

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № __ від «__» _____ 20__ року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДЛЯ ВИКЛАДАЧІВ ДО ПРОВЕДЕННЯ
ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
З ЛІКАРЯМИ-ІНТЕРНАМИ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»
І РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Основи консультування. Етика та деонтологія лікаря (код курсу 1.10)
Курс	I
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 14 годин.

I. Мета заняття

Значні досягнення сучасної наукової думки, прогрес медицини за останні роки сприяє неухильному впровадженню в роботу медичних закладів нових методів діагностики і лікування, що потребує складної і різноманітної апаратури і більш конкретної спеціалізації знань лікарів. Створюється ситуація, коли медичні працівники зосереджуються на дослідженні окремих органів і систем, що часом заслоняє сприйняття ними хворого як особистості, ускладнює спостереження за страждаючою людиною. Саме це стає актуальною проблемою медичної етики і медичної деонтології сьогодення. Лікарі-інтерни мають навчитися використовувати етико-деонтологічні прийоми у процесі клінічного обстеження жінок та виконанні лікарських маніпуляцій, розвинути почуття відповідальності за правильність дій на етапах обстеження та лікування.

II. Об'єм повторної інформації

1. Визначення понять «мораль», «етика», «деонтологія».
2. Загальні принципи медичної етики та деонтології.

III. Об'єм нової інформації

1. Особливості етики та деонтології в акушерсько-гінекологічній практиці.
2. Тактика медичного працівника в акушерсько-гінекологічній клініці.
3. Сучасні правила етики і деонтології.
4. Тактика лікаря в спілкуванні з родичами пацієнток.
5. Питання психологічної підтримки жінки під час пологів, роль та завдання медичних працівників, які надають їй медичну допомогу.
6. Психологічні аспекти діяльності медичних працівників при вирішенні питань переривання вагітності за показаннями.

IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування інтернів згідно теми по учбовим питанням.	30
3.	Опанування практичних навичок.	15
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	20
5.	Оцінка знань і навичок інтернів по темі заняття.	15
6.	Підсумок заняття.	5

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Гінекологічне відділення.
3. Відділення патології вагітних.
4. Жіноча консультація.
5. Відділення сумісного перебування породіль і новонароджених.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та Наказ неонатологічної допомоги в Україні».

3. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
4. Добірка ситуаційних задач.
5. Історії хвороби, амбулаторні карти, історії пологів та історії розвитку новонароджених.

V. Перелік практичних навичок інтернів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Зібрати анамнез у пацієнтки згідно сучасних правил етики і деонтології.		+	
2.	Взяти інформовану згоду на обстеження та лікування.		+	
3.	Надати пацієнтці інформацію про план ведення та лікування згідно сучасних правил етики і деонтології.		+	
4.	Надати психологічну підтримку жінці під час пологів.		+	
5.	Проведення бесіди з родичами хворої про стан її здоров'я, з огляду на лікарську таємницю та правила етики й деонтології.		+	
6.	Провести консультування з питань надання вагітній інформації, щодо обґрунтованості переривання вагітності за медичними показаннями.		+	
7.	Надання психологічної підтримки та реабілітації у післяопераційному періоді.		+	

VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-інтерна.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Дайте визначення поняттям «мораль», «етика», «деонтологія».
2. Які загальні принципи медичної етики та деонтології?
3. Які особливості етики та деонтології в акушерсько-гінекологічній практиці?
4. Зазначте основні моменти тактики медичного працівника в акушерсько-гінекологічній клініці.
5. Перерахуйте сучасні правила етики і деонтології.
6. Яка тактика лікаря в спілкуванні з родичами пацієнток?
7. Як надавати психологічну підтримку жінки під час пологів?
8. Яка роль та завдання медичних працівників, які надають медичну допомогу жінці, що народжує?
9. Вкажіть психологічні аспекти діяльності медичних працівників при вирішенні питань переривання вагітності за показаннями.

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Зібрати анамнез у пацієнтки згідно сучасних правил етики і деонтології.
2. Взяти інформовану згоду на обстеження та лікування.
3. Надати пацієнтці інформацію про план ведення та лікування згідно сучасних правил етики і деонтології.
4. Надати психологічну підтримку жінці під час пологів.

5. Проведення бесіди з родичами хворої про стан її здоров'я, з огляду на лікарську таємницю та правила етики й деонтології.
6. Провести консультування з питань надання вагітній інформації, щодо обґрунтованості переривання вагітності за медичними показаннями.
7. Надання психологічної підтримки та реабілітації у післяопераційному періоді.

