

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК **Сестринского дела**

**ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА
В РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Дипломная работа студента

очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051505
Скляренко Дениса Витальевича

Научный руководитель
преподаватель О.М. Гричук

Рецензент
Заведующая отделением № 5
ОГБУЗ «Инфекционная клиническая
больница им. Е.Н. Павловского»
Н.В. Городова

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПО ВОПРОСУ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	
1.1. Характеристика пожилого и старческого возрастов	6
1.2. Медицинская и социальная защита старших возрастных групп населения	12
1.3. Этико-деонтологические особенности сестринского персонала в работе с пациентами пожилого и старческого возраста	16
ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	
2.1. Организационная характеристика Белгородского регионального отделения Общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест»	22
2.2. Социологическое исследование «Этико-деонтологические особенности сестринского персонала в работе с пациентами пожилого и старческого возраста»	25
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	39
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	41
ПРИЛОЖЕНИЕ	43

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Этико-деонтологические аспекты ухода за пациентами пожилого и старческого возраста приобретают на сегодняшний день большое значение. Нередкими в работе медицинского персонала по уходу за данной категорией населения стали такие проявления, как черствость, грубость, раздражительность, корыстные побуждения, которые пациенты зачастую отмечают в лечебно-профилактических учреждениях разных городов нашей страны. Отчасти, это объясняется снижением престижа работы медицинской сестры, систематической нехваткой среднего и младшего медицинского персонала, приходом в медицину случайных людей. Отсюда и своеобразный парадокс: уровень диагностики и возможности лечения заболеваний значительно возросли, а качество ухода за больными снизилось. Поэтому, важно улучшить уход за пациентами пожилого и старческого возрастов, тяжелобольными, инвалидами.

В настоящее время средние медицинские работники выступают в роли первых помощников врача, являясь активными участниками лечебно-диагностического процесса. Именно они проводят много времени у постели больного, обеспечивая наблюдение, уход за пожилыми пациентами и их лечение. Следовательно, выполнить такую работу могут только средние медицинские работники, имеющие профессиональную подготовку и высокие этико-деонтологические качества.

Уход за пожилыми людьми - это внимание и забота, умение войти в мир их переживаний и отнестись с пониманием, поэтому этической основой профессиональной деятельности среднего медицинского персонала является милосердие, гуманность и сострадание ближнему. При этом, важнейшими задачами профессиональной деятельности сестринского персонала являются: всесторонний уход за пожилыми людьми и облегчение их страданий, реабилитация, поддержание и укрепление их здоровья. Согласно Этическому

кодексу медицинские сестры, призваны способствовать повышению престижа и авторитета сестринской профессии в обществе.

Уход за пожилыми людьми обеспечивает эффективность терапевтических мероприятий и является основной частью лечебного процесса. Уход за пожилыми людьми могут осуществлять не только медицинские работники, но и родственники, в таком случае в обязанность медицинских работников входит их обучение.

Цель дипломной работы – изучение и исследование этико-деонтологических особенностей сестринского персонала в работе с пациентами пожилого и старческого возраста.

Исходя из цели, в дипломной работе решались следующие **задачи**:

1. Провести теоретический анализ данных по вопросу этики и деонтологии сестринского персонала в работе с пациентами пожилого и старческого возраста.
2. Определить этико-деонтологические особенности и проблемы в работе сестринского персонала с пациентами пожилого и старческого возраста.
3. Провести социологическое исследование «Этико-деонтологические особенности сестринского персонала в работе с пациентами пожилого и старческого возраста».

Для решения поставленных задач использовали **объект исследования** – профессиональная деятельность медицинских сестер Белгородского регионального отделения общероссийской общественной организации «Российский красный крест» в работе с пациентами пожилого и старческого возраста.

Методы исследования:

1. научно-теоретический анализ медицинской литературы и периодических медицинских изданий по теме дипломной работы;
2. организационный (сравнительный, комплексный) метод;
3. социологический - анкетирование.

Предмет исследования – этико-деонтологические особенности сестринского персонала в работе с пациентами пожилого и старческого возраста.

Структура дипломной работы: введение, теоретическая и практическая главы, заключение, список использованных источников литературы, приложение.

Во введении определена актуальность проблемы этико-деонтологических особенностей сестринского персонала в работе с пациентами пожилого и старческого возраста на современном этапе. В первой главе представлен научно-теоретический анализ медицинской литературы: особенностей пожилого и старческого возрастов, организации и проведения медицинской и медико-социальной помощи пожилым с определением этико-деонтологических особенностей в работе. Вторая глава включает: организационную характеристику базы исследования - Белгородского регионального отделения общероссийской общественной организации «Российский красный крест», результаты социологического исследования среди среднего медицинского персонала. В заключение работы определены направления дальнейшего улучшения работы сестринского персонала с пациентами пожилого и старческого возраста.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПО ВОПРОСУ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

1.1. Характеристика пожилого и старческого возрастов

Индивидуальное развитие человека называется онтогенезом (от греч. ontos - «сущее», genesis - «происхождение»), в котором выделяют два самостоятельных этапа развития: перинатальный (с момента образования зиготы до рождения ребенка) и постнатальный (с момента рождения до смерти человека). Постнатальный этап разделяют на следующие периоды, представленные в таблице 1.

Таблица 1

Возрастная периодизация онтогенеза

№	Возрастные периоды	Мужской пол	Женский пол
1.	Период новорожденности: ранний неонатальный (0-7 дней) и поздний неонатальный (8-28 дней)		
2.	Период грудного возраста – от 29 дня – 12 месяцев		
3.	Преддошкольный (ясельный) период - раннее детство – с 1-го года до 3 лет		
4.	Дошкольный период - первое детство – с 4 -7 лет		
5.	Младший школьный возраст	с 8-12 лет	с 8-11 лет
6.	Подростковый возраст	с 13 – 16 лет	с 12 – 15 лет
7.	Юношеский возраст	с 17 лет – 21 года	с 16 – 20 лет
8.	Зрелый возраст – 1 период	с 22 – 35 лет	с 21 года – 35 лет
9.	Зрелый возраст – 2 период	с 36 – 60 лет	с 36 – 55 лет
10.	Пожилой возраст	61 – 74 года	56 – 74 года
11.	Старческий возраст - 75 – 90 лет;		
12.	Долгожитель - 90 лет и старше.		

Однако до настоящего времени не установлены универсальные признаки, по которым можно было бы систематизировать возрастные периоды человека. Время наступления старости, например, в современном мире весьма условно, так как по мере развития общества представления о возрасте меняются [1, с. 63].

Возраст – это длительность существования организма от рождения до настоящего момента. Действующие до настоящего времени современные возрастные нормативы были приняты Европейским регионарным бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 1963 г. Выделяют следующие возрастные периоды:

- климактерический или пострепродуктивный – возраст пациентов от 45 до 60 лет;
- пожилой – возраст пациентов 60-75 лет;
- старческий – возраст пациентов 75-99 лет.
- возраст свыше 90 лет, считают долгожителями.

В настоящее время в мире насчитывают более 380 млн. человек, возраст которых превышает 65 лет. В России пятую часть всего населения составляют люди пожилого и старческого возраста. В ближайшие 10 лет ожидают увеличения количества граждан старших возрастов примерно в 2 раза, т.е. уже 40% населения будет находиться в категории пожилого и старческого возраста. Уровень заболеваемости у пожилых людей по сравнению с лицами более молодого возраста выше в 2 раза, в старческом возрасте - в 6 раз [5, с. 321].

Следовательно, профессиональная организация и оказание медико-социальной помощи пациентам пожилого и старческого возраста имеет актуальное значение на современном этапе развития общества.

Процессы старения человека изучает наука геронтология (греч. gerontos – «старик», logos – «учение, наука»). Геронтология изучает не столько старость, сколько процесс старения человека. Геронтология включает в себя такие разделы, как гериатрию, герогигиену, геропсихологию, социальную геронтологию и другие.

Гериатрия (греч. gerontos – «старик», iatreia – «лечение») - раздел геронтологии и внутренних болезней, изучающий особенности заболеваний людей пожилого и старческого возраста и разрабатывающий методы их лечения и профилактики.

Характерные для людей пожилого и старческого возраста патологические изменения, начинают проявляться с 40-50 лет. Рассмотрим основные из данных проявлений:

1. Инволюционные изменения, связанные с обратным развитием организма – это функциональные и морфологические изменения со стороны различных органов и систем. Например, с возрастом снижаются показатели жизненной ёмкости лёгких, бронхиальной проходимости, увеличивается масса жировой ткани и уменьшается мышечная масса и др.;

2. Наличие двух и более заболеваний у одного пациента. Так, по многочисленным исследованиям определено, что в среднем при обследовании пациента пожилого или старческого возраста у него выявляют не менее пяти болезней. В связи с этим клиническая картина заболеваний «смазывается», снижается диагностическая ценность различных симптомов. С другой стороны, сопутствующие заболевания могут усиливать друг друга. Например, анемия у пациента с ишемической болезнью сердца (ИБС) может вызвать клинические проявления сердечной недостаточности;

3. Хроническое течение заболеваний: прогрессированию большинства хронических заболеваний способствуют возрастные неблагоприятные эндокринно-обменные и иммунные сдвиги;

4. Нетипичное клиническое течение заболеваний - нередко выявляют медленное и замаскированное течение болезни (пневмонии, инфаркта миокарда, туберкулёза лёгких, сахарного диабета и др.). Например, лихорадка у пожилых больных может быть одним из основных, если не единственным, проявлением туберкулёза или инфекционного эндокардита, абсцессов брюшной полости;

5. Наличие «старческих» болезней: остеопороза, доброкачественной гиперплазии предстательной железы, болезни Альцгеймера, старческого амилоидоза и другие;

6. Изменение защитных иммунных реакций;

7. Изменение социально-психологического статуса - основными причинами социальной дезадаптации выступают: выход на пенсию, утрата близких и друзей в связи с их смертью, одиночество и ограничение возможностей общения, трудности самообслуживания, ухудшение экономического положения и другое [14].

В пожилом возрасте одной из причин снижения работоспособности могут быть эндокринные сдвиги. Известно, что с возрастом снижается содержание соматотропного гормона роста (СТГ), максимум которого наблюдается в пубертатном периоде. В результате уменьшения концентрации СТГ в крови ослабляется общий тонус организма, уменьшается сила мышц и увеличивается масса тела.

У лиц пожилого возраста уменьшается плотность костной ткани, что ведет к переломам. Выяснено, что эта патология наблюдается у людей с высоким содержанием кортизола в сыворотке.

Таким образом, в процессе старения увеличивается вероятность развития болезней, что влияет на продолжительность жизни человека. Динамика изменения возрастной структуры населения в России характеризуется уменьшением количества лиц молодого возраста и увеличением возрастной группы 60 лет и старше.

Необходимо отметить, что во всем мире женщины живут дольше мужчин. В России самый большой в мире разрыв в ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин. Если в конце XIX в. разница в средней продолжительности жизни мужчин и женщин составляла всего 2 года, а в 1920-х гг. достигла 5 лет, то в 1970-е гг. - 10 лет. В настоящее время разница в средней продолжительности жизни составляет 12,5 лет (мужчины не доживают до 60 лет, женщины живут более 70 лет) [15].

Разница в продолжительности жизни между мужчинами и женщинами, прежде всего, зависит от образа жизни, распространенности вредных привычек (табакокурения, злоупотребления алкоголем, употребления наркотиков и др.), контактов с вредными профессиональными факторами, военного и бытового травматизма, неудовлетворительной медицинской помощи.

