



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ

ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ИРКУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ» (ФГБОУ ВО ИГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ)

ИНСТИТУТ СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Общение с пациентом

КУРС ЛЕКЦИЙ ПО ПСИХОЛОГИИ

КАФЕДРА ОПД ИСО

ГАВРИЛОВА ЕКАТЕРИНА
АЛЕКСЕЕВНА

ПЛАН:

1. Особенности общения медработника с пациентом: понятие о личности больного, внутренняя картина болезни (ВКБ), внешняя картина болезни;
2. Отношение пациента к болезни, (возрастные особенности, половые особенности, профессиональные особенности), 12 типов реагирования на болезнь;
3. Терапевтическое общение (цели, средства), эмпатия. Ятрогении. Перенос (трансфер);
4. Общение с пациентом, длительное время находящимся в стационаре. Особенности общения среднего медицинского персонала и пациента вне лечебного учреждения;
5. Общение с родственниками пациента. Медицинская тайна. Культура общения в коллективе ЛПУ;
6. Классификация типов среднего медицинского персонала по характеристике их деятельности (типология И. Харди).

Особенности общения медработника с пациентом

Психология больного человека также **индивидуальна**, как и психология здорового. Однако всякое заболевание, способно повлечь **определенные изменения в личности**, которые позволяют говорить о переменах психологического состояния пациента в сравнении с тем, которое было **до** болезни. Характер этих перестроек будет зависеть от многих факторов. Например, от характера заболевания (острое или хроническое), от того какой орган или система повреждены, от особенностей личности, интеллектуального уровня человека, его профессиональной деятельности, роли в обществе и в семье и т.д.

Особенности общения медработника с пациентом

В связи с болезнью, человек испытывает **физические и психологические** трудности. Заболевший человек страдает всем своим существом, так как заболевание касается и всех социальных сторон жизни. Возможны проблемы в общении, он может быть подавленным, растерянным, испуганным и даже агрессивным. Изменяются желания и стремления, свойственные здоровому человеку. Меняется восприятие и отношение человека к окружающему миру и к самому себе. Больной оказывается вне круга привычных социальных связей с семьей, профессиональным коллективом, привычным кругом друзей.

Особенности общения медработника с пациентом

Каждый больной ждет от медицинского работника совета, утешения, возможно консультации или просто испытывает необходимость поделиться с кем-нибудь своими переживаниями и страхами.

Всё, что связано с тяжелой болезнью, приобретает особую значимость и важность. Нередко появляются замкнутость, снижение и легкая уязвимость, ранимость психики. Порой возникают депрессивное состояние; необычные, часто неадекватные реакции на пустячные факты и события. Всё оценивается теперь через призму болезни.

Особенности общения медработника с пациентом

Пример: пациент с хроническим гепатитом на приеме у врача. Обсуждаются результаты лабораторного исследования, показавшего отрицательную динамику процесса. Врач спрашивает: «Отмечаете ли вы ощущения ухудшения самочувствия?». Пациент в ответ: «Доктор, я не знаю, как внешне, но в душе мне все хуже и хуже. Тревожные мысли не перестают посещать меня. – Скажите, что теперь со мною будет? Чем закончится моя болезнь? Выздоровею ли я? Не стану ли обузой своим близким?».

Эти и другие тревожные мысли приходят и тяготят его гораздо больше, чем физические страдания в голову больного человека.

Особенности общения медработника с пациентом

Наблюдается **перестройка интересов** от внешнего мира к собственным ощущениям, ограничение интересов. При этом меняются все стороны личности: эмоциональная настроенность, моторика, речь.

Больные часто жалуются на чувство собственной одиночества и ненужности. малоценности, психологической помощи пациенту. Поэтому **первоочередная задача** — вернуть уверенность в себе, утраченную веру в выздоровление, восстановить потерянную связь с окружающими. Для этого медсестра **должна уметь** оказать психологическую поддержку больному человеку.

ВКБ

Для лучшего понимания состояния пациента и характера его переживаний необходимо выяснить его внешнюю и внутреннюю картину болезни (ВКБ).

Внешняя (объективная) картина болезни рассматривается как совокупность клинических данных, полученных медицинскими работниками при обследовании пациента. Это показатели перкуссии, пальпации, лабораторных, аппаратных и осмотра, исследований. Эти наблюдения, в которых активно участвует медсестра, наглядны, фиксируются документально и имеют определенную динамику развития в различные периоды заболевания.

ВКБ

Внутренняя картина болезни (ВКБ) – это осознание, представление пациента и своем заболевании, его психологическая оценка субъективных проявлений болезни.