Тестові завдання

1. Вперше вагітна 21 років в 15 років перенесла гостру атаку ревматизму. В 18 років було діагностовано ваду серця. Під час обстеження встановлено: вагітність 9 тижнів. Ревматизм, активна фаза. Ендоміокардит. Комбінован мітральна вада. ХНК іБ Яка подальша тактика лікаря?
 - A. *Лікування активної фази ревматизму з наступним перериванням вагітності
 - B. Виношування вагітності
 - C. Продовження вагітності на фоні лікування ревматизму
 - D. Продовження вагітності на фоні оперативного лікування вади серця
 - E. Переривання вагітності
2. Хвора 38 років, в анамнезі 2 пологів і 3 аборти. Контрацепція: ВМЗ на протязі 5 років. Менструальна функція не порушена. Після закінчення менструації з'явилися болі внизу живота і виділення гнійного характеру зі статевих шляхів, у зв'язку з чим звернулася до ФАПу. Загальний стан задовільний. Температура 37,7°C. При гінекологічному обстеженні у дзеркалах з цервікального каналу візуалізуються контрольні нитки ВМЗ і гнійні виділення. При дворучному дослідженні - шийка матки без особливостей, матка збільшена, рухома, болюча, виділення гнійні. Яке ускладнення виникло?
 - A. * Гострий ендометрит на фоні ВМЗ
 - B. Гострий сальпінгоофорит на фоні ВМЗ
 - C. Параметрит на фоні ВМЗ
 - D. Апендицит на фоні ВМЗ
 - E. Цистит на фоні ВМЗ
3. Жінка 22 років звернулася в жіночу консультацію з приводу вагітності 11-12 тижнів. При обстеженні виявлено позитивну реакцію Васермана, дерматолог діагностував вторинний латентний сифіліс. Ваша тактика щодо ведення даної вагітності.
 - A. *Штучне переривання вагітності після курсу протисифілітичної терапії
 - B. Штучне переривання вагітності до курсу протисифілітичної терапії
 - C. Термінове переривання вагітності
 - D. Пролонгування вагітності після 1 курсу протисифілітичної терапії
 - E. Протисифілітичне лікування тричі протягом вагітності
4. Вагітна К., 25 р., скаржиться на ниючі болі понизу живота та в попереку. Дана вагітність ІІІ, 28 тижнів. В анамнезі 1 медичний аборт, 1 самовільний викидень в 24 тижні рік тому. Загальний стан не порушений. Вагінальне дослідження: шийка матки вкорочена до 1,5 см, цервікальний канал вільно пропускає 1 поперечний палець, плідний міхур не пролабує. Подальша тактика ведення вагітної?
 - A. *Накладання шва на шийку матки
 - B. Токолітична терапія адренолітиками
 - C. Токолітична магнезіальна терапія
 - D. Зберігаюча терапія гестагенами
 - E. Переривання вагітності
5. Виберіть наркотичний анальгетик, що найменше пригнічує дихальний центр немовлят та застосовується для знеболення пологів:

- A. * Промедол
- B. Морфіну гідрохлорид
- C. Кодеїну фосфат
- D. Буторфанол
- E. Фентаніл.

6. У присутності хворої маніпуляційна та палатна сестри обговорюють її стан, використовуючи незрозумілі їй терміни. Що може виникнути у хворої в результаті таких дій?

- A. * Ятрогенія
- B. Егрогогенія
- C. Неадекватна поведінка
- D. Ігнорування хвороби
- E. Егогенія

Ситуаційні задачі:

Задача 1. У жіночу консультацію звернулась вагітна П. із скаргами на затримку менструації до 2 місяців, спрагу, загальну слабкість, погіршення зору. З анамнезу з'ясовано, що жінка з 15 років хворіє на цукровий діабет важкої форми. За заключенням окуліста порушення зору зумовлено цукровим діабетом. Мала дві вагітності, які закінчилися мертвонародженням. Вміст цукру в крові – 15 ммоль/л. При бімануальному дослідженні встановлено, що матка збільшена до 7 тижнів.

Запитання :

1. Попередній діагноз?
2. Яка тактика лікаря?

Задача 2. Хвора 22 років скаржиться на затримку місячних на протязі 1 місяця, незначні темні кров'яні виділення із статевих шляхів. При огляді у дзеркалах – шийка матки роздута, синюшна, при бімануальному обстеженні – тіло матки маленьке, тверде і менше за шийку, придатки з обох боків без особливостей, заднє склепіння піхви не нависає.

Запитання :

1. Ваш діагноз ?
2. Яка тактика ведення пацієнтки?