Таким образом, возрастное развитие человека заключается во взаимодействии двух основных процессов: старения и витаукта. Старение – это универсальный эндогенный разрушительный процесс, проявляющийся в повышении вероятности смерти. Витаукт (лат. Vita - жизнь, auctum - увеличивать) - процесс, стабилизирующий жизнеспособность и увеличивающий продолжительность жизни. Старение создаёт предпосылки развития возрастной патологии. Процесс старения - непрерывный постепенный переход от этапа к этапу: оптимальное состояние здоровья - наличие факторов риска развития заболеваний - появление признаков патологии - потеря трудоспособности - летальный исход.

Темп старения может быть выражен количественно с помощью показателей, отражающих снижение жизнеспособности и увеличение повреждаемости организма. Одним из таких параметров является возраст [2, с. 112].

В геронтологии принято рассматривать три вида старения: физиологическое, замедленное, преждевременное.

Для физиологического (естественного) старения характерными являются определенный темп и последовательность возрастных изменений, которые соответствуют биологическим, адаптационно-регуляторным возможностям данной возрастной группы людей.

Замедленное (ретардированное) старение отличается замедленным темпом возрастных изменений. Наиболее показательным проявлением этого вида старения является феномен долголетия.

Патологическое (преждевременное) старение характеризуется развитием возрастных изменений в более ранний период, чем в популяции людей этого же возраста.

Важное место в истории изучения старения организма человека занимают работы физиологов И.И. Мечникова, И.П. Павлова, А.А. Богомольца. Так Мечников И.И. предложил интоксикационную теорию старения, т.е. происходит нарушение межклеточных регуляторных связей, что приводит к накоплению в организме метаболитов. Павлов И.П. считал, что старение происходит в результате основных перестроек в высшей нервной деятельности. Богомолец А.А. рассматривал положение о том, что первичное значение в механизме старения могут иметь изменения в коллоидно-химическом состоянии белков, перестройке структуры и функции соединительной ткани [14].

Согласно современной теории запрограммированности, процесс старения зафиксирован в генах, а смерть - своего рода predetermined самоубийство.

Следовательно, старение - совокупность биологических процессов, направленных на снижение адаптационных возможностей организма. Начало старения не имеет четких границ. Особое место в старении организма человека занимает период полового упадка, т.е. снижения гонадной функции - период климакса. В это время происходит переход от половой зрелости к старости, утрачивается воспроизводительная и половая функции.

Проявления климакса у мужчин и женщин протекает по-разному. Если у женщин он проявляется прекращением менструации (наступает менопауза, и женщина неспособна забеременеть), то у мужчины процесс угасания течет более длительно, и при этом у него могут длительно сохраняться сексуальная и генеративная функции.

П. де Никола (P. DeNikola) (1989) считал, что специфических возрастных заболеваний не существует. Люди пожилого возраста болеют теми же болезнями, что и молодые, только чаще. В какой степени нормальные процессы старения влияют на возникновение и течение болезней и, наоборот, в какой

степени патологические сдвиги ускоряют процесс физиологического старения, точно определить невозможно. По мнению ученого, старение - это нормальный физиологический процесс, при котором в организме происходят функциональные и морфологические изменения всех органов и тканей, впоследствии к их атрофии и снижению функциональных резервов.

Противоположного мнения придерживался основоположник американской геронтологии врач И. Нашер (1963), который считал, что старость - болезнь, перед которой медицина бессильна [14].

Несмотря на различные теории старения, многочисленные исследования в области геронтологии, рациональное медицинское ведение пожилого больного предполагает обязательное достижение взаимопонимания и согласия в триаде «больной - медицинская сестра - врач». Степень выполнения больным врачебных рекомендаций обозначают в медицинской литературе термином «комплаенс» (англ. *wmpliance* –«согласие»). Старческий возраст не служит причиной недостаточного комплаенса, поскольку правильный подход обеспечивает достижение последнего - использование словесных и письменных инструкций, уменьшение числа назначаемых медикаментов, предпочтение пролонгированных лекарственных форм и комбинированных препаратов и другие.

1.2. Медицинская и социальная защита старших возрастных групп населения

Действия всех медицинских работников, в том числе и сестринского персонала, должны быть направлены на активизацию подвижности пожилого больного, его способности к самообслуживанию, а если пожилой человек работоспособен, то на восстановление посильной общей и профессиональной работоспособности.

Численность лиц пожилого возраста в России постоянно возрастает, и такие люди страдают тяжелыми хроническими заболеваниями, это приводит к значительному расходованию ресурсов здравоохранения этими группами населения. Квалифицированная медицинская помощь не всегда оказывается в полной мере.

Для повышения объема и качества медицинской и медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста и профилактики преждевременного старения Минздравом Российской Федерации был издан приказ № 297 от 28.07.1999 г. «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации» [6, с. 237].

Согласно данному приказу рекомендовано организовать гериатрические центры, принять меры к созданию сети гериатрических больниц и отделений, учреждений медико-социальной помощи (хосписов, домов и отделений сестринского ухода) в соответствии с существующей и потенциальной потребностями.

Гериатрические центры предназначены для оказания помощи (специализированной стационарной, консультативно-диагностической и медицинской) населению пожилого и старческого возрастов, а также лицам с признаками преждевременного старения организма.

В структуру центра входят гериатрические стационарные отделения различного профиля, консультативное отделение, отделения диагностики, организационно-методический отдел, вспомогательные отделения и службы.

Гериатрическое отделение многопрофильной больницы предназначается для оказания плановой гериатрической помощи, проводится медицинская реабилитация после проведения курса интенсивной терапии в стационарах иного профиля гражданам пожилого и старческого возрастов и лицам с признаками преждевременного старения организма.

Организуются стационары дневного пребывания для пожилых, где пациенты получают консультативную и лечебную помощь.

Отделение медико-социальной помощи является частью амбулаторно-поликлинического учреждения, специализированного диспансера медико-санитарной части. Оказывается, долговременная медицинская и медико-социальная помощь, преимущественно на дому, больным старших возрастных групп и инвалидам, частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию и передвижению.

Функции отделения:

1. Организовывать и проводить диагностические, лечебные, реабилитационные мероприятия в соответствии с назначениями лечащего врача.

2. Проводить санитарно-просветительную работу и оказывать содействие в социально-психологической адаптации лицам пожилого возраста, обучать правилам пользования средствами реабилитации, навыкам ухода за пациентами.

3. Обеспечивать взаимодействие с территориальными органами и учреждениями социальной защиты населения, медико-социальными экспертными комиссиями, организациями, осуществляющими продажу и прокат средств инвалидной техники, и другими государственными и общественными организациями и учреждениями [15].

Хоспис - это медико-социальное учреждение, задача которого заключается в паллиативном уходе за пациентами, чьи болезни не поддаются лечению. Цель паллиативной медицины в достижении лучшего качества жизни для больных и их семей. Паллиативный уход обеспечивает систему поддержки семье во время болезни их близких и в период смерти. Лечение таких пациентов в обычных стационарах с медицинской и экономической позиции нерационально, так как в основном эти пациенты нуждаются в минимальном объеме лечебных мероприятий и длительном сестринском уходе [9, с. 98].

В экономически развитых странах уже начинает увеличиваться доля сестринских коек, в России такие преобразования только начинаются.

Медицинская помощь пациентам пожилого и старческого возраста тесно взаимосвязана с социальной помощью. Социальная помощь пожилым гражданам в нашей стране расширяется и совершенствуется. Она строится на принципах гарантированности, комплексного подхода, гибкости форм. В соответствии с этими принципами оказываются виды поддержки:

- материальная помощь заключается в выплате пособий по нуждаемости (доплата до прожиточного минимума), пособия поавшим в экстремальные ситуации, пособия на приобретение протезно-ортопедических изделий, проводятся целевые доплаты на приобретение одежды, лекарств и др.

- «натуральная» помощь» – предусматривает обеспечение предметами первой необходимости, одеждой, обувью, продуктами питания. Кроме того, предлагается место для ночлега. С пожилыми гражданами в данном направлении работает департамент социальной защиты.

Одиноким престарелым традиционной формой коллективной социальной помощи является дом-интернат. В России имеются несколько типов домов-интернатов для различных категорий престарелых:

- для лиц, сохранивших способность к самообслуживанию, предлагается дом-интернат общего типа;

- для людей с хроническими заболеваниями, которым требуется посторонний уход, дом-интернат больничного типа;

- для психиатрических больных предусмотрен специальный дом-интернат.

Существуют дома, принадлежащие ведомственным организациям, например, для ветеранов сцены, цирка, шахтеров и др.

Дома для пожилых - это новая форма помощи для престарелых людей. В этих домах могут разместиться одинокие люди и одинокие семейные пары в отдельных комнатах или двухкомнатных квартирах гостиничного типа. На нижних этажах таких домов располагается столовая, пункты бытового

назначения. Бытовые и коммунальные услуги оплачиваются на льготных условиях жильцами домов.

В настоящее время в России получили широкое развитие пансионаты и санатории для пожилых. Здесь пожилые люди не только лечатся, но и отдыхают [11, с. 53].

Таким образом, профессиональная деятельность сестринского персонала в работе с пациентами пожилого и старческого возраста возможна в различных лечебно-профилактических и медико-социальных учреждениях с обязательным соблюдением этико-деонтологических особенностей.

1.3. Этико-деонтологические особенности в работе сестринского персонала с пациентами пожилого и старческого возраста

В различных лечебно-профилактических и медико-социальных учреждениях за пациентами пожилого и старческого возраста лечение и уход осуществляют медицинские работники (врач, медицинская сестра). Лечение и уход является составной частью лечебного процесса и полного выздоровления больного. Контакт медицинского работника с больным иногда может продолжаться многие недели, месяцы и даже годы. Эти обстоятельства обуславливаются соблюдением этико-деонтологических принципов во взаимоотношениях медицинских работников с больными.

Медицинская этика является составной частью этики. Этика - это философская дисциплина, предметами исследования которой являются нравственность и мораль, рассматривает гуманистические, этические начала в деятельности медицинских работников. Слово «этика» произошло от греческого слова «ethos», которое означает обычай. Взаимоотношение людей в обществе регулируют нормы, правила, и обычаи. На основании этого сформулированы и обобщены понятие морали для медицинских работников: обязанность, честь, достоинство, совесть, счастье. Принципы медицинской

этики должны придерживаться медиками и в их повседневной деятельности [10, с. 25].

Медицинская деонтология (от греч. «deontos» - должное) - это совокупность этических норм и принципов поведения медицинских работников при выполнении своих профессиональных обязанностей. Входит в раздел медицинской этики и охватывает более широкий круг вопросов. Деонтология изучает принципы поведения медицинского персонала, которые направлены на максимальное повышение эффективности лечения, устранения неблагоприятных факторов в медицинской деятельности и вредных последствий неполноценной медицинской работы [3, с. 11].

Согласно Международному кодексу медицинской деонтологии, выделяют два важных требования к врачу и среднему медицинскому работнику: знание и доброжелательное отношение к людям [8, с.74].

Профессиональная деятельность сестринского персонала в организации и реализации квалифицированного ухода за пожилыми людьми и людьми старческого возраста имеет неопределимое значение. Это профилактическая, лечебно-диагностическая и реабилитационная помощь в условиях стационара и поликлиники, а также на дому, что позволяет обеспечить медико-социальную доступность помощи пожилым и старикам.

Сестринский персонал, работающий с пожилыми людьми и людьми старческого возраста, должен знать и учитывать психологические особенности гериатрического пациента. Мы не должны требовать от пожилого человека всего того, что мы требуем от человека в расцвете сил и лет. При работе с пожилыми людьми и людьми старческого возраста всегда нужно больше терпения, снисходительности, чувства юмора и умение общаться. Уважение к людям пожилого возраста, восхищение историй их жизни повышает доверие к медицинскому работнику. Но при этом, средний медицинский персонал должен уметь держать в тайне информацию, которую доверил ему пациент и не злоупотреблять доверием. Сестринское обследование и уход за пожилыми

людьми требует большего времени. Разговор с пожилыми людьми должен быть изложен ясно и медленнее, нельзя кричать в ухо пациенту [8, с. 186].

