Содержание

Введение 2

Тактика медицинского работника в клинике внутренних болезней 3

Тактика медицинского работника в клинике хирургических болезней 7

Тактика медицинского работника в акушерско-гинекологической клинике 9

Тактика медицинского работника в клинике детских болезней 13

Тактика медицинского работника в психиатрической клинике 15

Заключение 20

Литература 21

# Введение

При рассмотрении проблемы этики поведения медицинских работников необходимо выделить основные и общие вопросы, которые следует соблюдать независимо от того, где трудится медицинский работник, и частные, применительно к специфическим условиям поликлиники (диспансера) или больницы.

В общих вопросах условно можно выделить два основных:

Соблюдение правил внутренней культуры – правил отношения к труду, соблюдения дисциплины, бережного отношения к общественному достоянию, дружелюбия и чувства коллегиальности;

Соблюдения правил внешней культуры поведения – правил благопристойности, приличия, хорошего тона и соответствующего внешнего вида.

В данной работе я рассмотрю основы взаимоотношений между психотерапевтом и клиентом.

# Тактика медицинского работника в клинике внутренних болезней

В самых распространенных в клинической медицине терапевтических отделениях, как правило, находятся больные самого различного профиля с заболеваниями сердечнососудистой системы, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, почек и др. Нередко их болезненные состояния требуют длительного лечения.

Длительный отрыв от семьи и привычной профессиональной деятельности, а также тревога за состояние своего здоровья вызывают у них комплекс различных психогенных реакций. В результате психогений усложняется течение основного соматического заболевания, что в свою очередь ухудшает психическое состояние больных. Кроме того, в терапевтических отделениях на обследовании и лечении находятся больные с жалобами на деятельность внутренних органов, нередко даже не подозревая того, что эти соматические нарушения психогенного характера.

В клинике внутренних болезней постоянно приходится иметь дело с соматогенными и психогенными нарушениями. В тех и других случаях больные высказывают большое число различных жалоб и очень настороженно относятся к своему состоянию.

Соматогенно обусловленные психические нарушения чаще возникают у тревожно-мнительных больных с ипохондрической фиксацией на своем состоянии. В их жалобах, помимо обусловленных основным заболеванием, много неврозоподобных: на слабость, вялость, быструю утомляемость, головную боль, нарушение режима сна, страх за свое состояние, чрезмерную потливость, сердцебиение и др. У таких больных отмечаются различные аффективные нарушения в виде периодически возникающей тревоги и тоски различной степени выраженности. Такие нарушения часто приходится наблюдать у больных с гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, у лиц, страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Неврозоподобная симптоматика нередко маскирует клинику основного заболевания. В результате больные обращаются к специалистам различного профиля, однако облегчение от назначенного лечения наступает не всегда, что обостряет их невротическую и ипохондрическую настроенность.

При тяжелых декомпенсациях сердечной деятельности, при циррозе печени и уремии могут развиться психотические состояния с галлюцинаторно-бредовыми переживаниями. Психотическое состояние может возникнуть и у соматических больных на фоне высокой температуры, обусловленной как осложнением болезненного процесса, так и присоединением инфекционного заболевания (чаще гриппа). В этих случаях можно наблюдать психотические состояния типа делирия, аменции и онейроида. Особого внимания заслуживает психотическое состояние у пожилых людей, страдающих гипертонической болезнью. На высоте подъема артериального давления у них могут возникнуть динамическое нарушение мозгового кровообращения, предынсультное состояние и инсульт. В клинической картине у таких больных в первую очередь отмечается нарушение ориентировки и сознания типа оглушения. Больные не ориентируются в окружающем, с трудом отвечают на поставленные вопросы, иногда у них появляются нарушения речи (стереотипные вопросы или повторение слов), развивается тревожно-беспокойное состояние.

