentной абдоминальной хирургии / И. В. Ярема, Г. А. Пашиян, В. М. Казарян // Хирургия. - 2006. – N 8. - С. 69-71.
11. Хетагурова, А. К. Этико-деонтологические аспекты в работе сестринского персонала / А. К. Хетагурова // Сестринское дело. - 2003. – N 6. - С. 34-35.