Вот как писал об этом Лурия А.Р.: «Внутренняя картина болезни, это «все то, что испытывает и переживает больной человек, вся масса его ощущений, не только исходящих от больного органа, но и самочувствие, самонаблюдение, представление больного о своей болезни, о ее причинах, все то, что, связано для больного с приходом его к врачу, весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из сложного сочетания восприятия и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм».

ВКБ

Внутреннюю картину болезни исследуют

с помощью **беседы**
с

пациентом, анкетирования, опросников.

влияют **личностные**

характеристики пациента, как врожденные (тип в.н.д., темперамент), так и приобретенные (характер, образование, культурный уровень и др.).
Задача медсестры сводится к умелому изучению субъективных ощущений и осмысления пациентом внутренних проявлений болезни, а также к использованию понимания этих ощущений при последующем общении с пациентом в процессе проведения лечебно-диагностических процедур.

ВКБ

Структура внутренней картины болезни (ВКБ), по В.В.Николаевой:

- **чувственный**, или **сенситивный**, – комплекс субъективных болезненных ощущений;
- **эмоциональный** – эмоциональные реакции на вызванные болезнью ощущения и на последствия болезни в жизни человека;
- **интеллектуальный** – знания о болезни и ее рациональная оценка;
- **мотивационный** – осознание ценности, тяжести последствий и перестройки преморбидной (доблезненной) мотивационной структуры и поведения, восстановление здоровья (или отношение пациента к своему заболеванию и восстановлению здоровья).

ВКБ

1) Чувственный уровень – это ощущения пациента в связи с его болезнью. К ним можно отнести: тошноту, головокружение, зуд, боль и другие жалобы пациента, касающиеся его ощущений.

Ощущения могут периодически изменяться: то ослабевать, то вновь усиливаться; могут быть связаны с приемом пищи, физической нагрузкой т др.

Беседуя с пациентом, МС должна быть предельно внимательной к его рассказам, проявлять заинтересованность и терпение. Нельзя прерывать рассказ пациента, недопустима спешка, повышенный тон и повелительные ноты в разговоре. Нужно помнить, что пациент ждет понимания, поддержки и помощи во время беседы с медсестрой.

ВКБ

2) Эмоциональный уровень – это переживание пациентом своего заболевания. Чем острее и продолжительнее ощущение болезни, тем ярче будет эмоциональная окраска описания симптомов болезни.

По мере снижения болезненных проявлений на смену отрицательным эмоциям приходят положительные, пациент начинает ~~ожидать выздоровления~~ **ожидать выздоровления**.

Сообщение пациенту о меньшей опасности заболевания для его здоровья тоже может вызвать положительные эмоции. Задача МС – ~~можно~~ **можно** внимательней относиться к эмоциональным переживаниям пациента, не быть безразличной к его просьбам и жалобам, проявлять сочувствие и по возможности ограждать от отрицательных эмоций.

ВКБ

3) Интеллектуальный уровень включает информацию пациента о своем заболевании и его причинах, течении и возможных последствиях.

Уровень этот мб различный: люди с **хроническими** заболеваниями знают достаточно много, они имеют свое мнение в отношении проводимых обследований и методов лечения. Пациенты с **острыми** заболеваниями (инфекционными, хирургическими и др.), как правило, о них знают мало, так как болезнь возникает внезапно.

Задача МС: по согласованию с врачом, в нужном объеме, с учетом состояния пациента, объяснить сущность заболевания, предполагаемую тактику обследования и лечения. Поэтому для эффективности лечебно-диагностического процесса следует определенное мнение об интеллектуальном уровне ВКБ пациента с первых минут общения.

Отношение пациента к болезни

Отношение к болезни у пациента может быть адекватным и неадекватным.

В.В. Николаева предлагает считать ВКБ адекватной в том случае, когда субъективные жалобы больных соответствуют объективным клиническим и экспериментально-психологическим данным.

Адекватное отношение к болезни предполагает осознание пациентом необходимости лечения. Пациент интересуется диагнозом своего заболевания, планом лечения и перспективами благоприятного исхода. Адекватное отношение пациента к своей болезни также зависит от умелого высокопрофессионального общения МС с пациентом.

Отношение пациента к болезни

Какова связь между умениями мед работника общаться и адекватным отношением пациента к своему заболеванию? Медицинский работник должен оказать помощь больному в осознании им и понимании необходимости борьбы с болезнью.