Еталони відповідей на ситуаційні задачі:

Задача 1.

1. Діагноз: III вагітність 7 тиж. Цукровий діабет I тип, тяжка форма. Діабетична ретинопатія. Обтяжений акушерський анамнез.
2. Показано переривання вагітності.

Задача 2.

1. Шийчна вагітність.
2. Показана операція екстирпації матки без додатків.

VII. Методичні матеріали до практичного заняття

Обравши за фах мистецтво медицини, людина як особистість та як фахівець ставить перед собою особливі завдання, реалізувати які можна лише за умови високих моральних якостей та певних рис характеру, набувати та вдосконалювати які лікар повинен протягом усього свого життя.

Лікарську етику трактують як науку про норми вчинків та поведінки лікаря у сфері його професійної діяльності. У системі цінностей кодексу лікарської етики на першому місці стоїть почуття професійного обов'язку.

Високі моральні норми були притаманні представникам лікарської професії з давніх часів. Вони були продекларовані два тисячоліття тому безсмертними рядками присяги

Гіппократа, і в усі часи, в усі історичні епохи нові покоління медиків їх неухильно дотримувалися. Особливості професійної діяльності лікаря вимагають надавати медичну допомогу хворим незалежно від їх національної, расової, партійної належності. Про це говорить присяга Гіппократа: «В який дім я не увійшов би, я увійду туди для користі хворого, уникаючи всього злого, несправедливого та згубного...» Ті самі вимоги ставить перед сучасним лікарем, який розпочинає професійну діяльність, Женевська декларація: «Я не допущу того, щоб міркування релігії, національності, раси, партійно-політичної належності чи соціального стану закривали від мене мій обов'язок та мого пацієнта».

Слово «етика» означає учення про мораль, її походження і розвиток, правила і норми поведінки людей, їх обов'язки під час стосунків одного з іншим, з суспільством, ставлення до праці, держави. Етика — це філософське вчення про моральність як одну з форм ідеології, про її сутність, закони історичного розвитку, роль у суспільстві. Це система норм моральної поведінки людей, їх обов'язків щодо суспільства, батьківщини.

«Мораль» — це особлива форма суспільної свідомості і відношень між людьми, один із способів регулювання дії людей у суспільстві за допомогою поведінки. «Моральний» означає «етичний».

«Деонтологія» — сукупність етичних норм і принципів поведінки медичного працівника при виконанні своїх професійних обов'язків.

Поняття «мораль», «етика» часто використовуються як ідентичні. Але слід виділяти деякі особливості. Так, термін «мораль» використовують тоді, коли мова іде про свідомість, певні почуття, погляди. Термін «моральність» частіше використовується, коли йдеться про поведінку людини, її вчинки й дії. Про етику говорять, коли мають на увазі теорію моралі, обґрунтування того чи іншого розуміння поняття добра і зла, совісті, справедливості й сенсу життя, тієї чи іншої моральної системи.

Складовою частиною медичної етики є **медична деонтологія** — вчення про обов'язок медичного працівника, що регламентує поведінку медиків, взаємовідносини з хворими, колегами, місце лікаря у суспільстві. Вона теоретично обґрунтовує вчинки лікаря при виконанні своїх професійних обов'язків.

Робота акушера-гінеколога вимагає від лікаря особливих професійних та душевних якостей, оскільки жінкам, а надто хворим жінкам, притаманна надмірна вразливість, тому кожне слово лікаря, яке, як відомо, може бути водночас і ліками, і отрутою, повинно бути зважене, продумане, кожна скарга уважно вислухана, кожна проблема, що у хворій виникає, вчасно виявлена та розв'язана.

Робота гінеколога є особливою ще й зважаючи на те, що гінекологічні проблеми торкаються дуже делікатної, часто інтимної сфери. Великої майстерності потребує опитування хворої, оскільки, збираючи анамнез, лікар повинен з'ясувати наявність у пацієнтки та її родичів венеричних, психічних, онкологічних захворювань. Причинами гінекологічних проблем іноді бувають сімейні незгоди, нерегулярне статеве життя. Про такі речі жінці непросто говорити з незнайомою людиною, навіть якщо ця людина має лікарський диплом. Вміння знайти контакт із хворою, переконати її, що не задля цікавості, а виключно з метою діагностики ви ставите їй іноді запитання, що стосуються особистого життя, — ознака лікарського професіоналізму. Таке опитування не можна проводити у багатомісній палаті в присутності інших хворих чи навіть лікарів, слід створити відповідну обстановку в кабінеті, в оглядовій. Анамнез — це, висловлюючись мовою психологів, «керована розмова», проте керувати нею потрібно непомітно для хворої, спрямовуючи її розповідь у потрібному напрямку у вигляді невимушеної бесіди. Це складно, мистецтву збирання анамнезу потрібно вчитися усе життя, проте неможливо стати хорошим діагностом, не вміючи опитувати хворих. Слід пам'ятати, що якість і надійність анамнестичних даних часто визначає правильність діагнозу, а відтак і лікування.