Больные с соматогенными психическими нарушениями требуют особого внимания, так как, помимо помощи, обусловленной основным заболеванием, им необходимо проводить лечение по поводу вторичных неврозоподобных или психотических расстройств. Следует помнить, что такие больные очень болезненно реагируют даже на предложение проконсультироваться у психоневролога, а некоторые считают это предложение оскорбительным. К многочисленным жалобам и просьбам больных нужно относиться терпимо, проявлять психотерапевтический подход, который является для них одним из важнейших методов лечебного воздействия. Свою психотерапевтическую тактику необходимо согласовать с лечащим врачом, выяснить, как лучше отвечать на различные просьбы таких больных, какие лекарства следует давать и т.д. Иногда многочисленные жалобы и просьбы больных остаются вне поля зрения лечащего врача, так как во время нахождения врача в больнице само его присутствие действует успокаивающе на больного, а ухудшение наступает во вторую половину дня и вечером. Тогда сестре необходимо поделиться своими наблюдениями с врачом и выработать тактику поведения. Ни в коем случае не надо говорить с больным, что им следует полечиться у психоневролога или намекнуть им на их невротические расстройства. Это приведет к нарушению контакта с больным, обиде и жалобам с его стороны и даже усилению невротических расстройств теперь уже ятрогенного характера.

Психотические расстройства на фоне различных соматических заболеваний чаще возникают в вечерние часы. Если у сестры возникнет подозрение о наличии их у больного, она должна немедленно вызвать дежурного врача и установить за больным усиленное наблюдение.

Особого внимания требуют больные с делириозным и онейроидным нарушением сознания, так как под влиянием галлюцинаторно-бредовых переживаний они могут совершать действия, опасные как для них, так и для окружающих. В таких случаях нужна срочная консультация психиатра. Такое решение должен принимать дежурный (или лечащий) врач, явившийся на вызов медицинской сестры.

Больные с функциональными соматическими нарушениями невротического генеза обращают на себя внимание обилием различных жалоб: «грудь теснит», «колет в сердце», «резко учащается сердцебиение», «сердце работает с перебоями», «тяжесть в области желудка», «простреливающая боль в области живота», «затруднен выдох», «резь над лобком и частые мочеиспускания» и др.

В отличие от неврозоподобных соматогенно обусловленных состояний при невротических расстройствах, помимо довольно часто отмечающейся личностной реакции в виде тревожной мнительности и эмоциональной лабильности, всегда имеются различные психогении. Они чаще бывают семейно-бытового, сексуально-личностного или производственного характера. Возникновение их обусловлено тяжелыми для личности отрицательными эмоциональными перегрузками. Возникающие невротические расстройства переносятся больными не менее тяжело, чем различные соматические болезни. Больные обращаются к различным специалистам, проходят тщательное клиническое и лабораторное обследование (ЭКГ, фонокардиография, рентгеновское и др.) в терапевтическом стационаре. При общении с такими больными медицинская сестра должна быть особенно внимательна и соблюдать принципы психотерапии. На многочисленные жалобы она должна отвечать, что болезненные расстройства постепенно исчезнут при назначении соответствующего лечения. Больному необходимо разъяснить, что лекарственные средства медицинская сестра может выдать только по назначению врача.

Медицинская сестра должна знать, что разнообразные психогении, волнение могут обострить не только имеющиеся невротические симптомы, но и скрыто протекающие соматические патологические процессы. Необходимо всегда помнить о тесной взаимосвязи психического и соматического как единого целостного состояния организма человека в механизме развития болезненных расстройств.

Особого внимания заслуживают депрессивные нарушения различной степени выраженности–от легкого угнетенно-подавленного настроения до выраженной депрессии. Во время этих состояний нередко возникают суицидальные мысли и попытки. При выявлении подобных расстройств у больных сестра должна немедленно сообщить об этом лечащему врачу.

# Тактика медицинского работника в клинике хирургических болезней

Хирургия относится к той области медицины, где значение практических навыков медицинской сестры исключительно велико. Все мысли и внимание хирургов, операционных и палатных сестер концентрируются на операционной, где происходит основная работа – хирургическая операция. В период операции практически прекращается непосредственный контакт между медицинским персоналом и больным и резко интенсифицируется процесс слаженного взаимодействия между врачами-хирургами, анестезиологами, средним медицинским персоналом, обслуживающим операционную.

Если в операционной ведущая роль отводится врачам-хирургам и анестезиологам, то в предоперационный и особенно в послеоперационный период многое зависит от внимательного и чуткого отношения к больному медицинских сестер и младшего медицинского персонала. Многие хирурги совершенно справедливо утверждают, что операция–начало хирургического лечения, а исход его определяет хорошее выхаживание, т.е. соответствующий уход в послеоперационном периоде.