При опросе необходимо узнать, как пожилой человек сам оценивает свое состояние, что он делает для поддержания своего здоровья, что знает о связи между образом жизни и здоровьем, что знает о лекарствах, которые он принимает ежедневно. Также необходимо собрать информацию:

1. о состоянии метаболизма и питания: как пациент ест, какую пищу употребляет чаще всего, как соблюдается диета;
2. есть ли заболевания, связанные с нарушениями обмена веществ;
3. о состоянии экскреторной функции: есть ли жалобы со стороны мочевой системы, желудочно-кишечного тракта, кожи;
4. о состоянии моторной активности: как пациент оценивает свою двигательную активность, есть ли заболевания сердечно-сосудистой, респираторной или костно-мышечной систем;
5. характер режима сна и отдыха: есть ли нарушения сна, с чем они связаны, чем занимается пациент в свое свободное время;
6. социальные отношения: как пациент оценивает свою роль в семье, на работе и т.д., существуют ли у него положительные примеры этих ролей;
7. отношение к стрессу: как обычно пациент справляется с проблемными ситуациями, какие действия обычно помогают преодолеть такие ситуации, имеет ли пациент индивидуальные методы при эмоциональном стрессе;
8. хобби и жизненные приоритеты: какие принципы важны с детства, и к каким культурным, этническим, религиозным или другим группам относится человек [15].

После обследования средний медицинский работник должен определить проблемы пациента, которые могут быть связаны с дефицитом его знаний в области укрепления и поддержания здоровья, неправильного образа жизни и другие. На основе полученных данных разрабатывается и внедряется план сестринских вмешательств. При составлении плана необходимо участие

пациента и его родственников для успешной реализации запланированных мероприятий.

При осуществлении сестринских вмешательств необходимо дать полную информацию пациенту по рациональному образу жизни, помочь в формировании здоровых привычек, предоставить пациенту литературу по формированию здорового образа жизни.

Средний медицинский персонал должен помочь пациенту в выявлении факторов риска, которые могут привести к ухудшению его здоровья: это может быть ожирение, отсутствие физических упражнений, плохой уход за кожей, пассивный отдых и другие. Основной задачей сестринского персонала является побуждение пациентов пожилого и старческого возраста к поэтапному решению проблем и самообслуживанию.

При посещении пациента на дому средний медицинский персонал, должен контролировать ранее заданные рекомендации, давать их не только устно, но и письменно, а также демонстрировать необходимые методы ухода на практике. Необходимо убедиться, что пожилой человек правильно понимает данные рекомендации медицинским работником. Для этого нужно попросить пациента повторить или показать в действии того, что рекомендует медицинская сестра. На всех этапах сестринского процесса, средний медицинский работник должен анализировать меняющуюся ситуацию и вносить коррективы в свои действия [13, с. 78].

Долг сестринского персонала заключается, прежде всего, в выполнении всех возложенных на него обязанностей по уходу за больными пожилого и старческого возраста. На первом месте стоит выполнение назначений врача: раздача лекарственных средств, выполнение инъекций, контроль режима и питания, измерение температуры тела, давления и другие, зависимые и независимые сестринские вмешательства. Выполнение назначений врача будет более результативным, если у сестринского персонала есть внутреннее стремление помочь пациенту, облегчить его страдания и ускорить выздоровление, а не когда работа выполняется лишь формально. Это всё

требует не только самодисциплины, но и постоянного пополнения знаний и совершенствования профессионального мастерства.

При этом личность сестринского персонала имеет немаловажное значение. Если медицинский работник не может наладить контакт с больным, но при этом является квалифицированным специалистом и профессионально выполняет свои обязанности, то лечебного эффекта от его действий будет недостаточно. Проявление внимания, заботы, вежливое и уважительное обращение, добрая улыбка также являются элементами долга, так как помогают пациенту адаптироваться в новой обстановке. Средний медицинский работник должен видеть смысл своей работы в оказании помощи больным, любить свою работу, чувствовать и получать удовлетворение от того чем занимаешься [1, с. 35].

Медицинский работник, работающий в лечебно-профилактическом учреждении должен соблюдать определенные правила: следить за чистотой своего тела, иметь опрятный вид, одежды, обуви, избегать украшений, излишней косметики и длинных ногтей. Рабочая одежда всегда должна быть чистой быть установленной формы, принятой в данном учреждении [4, с. 109].

Взаимоотношения средних медицинских работников является одним из важнейших элементов медицинской деонтологии. На эффективность лечебного процесса сказывается любое нарушение этики взаимоотношений медицинских работников, невыполнение ими профессиональных обязанностей. Выяснение отношений между медицинскими работниками в присутствии пожилого пациента или его родственников недопустимо. Замечание младшему по должности должно быть сделано тактично. Необходимо соблюдать субординацию в отношениях между медицинскими работниками, т.е. подчинение младшего по должности работника более старшему: младшая медицинская сестра - постовая медицинская сестра - процедурная сестра - старшая медицинская сестра - врач - заведующий отделением [12, с. 402].

За охрану здоровья пациентов пожилого и старческого возраста, выполнение своих обязанностей средний медицинский персонал несет не только моральную ответственность, но и юридическую.

Таким образом, на основании теоретического анализа данных, рассмотренных в первой главе «Теоретический анализ по вопросу этики и деонтологии сестринского персонала в работе с пациентами пожилого и старческого возраста», можно сделать следующие выводы:

1. Люди пожилого возраста болеют теми же болезнями, что и молодые, только чаще. Уровень заболеваемости у пожилых людей по сравнению с лицами более молодого возраста выше в 2 раза, в старческом возрасте - в 6 раз. Патологические изменения начинают проявляться уже с 40-50 лет. Во всем мире женщины живут дольше мужчин, но продолжительность жизни, прежде всего, зависит от образа жизни.

2. В настоящее время в России создаются гериатрические центры, сети гериатрических больниц и отделений, учреждений медико-социальной помощи, предназначенные для оказания плановой гериатрической помощи пациентам. Широко развиваются пансионаты и санатории для пожилых, где люди не только лечатся, но и отдыхают.

3. Сестринский персонал, при работе с людьми пожилого и старческого возраста всегда должен быть терпеливым, добрым, снисходительным, иногда с чувством юмора, уметь мягко общаться и уважительно относиться к ним, но в тоже время быть настойчивым в выполнении назначений врача, уметь быстро завоевать доверие.

Выводы по результатам теоретического анализа определяют актуальность проведения социологического исследования для определения на практике этико-деонтологических особенностей в работе с пожилыми и пациентами старческого возраста.

ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

2.1. Организационная характеристика Белгородского регионального отделения Общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест»

Общественная благотворительная организация «Красный Крест» осуществляет свою деятельность во всём мире, исходя из принципов гуманности, нейтральности, беспристрастности, независимости, добровольности, единства и универсальности. Она предоставляет защиту и оказывает помощь всем пострадавшим и нуждающимся.

Российский Красный Крест сыграл основополагающую ключевую роль в процессе зарождения и развития в России гуманитарной милосердной деятельности и в последующем в формировании добровольных общественных организаций. Российский Красный Крест помогает тем, кто пострадал в ходе вооруженных конфликтов, стихийных бедствий, чрезвычайных ситуациях. Осуществляет разносторонние программы гуманитарной и медико-социальной помощи одиноким пожилым людям, инвалидам, ветеранам войн и труда, беженцам и переселенцам, детям-сиротам. Борются с проблемой беспризорности детей и подростков, а также распространения социально значимых заболеваний, таких как туберкулез, ВИЧ/СПИДа и других. Занимается пропагандой здорового образа жизни, безвозмездного донорства и гуманитарных ценностей.

На протяжении всей своей истории и по настоящее время Российский Красный Крест следует своей миссии, которая выражается в практической реализации идей человеколюбия и гуманизма, облегчения и предотвращения страданий людей, которые попали в тяжелую жизненную ситуацию.

В структуру Российского Красного Креста входят отделения, филиалы и представительства. Все структурные подразделения подотчетны и подконтрольны Правлению и Президиуму Российского Красного Креста. Все отделения приобретают статус юридического лица в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

Направлениями деятельности общественной благотворительной организации «Красный Крест» сегодня являются:

1. Предупреждение и облегчение страданий людей при тяжелых и чрезвычайных жизненных ситуациях;
2. Медико-социальная помощь незащищенных слоев населения;
3. Распространение норм международного гуманитарного права;
4. Гуманитарная помощь населению;
5. Участие в профилактике и охране здоровья населения;
6. Психологическая, материальная и правовая помощь перемещенным лицам и мигрантам;
7. Пропаганда донорства крови;
8. Обучение населения правилам ухода за больными и приемам оказания первой медицинской помощи;
9. Розыск и воссоединение семей, пострадавших во время вооруженных конфликтов и стихийных бедствий.

Город Белгород причастен к Международному движению Красного Креста и Красного Полумесяца. На сегодняшний день в регионе насчитывается 125 членов, а также волонтеры с различных организаций. Помимо областного отделения, в 17 районах и городах области есть местные отделения Красного Креста.

В отделении Красного Креста г. Белгорода имеются: пункт сбора и выдачи гуманитарной помощи, Дом сестринского ухода, кабинет психолога, швейная мастерская, компьютерный класс, кабинет массажа, социальная парикмахерская, социальная прачечная.

В отделении Красного Креста г. Белгорода имеется всё необходимое для оказания помощи людям, оказавшимся в трудной ситуации. В комнате срочной помощи могут обеспечить одеждой, детским питанием, игрушками, детской одеждой, средствами личной гигиены и бытовой химии, обувью, посудой, постельным бельем, продуктами и другим. Также в этой комнате имеется пункт проката ортопедических изделий, где люди могут взять напрокат костыли, ходунки, инвалидную коляску.

В социальной парикмахерской и прачечной можно получить платные и бесплатные услуги парикмахера, а также услуги по стирке одежды.

В швейном классе оказываются платные и бесплатные услуги по ремонту и пошиву одежды, проводятся уроки по обучению навыкам кройки и шитья, рукоделия и вязания.

В учебном и компьютерном классах проводятся обучение по дополнительным образовательным программам: базовый курс «Первая помощь» и «Пользователь персонального компьютера».

По вопросам размещения инвалидов, лежачих больных и пожилых людей в отделении Красного Креста работает Дом сестринского ухода.

В кабинете психолога проходят индивидуальные и групповые консультации, тренинги на различные темы, чтение лекций и другое.

Программа «Вместе мы сильнее» направлена на оказание медицинской помощи пожилым людям и инвалидам. Сотрудники Красного Креста г. Белгорода организуют досуг и ведут клубы по интересам. Также работает патронажная служба Красного Креста в ее штат входит 60 медицинских сестер и 5 младших сестер милосердия. Каждая из них обслуживает десять человек, одновременно оказывая и медицинскую, и социальную помощь.

Под опеку службы Красного Креста берутся одинокие люди в основном пожилого возраста и инвалиды, страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями, больные туберкулезом, раком, ВИЧ – инфицированные, инсулинозависимые люди и больные с психическими отклонениями.

В рамках этой программы работают комнаты медико-социальной помощи, где белгородцам оказывается не только первая доврачебная помощь, но и организуется досуг пожилых людей, проходят благотворительные акции. Медицинские работники делают перевязки, измеряют артериальное давление и антропометрические данные, делают массаж. На сегодняшний день такие комнаты открыты в пяти населенных пунктах: Белгород, Шебекино, Старый Оскол и в поселках Ровеньки и Волоконовка.

