

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом ФПКиП

Обсуждено на заседании кафедры
Протокол № 16
от 30.08.2022

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА

для проведения занятия со студентами

1 курса лечебного факультета по

дисциплине «Биомедицинская этика»

Тема: ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ В ОНКОЛОГИИ.

Время: 3 часа

1. УЧЕБНЫЕ И ВОСПИТАТЕЛЬНЫЕ ЦЕЛИ, МОТИВАЦИЯ ДЛЯ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ, ТРЕБОВАНИЯ К ИСХОДНОМУ УРОВНЮ ЗНАНИЙ.

Мотивационная характеристика темы: Отношение человека к смерти является одной из важнейших характеристик его культуры, равно как отношение к онкобольным, является критерием культуры данного общества.

В связи с неадекватностью медицины во многих тяжелых случаях все чаще встает вопрос об этическом подходе к пациентам. Очень важно подготовить родственников пациентов с онкологическими заболеваниями, так как поддержка родственников очень важна в процессе реабилитации пациента.

Учебные цели занятия: формирование у студентов осознанной этической позиции в отношении достижений современной биомедицинской науки в областях, связанных с онкологическими заболеваниями.

Воспитательные цели занятия: формирование у студентов осознанной этической позиции в отношении достижений современной биомедицинской науки в областях, связанных с онкологической помощью.

Задачи занятия:

- определить подход к пациентам, обследуемым в связи с подозрением на злокачественное новообразование;
- выяснить причину отказа от лечения.

Требования к исходному уровню знаний.

В результате проведения занятия студент должен:

– Знать:

- понятие новообразования;
- организацию онкологической помощи;
- этические аспекты в онкологии;

– Уметь:

- оказывать поддержку близким умирающего пациента;
- оказывать психологическую помощь медицинскому персоналу;
- соблюдать специфику общения с онкологическими пациентами.

2. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИЗ СМЕЖНЫХ ДИСЦИПЛИН.

1. Понятие «биологической смерти»
2. Дефиниция и клиническое определение смерти.
3. Философские проблемы адекватности определения смерти мозга.

3. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ.

1. Специфика общения с онкологическими пациентами.
2. Правило правдивости в онкологической деонтологии.
3. Деонтологический подход к пациентам при лечении и диагностике злокачественных новообразований. Причины отказа от лечения.
4. Деонтологический подход к родственникам онкологического пациента.

4. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ ЗАНЯТИЯ.

1. Специфика общения с онкологическими пациентами.

Общение с онкологическим пациентом без соблюдения принципов деонтологии недопустимо. Ситуации, с которыми встречается врач в практической работе, настолько многообразны, что привести подходящие к каждому случаю деонтологические правила невозможно. Поэтому в каждом конкретном случае врачу необходимо самостоятельно находить оптимальное решение.

Н. Н. Блохин (1977 г.) указывает, что деонтология является очень широким понятием, включающим «необходимость для врача быть на уровне современного развития медицинской науки, быть готовым помочь пациенту, правильно строить взаимоотношения с пациентами, их родственниками, товарищами по работе, со своими учителями, содействовать дальнейшему развитию медицины» [1].

Два принципиальных положения определяют тактику врача по отношению к

онкологическому пациенту:

1) оптимальное использование диагностических процедур и лечебной помощи должно осуществляться с максимальным щажением психики пациента;

2) каждый пациент злокачественной опухолью подлежит лечению.

Начиная с периода обследования, онкологические пациенты находятся в подавленном состоянии. У них наблюдается эмоциональный стресс, проявляющийся выраженными признаками тревоги и депрессии. В таком состоянии возможны неадекватные реакции, выражающиеся в отказе от лечения и даже в попытках покончить жизнь самоубийством. Задача врача заключается в том, чтобы успокоить пациента и психологически подготовить к предстоящему лечению, внушив ему веру в излечимость заболевания. При этом сообщать пациенту о наличии у него рака или другой злокачественной опухоли с сомнительным исходом не следует. Чем больше пациент настаивает, чтобы ему открыли правду, тем больше он ее боится. Исключение может быть сделано лишь при недооценке пациентом серьезности положения и отказе от обследования и лечения. Но даже в таких случаях желательно избегать терминов «рак», «саркома» и т. д.