Розмовляючи з хворою, лікар повинен бачити перед собою не лише хворий орган, а хвору людину, особистість з притаманними їй переживаннями, страхами, відчуттями як

фізичними, так і психологічними. Гінекологічний огляд для деяких жінок є непростим випробуванням, і до кожної хворої лікар повинен знайти індивідуальний підхід. Природна сором'язливість жінки не повинна бути травмована під час огляду, тому в оглядовій не місце стороннім, двері слід тримати зачиненими, краще, якщо гінекологічне крісло буде відділене ширмою. Лише за таких умов створюється атмосфера довіри між лікарем та жінкою, без якої часто не можна з'ясувати причини хвороби, а отже і вчасно вилікувати.

Для встановлення діагнозу нерідко доводиться вдаватися до додаткових методів обстеження. Їх застосування має бути виправданим, не завдавати хворій додаткових страждань, дослідження повинні бути мінімально болючими та травматичними. Усі призначення, аналізи, обстеження повинні бути обов'язково виконані. Невчасне виконання процедур, призначень, взяття аналізів розцінюється хворими як недбалість, неухвалне ставлення до їхнього здоров'я і погіршує результат лікування.

Результати огляду та аналізів, зокрема дослідження вагінальної мікрофлори, може повідомляти хворій тільки лікар. Про те, що у мазку виявлені збудники захворювань, які передаються статевим шляхом, не повинен дізнатися ніхто, крім самої хворої, за жодних умов не можна інформувати про це її родичів.

Особливе значення мають лікарські обходи, особливо з участю вищих за посадою лікарів. У таких випадках кожна хвора в палаті уважно прислухається до усього сказаного лікарями, сприймає кожне слово як істину або вирок, бо саме під час таких обходів вирішують проводити операцію чи ні, виписувати хвору із стаціонару, чи ні, яке лікування призначити тощо. Тому інформація про хвору повинна бути точною, вичерпною, але не надмірною. Окремі питання варто вирішити в кабінеті без присутності хворих. Потрібно намагатися приділити однакову увагу всім хворим, враховуючи при цьому характер та психологію кожної пацієнтки, оскільки одна жінка від надмірної уваги може злякатися і сприйняти стан свого здоров'я як надмірно важкий, а інша від надто, на її думку, лаконічної характеристики та рекомендацій може подумати, що її стан недооцінюють.

Часто жінку хвилює, яким чином перенесене захворювання може вплинути на її статеву та репродуктивну функції. Особливо це стосується хворих після операцій на матці та її придатках. Інформацію про об'єм операції та її наслідки має право давати хворій тільки лікар-куратор, але часом жінка намагається отримати додаткові дані від середнього медичного персоналу, інших лікарів. Цього у жодному разі не слід робити, так само як і обговорювати призначення лікаря, тактику лікування чи висловлювати сумнів у доцільності операції.

Якщо хвора лікувалася у кількох лікарів, то навіть не погоджуючись із діагнозом чи методами лікування колеги, лікар, який пам'ятає про деонто-логічні вимоги та лікарську честь, повинен у тактовній формі спрямувати режим та лікування у потрібному напрямку, не обговорюючи з хворою помилку іншого лікаря та за жодних умов не засуджуючи його.

Якщо лікар вчинить інакше, то це буде грубим порушенням етики, крім того, такі дії травмують психіку хворої, руйнують довіру хворої до лікарів та медицини взагалі. Бо якщо міг помилитися один лікар, де гарантія, що не помилиться й інший? Така хвора може перестати ретельно виконувати призначення лікаря, що значно погіршує ефективність лікування. Отже, лікар повинен дбати не лише про чистоту власного білого халата, але й про підтримання честі та авторитету своїх колег, керівництва клініки, лікарів інших спеціальностей, які залучаються до лікування хворих як консультанти, середнього медичного персоналу та медицини в цілому.