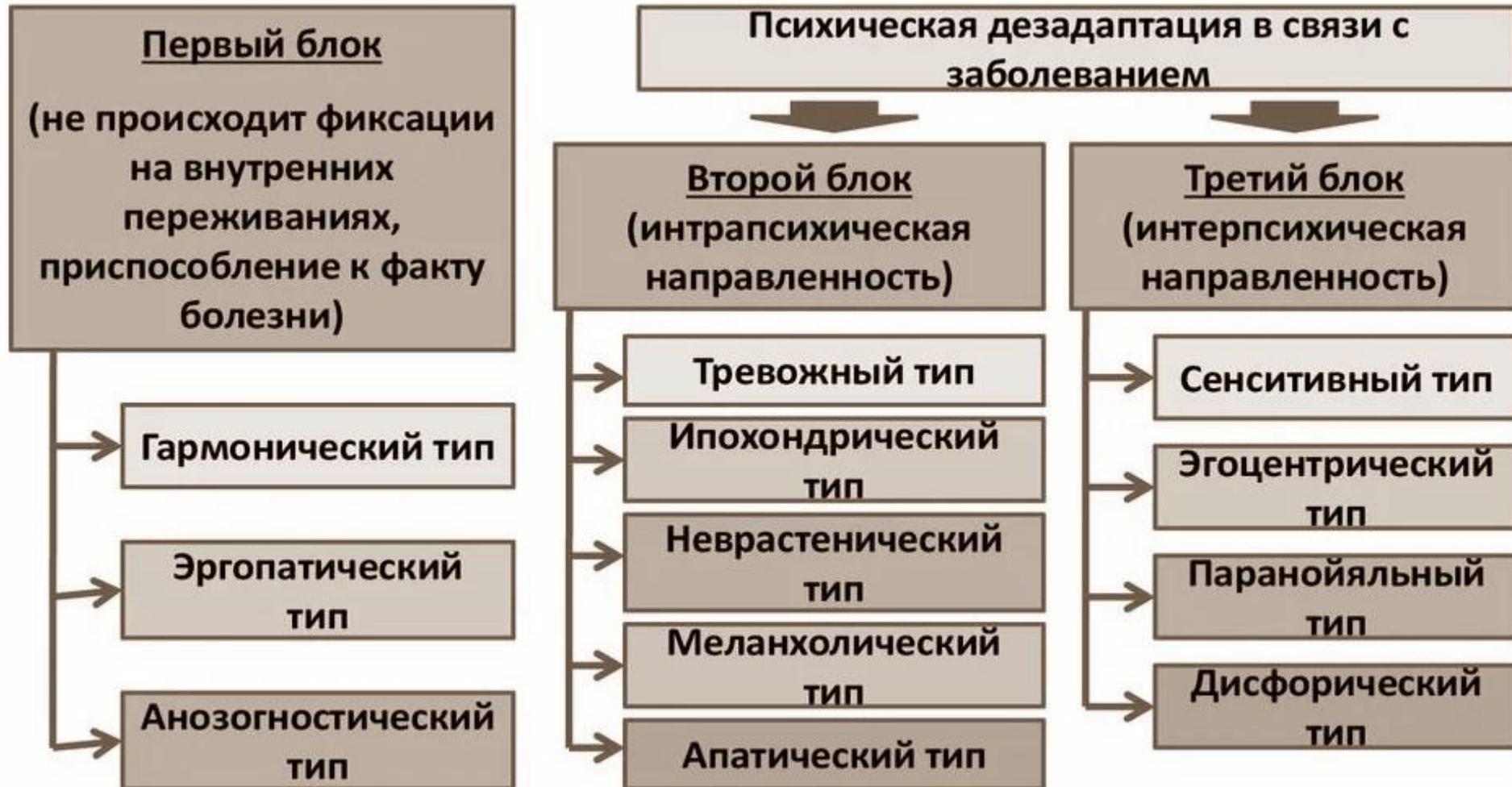
Сирийский врач Абуль Фараджа, живший в XIII веке, обращаясь к пациенту, говорил: «Нас трое – ты, болезнь и я. Если ты будешь с болезнью, вас будет двое, а я останусь один. Вы меня одолеете. Если ты будешь мной, насбудет двое, болезнь останется одна, мы ее соделаем». Эта древняя мудрость соответствует современным представлениям: в борьбе с болезнью многое зависит от пациента, от его жизнестойкости, готовности сотрудничать с медиками.

Отношение пациента к болезни

Нередко может сформироваться **неадекватное отношение к болезни**. В этом случае люди безразлично относятся к своему здоровью или уже достаточно долгое время болеют и потеряли веру в возможность выздоровления. Эта категория больных требует к себе более тщательного, упорного, терпеливого отношения; высокопрофессионального общения со стороны медперсонала.

Необходимо помнить, что в разных ситуациях проявляются различные формы на болезнь. Выделяют различные реакции к болезни, рассмотрим классификацию А.Е. Личко и Н.Я. Иванова.