С деонтологических позиций нельзя допускать, чтобы в руки пациента попадала медицинская документация и данные, подтверждающие диагноз злокачественного новообразования. Следует соблюдать предельную осторожность при разговорах по телефону о пациенте, анализе рентгенограмм и результатов специальных исследований в присутствии пациента и т. д.

2.Правило правдивости в онкологической деонтологии.

Типы высшей нервной деятельности и реакция онкологических пациентов:

Сангвиник – оптимист, он понимает необходимость и легко переносит диагностические и лечебные процедуры, верит в успех лечения.

Флегматик – стеснителен, мало жалуется, не любит задавать вопросов, не углубляется в результаты обследования. Он дисциплинирован, с уважением относится к рекомендациям врача. Необходимость обследования и лечения принимает без возражений.

С сангвиниками и флегматиками врачу разговаривать не трудно, тем не менее говорить им о наличии злокачественной опухоли без особой необходимости не следует.

Холерик – бурно реагирует, но легко переходит от энергичных действий к подавленному состоянию. Принимает быстрые решения. Может сразу категорически отказаться от обследования и лечения или наоборот требовать ускоренного производства назначенных процедур. Обычно это не очень дисциплинированный пациент, который часто не верит в возможное излечение и может вести себя агрессивно по отношению к врачу и другому медицинскому персоналу.

В разговоре с таким пациентом врач должен проявить особое внимание, сохранить полное спокойствие и рассудительность. Пациент должен почувствовать хорошее, доброжелательное отношение, понять, что врач от души старается помочь ему.

Меланхолик – мнительный человек, часто обладающий поверхностными сведениями негативного характера о злокачественных опухолях. Он стремится выяснить результаты каждого исследования, акцентирует внимание и дает неправильное толкование любым отклонениям от нормы. Предположение о злокачественной опухоли вызывает у него паническое состояние, в возможность излечения он не верит. В процессе разговора он внимательно следит за мимикой врача, ловит каждое слово, отыскивая в нем опасное подтверждение своих предположений. Такому пациенту ни в коем случае нельзя говорить о наличии злокачественной опухоли. Его нужно вызвать на доверительный разговор, в процессе которого врач должен спокойным, уверенным тоном разъяснить пациенту ошибочность его представлений. Пациента следует убедить в том, что направление на консультацию к онкологу продиктовано необходимостью уточнения степени опасности, имеющейся у него язвы, уплотнения или затемнения, с целью исключения злокачественного новообразования. Характер предстоящего лечения обсуждать не следует. Если пациент

прямо ставит об этом вопрос, нужно сказать, что выбор метода лечения будет сделан в зависимости от результатов обследования в стационаре [2].

Взаимоотношения врача с онкологическим пациентом должны строиться на основе сочувствия и внимания. Задачи, стоящие перед врачом, меняются в зависимости от категории пациентов.

3. Деонтологический подход к пациентам при лечении и диагностике злокачественных новообразований. Причины отказа от лечения.

Поскольку злокачественная опухоль оказывает на состояние человека психотравмирующее влияние, то к числу ключевых этических проблем онкологии относят сообщение врачом диагноза злокачественного новообразования пациентам, находящимся на разных стадиях развития болезни. Это предполагает выстраивание определенной системы убеждений в случае, когда пациент обследуется в связи с подозрением на злокачественную опухоль; когда он подлежит специальному лечению; когда пациент уже проходил радикальное лечение по поводу злокачественной опухоли; по отношению к пациентам с запущенными формами злокачественных опухолей; деонтологический подход к родственникам пациента злокачественным новообразованием; деонтологический подход среднего медперсонала к онкологическим пациентам [1,7].

Пациенты с подозрением на рак. При подозрении на рак возможны две различные ситуации. В большинстве случаев предположение о раке и необходимость обследования в онкологическом учреждении возникает, если у пациента в течение некоторого времени сохраняются стойкие симптомы какого-либо заболевания, вызывающие тревогу у самого пациента. Таких пациентов следует ориентировать на необходимость консультации онколога для исключения злокачественной опухоли.