Проте, звідси не випливає висновок, що помилки медичних працівників, незалежно від їхнього рівня, можна приховувати. Навпаки, помилка, допущена лікарем чи медичною сестрою, фельдшером, акушеркою, повинна бути якнайшвидше виявлена, визнана та виправлена. Приховування помилок або ускладнень, що виникли під час виконання своїх професійних обов'язків медичними працівниками (наприклад, перфорація матки під час абортів, передозування ліків), може призвести до важких або й непоправних наслідків для здоров'я пацієнтки. Кожен такий випадок повинен стати темою для обговорення у колі

колег, вжиття адміністративних чи, якщо необхідно, юридичних санкцій, та у жодному разі не предметом обговорення поза межами лікувального закладу.

Законом роботи у гінекологічному та, врешті, у будь-якому стаціонарі повинна бути співпраця лікаря, середнього медперсоналу та самої хворої у боротьбі із спільним ворогом — хворобою, і за такої умови високий професіоналізм, ретельність і точність у виконанні призначень, дотримання лікувально-охоронного режиму та принципів деонтології призведуть до очікуваного результату — видужання хворої, її реабілітації, відновлення менструальної, статевої та репродуктивної функцій жінки.

Високі морально-етичні принципи, чітке дотримання деонтологічних норм лікарями та середнім медичним персоналом мають величезне значення для ефективного лікування жінок.

Тактика медичного працівника в акушерсько-гінекологічній клініці

При лікуванні хворих з гінекологічними захворюваннями виникає безліч проблем інтимно-сексуального, психологічного, соціального і етичного характеру, що істотно ускладнює діяльність медичних працівників. При гінекологічному обстеженні цілком природно прояв сором'язливості у жінок, і до цього психологічного явища потрібно ставитися з належною повагою. Для встановлення гарного контакту з хворими необхідна тактовність і обережність при бесіді й обстеженні. Важливо, щоб медична сестра допомагала лікарю-гінекологу при проведенні маніпуляцій, тим більше якщо лікар - чоловік. Це важливо в соціально-психологічному аспекті.

Під час менструального періоду у жінок можуть виникати тягнуть болі в животі, в попереку, неприємні болі в області статевих органів. Генез їх неясний, важлива роль в їх виникненні відводиться вегетативно-судинним розладам. Нерідко відзначаються зміни і з боку психіки у вигляді підвищеної дратівливості, напруженості, нервозності і навіть пригнічено-пригніченого настрою. У хворих, що страждають неврозами й іншими психопатологічними відхиленнями, скарги більш численні і різноманітні, іноді відзначається загострення основного захворювання (епілептичні пароксизми). У дівчаток під впливом довгостроково існуючих психогеній (різні конфлікти сімейно-побутового та особистого характеру) можуть бути дисменореї. Важкі психічні травми можуть викликати у жінок аменорею. Нерідко природне настання клімаксу викликає у жінок цілком зрозумілі психологічні реакції: страх перед настанням старості, страх втратити жіночність, привабливість і здатність до подружнього життя. Однак загострення невротичної й іншої психопатологічної симптоматики в період клімаксу відзначається переважно в осіб, схильних до невротичних і психопатичних реакцій, а також у пацієнтів, які страждають органічним ураженням центральної нервової системи при наявності психогенних факторів. При благополучній сімейної та подружнього життя і відсутності інших психогенних факторів клімакс протікає спокійно і не викликає яких-небудь психічних порушень.

Важливою проблемою в гінекології є фригідність. Причинами її можуть бути різні фактори: індивідуально-психологічні особливості жінки, незадоволеність сімейним життям, несприятливі житлові умови, що заважають нормальним подружнім відносинам, неправильна тактика чоловіка і т. д. Частою причиною служить острах завагітніти, алкоголізм і агресивність чоловіка, хворобливі відчуття при статевому акті та ін.

Медичні працівники, досить добре знають зазначені вище особливості, можуть успішно використовувати ці знання при роботі з хворими. При цьому повинні дотримуватися відповідний такт, уважне і добре відношення, що розташовує до відвертості. Нерідко медичним сестрам жінки частіше розповідають те, чого не говорять лікарю. Отримані при відвертій бесіді дані сприяють більш точній діагностиці і вибору адекватного лікування.

Велика психотерапевтична робота повинна проводитися з жінкою перед серйозними хірургічними операціями (ампутація матки, видалення яєчника і т. д.).

Необхідна оцінка особистісних особливостей жінки, характеру сімейно- подружніх відносин. Після цього важлива бесіда з хворою в плані майбутньої операції і вселення в неї впевненості в успішній результат. У післяопераційному періоді необхідно розвіяти необґрунтованість побоювань жінки що операція може позбавити її жіночої привабливості, вплинути на гармонійність подружніх відносин і статеве життя. Можливість виникнення у хворих психоневротичні порушень після хірургічного втручання зобов'язує медичних сестер вести тривалу підготовчу роботу.