К проблемам психологического плана относится страх перед операцией. Больной может бояться самой операции, связанных с ней страданий, боли, последствий вмешательства, сомневаться в ее эффективности и др. Об опасениях больного можно узнать из его слов, бесед с соседями по палате. Об этом можно косвенно судить по различным вегетативным признакам: потливости, ускоренному сердцебиению, поносам, частым мочеиспусканиям, бессоннице и др. Страх больного •нередко усиливается под влиянием «информации», которую охотно предоставляют больные, перенесшие операцию и, как правило, преувеличивающие все происшедшее с ними.

О своем наблюдении за больным сестра должна доложить лечащему врачу и выработать с ним тактику психотерапевтического воздействия. Целесообразно провести беседу с больными, перенесшими операцию, о неблагоприятном действии их рассказов на вновь поступивших больных, готовящихся к оперативному лечению. При подготовке к операции очень важно установить хороший контакт с больным, в ходе беседы узнать о характере его страхов и опасений в связи с предстоящей операцией, успокоить, постараться изменить отношение к предстоящему этапу лечения. Многие больные боятся наркоза, опасаются «уснуть навеки», потерять сознание, выдать свои секреты и т.д. После операции также возникает ряд сложных проблем. У некоторых хирургических больных с послеоперационными осложнениями могут возникнуть различные психические расстройства. Хирургическое вмешательство и вынужденный постельный режим могут вызвать различные невротические расстройства. Нередко у больных на 2–3-й день после операции появляется недовольство, раздражительность. На фоне астенизации, особенно если после операции возникли осложнения, может развиться депрессивное состояние. У лиц пожилого возраста в послеоперационном периоде может наблюдаться делириозное состояние с наличием галлюцинаций и бредовых переживаний. Генез его сложный, преимущественно токсико-сосудистый. У больных, страдающих алкоголизмом, в послеоперационном периоде довольно часто развивается алкогольный делирий.

О всех случаях развития у больных психотических состояний медицинская сестра должна немедленно сообщить лечащему или дежурному врачу и принять меры по наблюдению за больным. Всегда целесообразно больных с психозом, если позволяет соматическое состояние, передать для наблюдения психиатру. Нередко психотические состояния развиваются в виде кратковременных эпизодов и легко купируются назначением транквилизаторов и нейролептиков. Вопросы дальнейшего лечения должен решать лечащий или дежурный врач с учетом всех обстоятельств.

Сложные вопросы возникают при общении с больными, оперированными по поводу злокачественного новообразования. Они обеспокоены своей дальнейшей судьбой, задают вопросы, злокачественная ли у них опухоль, не было ли метастазов и т.д. В беседе с ними нужно быть очень осторожным. Следует объяснить больным, что операция прошла успешно и им в дальнейшем ничего не грозит. С такими больными необходимо проводить психотерапевтические беседы.

Тяжело реагируют больные на операции по удалению отдельных органов (резекция желудка, удаление молочной железы, ампутация конечностей и др.). У таких больных возникают реальные трудности социального и психологического характера. Больные с психопатической структурой личности свой физический дефект рассматривают как «крах дальнейшей жизни», у них развивается депрессия с суицидальными мыслями и тенденциями. Такие больные должны постоянно наблюдаться медицинским персоналом.

# Тактика медицинского работника в акушерско-гинекологической клинике

При лечении больных с гинекологическими заболеваниями возникает множество проблем интимно-сексуального, психологического, социального и этического характера, что существенно осложняет деятельность медицинских работников. При гинекологическом обследовании совершенно естественно проявление стыдливости у женщин, и к этому психологическому явлению нужно относиться с должным уважением. Для установления хорошего контакта с больными необходима тактичность и осторожность при беседе и обследовании. Важно, чтобы медицинская сестра помогала врачу-гинекологу при проведении манипуляций, тем более если врач–мужчина. Это важно в социально-психологическом аспекте.