В Доме сестринского ухода в г. Белгороде находятся парализованные люди, которые не подлежат госпитализации в стационары и дома-интернаты. Есть всё необходимое для ухода за тяжелобольными людьми: оборудованные палаты и санитарные комнаты, прачечная, парикмахерская, холл для отдыха, библиотека, пищеблок, ведется круглосуточный контроль врачей и среднего медицинского персонала. В настоящее время дом сестринского ухода может принять 40 больных и оказать всевозможную помощь.

В Белгородском отделении Российского Красного Креста развито волонтерское движение студентов. Ежедневно в Доме сестринского ухода работают волонтеры из Медицинского колледжа Медицинского института НИУ «БелГУ». Добровольцы университетов, колледжей, училищ и техникумов области принимают участие в акциях Красного креста, что и определило выбор базы проведения социологического исследования.

2.2. Социологическое исследование «Этико-деонтологические особенности сестринского персонала в работе с пациентами пожилого и старческого возраста»

Для выявления этико-деонтологических особенностей работы медицинских сестер в Белгородском региональном отделении Общероссийской организации «Российский Красный Крест» нами было проведено социологическое исследование среди медицинских сестер в количестве 25

человек. Социологический опрос мы провели с помощью анкеты, содержащей 30 вопросов, представленной в приложении работы.

Возраст средних медицинских работников в основном составил от 31-40 лет (50%), от 51 – 60 лет - 25%; от 26 – 30 лет и от 41 – 50 лет – по 12,5% (Рис. 1).

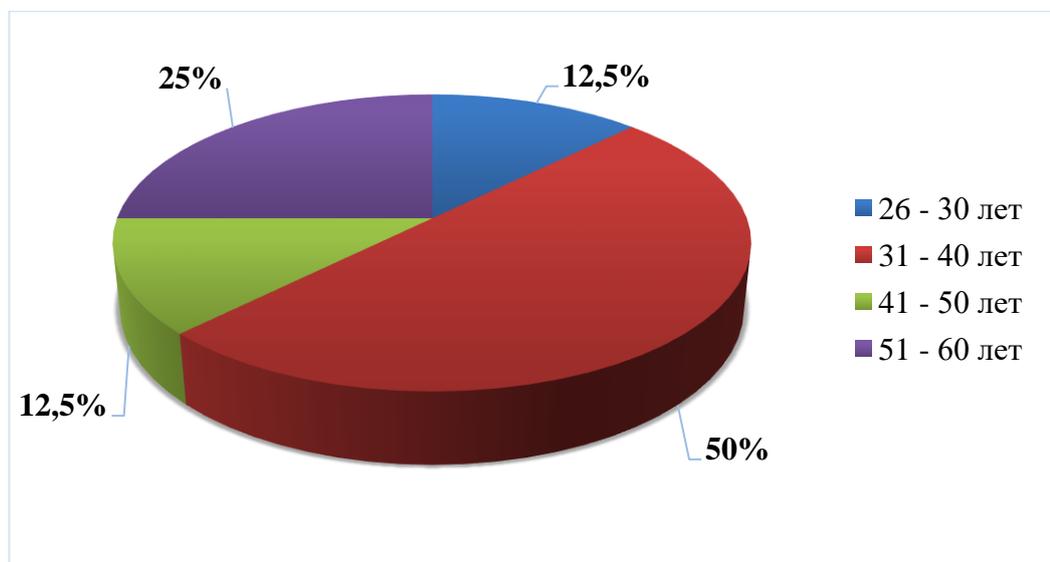


Рис. 1. Распределение средних медицинских работников по возрасту

Стаж работы респондентов составляет в большинстве случаев 10 – 15 лет – 50%; 15 – 20 лет – 25%; более 20 лет – 25%.

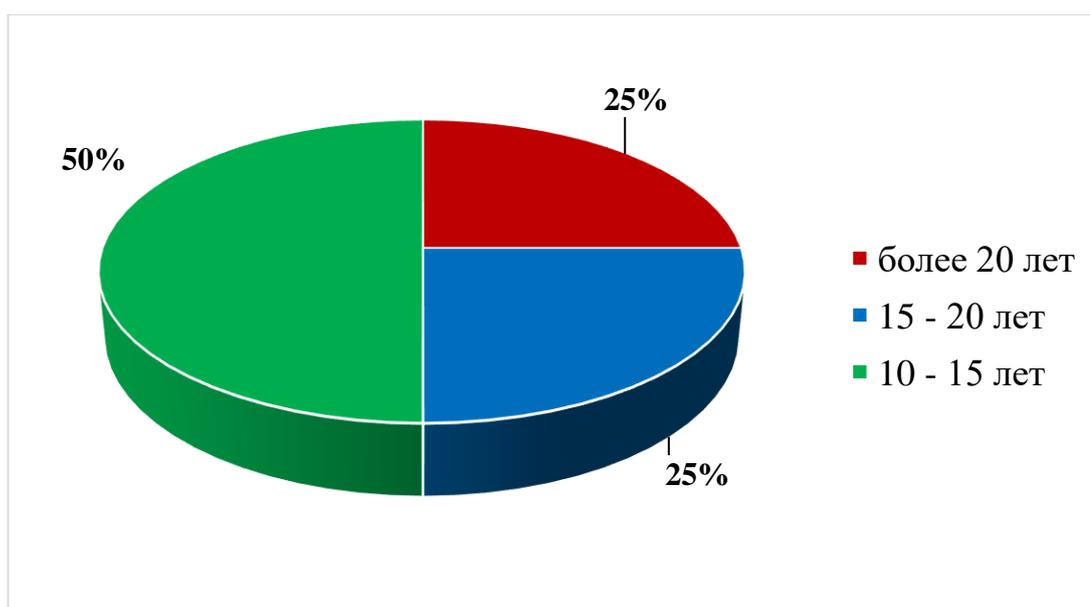


Рис. 2. Распределение средних медицинских работников по стажу работы

На основании теоретического анализа нами определено, что медицинские работники различных лечебно-профилактических учреждений должны соблюдать требования внешнего вида. Благоприятно, что все респонденты (100%) считают, что вид медицинского работника важен в его профессиональной деятельности. При этом 25% медицинских сестер считают данное требование обязательным всегда.

Также все респонденты (100%) определили, что качество медицинской помощи начинается с доброго, уважительного отношения медицинских работников к пациентам и их близким.

Общение с пожилыми пациентами является важнейшим элементом в процессе лечения и с этим согласны 87,5% респондентов, но требует внимания, что 12,5% считают общение не всегда важным элементом лечения (Рис. 3).

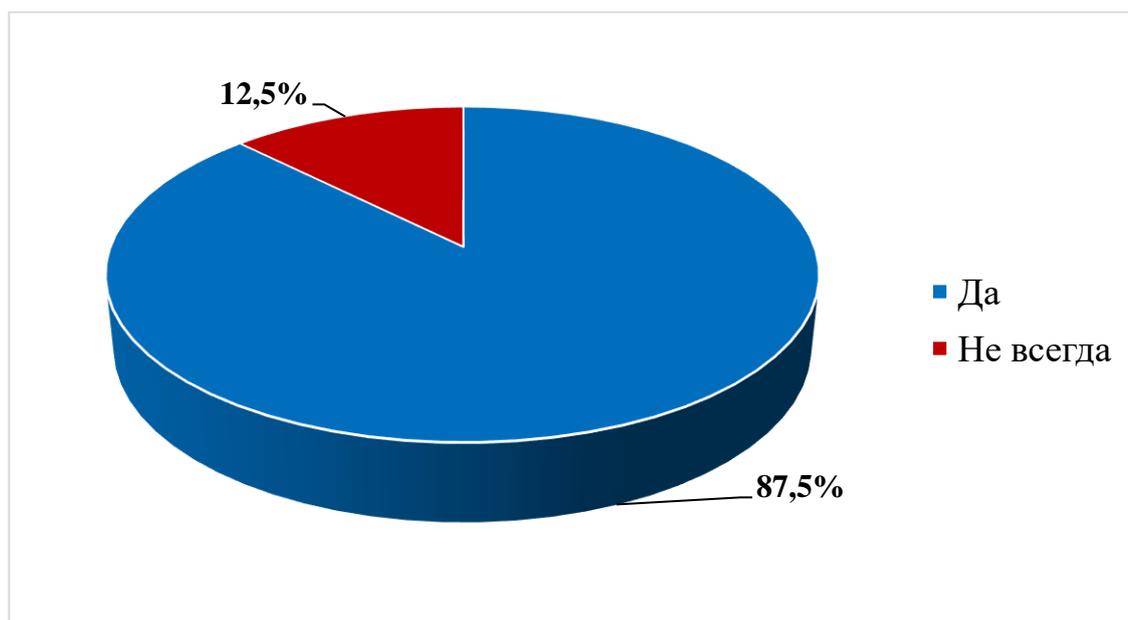


Рис. 3. Распределение респондентов в ответе на вопрос «Как Вы считаете, общение с пожилыми пациентами – важнейший элемент процесса лечения?»

На вопрос «Всегда ли Вам удастся установить качественный контакт с пациентами и/или их родственниками?» 50% медицинских сестер ответили утвердительно, 25% выбрали вариант ответа «иногда» и 25% - «всегда». Из этого можно сделать вывод о том, что некоторые медицинские работники (25%)

не считают важным устанавливать контакт с пациентом и его родственниками, что является недопустимым в соответствии с принципами медицинской этики и деонтологии (Рис. 4).

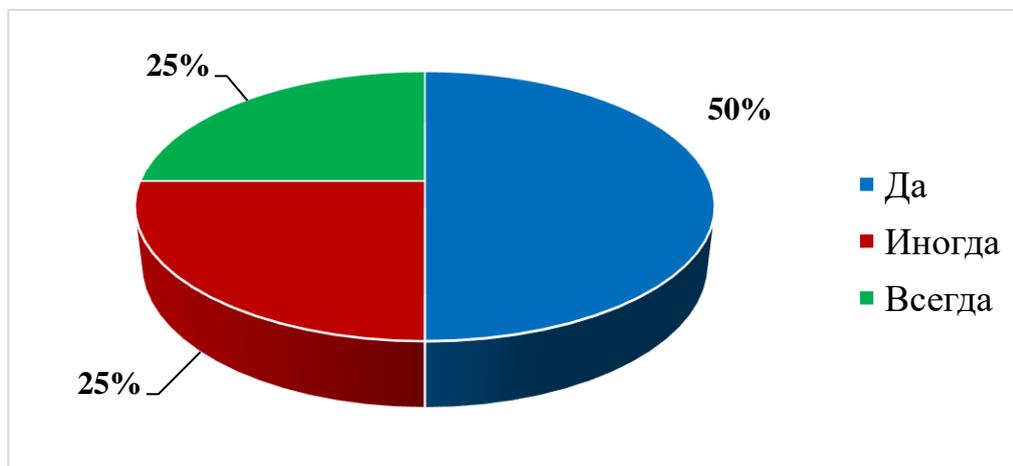


Рис. 4. Распределение респондентов в ответе на вопрос «Всегда ли Вам удается установить качественный контакт с пациентами и/или их родственниками?»

В своей профессиональной деятельности по имени и отчеству к пожилым пациентам обращаются 75% респондентов, нарушают данное этическое правило 25% медицинских сестер, делая это иногда (Рис. 5).