Важливу проблему в акушерсько-гінекологічній практиці являє страх перед вагітністю. Слід пояснити молодим жінкам, що в даний час є велика кількість протизаплідних засобів. Необхідно попередити їх, що можлива поява судинно-вегетативних побічних симптомів від прийому протизаплідних таблеток (нудота, гноблення апетиту, неприємний смак у роті, небажана повнота тощо) не призводить до порушення здоров'я.

Вагітність і пологи є однією з актуальних психологічних проблем, що виникають на життєвому шляху жінки. При зачатті виникають побоювання за долю майбутньої дитини: чи буде він здоровий, чи не зможуть виникнути які-небудь аномалії в його фізичному і психічному розвитку та ін. До кінця вагітності виникає тривога, пов'язана з майбутніми пологами (страх болю, побоювання смерті від різних ускладнень, боязнь можливих розривів промежини та ін.) Психічні порушення при вагітності залежать насамперед від властивостей особистості жінки, соціально-побутових умов та інших факторів, про які лікар і медична сестра жіночої консультації повинні мати певне уявлення і проводити відповідну коригувальну психотерапію.

Особливо складні психологічні переживання жінки виникають при вагітності від позашлюбного зв'язку (забобони, проблема виховання дитину без батька та ін.) Ці жінки потребують особливої уваги працівників жіночої консультації. Формування переконання в успішному результаті вагітності, пологів і подальшого життя - гуманна і шляхетна задача лікаря й акушерки жіночої консультації та пологового будинку. Біль, що виникає в процесі пологів, завжди була однією з складних проблем акушерства. На думку багатьох дослідників, причиною її є укорінене уявлення, що пологи - це обов'язково сильний біль. У нашій країні в 20-30-і роки були розроблені психотерапевтичні прийоми по профілактиці родових болів. Психопрофілактична підготовка до безболісних пологів будується на принципах вчення І. П. Павлова.

Основною метою при підготовці безболісних пологів є усунення побоювань вагітних жінок, пов'язаних з майбутніми пологами. Для цього жінкам читаються лекції, проводяться курсові, індивідуальні або групові співбесіди, демонструються кінофільми про пологи і т. д., показуються гімнастичні вправи по нормалізації дихання, сприяють розслабленню м'язів. Крім того, застосовуються різні методи психопрофілактики: аутогенне тренування, раціональна психотерапія, сугестивна гіпнотерапія. Необхідно роз'яснити жінці, що істотну допомогу при пологах вона зробить собі сама, якщо буде виконувати всі вказівки лікаря та акушерки.

Сучасні правила етики і деонтології

1. Робота у відділенні або в стаціонарі повинна підкорятися суворій дисципліні, повинна дотримуватися субординація, тобто службове підпорядкування молодшого за посадою до старшого.
2. Медичний працівник у відношенні до хворих повинен бути коректним, уважним, не допускати панібратства.
3. Лікар повинен бути фахівцем високої кваліфікації, всебічно грамотним. Зараз хворі читають медичну літературу, особливо за своєю хвороби. Лікар повинен у такій ситуації професійно і делікатно спілкуватися з хворим. Неправильні дії лікарів або медичного персоналу, необережно сказане слово, аналізи або історії хвороби, що стали

доступними хворому, можуть призвести до фобії, тобто страху того чи іншого захворювання, наприклад: канцерофобія - боязнь захворювання на рак.

4. До деонтології відноситься збереження лікарської таємниці. У ряді випадків доводиться приховати від хворого його справжнє захворювання, наприклад рак. Збереження лікарської таємниці відноситься не тільки до лікарів, але і медперсоналу, студентам, тобто всім тим, хто контактує з хворими. Є правило: "Слово лікує, але слово може і калічити". Лікарська таємниця не поширюється на родичів хворого. Лікар повинен повідомити родичів істинний діагноз, стан хворого і прогноз.

5. З медичної деонтологією тісно пов'язана ятрогенія - це хворобливий стан, обумовлене діяльністю медичного працівника. Якщо людина недовірлива, психологічно нестійкий, то йому легко нав'язати, що у нього є якийсь захворювання, і ця людина починає знаходити у собі різні симптоми уявного захворювання. Тому лікар повинен переконати хворого у відсутності уявних хвороб. До ятрогенії відносять захворювання і пошкодження, що виникли в результаті неправильних дій або лікування хворого. Так, до ятрогенним захворювань можна віднести гепатит, який розвинувся після інфузії зараженої крові або плазми. До ятрогенних пошкоджень відносять травми внутрішніх органів при порожнинних операціях. Це пошкодження селезінки при резекції шлунка, перетин холедоха при холецистектомії та ін.