В других случаях подозрение на рак возникает случайно при профилактическом осмотре или обследовании человека, чувствующего себя хорошо и не предъявляющего серьезных жалоб. Для таких людей направление к онкологу является неожиданным и непонятным. Им следует объяснить, что при обследовании обнаружен инфильтрат, затемнение или язва, которые могут оказаться предопухолевыми, в связи с чем необходима консультация онколога.

Онкологические пациенты, подлежащие специальному лечению. Перед врачом стоит задача направить пациента в онкологическое учреждение и психологически подготовить его к мысли о возможности операции или другого специального лечения. Система убеждений может быть построена по такому же принципу, что и при подозрении на рак, но в дополнение к этому следует остановиться на возможности оперативного или лучевого лечения. Говорить об этом как о бесспорном факте нецелесообразно, так как из-за распространенности процесса или сопутствующих заболеваний такое лечение в специализированном учреждении может быть отвергнуто. Лучше ориентировать пациента на то, что окончательное решение о выборе метода лечения будет принято специалистом после дополнительного обследования.

На практике встречаются случаи, когда врач в силу недостаточной подготовки или случайно приобретенного отрицательного личного опыта негативно относится к лечению той или иной злокачественной опухоли. Недопустимо, чтобы эта отрицательная установка вольно или невольно индуцировалась пациенту.

Предположение о наличии канцерофобии возникает, если пациенты на амбулаторном приеме слишком эмоционально и убежденно утверждают о наличии у них злокачественного новообразования. В таких случаях у врача нередко наблюдается неосознанная негативная реакция. С заключением нужно быть весьма осторожным, так как жалобы пациентов иногда действительно обусловлены злокачественной опухолью. Не следует сразу пытаться разубеждать пациента, лучше сначала получить достаточно веские контраргументы.

Постепенно онкологический пациент психологически адаптируется к своему заболеванию. А.В. Гнездилов различает несколько стадий адаптации:

- психологический шок;

- «реакция отрицания» (неприятие болезни);
- агрессия (как ответ на «несправедливость судьбы»);
- депрессия (подавленное состояние);
- принятие болезни (успокоение, согласие с «неизбежностью судьбы», относительно гармоничное внутреннее состояние).

Чтобы пройти эти стадии, необходимо время, длительность такого периода индивидуальна (месяцы, годы). Это время для адаптации к новой реальности, условиям стационара, медперсоналу, болезни, предстоящему лечению, возможному уходу из жизни.

В книге «Психология и психотерапия потерь» (2002) А.В. Гнездилов, объясняя психологические реакции пациентов с генерализацией опухоли, пишет, что их можно сравнить с чувствами невинно приговоренных к смертной казни без объявления срока исполнения. Это связано с представлением о раке как о неизлечимом, мучительном, смертельном заболевании, что вызывает в пациенте страх смерти, неуверенность, подавляет волю и чувство человеческого достоинства.

Поэтому этико-деонтологические принципы в онкологии заслуживают внимания любого врача, неизбежно встречающегося в своей практике с онкологическими пациентами.

В то же время многообразие возникающих ситуаций и личностей пациентов не позволяет привести подходящее к каждому случаю деонтологическое правило. Поэтому необходимо развивать в себе врачебную интуицию и навыки общения.

Важно умение слушать, улавливая настроение пациента, мягко направлять разговор в нужное русло, отвечать на сложные вопросы (об истинном диагнозе и прогнозе заболевания), давая информацию, адекватную психологическому состоянию пациента. При этом недопустима необдуманная откровенность. По этому поводу П. Дарнфорд в книге «Раздели этот путь» (2003) пишет: «Избавь меня от врача, который, стоя у меня в ногах, вдруг заявит: «Хотите знать правду?» - и конечно же я отвечу: «Да, хочу». Поделившись со мной этой правдой, они свалят всю ее тяжесть на мои уже без того ослабевшие плечи и уйдут с легким сердцем, оставляя меня молча страдать бессонными ночами. Неужели нельзя было пройти через это вместе со мной, моим шагом, не спеша?»