Типы отношения к болезни



Отношение пациента к болезни

1. **Гармонический** – правильная, трезвая оценка состояния, нежелание обременять других тяготами ухода за собой.
2. **Эргопатический** – «уход от болезни в работу», желание сохранить работоспособность.
3. **Анозогностический** – активное отбрасывание мысли о болезни, «обойдется».
4. **Тревожный** – непрерывное беспокойство и мнительность, вера в приметы и ритуалы.
5. **Ипохондрический** – крайняя сосредоточенность на субъективных ощущениях и преувеличение их значения, боязнь побочного действия лекарств, процедур.

Отношение пациента к болезни

6. **Неврастенический** – поведение по типу «слабости». К раздражителям раздражения на первого впечатления (особенно при болях), затем – слезы и раскаяние.

7. **Меланхолический** – неверие в выздоровление, удрученность болезнью, депрессивное настроение (угроза суицида).

8. **Апатический** – полное безразличие к своей судьбе, пассивное подчинение процедурам и лечению.

9. **Сенситивный** – чувствительный к межличностным отношениям, полон опасений, что окружающие его избегают из-за болезни, боязнь стать обузой для близких.

Отношение пациента к болезни

Выраженность реакций пациента зависит и от медицинского персонала. При отсутствии психологически климата в лечебном учреждении комфортного неумении персонала психологически правильно медицинскому общаться с вероятны отрицательные эмоции у пациентом более

Поэтому медперсонал должен создать как можно более благоприятную обстановку для пациента: МС должна чутко и внимательно относиться к любым эмоциональным переживаниям пациента. Не оставаться безучастной к жалобам и просьбам, проявлять сочувствие, не допускать со своей стороны выражения отрицательных эмоций: гнева, негодования, раздражения.

Терапевтическое общение

Общение – это сложный социально-психологический процесс взаимопонимания между людьми, происходящий с помощью передачи вербальной и невербальной информации. Различают два вида общения:

- 1) терапевтическое, эффективное;
- 2) нетерапевтическое, неэффективное.

Терапевтическое общение – благоприятное воздействие, оказываемое на психику пациента. Его фундаментом является доброжелательное отношение к людям.

Медицинский работник в борьбе с болезнью должен искать и готовить

союзника в лице самого пациента.

Терапевтическое общение

Медицинский работник в борьбе с болезнью должен искать и готовить союзника в лице самого пациента.

Цели терапевтического общения МС:

1) **Предоставление пациенту информации** о его состоянии в согласованных с врачом и близкими пределах. Медсестра должна быть готова ответить на многочисленные вопросы пациента. Например:

Что со мной случилось? Могу ли я ознакомиться со своей историей болезни? А не вредно ли принимать это лекарство так долго? Почему мне дают кислород, разве мое состояние настолько критическое? Я знаю, что кислород дают только умирающим.

Терапевтическое общение

2) **Снятие страха перед заболеванием и его лечением** Страх – это отрицательная эмоция, возникающая в результате реальной или воображаемой опасности, угрожающей жизни. Страх – это эквивалент боли, он парализует волю пациента, а это сказывается на состоянии здоровья, ходе лечебного процесса. Пациент страдает не только от неприятных ощущений, но также от страха, тревоги, уныния, тоски, бессилия и прочих тягостных чувств.

Внешние проявления страха различны: от взволнованности и возбуждения - до внутреннего оцепенения и кажущегося безразличия ("уход в себя"). Отсюда и «странные» поступки, и разговоры пациента, нытье, плаксивость, вечные жалобы, агрессивность, придирчивость.

Терапевтическое общение

3) Вселение надежды и уверенности в улучшении самочувствия

Как можно больше общайтесь с больным; особенно в тяжелом состоянии; рассказывайте ему о том, что происходит и будет происходить в ближайшее время, успокаивайте и одобряйте его. Разумеется, в разумных пределах. Нельзя давать обнадеживающих прогнозов о выздоровлении, если это не соответствует реальности.



Терапевтическое общение

Терапевтические средства общения:

- 1. Пристальное внимание.** Важно знать не только ФИО пациента, но и его особенности личности. И эта личность должна быть Вам интересна. Любой человек нуждается во внимании.
- 2. Терапевтическое прикосновение.** Это может быть любой физический контакт: прикоснуться к руке, обнять за плечи или слегка дотронуться до плеча, погладить по голове
- 3. Контакт глаз.** Взгляд живого существа, и особенно взгляд человека, - один из самых сильных раздражителей, несущий в себе большую информацию.