6. До деонтології відноситься і відношення з колегами. Не можна критикувати або давати оцінку діям колеги в присутності хворого. Зауваження колегам необхідно робити за необхідності віч-на-віч, не підриваючи авторитету лікаря. Лікар у своїй роботі не має замикатися в собі, обговорення викликають у лікуючого лікаря випадків слід проводити колегіально. Лікар повинен не гребувати будь-яким радою, чи то від старшого чи молодшого. Ніколи не варто говорити хворому про те, що цей консультант поганий, якщо він не погоджується з вашим діагнозом. Якщо при спільному з колегами обстеженні виникли розбіжності - обговорити їх необхідно в ординаторській, а потім, на підставі істини, досягнутої в суперечці, необхідно повідомити загальну думку хворомусаме так: "Ми обговорили і вирішили ...". При постановці діагнозу, визначенні показань і протипоказань, вибір методу операції лікар повинен радитися. Не випадково всі майбутні операції обговорюються колегіально. Те ж відноситься до вибору тактики під час маніпуляцій. Якщо під час маніпуляції лікар стикається з непередбаченою ситуацією, технічними складнощами, аномалією розвитку, то він повинен радитися, викликати старшого колегу, при необхідності попросити його участь у подальшому ході дій.

7. Взаємовідносини з середнім та молодшим медперсоналом повинно бути демократичним - вони знають і чують всі - необхідно залучити їх на свою сторону в плані збереження лікарської таємниці - не повідомляти ні хворому, ані родичам про наявний захворювання або патології, застосовуваних методів лікування та ін Виховайте у них правильну відповідь на всі питання: "Я нічого не знаю, запитайте у лікаря". Тим більше ці питання не повинні гучно обговорюватися і видаватися кому б то не було. Крім того, повинно бути виховане почуття обов'язку, відповідальності, доброзичливості; дані необхідні знання та навички.

8. Тактика лікаря, його поведінка завжди повинні будуватися в залежності від характеру хворого, рівня його культури, тяжкості захворювання, особливостями психіки. З недовірливими хворими необхідно володіти терпінням; всі хворі потребують втіхою, але в той же час у твердій впевненості лікаря в можливість лікування. Найважливішим завданням лікаря є необхідність домогтися довіри хворого і необережним словом і дією не підірвати його в наступному. Якщо пацієнт не звертається до лікаря в подальшому, він не вірить йому як фахівцю. Це вже ознака того, що це "поганий" лікар, до "доброго" вони йдуть, навіть незважаючи на першу невдачу. Значить, лікар не зумів налагодити контакт і взаєморозуміння.

9. Взаємовідносини лікаря з родичами найскладніша проблема медичної деонтології. Якщо захворювання звичайне і лікування йде добре допустима повна відвертість. При наявності ускладнень допустимо коректний розмову з найближчими родичами. Але зовсім не обов'язково повідомляти чоловіку, що ви виконали операцію з приводу позаматкової вагітності і пацієнтка через тиждень буде, як "огірочок" - вона їй боком вийде, тим більше, що чоловік півроку був у відрядженні.

10. Професійна діяльність лікарів-акушерів-гінекологів пов'язана з вирішенням складних деонтологічних питань: оскільки ситуації, що виникають під час консультування або надання медичної допомоги жінкам у зв'язку із зачаттям, виношуванням, народженням, вигодовуванням дитини, виникненням захворювань жіночих статевих органів, стосуються інтимних сторін життя жінки та її оточуючих. Це вимагає від персоналу лікувально-профілактичних закладів акушерсько-гінекологічного профілю дотримуватись у своїй роботі певних деонтологічних та морально-етичних правил, норм поведінки.

Питання психологічної підтримки жінки під час пологів, роль та завдання медичних працівників, які надають їй медичну допомогу

Процес пологів є фізіологічним процесом, водночас дуже відповідальним періодом для жінок. Медичні працівники, що надають медичну допомогу під час вагітності та пологів, повинні пам'ятати про це і своїми діями створювати атмосферу спокою, довіри, впевненості у позитивному результаті пологів. Персоналом акушерського закладу вагітна жінка, роділля, породілля має сприйматись не як об'єкт проведення певних медичних маніпуляцій з метою її розродження, а, насамперед, як особистість і основний учасник у важливому моменті її життя - пологах.