Во время менструального периода у женщин могут возникать тянущие боли в животе, в пояснице, неприятные ощущения в области половых органов. Генез их неясен, важная роль в их возникновении отводится вегетативно-сосудистым расстройствам. Нередко отмечаются изменения и со стороны психики в виде повышенной раздражительности, напряженности, нервозности и даже угнетенно-подавленного настроения. У больных, страдающих неврозами и другими психопатологическими отклонениями, жалобы более многочисленны и разнообразны, иногда отмечается обострение основного заболевания (эпилептические пароксизмы). У девочек под влиянием длительно существующих психогений (различные конфликты семейно-бытового и личного характера) могут быть дисменореи. Тяжелые психические травмы (например, связанные с землетрясением, эмоциональные переживания военного времени, потеря близких и др.) вызывают у женщин аменорею. Нередко естественное наступление климакса вызывает у женщин вполне понятные психологические реакции: страх перед наступлением старости, страх потерять женственность, привлекательность и способность к супружеской жизни. Однако обострение невротической и другой психопатологической симптоматики в период климакса отмечается преимущественно у лиц, склонных к невротическим и психопатическим реакциям, а также у пациентов, страдающих органическим поражением центральной нервной системы при наличии психогенных факторов. При благополучной семейной и супружеской жизни и отсутствии других психогенных факторов климакс протекает спокойно и не вызывает каких-либо психических нарушений.

Важной проблемой в гинекологии является фригидность. Причинами ее могут быть различные факторы: личностно-психологические особенности женщины, неудовлетворенность семейной жизнью, неблагоприятные жилищные условия, мешающие нормальным супружеским отношениям, неправильная тактика мужа и т.д. Частой причиной служит боязнь забеременеть, алкоголизм и агрессивность мужа, болезненные ощущения при половом акте и др.

Медицинская сестра и акушерка, достаточно хорошо знающие указанные выше особенности, могут успешно использовать эти знания при работе с больными. При этом должны соблюдаться соответствующий такт, внимательное и доброе отношение, располагающее к откровенности. Нередко медицинским сестрам женщины чаще рассказывают то, чего не говорят врачу. Полученные при откровенной беседе данные способствуют более точной диагностике и выбору адекватного лечения.

Большая психотерапевтическая работа должна проводиться с женщиной перед серьезными хирургическими операциями (ампутация матки, удаление яичника и т.д.). Необходима оценка личностных особенностей женщины, характера семейно-супружеских отношений. После этого важна беседа с больной в плане предстоящей операции и вселение в нее уверенности в благоприятный исход. В послеоперационном периоде необходимо развеять необоснованность опасений женщины, что операция может лишить ее женской привлекательности, повлиять на гармоничность супружеских отношений и половую жизнь. Возможность возникновения у больных психоневротических нарушений после хирургического вмешательства обязывает медицинских сестер вести длительную подготовительную работу.

Важную проблему в акушерско-гинекологической практике представляет страх перед беременностью. Следует объяснить молодым женщинам, что в настоящее время имеется большое число противозачаточных средств. Необходимо предупредить их, что возможное появление сосудисто-вегетативных побочных симптомов от приема противозачаточных таблеток (тошнота, угнетение аппетита, неприятный вкус во рту и др.) не приводит к нарушению здоровья.

Беременность и роды являются одной из актуальных психологических проблем, возникающих на жизненном пути женщины. При зачатии возникают опасения за судьбу будущего ребенка: будет ли он здоров, не смогут ли возникнуть какие-либо аномалии в его физическом и психическом развитии и др. К концу беременности возникает тревога, связанная с предстоящими родами (страх боли, опасения смерти от различных осложнений, боязнь возможных разрывов промежности и др.). Психические нарушения при беременности зависят прежде всего от свойств личности женщины, социально-бытовых условий и других факторов, о которых врач и медицинская сестра женской консультации должны иметь определенное представление и проводить соответствующую корригирующую психотерапию.

Особенно сложные психологические переживания женщины возникают при беременности от внебрачной связи (предрассудки, проблема воспитания ребенка без отца и др.). Эти женщины требуют особого внимания работников женской консультации. Матерям-одиночкам в нашей стране государство предоставило большие возможности для полноценного воспитания ребенка (отпуска, пособия и другие льготы). Формирование убеждения в благоприятном исходе беременности, родов и дальнейшей жизни–гуманная и благородная задача врача и акушерки женской консультаций и родильного дома.