Терапевтическое общение

Факторы, способствующие или препятствующие организации общения:

- тишина
- конфиденциальность
- адекватное освещение, отопление и вентиляция
- удобная поза.

Кроме того, важными будут: степень знакомства; предшествующая информация о человеке; личный жизненный опыт общения; эмоциональный фон. Важную роль играет "эффект ореола" - первый образ восприятия, доминирующий впоследствии достаточно долгое время.

Терапевтическое общение

Нетерапевтические средства общения:

- 1. Избирательное или невнимательное выслушивание**
- 2. Констатированное заключение:**

Например: на прием пришел пациент, у которого диагноз "чесотка" был, что называется, "написан" на руках и на лице. Врач повернулся к медсестре и произнес одно-единственное слово: "Вилькинсон". Это означало, что больному следует прописать специальное лекарственное средство для лечения чесотки - мазь Вилькинсона. Медсестра выписала рецепт и молча протянула его больному. Тот взял бумажку, молча вышел из кабинета, а, придя, домой, написал жалобу.

Терапевтическое общение

- 3. Безличное отношение:** нередко можно слышать, как о пациенте говорят: "диабетик" "язвенник", "ревматик". Эти неологизмы затевают, отодвигают на задний план индивидуальность пациента, вызывая у него негативную реакцию. Иногда используют, обращаясь к больному, уменьшительные эпитеты: "голубушка", "бабуля" и т.д. Медицинские работники словно отгораживаются ими от больного, возводят между собой и пациентом незримую, но непреодолимую преграду.
- 4. Неоправданное доверие:** медсестра поручает престарелому пациенту самому в определенные часы принимать лекарство. Конечно, пациент часто забывает об этом, и лечение становится неэффективным.

Терапевтическое общение

5. **Стойкое или испуганное молчание**
6. **Фальшивое успокаивание:** в приемном покое врач моет руки и машинально, не задумываясь над своими словами, говорит пациенту, доставленному после автокатастрофы: "Не волнуйтесь, нога у Вас еще вырастет".
7. **Морализирование:** МС внушает пациенту: "болезнь есть наказание за ваши грехи. Подумайте, за что вас бог наказывает, и покайтесь".
8. **Критика, насмешка, угроза:** акушерка говорит на приеме молодой беременной женщине: "И кого же ты родишь, такая худящая и бледная, с таким-то гемоглобином, интересно мне знать!"

Терапевтическое общение

Ятрогении – это все болезни и которые возникают у пациентов медицинских работников в результате оказания видов медицинской помощи.

Для обозначения болезней, связанных с медицинской помощи, предлагались и такие названия: госпитализм, патология лечения и диагностики, неблагоприятные (побочные) последствия (эффекты) диагностики и лечения.

Главным в построении классификационных схем ятрогении должен быть причинный фактор, патоген. Исходя из этого ятрогении следует разделить на **5 групп**: психогенные, лекарственные, травматические, инфекционные, смешанные.

Терапевтическое общение

Принципы эффективного умения слушать:

1. В любой беседе одновременно может говорить только один человек; легче всего побудить человека раскрыться Вам, дав ему возможность больше говорить самому.
2. Не позволяйте внешним факторам отвлекать Вас от разговора, если этого можно избежать. Отвлекать могут телефонные звонки, другие люди. Нужно помнить, что говорить с человеком, который во время разговора выглядывает в окно, играет карандашом или ручкой, резинкой или скрепкой и т.п., очень трудно.

Терапевтическое общение

3. Смотрите на говорящего; дайте пациенту понять, что Вас интересует то, что он говорит. Сидите расслаблено и открыто, лицом к пациенту, не бойтесь встречаться с ним глазами. Глядя на человека, Вы не только помогаете ему общаться с Вами, но и облегчаете себе самому понимание. Но это не означает, что Вы должны смотреть на пациента, не отрывая глаз.
4. Концентрируйтесь не столько на том, что говорится, но особенно на том, как это говорится (обращайте внимание на эмоциональные реакции пациента и его чувства).
5. Старайтесь уловить, о чём пациент избегает говорить; Вы можете больше узнать о пациенте, стараясь понять, о чём он говорит.

Терапевтическое общение

6. По возможности, избегайте сильных эмоций гнева или печали; они могут помешать Вам внимательно слушать пациента и реагировать на его слова с пониманием.
7. Не спешите с предложениями и суждениями; избегайте интерпретировать слова и поступки пациента по отношению к Вам.
8. Выбор слов, темп речи, интонация, тон голоса – всё это даёт вербальные ключи к пониманию тех чувств, которые стоят за тем, о чём пациент говорит. Такие вербальные ключи, как запинание, крик, дрожащий голос и длинные паузы могут указывать на то, что данная тема очень чувствительна для пациента.