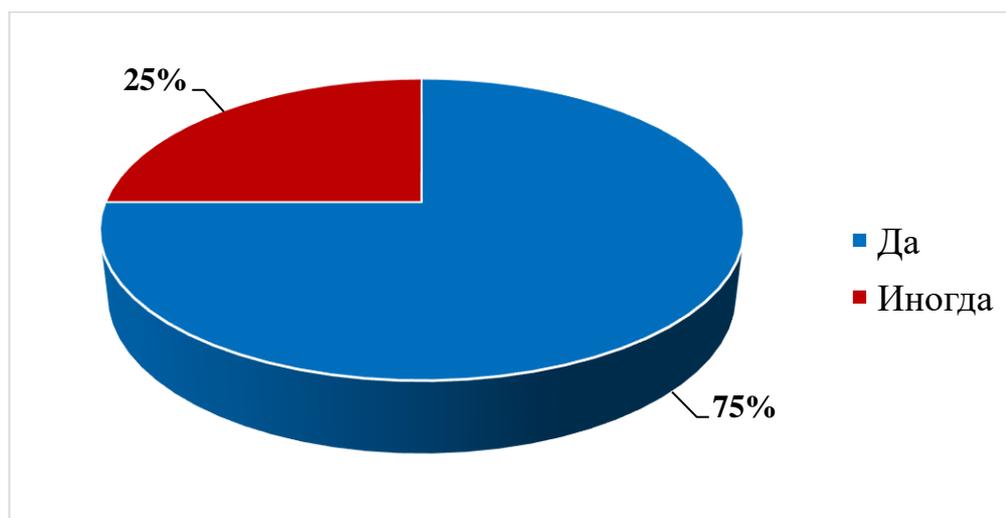


Рис. 5. Распределение респондентов в ответе на вопрос «В своей профессиональной деятельности Вы обращаетесь к пожилым пациентам по имени и отчеству?»

Все респонденты (100%) стараются быть приветливыми и терпимыми в своей профессиональной деятельности, а 25% соблюдают данное требование всегда.

В ходе социологического исследования нами проанализированы личностные качества среднего медицинского работника в оказании сестринского ухода пациентам пожилого и старческого возраста. По результатам исследования большинство респондентов считают, что доброта, терпение, чуткость, вежливость, внимательность, доброжелательность являются важными в оказании сестринского ухода пациентам пожилого и старческого возраста, но некоторые медицинские работники такие качества как, снисходительность и чувство юмора используют не всегда (Рис. 6).

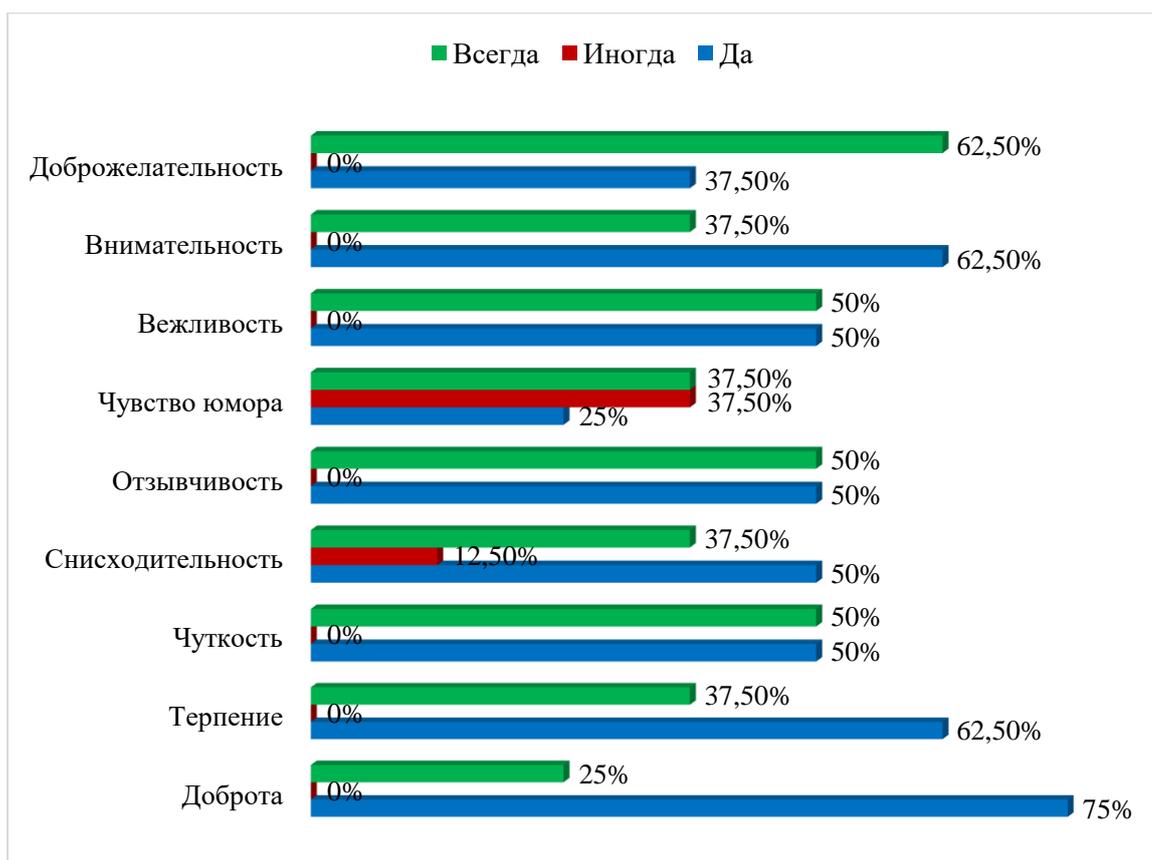


Рис. 6. Характеристика личностных качеств медицинских сестер в оказании ухода за пациентами пожилого и старческого возраста

Все опрошенные респонденты (100%) стремятся внимательно относиться к индивидуальности пациента, 25% медицинских сестер делают это всегда.

Неблагоприятно, что 12,5% опрошенных иногда терпимо относятся к физическим и психическим недостаткам пожилого и старческого возраста, но радует то, что 37,5% респондентов всегда терпимы, и 50% согласны с этим (Рис. 7).

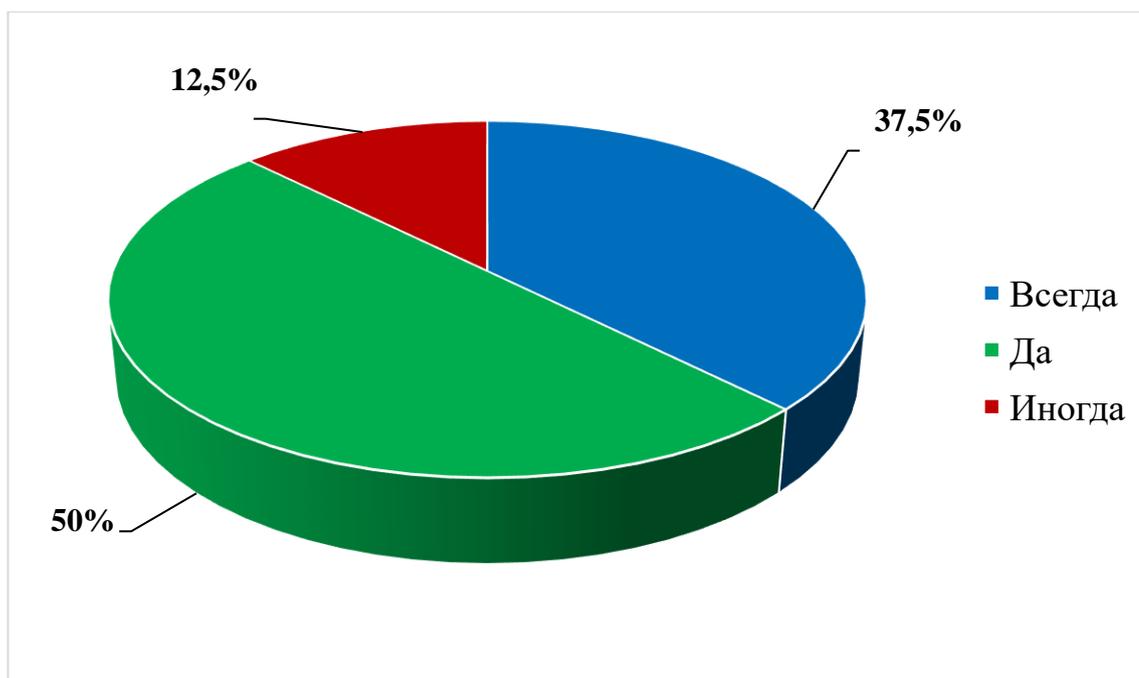


Рис. 7. Распределение респондентов в ответе на вопрос «Терпимо ли Вы относитесь к физическим и психическим недостаткам пациентов пожилого и старческого возраста?»

Большинство медицинских работников соблюдают особенности вербального общения с пожилыми и пациентами старческого возраста. Но отрицательными результатами проведенного исследования является то, что 25% медицинских работников иногда используют в общении с пациентами изложение информации в более медленном темпе. 37,5% респондентов используют повышение громкости в общении с пациентами иногда и 37,5% опрошенных вообще не используют эту особенность при общении (Рис. 8).

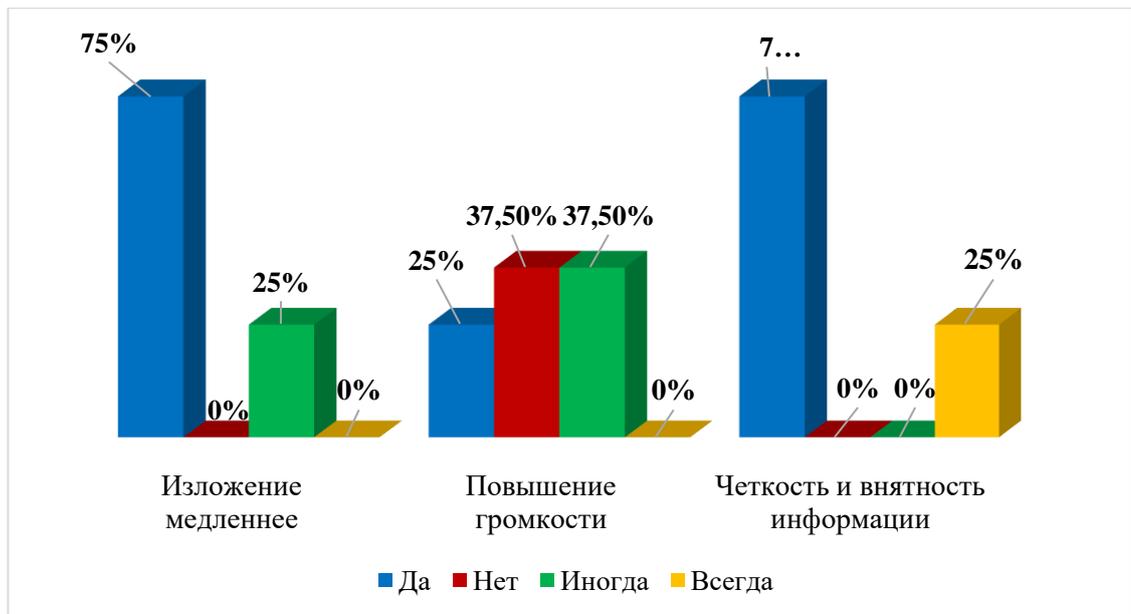


Рис. 8. Распределение респондентов в соблюдении особенностей в общении с пациентами пожилого и старческого возраста

По результатам исследования 62,5% респондентов иногда в своей профессиональной деятельности предоставляют пациентам информацию не только устно, но и письменно, что является неблагоприятным из-за особенностей пожилого и старческого возраста. И лишь 37,5% используют и письменное, и устное изложение информации (Рис. 9).