Боль, которая возникает в процессе родов, всегда была одной из сложных проблем акушерства. По мнению многих исследователей, причиной ее является укоренившееся представление, что роды – это обязательно сильная боль. В нашей стране в 20–30-е годы были разработаны психотерапевтические приемы по профилактике родовых болей. Психопрофилактическая подготовка к безболезненным родам строится на принципах учения И.П. Павлова. Основной целью при подготовке безболезненных родов является устранение опасений беременных женщин, связанных с предстоящими родами. Для этого женщинам читаются лекции, проводятся курсовые, индивидуальные или групповые собеседования, демонстрируются кинофильмы о родах и т.д., показываются гимнастические упражнения по нормализации дыхания, способствующие расслаблению мышц. Кроме того, применяются различные методы психопрофилактики: аутогенная тренировка, рациональная психотерапия, суггестивная гипнотерапия. Необходимо разъяснить женщине, что существенную помощь при родах она окажет себе сама, если будет выполнять все указания врача и акушерки.

# Тактика медицинского работника в клинике детских болезней

Уход за больным ребенком требует, помимо хорошей профессиональной подготовки, большого терпения, умения и любви к детям. При оценке состояния здоровья детей необходимо учитывать специфику возрастного периода (грудной, дошкольный, школьный, подростковый, юношеский). С точки зрения психологии ухода за больным ребенком важно иметь представление, соответствует ли степень психического и физического его развития возрасту пациента. У детей, часто болеющих особенно в раннем возрасте, обнаруживается задержка в психическом и физическом развитии. Они выглядят более инфантильными, чем здоровые дети их возраста.

У детей дошкольного и младшего школьного возраста нередко отмечаются различные страхи (темноты, одиночества, белых халатов, уколов и т.д.), невротические реакции (недержание мочи, кала и др.). Иногда свое пребывание в больнице дети расценивают как наказание за совершенный проступок, чувствуют себя обиженными и одинокими.

Медицинская сестра, работающая с детьми, должна постоянно проявлять заботу, теплоту и внимание и, таким образом, в какой-то степени компенсировать отсутствие любимых родителей. Особенно тяжело переживают стационирование дети до 5-летнею возраста. Целесообразно, чтобы мать проводила ребенка в больницу и некоторое время оставалась с ним. После того как мать ушла, сестра должна обязательно поиграть, отвлечь ребенка, расположить его к себе и на вопрос ребенка: «Где мама?» – постараться доходчиво объяснить ее отсутствие причинами семейно-служебного характера Она должна рассказать родителям, которые не могут посещать больного ребенка, о необходимости регулярно присылать письма, подарки, чтобы ребенок чувствовал, что его помнят и любят.

Психологическая среда в детском лечебном учреждении должна помогать детям чувствовать себя как дома. Игры, занятия способствуют сближению детей, а доброе и теплое отношение медицинских сестер облегчает адаптацию ребенка к новым условиям.

У детей всегда возникает страх перед медицинской манипуляцией, особенно перед инъекцией. Необходимо подготовить ребенка к процедуре, ободрить его. Иногда положительно действуют слова, что он смелый и сильный и геройски перенесет небольшую боль. При этом психологическое воздействие на ребенка должно проводиться с учетом его индивидуально-личностных особенностей. Дети, как правило, гораздо легче переносят подкожные инъекции, чем внутримышечные, так как манипуляция, совершаемая под контролем их зрения, вызывает меньше опасений

Большое значение имеет преодоление переживаний страха у ребенка. Необходимо в откровенной беседе выяснить их конкретную основу и попытаться рассеять убедительными доводами, что сестра и врач всегда рядом и своевременно придут на помощь.

Одна из главных задач медицинской сестры – научиться находить хороший контакт с детьми, особенно в отделениях, где лечатся дети раннего возраста. Заботливое, внимательное отношение к ребенку, стремление понять его–это большое искусство, где профессиональный уровень тесно сочетается с личностными особенностями медицинской сестры. В такой работе необходимы определенные знания в области психологии детской игры. Очень важно умение медицинской сестры заняться с ребенком, привлечь его к игре–этому важному элементу жизни ребенка При работе с детьми более старшего возраста необходимо, помимо игрового компонента, найти интересную работу для заполнения их досуга. Здесь можно использовать рисование, лепку из пластилина, вышивание (для девочек-подростков), коллективное и индивидуальное чтение и др. При этом следует учитывать степень развития и эмоциональную настроенность ребенка (подростка) на ту или иную деятельность.