Старайтесь создать у пациента состояние психологического комфорта и доверия к врачу и, независимо от стадии заболевания, поддерживайте уверенность в получении им помощи.

Канцерофобия – навязчивое состояние, выражающееся в необоснованном убеждении о наличии злокачественной опухоли. Встречается чаще у женщин. Страдают канцерофобией люди, родственники или знакомые которых заболели или умерли от рака. В других случаях она навеяна сходством имеющихся у пациентов патологических ощущений или объективных симптомов с известными им признаками злокачественных новообразований.

Больные канцерофобией, как правило, находятся в состоянии депрессии, иногда возбуждены, агрессивны. Утверждение врача об отсутствии у них опухоли воспринимают с недоверием, расценивают как признак недостаточной компетенции врача или как намеренно невнимательное отношение [3].

4. Деонтологический подход к родственникам онкологического пациента.

Взаимоотношения врача с родственниками и сослуживцами пациента – предмет особого обсуждения. Здесь играют роль как психологические аспекты, так и имущественные, материальные и ряд других факторов, которые порой невозможно взвесить за один раз. При этом интересы пациента выступают на первый план. Как бы ни был занят лечащий врач, он должен найти время, чтобы побеседовать с родственниками пациента. Вопрос стоит о жизни близкого человека, для них это серьезная психическая травма. Возможно проявление тревоги, излишней заботы о пациенте, реже – неадекватная реакция, некоторая отчужденность, несдержанность. Ближайшие родственники должны быть правильно информированы об истинном диагнозе и версии, которой следует придерживаться в разговоре с пациентом, а также о риске оперативных вмешательств и прогнозе.

Однако встречаются исключения из этого правила, особенно при разговоре с мужем или женой, а иногда и с детьми пациентов. Например, ряд женщин, соглашаясь на овариэктомию, не хотят, чтобы муж был информирован о деталях операции. Такое вмешательство рассматривается как врачебная тайна. В ряде случаев пациенты просят не говорить о тяжести своего состояния родственникам, стараясь уберечь от переживаний престарелых или больных членов семьи. Таким образом, этот вопрос решается только после тщательного анализа взаимоотношений пациента с окружающими его людьми.

В случае если у пациента впервые выявлена злокачественная опухоль, близкие должны помочь убедить его в необходимости лечения. Обращается внимание родственников на создание доброжелательного щадящего микроклимата в семье, в том числе и на отдаленных сроках после радикальных операций; подчеркивается, что стрессовые ситуации, переживания, тяжелые психические травмы могут способствовать появлению новых метастазов или возникновению опухолей других локализаций. Задачей родственников является внушение пациенту, излеченному от рака или страдающему запущенными формами злокачественной опухоли, надежды на благоприятный исход болезни, сохранение его психологической уравновешенности.

Родственники часто задают вопросы о возможной продолжительности жизни пациента, особенно при наличии отдаленных метастазов. Конкретные сроки указывать нежелательно. Точный ответ в такой ситуации тяжело воспринимается родными, а естественная ошибка в ту или иную сторону роняет авторитет врача. Врач должен быть готов ответить и на вопросы об объеме операции, возможной заразности онкологического заболевания [1,3].

За исключением родственников и наиболее близких пациенту людей врач не имеет права разглашать сведения об онкологическом пациенте. Оповещение знакомых и сослуживцев пациента обо всем, что его касается, нарушает закон о врачебной тайне. Следует быть осторожным в отношении телефонных разговоров с родственниками, так как врачу неизвестно, кто находится на другом конце провода. В таких случаях предлагают личную встречу.

Разговор с ними должен проходить в отсутствие пациента. Их следует предупредить о нежелательности огласки сведений о характере заболевания и проинструктировать о том, какой версии следует придерживаться в разговоре с пациентом.

Родственников нужно информировать объективно, но по возможности оставить надежду на благоприятный исход. Это особенно важно в разговоре с людьми, которые отличаются повышенной возбудимостью или сами страдают заболеваниями нервной, сердечно – сосудистой и других систем.

Цель, которую преследует врач в беседе с родственниками, зависит от конкретной ситуации. Так, если у пациента впервые обнаружен рак, родственники должны помочь убедить его в необходимости лечения. Задачей родственников лиц, излеченных от рака или страдающих запущенными формами опухоли, является создание оптимального микроклимата в семье и внушение пациенту надежды на благоприятный исход.