Терапевтическое общение

9. Физическое поведение пациента также даёт ключи к пониманию его чувства. Поза, тело, жесты и характер движений пациента могут дать медсестре определённую информацию.
10. Слушая пациента, покажите, что Вы с теплотой относитесь к нему. Теплота передаётся, в основном, через невербальные каналы коммуникаций:
- ✓ Улыбка.
 - ✓ Обращение к пациенту по имени.
 - ✓ Прикосновение к пациенту; но прикосновение может подчёркивать и беспокойство, ощущаемое сестрой по отношению к пациенту, если им пользоваться осторожно.

Терапевтическое общение. Эмпатия

Эмпатия (от англ. empathy – сочувствие, сопереживание, умение поставить себя на место другого, проникновение в субъективный мир другого) – способность индивида воспринимать внутренний мир другого точно, с сохранением эмоциональных и смысловых оттенков. Эмпатия не предполагает обязательного активного вмешательства с целью оказания действенной помощи другому, не предполагает и оценочного реагирования. Она сближает людей в общении, доводя его до уровня доверительного.

Терапевтическое общение. Эмпатия

Эмпатию следует отличать от **эмоциональной идентификации** (уподобления, идентификации себя с другим, с его эмоциональным состоянием) и от *сочувствия* (переживания по поводу чувств другого).

Сочувствующий собеседник всегда готов выразить свое сострадание говорящему, быстро с ним согласиться. Используемые приемы: похвала, вербальное согласие, успокаивание, сочувствие, утешение. При использовании такого вида слушания имеется опасность в эмоциональной идентификации медработника, использующего сочувствующее слушание, с пациентом (в этом случае медработнику самому может понадобиться профессиональная психологическая помощь).

Терапевтическое общение. Эмпатия

Эмпатическое слушание – высший уровень умения слушать, предполагает способность чувствовать то же, что и собеседник, понимать его не умом, а сердцем. При этом отсутствуют попытки вскрыть неосознаваемые чувства говорящего, поскольку они могут оказаться травмирующими.

Нерефлексивное слушание – слушание без анализа (рефлексии), дающее возможность собеседнику высказаться. Это активный со стороны слушающего процесс, предполагает умение внимательно молчать. Его предназначение – поддерживать течение речи собеседника, стараясь, чтобы он полностью выговорился. Быть эмпатичным трудно, поскольку это означает быть активным, сильным, ответственным и в тоже время - тонким и чувствующим ближнего.

Терапевтическое общение. Эмпатия

Издержки этого вида слушания:

- 1) есть опасность, что внимание медсестры пациент истолкует как полное согласие с содержанием его рассказа;
- 2) в течение длительного времени приходится слушать иногда речь, не связанную напрямую с заболеванием.

Умение слушать создает атмосферу доверия и устраняет опасность причинить пациенту вред (это может случиться, если вместо слушания МС сама начнет много о чем-то рассказывать пациенту).

Умение слушать собеседника – важная составляющая психологической подготовки медсестры.

Терапевтическое общение. Трансфер

Трансфер – это перенос на медицинского работника эмоционального отношения пациента к значимым для него людям (отцу, матери, пр.). Термин впервые стал применяться в психоанализе.

Различается трансфер: а) позитивный – перенос чувства любви, уважения, доверия, привязанности и пр.;

б) негативный – перенос чувства страха, ненависти, отвращения и пр.

В процессе сестринского ухода эти чувства могут спонтанно возникать у пациента при отсутствии в ее поведении объективных причин для этого. З.Фрейд описывал случаи, когда пациент переносит на врача гамму нежных и часто смешанных с враждебностью чувств.

Терапевтическое общение. Трансфер

МС чувствует перенос по эмоциональным, поведенческим реакциям пациента, как оказываемое на неё давление вести себя по отношению к пациенту так, чтобы это напоминало ему о прежних отношениях.

Пациент сам не понимает, почему он «влюбляется» в медсестру или начинает ее ненавидеть безо всяких на то внешних оснований. Начинающие медсестры, как правило, теряются, когда сталкиваются с сильными проявлениями со стороны пациентов эмоций (сексуальное влечение, или ненависть, (любовь, ненасытная агрессия), требовательность,

Терапевтическое общение. Контртрансфер

Контртрансфер – это перенос медработником своих эмоций пациента, ответ на трансфер пациента. Контртрансфер разрушает обычно доброжелательно-нейтральную позицию МС, вызывая в ней дисбаланс, проявляющийся в виде гнева к пациенту, раздражения, боязни пациента или особой любви к нему. Контртрансфер усиливается в период переживания медсестрой стрессовых событий и неразрешенных конфликтов.