Серьезные трудности возникают у медицинских работников детских отделений при общении с родителями. Естественной реакцией их является беспокойство, озабоченность и страх за ребенка. Необходимо вежливо и убедительно разъяснить им необоснованность их тревоги, которая при общении с ребенком может отрицательно повлиять на его психологию. Однако бывают и такие случаи, когда совсем нелегко достигнуть взаимопонимания с родителями, крайне эмоционально реагирующими на заболевание ребенка и неспособными критически оценить реальные факты. В таких случаях медицинская сестра должна обладать терпением и выдержкой, чтобы не только выслушать, но и разъяснить родителям необоснованность их чрезмерной тревоги. Чрезвычайно сложные проблемы возникают перед врачом и медицинскими сестрами при наличии у детей тяжелых заболеваний с неблагоприятным прогнозом. Известие об этом вызывает у родителей тяжелое потрясение, отчаяние, нередко враждебные высказывания в адрес медицинских работников. В тех случаях, Когда диагноз поставлен точно и приближается неизбежный летальный исход, родителей больного ребенка необходимо осторожно подготовить к этому.

Медицинские сестры, работающие с детьми, должны быть уравновешенными и сдержанными, ибо работник, допускающий грубость, эмоциональную несдержанность, нетактичность, больше принесет вреда, чем поможет больному ребенку.

# Тактика медицинского работника в психиатрической клинике

В практической работе почти в каждой клинике медицинскому работнику нередко при общении с больными приходится сталкиваться с вопросами, относящимися к компетенции психиатра. Следует отметить, что истинно психотические состояния – явления относительно редкие в соматических стационарах, между тем невротически-личностные расстройства встречаются повседневно. Многопрофильные лечебные учреждения не могут обходиться без услуг психиатра-консультанта. В то же время знание, хотя бы в самом общем виде, как основных проявлений психопатологических расстройств, так и особенностей отношений с больными данного профиля важно для медицинской сестры, независимо от того, в какой облает медицины она работает. В крупных лечебных центрах создаются психосоматические отделения, в задачу которых входит наряду с лечением соматического заболевания оказание соответствующей психиатрической помощи. Все шире утверждается в штатах крупных соматических больниц новая специальность–психотерапевт, т.е. врач-психиатр, хорошо разбирающийся в области «малой» психиатрии (неврозы, реактивные состояния, психопатии, неврозоподобные и психопатоподобные реакции и др.) и широко использующий в своей практике психотерапевтические методы лечения (рациональная психотерапия, аутогенная тренировка, суггестивная психотерапия). При известии о переводе больных в психиатрическую больницу у них возникает почти суеверный страх перед необходимостью стационирования.

Современная психиатрическая больница мало чем отличается от соматических больниц. Давно уже ушли в прошлое решетки на окнах, огромные палаты, «тюремные» коридоры и др. В большинстве новых психиатрических больниц учтены все возможные удобства, Д чтобы больные чувствовали себя не хуже, чем в других лечебных учреждениях. В палатах создается уют, для больных организуются просторные и светлые комнаты отдыха, где к их услугам радио, телевизор, настольные игры. Больные привлекаются к различным видам трудотерапии (картонажные работы, вышивание, резьба по дереву и др.).

Внедрение в арсенал лечебных средств большого количества нейролептиков, транквилизаторов, антидепрессантов наряду с физиотерапевтическими и другими методами лечения открыло новые возможности успешного лечения психически больных. Однако всегда быстро можно достигнуть желаемого результата и больным приходится длительное время лечиться стационаре, а затем получать поддерживающую тер, пию в условиях диспансера. Внедрение в лечебную практику активных психофармакологических препаратов существенно изменило картину внешних проявлений психических расстройств, принципы ухода за больными в стационаре и при диспансерном наблюдении

Работа медицинской сестры в психиатрической больнице не сводится к простому уходу за больными. Она, как уже отмечалось, требует определенной личностной настроенности, искусства и мастерства в работе, чтобы не только понять психически больного человека, но и оказать ему психологическую поддержку. Сестра должна понять сложный мир эмоциональных переживаний больных откликнуться на эти переживания понятными больному словами сочувствия и утешения. Это требует не только профессиональной подготовки, но и теплого участия.