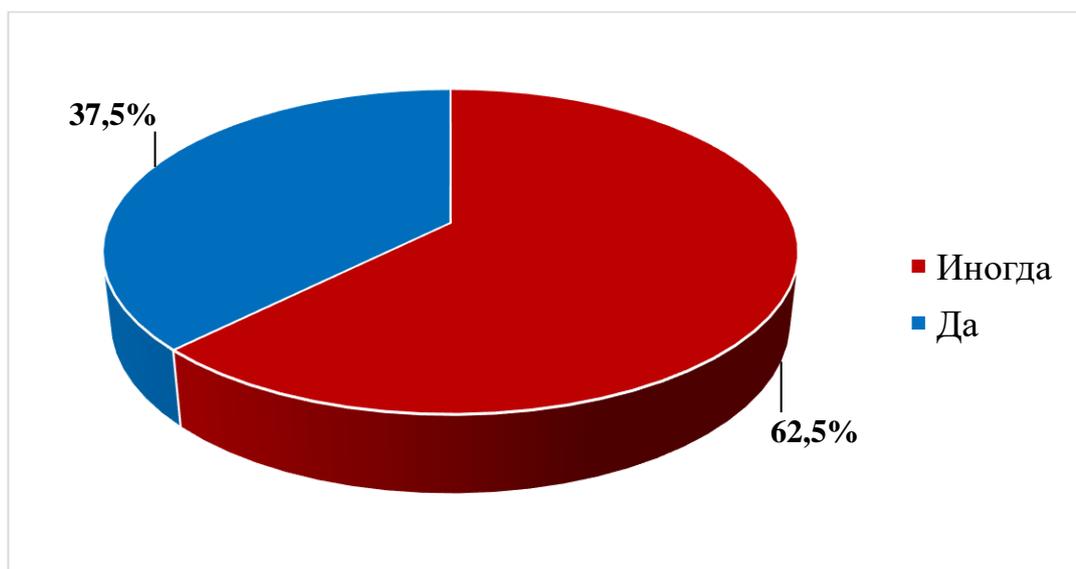


Рис. 9. Распределение респондентов по предоставлению информации и в устной, и письменной форме пациентам пожилого и старческого возраста

Психологическую помощь в преодолении страха перед манипуляциями оказывают 62,5% медицинских работников, но 37,5% делают это «иногда» (Рис. 10).

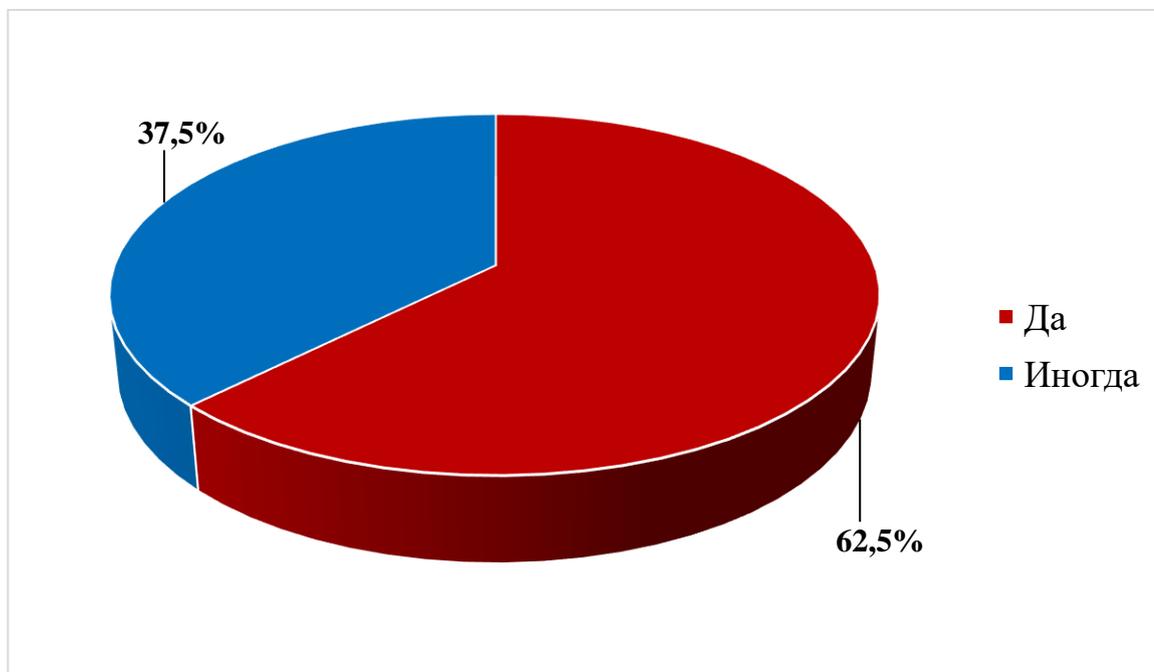


Рис. 10. Распределение респондентов в оказании психологической помощи в преодолении страха перед манипуляциями

На вопрос «Согласны ли Вы с необходимостью многократного объяснения пожилым пациентам порядка проведения всех лечебных и диагностических процедур?» 75% респондентов ответили утвердительно, 25% медицинских сестер – отрицательно, вероятно, они не соблюдают данную этико-деонтологическую особенность при работе с пациентами пожилого и старческого возраста (Рис. 11).

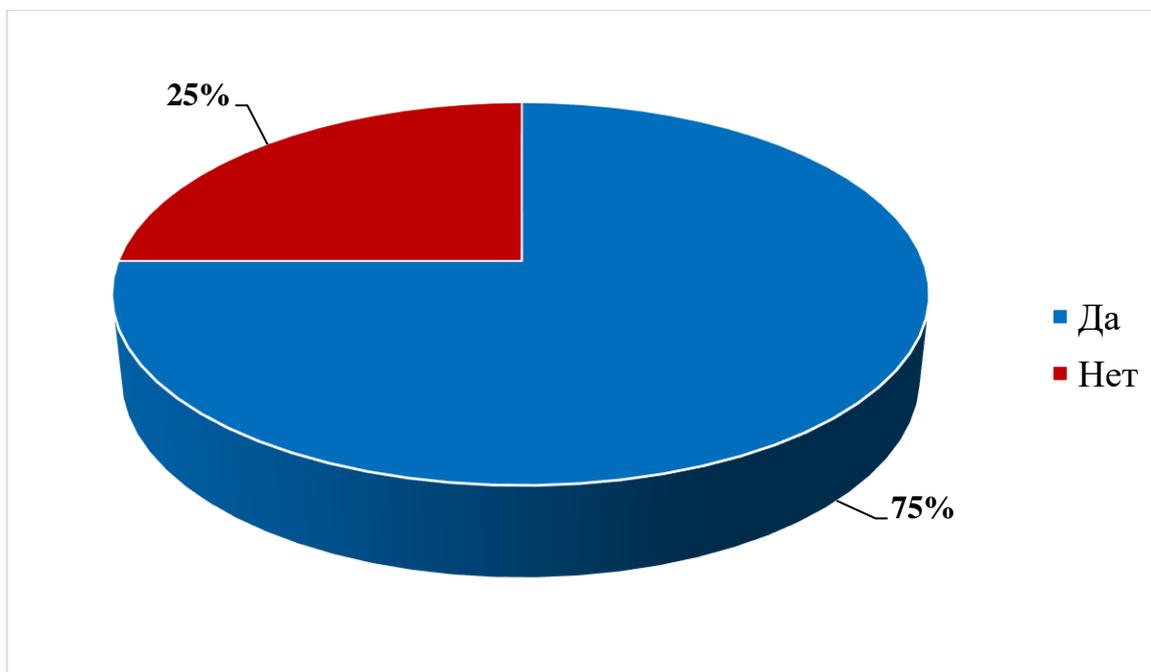


Рис. 11. Распределение респондентов в ответе на вопрос «Согласны ли Вы с необходимостью многократного объяснения пожилым пациентам порядка проведения всех лечебных и диагностических процедур?»

Благоприятно, что большинство (75%) опрошенных проводят убеждение пациентов в необходимости выполнения назначений врача с приведением примеров из жизни других людей, персонажей, исторических личностей для дальнейшего лечения и моральной подготовки, и 25% медицинских сестер не убеждают пациентов, приводя примеры.

В своей профессиональной деятельности увеличивают продолжительность вербального общения с пациентами пожилого и старческого возраста (по сравнению с пациентами других возрастных групп) большинство (62,5%) респондентов, и 37,5% медицинских сестер выбрали ответ «иногда».

По результатам исследования респонденты считают, что сестринский уход в гериатрии должен быть направлен на:

- на активизацию подвижности пожилого больного – 100%;
- его способности к самообслуживанию: 75% - ответили «да»; 25% - «иногда»;

- восстановление посильной общей и профессиональной работоспособности: 37,9% – ответили «да»; 25% - «нет»; 37,5% - «иногда» (Рис. 12).

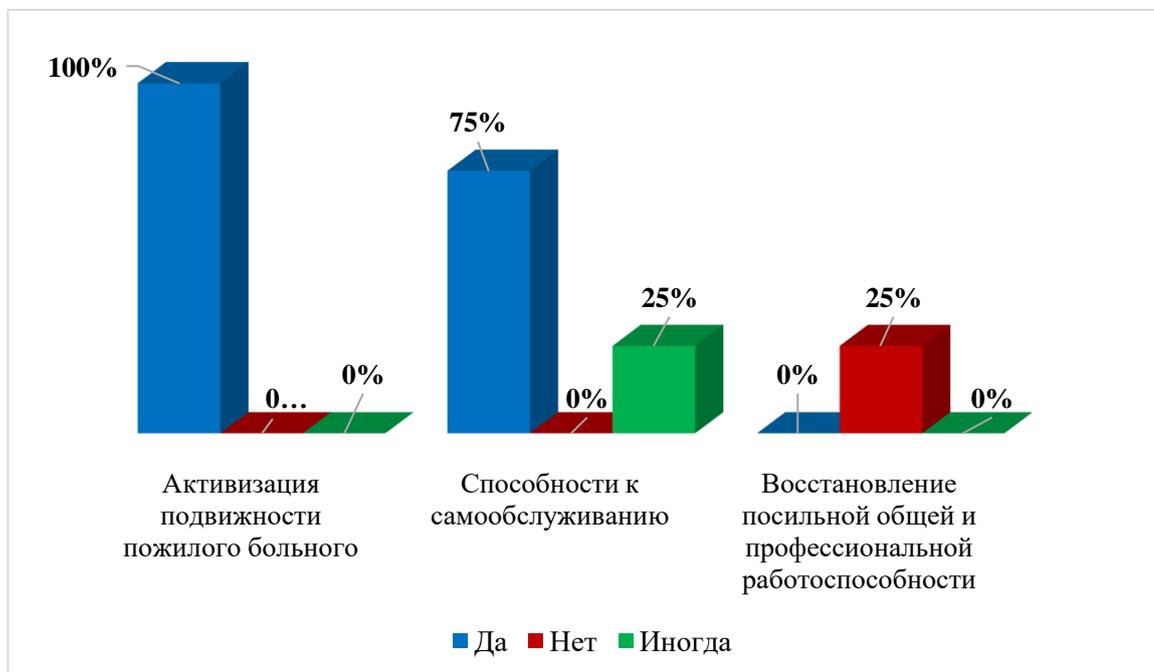


Рис. 12. Распределение направлений сестринского ухода в гериатрии по мнению респондентов

Участие родственников в уходе за пациентами пожилого и старческого возраста способствуют 100% медицинских сестер.