На всіх етапах надання акушерської допомоги жінці забезпечується право на своєчасне отримання від медичних працівників інформації щодо стану її здоров'я та плода (новонародженого), всіх медичних втручань та обстежень, їх необхідності або доцільності, можливих наслідків відповідно до чинного законодавства. Така інформація надається лікарем, акушеркою або медичною сестрою у спокійній обстановці з урахуванням психологічного стану жінки (за її бажанням - конфіденційно). Після отримання інформації жінці пропонується дати згоду на проведення їй або її дитині необхідних медичних втручань.

З метою уникнення конфліктних ситуацій, ускладнень під час пологів та післяпологового періоду процес надання медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим персоналом родопомічних закладів доцільно здійснювати на засадах взаєморозуміння з пацієнтами, поваги до них, залучення їх до прийняття рішень щодо тактики надання медичної допомоги. Нормальний психоемоційний стан вагітної, роділлі сприяє фізіологічному перебігу пологів та післяпологового періоду.

Під час пологів необхідно дотримуватись принципів конфіденційності: в пологовому залі забезпечується перебування однієї роділлі та її (за бажанням) членів родини, завданням яких є психологічна підтримка роділлі, та медичний персонал, що безпосередньо веде пологи. Жінці також забезпечується право обрати людину для психологічної підтримки в пологах та повагу медичного персоналу до її вибору.

Психологічні аспекти діяльності медичних працівників при вирішенні питань переривання вагітності за показаннями

За наявності показань до переривання вагітності лікарем-акушером-гінекологом проводиться консультування з питань надання вагітній інформації щодо обґрунтованості переривання, надання психологічної підтримки, обсягу медичних втручань та реабілітації у післяопераційному періоді.

Вагітність переривається за поінформованою згодою відповідно до чинного законодавства.

Інформацію про можливі негативні наслідки пролонгації вагітності недоцільно у таких випадках надавати у вигляді загрозливих стверджень, враховуючи психологічний стан вагітної та її родичів.

Жінкам, які за бажанням при наявності показань переривають вагітність, надається детальна інформація про можливі наслідки для стану її здоров'я.

У висновку потрібно ще раз підкреслити, що якою б актуальною не була сьогодні проблема прискороного розвитку медичної науки і впровадження її досягнень у практику охорони здоров'я, розширення й укріплення матеріальної бази лікувальних закладів, оснащення їх новітньою технікою і апаратурою, все ж таки продовжують набувати важливого значення питання про моральні якості медичного працівника, його ставлення до свого фахового обов'язку й професійної підготовки. Особистість лікаря і медичної сестри, їх моральний вигляд і персональна підготовка — це у кінцевому результаті й визначає значний успіх охорони здоров'я в державному масштабі.

І насамкінець, поведінка медичних працівників, їх стосунки з колегами, хворими, їх родичами удосконалювались протягом багатьох років. Ці норми і принципи повинні й надалі вдосконалюватись і бути основою для формування медичної етики й деонтології. Учитися дотримуватись цих норм потрібно не тільки під час своєї безпосередньої діяльності, але і в процесі спілкування з колегами, хворими, їх родичами та близькими.

VIII. Основна література для опрацювання

1. Абрамченко В.В.: Руководство для врачей. – Спб.:ЭЛБИ – Спб., 2006.
2. Практическое акушерство с неотложными состояниями для врачей/В.К.Лихачев/- Медицинское информационное агентство Москва, 2010 . – 730 с.
3. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та Наказ неонатологічної допомоги в Україні».
4. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
5. Акушерство / Учебный курс для врачей, разработанный группой международных экспертов под эгидой USAID /А. Vacci, N. Berdzuli, G. Gori et al. – Киев, 2006. – 197с.
6. Акушерство і гінекологія / Громова А.М., Лихачов В.К. Добровольська Л.М. та ін. – Полтава: Дивосвіт, 2000. – 608 с.
7. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (ведення вагітності у жінок з імунологічними конфліктами).
8. Лихачов В.К. Оперативное акушерство с фантомным курсом: Руководство для врачей.-М.:Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.
9. Веденко Б.Г. Естетична медицина — крок до покращення медичного обслуговування населення / Б.Г. Веденко, Л.Б. Веденко, В.Г. Даценко та ін. // Актуальні питання сучасної медици- ни. — Вінниця: Нова книга, 2010. — С. 244-248.

Методичну розробку практичного заняття підготувала доцент кафедри акушерства і гінекології № 2 Т.Ю. Ляховська.

16.10.2015

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

**Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2, протокол № 3 від 20 жовтня 2015 року**

Методична розробка переглянута і доповнена „_____” _____ 201__р.