Особого рассмотрения заслуживает возможный страх перед психически больными. Нередко у молодых медицинских сестер возникает страх перед физической силой отдельных больных, вспышками у них гнева, импульсивными действиями. Больные остро чувствуют эмоциональное состояние медицинского персонала и нередко преднамеренно пытаются внушить медицинскому персоналу и oкpyжaющим больным страх своими высказываниями и поведением. Использование широкого арсенала различных нейролептиков и других медикаментозных средств позволяет довольно легко устранить агрессивность и напряженность больных. Кроме того, благоприятное действие оказывает на таких больных доброе и внимательное отношение.

Особую категорию представляют больные с суицидальными тенденциями и стремлением к побегу. Мысли о самоубийстве возникают у больных в состоянии депрессии. При достаточном уровне подготовленности медицинская сестра легко может заметить симптоматику, характерную для депрессивных больных (двигательная и идеаторная заторможенность, угнетенно-подавленное настроение, а также их стремление к угрюмой отгороженности от окружающего). Такие больные, как правило, не сообщают о нежелании жить и ждут удобного случая, чтобы совершить суицидальную попытку. Они пытаются достать колюще-режущие и другие предметы, подходящие для этой цели. Медицинский персонал должен всегда держать таких больных в поле своего внимания, проявлять соответствующую наблюдательность и бдительность. Суицидальные попытки возникают даже в стенах психиатрических больниц, несмотря на принимаемые профилактические меры. Больным иногда удается диссимулировать свое состояние и усыпить бдительность медицинского персонала.

Большие трудности представляет обслуживание больных с тенденцией к побегу. Обычно побег совершают больные с асоциальным поведением, криминальными эпизодами в анамнезе и паранойяльными идеями. Об их намерениях иногда можно узнать от других больных, которых они пытаются привлечь в качестве соучастников по отысканию подручных средств для открывания дверей, подготовке одежды и др.

Большого терпения, находчивости и, можно сказать, искусства требует работа по установлению контакта с малодоступными аутичными больными. Иногда осторожная предупредительная тактика при выполнении процедур, ласковое слово, добрая улыбка разбивают ледок холодной недоступности и возобновляется тонкая нить контакта. Необходимы большая любовь к своей профессии и личное профессиональное мастерство, чтобы эта нить не оборвалась в дальнейшем. Медицинская сестра, овладевшая искусством устанавливать контакты с больными, оказывает огромную помощь врачу и больному в деле успешного лечения заболевания.

Большое психологическое значение имеет организация приема вновь поступающих больных, особенно когда они с большой неохотой дали согласие на стационирование или госпитализированы вопреки их желанию. При этом серьезная обязанность возлагается на медицинских сестер, которые выполняют основные формальности при приеме. Необходимы терпение, выдержка и внимательность при общении с больным, ответах на его вопросы. При этом медицинская сестра должна быть бдительной и следить за тем, чтобы больной не пронес с собой в отделение наркотики, предметы, которые можно использовать для совершения суицидальных попыток, с агрессивной целью и т.д. Нужен большой такт, чтобы не оскорбить больных своим недоверием к ним.

Очень важно, чтобы при размещении вновь поступивших больных была учтена возможность психологической совместимости с находящимися там пациентами. В этом вопросе большую помощь может оказать врачу внимательная и наблюдательная медицинская сестра.

# Заключение

Вопросы трудовой адаптации и социальной реабилитации больных, потерявших в результате перенесенного болезненного процесса трудоспособность, стали одной из актуальных проблем российской медицины. В процессе восстановления трудоспособности больного большое значение имеет терпеливая и планомерная работа с ним участковых медицинских работников по укреплению его веры в себя и свои возможности, а также по формированию правильного отношения окружающих к больному.

# Литература

1. Матвеев В.С. Основы медицинской психологии, этики и деонтологии. – М.: Медицина, 1984
2. Основы медицинской психологии. – М., 2002
3. Медицинская психология. Учебное пособие для учащихся медицинских училищ. – М., 2006
4. Бодреев В.С. Основы медицинских знаний. Курс лекций. – М., 1996