Положительными результатами социологического исследования является то, что 100% респондентов считают невозможным спорить и критиковать пожилого пациента. Но, при этом, у большинства (62,5%) медицинских работников иногда возникают конфликты с пациентами и/или их родственниками, что противоречит принципам этики и деонтологии, но у 37,5% конфликтов не возникает (Рис. 13).

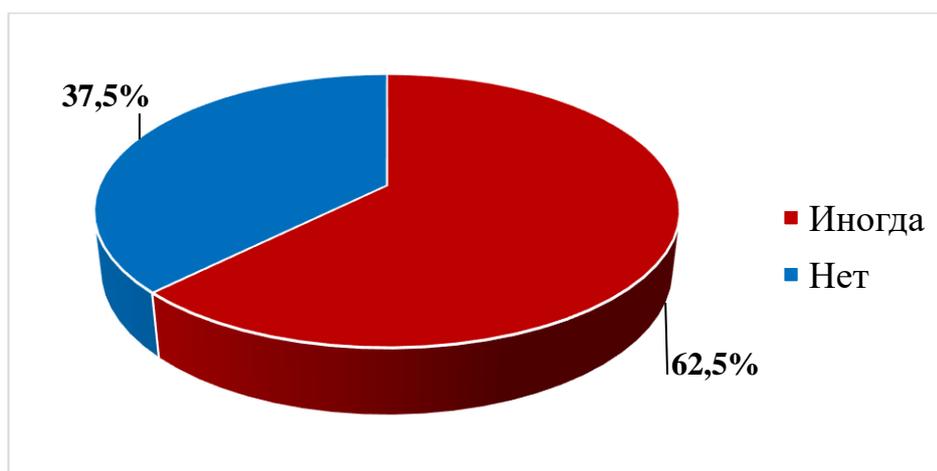


Рис. 13. Распространенность конфликтов респондентов с родственниками пациентов пожилого и старческого возраста

Сохранению врачебной тайны придерживаются все респонденты и благоприятно, что 25% делают это всегда. Но, по результатам исследования определено противоречие, так как 25% респондентам приходилось быть свидетелями несоблюдения врачебной тайны среди коллег, также 25% иногда бывали свидетелями таких ситуаций, что является неприемлемым согласно этике и деонтологии, и 50% уверены в сохранении врачебной тайны в отделении (Рис. 14).

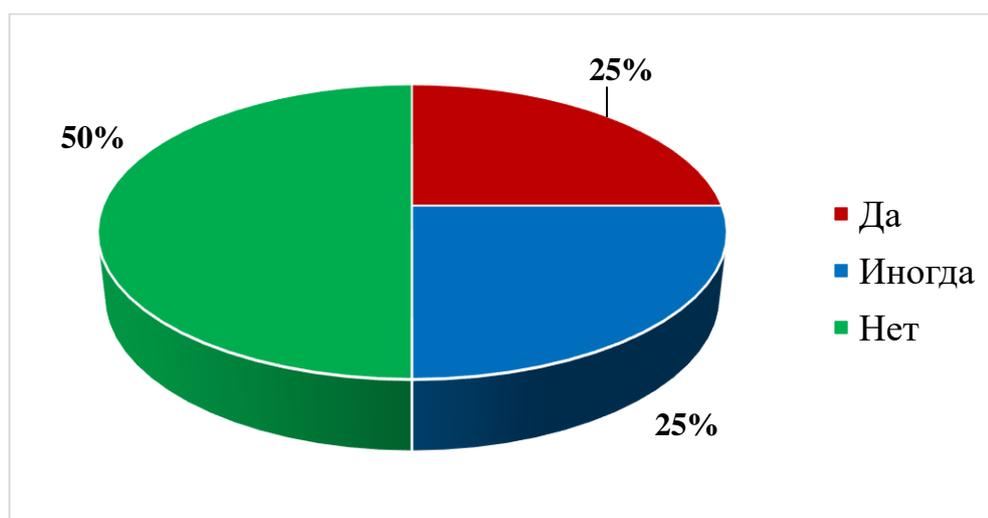


Рис. 14. Распределение респондентов в ответе на вопрос «Приходилось ли Вам быть свидетелем несоблюдения врачебной тайны среди коллег в Вашем отделении?»

Неблагоприятно, что 25% опрошенных иногда замечали некорректное отношение и поведение со стороны коллег к пациентам и/или их родственникам, но 75% респондентов отрицают такие ситуации (Рис. 15).

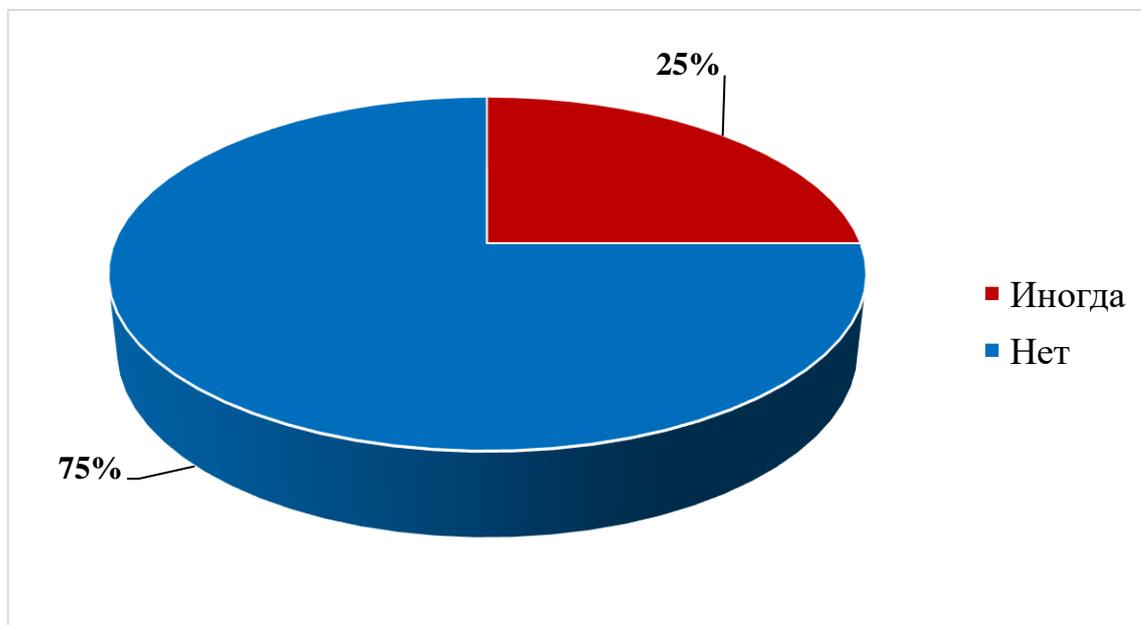


Рис. 15. Распространенность некорректного отношения и поведения со стороны коллег к пациентам и/или их родственникам

100% медицинских работников считают, что в отделении соблюдается субординация между сотрудниками.

Также 100% респондентов отрицают критику или оценку профессиональной деятельности коллег в присутствии пациентов и/или их родственников.

На вопрос «Можно ли сказать, что в Вашем отделении поддерживается единый стиль и сглаженность работы?» большинство (75%) медицинских работников ответили да, но 25% респондентов выбрали ответ «иногда».

100% опрошенных считают, что их коллеги ответственны и доброжелательны, также 100% уверены, что соблюдение этических и деонтологических правил в профессиональной деятельности среднего медицинского работника является обязательным.

Подводя итог результатов проведенного социологического исследования этико-деонтологических особенностей медицинской сестры в работе с пациентами пожилого и старческого возраста, можно следующие выводы:

1. Медицинские сестры оказывают качественную медицинскую помощь пациентам пожилого и старческого возраста, несут моральную ответственность за свою профессиональную деятельность перед пациентами, коллегами и обществом в целом.

2. Медицинские сестры поддерживают авторитет и репутацию своей профессии, коллег и ЛПУ в целом. По мнению респондентов в отделениях соблюдается субординация между коллегами, отношения персонала демократичные, а коллеги ответственны и доброжелательны.

3. В своей профессиональной деятельности медицинские сестры за основу ставят индивидуальный подход к пациенту, применяя приемы психопрофилактики, вселяют уверенность в безвредности процедур и манипуляций, разъясняя их необходимость для скорейшего выздоровления и профилактики заболеваний.

4. Соблюдение одного из главных этических требований - сохранение профессиональной (медицинской) тайны, полученной в ходе профессиональной деятельности медицинской сестры, по мнению респондентов, выполняется полностью. Но при этом сотрудникам приходилось быть свидетелем несоблюдения профессиональной тайны среди лиц, принимающих участие в лечебно-диагностическом процессе, что является недопустимым.

Также в результате проведенного социологического исследования были выявлены такие негативные моменты, как:

1. Возможное некорректное отношение и поведение со стороны коллег к пациентам или их родственникам.

2. Медицинским сестрам не всегда удается установить качественный контакт с пациентами или их родственниками.

Таким образом, в целях дальнейшего улучшения работы сестринского персонала с пациентами пожилого и старческого возраста и устранения имеющихся недостатков необходимо:

1. Дальнейшее соблюдение Этического кодекса медицинских сестер в работе с пациентами и их родными и близкими. Этический кодекс медицинских работников определяет моральную ответственность. Выделяют пять универсальных этических принципа: милосердие, автономия, справедливость, не причинение вреда, полнота медицинской помощи.

2. Контроль соблюдения норм этики и деонтологии со стороны администрации лечебно-профилактического учреждения.

3. Проведение обучающих семинаров, лекций и других форм работы по вопросам соблюдения этико-деонтологических норм в профессиональной деятельности сестринского персонала. По возможности, проведение и специальных тренингов, во время которых сотрудникам предлагать сообща решать различные профессионально-ситуационные задачи по оказанию сестринского ухода пациентам, и обучения родных и близких пациентов уходу, а также выполнению профилактических мероприятий.

Этико-деонтологическое воспитание и самовоспитание – это сложный и длительный процесс, он требует от каждого медицинского работника, в том числе и гериатрической медицинской сестры, систематической работы над собой. Медицинские работники в процессе всей трудовой жизни обязаны не только соблюдать, но и совершенствовать этико-деонтологические нормы своего профессионального труда.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Медицинская этика и деонтология, в соответствии с современными научными представлениями, это выражение высокого долга, общечеловеческой гуманности в специфических условиях профессиональной деятельности [7, с. 562].

Правила поведения человека в профессиональной сфере определяются законами государства, которые основаны на главных принципах морали и выполнение которых им контролируются.

Этику и деонтологию обсуждали и изучали с древних времен, и на сегодня различные исследования в этом направлении имеют особую актуальность. Множество публикаций и исследований посвящено вопросам в данном направлении и, кажется, что обращение к данной тематике снова вряд ли будет целесообразным. Но в конце прошлого века в связи с изменениями социально-экономических отношений, кризисом здравоохранения вопросы медицинской этики и деонтологии приобрели особую остроту. Продолжает понижаться значимость непосредственного исследования, а явления дегуманизации, которые заключаются в отчуждении врача и пациента, обусловленные интенсивным появлением новых действенных методов лабораторного и инструментального исследования, терапии нарастают [8, с. 73].

В ходе теоретического анализа данных медицинской литературы и периодических изданий, представленного в первой главе работы, определены особенности пожилого и старческого возрастов, в соответствии с ними мероприятия медицинской и медико-социальной защиты старших возрастных групп населения, этико-деонтологические особенности сестринского персонала в профессиональной деятельности с данной категорией пациентов. Кроме того, установлено, что профессиональная деятельность медицинской сестры в работе с пациентами пожилого и старческого возраста требует знаний психологии в различных возрастных периодах. Особо важным является умения строить с

пациентами пожилого и старческого возраста правильные взаимоотношения, создавая атмосферу взаимопонимания и дружбы с соблюдением правил этики и деонтологии для благотворного влияния на ход лечебного процесса.