Так же, как и трансфер, контртрансфер, часто являющийся бессознательным, может приобретать в сфере восприятия-сознания положительную аффективную тональность (любовь) или отрицательную (ненависть).

Общение с пациентом, длительно находящимся в стационаре

Заболевание и госпитализация выбивают человека из жизненной колеи, он может чувствовать себя обиженным судьбой, востанновленным. Его тревожат болезнь, возможные осложнения, прогноз, вынужденная необходимость оставить работу, расставание с домом, незнакомое или малознакомое окружение, от которого он к тому же становится зависим. При тяжелом состоянии, в случаях развития параличей, сильных болей, назначении строгого постельного режима зависимость может быть абсолютной.

Распорядок жизни пациента в стационаре определяют медицинские работники, сама жизнь пациента в стационаре оказывается в зависимости от их знаний, умений, ответственности, их доброты.

Общение с пациентом, длительно находящимся в стационаре

Взаимоотношения с пациентами следует строить в зависимости от возраста, профессии, общего культурного уровня, характера, настроения, тяжести и особенностей заболевания. Все мероприятия по лечению пациентов и уходу за ними следует выполнять **спокойно, точно, аккуратно**, стараясь не раздражать их, не причиняя им боли, ни в коем случае не унижая их человеческого достоинства. Надо учитывать обычно свойственное пациентам **чувство неловкости, досады** в связи со своей беспомощностью и зависимостью.

Средний медработник должен знать, какой диагноз поставлен пациенту, почему врачом назначены те или иные лекарства, процедуры, лабораторные исследования. Однако в беседе с пациентом надо проявлять осторожность,

Общение с пациентом, длительно находящимся в стационаре

Недопустимо в процессе общения с ним говорить, что он сегодня плохо выглядит, что у него «ввалились глаза», плохие анализы.

Необходимо помнить, что при многих заболеваниях у пациентов возникают некоторые особенности психической деятельности:

- при **атеросклерозе** сосудов ГМ возможны снижение памяти, рассеянность, слабодушие, слезливость, обидчивость, эгоцентризм
- пациенты с **патологией сердца** часто испытывают чувство страха за свою жизнь, бывают настороженны, повышено эмоциональны
- при болезнях **печени, желчного пузыря** нередко отмечаются
- при **острых инфекционных заболеваниях**, подоболочечном кровоизлиянии возможны эйфория, недооценка тяжести состояния, своего

Общение с пациентом, длительно находящимся в стационаре

- при **высоком внутреннем давлении** пациент обычно вял, малоподвижен, апатичен, на вопросы отвечает с промедлением, лаконично, как бы нехотя, часто пребывает в какой-нибудь фиксированной позе.
- определенные особенности психического состояния и поведенческих реакций свойственны многим **эндокринологическим, онкологическим** и другим болезням, различным формам эндогенной **интоксикации, отравлений**.

Значительные особенности имеет работа МС в детских отделениях, т.к. пребывание в стационаре без матери является для детей существенным психотравмирующим обстоятельством. Сложными могут быть и отношения медицинских работников с родственниками больных детей.

Общение с родственниками пациента

Взаимоотношения медицинского работника с родственниками – самая сложная проблема медицинской деонтологии. Если заболевание обычное и лечение идет хорошо, то допустима полная откровенность.

При наличии осложнений допустим корректный разговор врачом с ближайшими родственниками пациента с профессионально грамотным объяснением причин и сути возникших проблем.

Медицинскому работнику в общении с родственниками пациентов необходимо быть тактичным, вежливым, делать все возможное, чтобы успокоить их, убедить в том, что для пациента делается всё необходимое. Вместе с тем необходима достаточная твердость для того, чтобы не допустить нарушения родственниками установленного в стационаре режима.

Культура общения в коллективе ЛПУ

Подлинная культура общения необходима и в самом коллективе медработников. Доброжелательность в отношениях с коллегами ~~взаимопомощь~~ ~~взаимопомощь~~ для создания оптимального психологического климата в лечебном учреждении, для оказания полноценной медицинской помощи. При этом существенное значение имеют дисциплинированность членов коллектива, соблюдение ими субординации.



Медицинская тайна

Медицинская тайна – одно из выражений профессионального долга медика. Сохранение врачебной тайны – как бы эквивалентный морально-этический ответ медика на доверие больного и своего рода «расплата» за доверие. Врачебная тайна призвана обеспечить надежность доверительных отношений медиков и больных.

Врачебная тайна есть модификация важнейшей нормы медицинской этики «Прежде всего не навреди!»: не навреди личности своего пациента в глазах окружающих, не навреди спокойствию как его самого, так и его близких, помни, что благополучие человека не исчерпывается только физическим здоровьем.