5. ХОД ЗАНЯТИЯ.

1. Преподаватель отвечает на вопросы студентов, возникшие в процессе самостоятельной работы с учебным материалом.

2. Обсуждение основных вопросов по теме занятия.

3. Студенты делают тесты и решают ситуационные задачи по теме занятия.

6. ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ.

1. Сущность онкологической помощи.

2. Принципы общения с онкологическими пациентами.

3. Специфика взаимодействия с родственниками онкологических пациентов.

7. ЛИТЕРАТУРА

1. Шапов, И. А. Биомедицинская этика [Электронный ресурс] : учебник для студентов мед. вузов / И. А. Шапов. – 2-е изд. – Москва : ИНФРА-М, 2018. – 288 с. : фот.авт. – (Высшее

образование). – Рек. УМО вузов России по мед. и фармацевт. Образованию – Режим доступа: <https://znanium.com/catalog/document?id=346307>. – Дата доступа: 29.08.2022.

2. Биомедицинская этика и коммуникации в здравоохранении [Электронный ресурс] : учеб.-метод. пособие / А. Т. Щастный [и др.] – Витебск, 2018. – 310 с. – Режим доступа: https://www.elib.vsmu.by/bitstream/123/17827/1/Biomeditsinskaia_etika_i_kommunikatsii_v_zdra_vookhranenii_Shchastnyj-AT_2018.pdf. – Дата доступа: 29.08.2022.

3. Терминология по общественному здоровью и здравоохранению [Электронный ресурс] / Респ. научно-практический центр мед. технол., информатизации, управления и экономики здравоохранения ; редкол.: Е. Л. Богдан [и др.]. – Минск, 2017. – 119 с. – Режим доступа: <https://e-catalog.nlb.by/Record/BY-NLB-br0001459558/Details#holdings>. – Дата доступа: 29.08.2022.

4. Хрусталева, Ю. М. Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья [Электронный ресурс] : учебник / Ю. М. Хрусталева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 400 с. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433287.html>. – Дата доступа: 29.08.2022.

5. Орлова, И. И. Сборник тестовых заданий по курсу «Биомедицинская этика» [Электронный ресурс] : учеб.-метод. пособие для студентов 2 курса лечеб. и мед.-диагност. фак. мед. вузов / И. И. Орлова ; УО "ГомГМУ", каф. социально-гуманитарных дисциплин. – Гомель : ГомГМУ, 2016. – 54 с. – Режим доступа: <https://elib.gsmu.by/handle/GomSMU/3176>. – Дата доступа: 29.08.2022.

6. Конституция Республики Беларусь 1994 года [Электронный ресурс] : с изм. и доп., принятыми на респ. референдумах 17 окт. 2004 г. и 27 февраля 2022 г. – Минск : Амалфея, 2006. – 48 с. – Режим доступа: <https://pravo.by/pravovaya-informatsiya/normativnye-dokumenty/konstitutsiya-respubliki-belarus>. – Дата доступа: 29.08.2022.

7. О здравоохранении [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435–XII : в ред. Закона Респ. Беларусь от 11.12.2020 № 94-З : с изм. и доп. // Нац. правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. – Режим доступа: <http://pravo.by/document/?guid=3871&p0=v19302435>. – Дата доступа: 29.08.2022.

8. О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь от 7 янв. 2012 г. № 340-З : с изм. и доп. от 30 июня 2016 г. № 387-З. – Режим доступа: [http://www.pravo.by/pdf/2012-8/2012-8\(020-153\).pdf#page=1](http://www.pravo.by/pdf/2012-8/2012-8(020-153).pdf#page=1). – Дата доступа: 29.08.2022.

9. О государственных минимальных социальных стандартах в области здравоохранения [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 18 июля 2002 г., № 963 // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2002. – № 84. – Режим доступа: <http://pravo.levonevsky.org/bazaby/org507/sbor8/text7679.htm>. – Дата доступа: 29.08.2022.

Ассистент

Д.В.Ковалевский