В гериатрии особое значение имеют милосердие, гуманность, сострадание и доверие, а также ровное, спокойное, разумное поведение медицинского персонала, сочетаемое с заботливым и внимательным отношением к пациентам и их родным и близким. Нужно целенаправленно воздействовать на родственников, обеспечивая их активное участие и помощь в организации лечения.

По результатам проведенного социологического исследования среди медицинских сестер в Белгородском региональном отделении Общероссийской организации «Российский Красный Крест» можно сделать вывод, что в трудной и ответственной работе с пациентами пожилого и старческого возраста большое значение имеют не только специальные знания, опыт, но и человеческие качества медицинского работника. Эффективность в лечении и оздоровлении можно достичь только при индивидуальном подходе к каждому пациенту с соблюдением этико-деонтологических качеств, таких как доброе отношение, проявление милосердия, сострадания, вежливости, тактичности, внимания, заботы и доброжелательности.

Заканчиваем дипломную работу словами древнегреческого целителя, врача и философа Гиппократ «Отнесись к больному так, как бы хотел ты, чтобы отнесли к тебе в час болезни. Прежде всего — не вреди!».

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аминов, И.И. Профессиональная этика и служебный этикет сотрудников ОВД: Учебник. / И.И. Аминов и др. - М.: ЮНИТИ, 2015. - 271 с.
2. Белогурова, В.А. Культура речи медицинского работника: Учебное пособие. 2-е издание., испр. и доп. – М.; СПб.: Нестор-История, 2015. – 332 с.
3. Виговская, М.Е. Профессиональная этика и этикет: Учебное пособие для бакалавров / М.Е. Виговская. - М.: Дашков и К, 2015. - 144 с.
4. Ерохин, А.К. Медицинская этика и деонтология: Учебное пособие. – Владивосток: Медицина ДВ, 2017. – 137 с.
5. Здоровый человек и его окружение [Электронный ресурс] : учебник / В.Р. Кучма, О.В. Сивочалова - 4-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432327.html>
6. Касимовская, Н.А. Основы сестринской деятельности: учебник. - МИА (Медицинское информационное агентство), 2019. – 424 с.
7. Кулешова, Л.И. Основы сестринского дела: курс лекций, сестринские технологии: учебник для студентов средн. проф. учеб. заведений / Л.И. Кулешова, Е.В. Пустоветова ; под общ. ред. В.В. Морозова. - 7-е изд. – Ростов - на-Дону: Феникс, 2016. - 733 с.
8. Машковский, М.Д. Деонтология в медицине (комплект из 2 книг). - М.: Медицина, 2016. - 770 с.
9. Общий уход за больными в терапевтической клинике [Электронный ресурс] : учебное пособие / Ослопов В.Н., Богоявленская О.В. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425206.html>
10. Петров, В.Н. Терапия. Пособие для медицинских сестер (16+) / В. Н. Петров. – М.: Высшая школа, 2015. -789 с.

11. Ремизов, И.В. Основы патологии: учебник для студентов учреждений средн. проф. образования / И.В. Ремизов, В.А. Дорошенко. - 9-е изд. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2015. - 221 с.
12. Руденко, А.М. Психология для медицинских колледжей : учеб. пособие для студентов сред. спец. учреждений / А.М. Руденко, С.И. Самыгин. - Изд. 3-е. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2015. - 383 с.
13. Сумин, С.А. Основы реаниматологии : учебник для студентов мед. училищ и колледжей / С.А. Сумин, Т.В. Окунская. - 2-е изд. стер. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 684 с.
14. Федюкович, Н.И. Внутренние болезни : учебник для студентов образов. учреждений средн. проф. образования и науки / Н.И. Федюкович. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2015. - 505 с.
15. Широкова, Н.В. Основы сестринского дела : алгоритмы манипуляций : учеб. пособие для мед. училищ и колледжей / [Широкова Н.В. и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. -155 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Анкета

«Этико - деонтологические особенности сестринского персонала в работе с пациентами пожилого и старческого возраста»

Уважаемые медицинские сестры!

Данное анкетирование проводится с целью изучения этико-деонтологических особенностей в работе средних медицинских работников с пациентами пожилого и старческого возраста. Просим Вас объективно подойти к содержанию вопросов анкеты и определить вариант ответа, наиболее подходящий Вашим профессиональным и личностным взглядам.

Ваше мнение особенно ценно, так как полученная в ходе исследования информация позволит определить проблемы в данном направлении профессиональной деятельности с целью дальнейшего повышения качества оказания сестринской помощи пациентам пожилого и старческого возраста.

Заполняется анкета АНОНИМНО. Данные анкетирования будут использованы только в обобщенном виде.

Благодарим Вас за сотрудничество!

1. Ваш возраст:

1. до 25 лет
2. 26 – 30 лет
3. 31 – 40 лет
4. 41 – 50 лет
5. 51 – 60 лет
6. старше 60 лет

2. Стаж работы:

1. до 3-х лет
2. 3-5 лет
3. 5-10 лет
4. 10-15 лет
5. 15-20 лет
6. более 20 лет

3. Считаете ли Вы, что соответствующий внешний вид среднего медицинского работника важен в его профессиональной деятельности?

1. Да 2. Нет 3. Иногда 4. Всегда

Ваш вариант ответа _____

4. Согласны ли Вы с мнением, что качество медицинской помощи начинается с доброго, уважительного отношения медицинских работников к пациентам и их близким?

1. Да 2. Нет 3. Иногда 4. Всегда

Ваш вариант ответа _____

5. Как Вы считаете, общение с пожилыми пациентами – важнейший элемент процесса лечения?

1. Да 2. Нет 3. Иногда 4. Всегда

Ваш вариант ответа _____

6. Всегда ли Вам удается установить качественный контакт с пациентами и/или их родственниками?

1. Да 2. Нет 3. Иногда 4. Всегда

Ваш вариант ответа _____

7. В своей профессиональной деятельности Вы обращаетесь к пожилым пациентам по имени и отчеству?

1. Да 2. Нет 3. Иногда 4. Всегда

Ваш вариант ответа _____

8. В своей профессиональной деятельности Вы стараетесь быть приветливыми и терпимыми?

1. Да 2. Нет 3. Иногда 4. Всегда

Ваш вариант ответа _____

9. В оказании сестринского ухода пациентам пожилого и старческого возраста важны следующие личностные качества среднего медицинского работника?

Доброта	1. Да	2. Нет	3. Иногда	4. Всегда
Терпение	1. Да	2. Нет	3. Иногда	4. Всегда
Чуткость	1. Да	2. Нет	3. Иногда	4. Всегда
Снисходительность	1. Да	2. Нет	3. Иногда	4. Всегда
Отзывчивость	1. Да	2. Нет	3. Иногда	4. Всегда
Чувство юмора	1. Да	2. Нет	3. Иногда	4. Всегда
Вежливость	1. Да	2. Нет	3. Иногда	4. Всегда
Внимательность	1. Да	2. Нет	3. Иногда	4. Всегда
Доброжелательность	1. Да	2. Нет	3. Иногда	4. Всегда

10. Стремитесь ли Вы внимательно относиться к индивидуальности пациента?

1. Да 2. Нет 3. Иногда 4. Всегда

5. Ваш вариант ответа _____

11. Терпимо ли Вы относитесь к физическим и психическим недостаткам пациентов пожилого и старческого возраста?

1. Да 2. Нет 3. Иногда 4. Всегда

Ваш вариант ответа _____

12. Соблюдаете ли Вы следующие особенности в общении с пациентами пожилого и старческого возраста:

Изложение медленнее	1. Да	2. Нет	3. Иногда	4. Всегда
Повышение громкости	1. Да	2. Нет	3. Иногда	4. Всегда
Четкость и внятность информации	1. Да	2. Нет	3. Иногда	4. Всегда

Ваш вариант ответа _____

13. В профессиональной деятельности рекомендации пациентам пожилого и старческого возраста Вы предоставляете не только устно, но и письменно?

1. Да 2. Нет 3. Иногда 4. Всегда

Ваш вариант ответа _____

14. Проводите ли Вы оказание помощи пациентам в преодолении страха перед манипуляциями?

1. Да 2. Нет 3. Иногда 4. Всегда

Ваш вариант ответа _____

15. Согласны ли Вы с необходимостью многократного объяснения пожилым пациентам порядка проведения всех лечебных и диагностических процедур?

1. Да 2. Нет 3. Иногда 4. Всегда

Ваш вариант ответа _____

16. Проводите ли Вы убеждение пациентов в необходимости выполнения назначений врача с приведением примеров из жизни других людей, персонажей, исторических личностей и др.?

1. Да 2. Нет 3. Иногда 4. Всегда

Ваш вариант ответа _____

17. В своей профессиональной деятельности Вы увеличиваете продолжительность вербального общения с пациентами пожилого и старческого возраста (по сравнению с пациентами других возрастных групп)?

1. Да 2. Нет 3. Иногда 4. Всегда

Ваш вариант ответа _____

18. Согласны ли Вы с тем, что сестринский уход в гериатрии должен быть направлен:

- на активизацию подвижности пожилого больного

1. Да 2. Нет 3. Иногда 4. Всегда

- его способности к самообслуживанию

1. Да 2. Нет 3. Иногда 4. Всегда

- восстановление посильной общей и профессиональной работоспособности

1. Да 2. Нет 3. Иногда 4. Всегда

Ваш вариант ответа _____

19. В своей профессиональной деятельности Вы способствуете участию родственников в уходе за пациентами пожилого и старческого возраста?

1. Да 2. Нет 3. Иногда 4. Всегда

Ваш вариант ответа _____

20. Считаете ли возможным спорить и критиковать пожилого пациента?

1. Да 2. Нет 3. Иногда 4. Всегда

Ваш вариант ответа _____

21. Как часто у Вас возникают конфликты с пациентами и/или их родственниками?

1. Да 2. Нет 3. Иногда 4. Всегда

Ваш вариант ответа _____

22. Всегда ли Вы придерживаетесь правил сохранения врачебной тайны?

1. Да 2. Нет 3. Иногда 4. Всегда

Ваш вариант ответа _____

23. Приходилось ли Вам быть свидетелем несоблюдения врачебной тайны среди коллег в Вашем отделении?

1. Да 2. Нет 3. Иногда 4. Всегда

Ваш вариант ответа _____

24. Имеет ли место некорректное отношение и поведение со стороны коллег к пациентам и/или их родственникам в Вашем отделении?

1. Да 2. Нет 3. Иногда 4. Всегда

Ваш вариант ответа _____

25. Считаете ли Вы, что в Вашем отделении соблюдается субординация между сотрудниками, т.е. служебное подчинение младшего по должности старшему?

1. Да 2. Нет 3. Иногда 4. Всегда

Ваш вариант ответа _____

26. Имеет ли место критика или оценка профессиональной деятельности коллег в присутствии пациентов и/или их родственников в Вашем отделении?

1. Да 2. Нет 3. Иногда 4. Всегда

Ваш вариант ответа _____

27. Можно ли сказать, что в Вашем отделении поддерживается единый стиль и слаженность работы?

1. Да 2. Нет 3. Иногда 4. Всегда

Ваш вариант ответа _____

28. Можно ли сказать, что Ваши коллеги ответственны и доброжелательны?

1. Да 2. Нет 3. Иногда 4. Всегда

Ваш вариант ответа _____

29. Считаете ли Вы соблюдение этико-деонтологических правил в профессиональной деятельности среднего медицинского работника обязательными?

1. Да 2. Нет 3. Иногда 4. Всегда

Ваш вариант ответа _____