Медицинская тайна

Не следует говорить обреченному больному о всей тяжести его болезни, о возможном скоропостижном уходе.

Нельзя разглашать сведения не только о характере и возможном исходе заболевания, но и сведения об интимной жизни больных, так как это может причинить им дополнительные страдания и подорвать доверие к медицинским работникам.

Медицинская сестра не должна рассказывать о том, что случилось в соседнем отделении, распространять вести о тяжелобольных, так как это может обострить болезненную ипохондричность, усилить страх и беспокойство больных за свое здоровье.

Медицинская тайна

Правовое регулирование

Законодательная основа врачебной тайны происходит из ст. 23, 24 Конституции РФ, которые охраняют право сохранения в личной и информации. Кроме того, существует секрет семейной правоправу регулирующий защиту сведений, которые передает медику. Это Федеральный закон №323-ФЗ от 21.11.2011 года, в котором указано, что такое врачебная (медицинская) тайна и что составляет входящую в нее информацию.

Что входит в конфиденциальную информацию: факт обращения в медицинскую организацию; состояние физического и психического здоровья; диагнозы и прогнозы; любые другие сведения, сообщенные пациентом или выявленные в ходе обследования/лечения.

Классификация типов СМП (типология И.Харди)

Венгерский психолог Иштван Харди обратил внимание на особенности различных типов медицинских сестер, с тем чтобы помочь специалистам **увидеть себя со стороны.**

1. Медицинская сестра, играющая заученную роль. Поведение такой медицинской сестры отличается неестественностью, наигранностью. Она как бы исполняет заученную роль, стремясь к осуществлению определенного идеала, играет роль благодетельницы. Неестественность в общении **мешает ей устанавливать контакты** с людьми, поэтому такая медицинская сестра должна сама пройти курс коррекции неадаптивной формы своего профессионального поведения, четко определить профессиональные цели, выработать адекватный стиль общения с пациентом.

Классификация типов СМП (типология И.Харди)

2. Медицинская сестра-робот (рутинер). Большинство МС относятся к этому типу. Характерной чертой таких сестёр является механическое исполнение своих обязанностей. Они порученные задания с выделением выполняют скрупулезностью, необыкновенной и деятельностью, ловкостью медицинским вмешательством. Однако подобно автоматическим устройствам, они воспринимают пациента как необходимое приложение в его обслуживанию. Их взаимодействие с больным лишено эмоционального сочувствия и сопереживания.

Именно такая медицинская сестра способна разбудить спящего больного, чтобы в назначенное время дать ему снотворное.

Классификация типов СМП (типология И.Харди)

3. «Нервная» медицинская сестра. Эмоционально неустойчивая, вспыльчивая, раздражительная сестра склонна к обсуждению личных проблем, что может явиться серьезной помехой в успешной работе с пациентами. Часто можно видеть хмурую с обидой на лице медицинскую сестру среди ни в чем не повинных пациентов. В лечебном учреждении не должно быть медицинских сестерс таким типом непрофессионального поведения. Это свидетельствует о некачественном профессиональном отборе кадров, огрехах в работе администрации. «Нервная» медицинская сестра – это патологическая личность либо человек, страдающий неврозом.

Классификация типов СМП (типология И.Харди)

4. Медицинская сестра с мужеподобной, сильной личностью.

Более старшие сестры сдерживают себя, стараются не проявлять эмоций, стараются вести себя по порядку, но в быту могут быть неаккуратными, не любят убирать лишние вещи. Такого рода сестры отличаются мужеподобностью, решительностью, возмущением по поводу беспорядка. В благоприятных случаях медицинская сестра с такой личностью может стать прекрасным организатором, хорошим педагогом. При недостатке культуры, образованности, более низком уровне развития медицинская сестра слишком негибка, часто груба и даже агрессивна с пациентами.

Классификация типов СМП (типология И.Харди)

5. Медицинская сестра материнского типа. Такая МС выполняет свою работу с максимальной заботой и сочувствием к пациентам. Работа для таких медицинских сестер — неотъемлемое условие жизни. Забота о пациентах является жизненным призванием. Часто личная жизнь таких МС пронизана заботой о других, любовью к людям.

6. Медицинская сестра-благосодержательница. Такие медицинские сестры обладают своим особым свойством личности проявляют любознательность в определенной сфере профессиональной деятельности и получают специальное назначение. Иногда медицинские сестры - фанатики своей узкой деятельности, не способные ни на что, кроме выполнения этой работы, ничем кроме нее не интересующиеся.