#  СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

## Курсовая работа

по сестринскому делу на тему

### Биомедицинская этика

(этика и деонтология в работе медицинской сестры)

Выполнила студентка ЗФВМСО

группы 59-04

Слесарева С.В.

Томск

2001

Содержание:

|  |  |
| --- | --- |
| Становление биомедицинской этики | 3 |
| Характеристика деятельности медицинской сестры | 12 |
| Отношения: медсестра - пациент | 15 |
| Психотерапевтическая роль медсестры | 16 |
| Вербальный способ общения | 19 |
| Функции общения | 23 |
| Инвазивные методы в практике медсестры | 27 |
| Список использованной литературы | 32 |
|  |  |

Становление биомедицинской этики

Первые прог­рессивные концепции медицинской этики, дошедшие до нас из глубин веков, зафиксированы в древнеиндийской книге «Аюрведа» («Знание жизни», «Наука жизни»), в которой наряду с рассмотрением проблем добра и справедливости высказываются наставления врачу быть сострадательным, доброжелательным, справедливым, терпеливым, спокойным и никогда не терять самообла­дания. Обязанности врача заключаются в постоянной заботе об улучшении здоровья людей. Ценой своей жизни медицинский работник должен отстаивать жизнь и здоровье больного.

Большое развитие медицинская этика получила в Древней Греции и ярко представлена в клятве Гиппок­рата. Медицинская этика прогрессивных врачей древности была направлена против стяжателей, шарлатанов, вымогателей, стремящихся нажиться за счет больного человека. Клятва Гиппократа оказала большое вли­яние на развитие медицинской этики в целом. Впослед­ствии студенты, оканчивающие медицинские учебные заведения, подписывали «факультетское обещание», в основу которого были положены нравственные запове­ди Гиппократа.

Характерной особенностью развития медицинской этики в эпоху капитализма является скрупулезная детализация норм поведения медицинских работников. Так, в Восточно-Галицинском деонтологическом кодексе, утвержденном в конце XIXв., предусматриваются такие пункты, в которых уточняется, как делить гонорар при приглашении к больному второго врача, сколько ждать опоздавшего на консилиум коллегу и др.

В капиталистических странах медицина по существу превращена в объект торговли, где медицинский работ­ник выступает в качестве предпринимателя. С развити­ем империализма медицинская этика в капиталистиче­ских странах становится еще более реакционной в связи с применением новых средств уничтожения людей, оставляющих тяжелые последствия в будущем (удуша­ющие газы, атомная бомба, напалм, бактериологиче­ское оружие и др.). Небывалого масштаба достигли геноцид и расовая дискриминация. Важно отметить, что во все эти античеловеческие мероприятия вовлекаются медицинские работники. Медицинская промышленность принимает монополистический характер. Медицинская этика по существу вырождается в корпоративную мораль медицинских обществ, в центре внимания кото­рых стоят интересы частнопрактикующих медицинских работников.

Профессионально-корпоративные организации меди­цинских работников активно действовали и во многих губерниях России в XIX—началеXX вв. и имели свои кодексы.

Многие выдающиеся отечественные медики оказали большое влияние на развитие медицинской этики в нашей стране. Так, М. Я. Мудров считал, что нужно воспитывать медицинских работников в духе гуманиз­ма, честности и бескорыстия. Он писал, что приобрете­ние врачебной профессии должно быть делом не слу­чая, а призвания. Вопросы медицинской этики получи­ли дальнейшее развитие в трудах Н.И. Пирогова, С. П. Боткина, И. П. Павлова и многих других ученых. Развитие революционно-демократических идей в Рос­сии в начале XX в. нашло отражение и в вопросах медицинской этики. Это касалось понимания врачебно­го долга. Врач—общественный деятель, по словам В. В. Вересаева, должен не только указывать, он до­лжен бороться и искать пути, как провести свои указания в жизнь.

Великий древнегреческий врач Гиппократ утвер­ждал: "Искусство медицины включает три вещи: врача, болезнь и больного". За 2500 лет, прошед­ших со времен Гиппократа, к 3 названным им сла­гаемым медицины добавилось 4-е — **медсестра**.

"Врач — служитель искусства и больной должен бороться с болезнью с самого ее начала на стороне врача", — считал Гиппократ. Очевидно, что и мед­сестра вправе ожидать, чтобы больной видел в ней своего союзника в борьбе за здоровье.

Историко-этимологический анализ древнерусско­го (славянского) слова "врачь" свидетельствует, что так называли людей, умеющих "врать", т. е. заговари­вать боль, колдовать, предсказывать судьбу.

В современном русском языке врачом называют человека, окончившего высшее медицинское учеб­ное заведение. После введения высшего сестрин­ского образования адекватного названия новой профессии еще не придумали. В связи с тем что на факультетах высшего сестринского образования стали в первую очередь готовить руководителей, ор­ганизаторов сестринских служб, пока ограничились заимствованием из английского термина "менеджер сестринского дела".

В статье 54 "Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" (1993) ука­зывается, что право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в РФ имеют лица, получившие медицинское и фармацевтическое об­разование в РФ, имеющие диплом и *специальное звание* (выделено мной, — М. Я.), а на занятие оп­ределенными видами деятельности, перечень кото­рых устанавливается Минздравмедпромом РФ, — также сертификат специальности и лицензию.

В "Основах законодательства" имеется также ста­тья 60 "Клятва врача", гласящая: "Лица, окончив­шие высшие медицинские учебные заведения РФ и получившие диплом врача, дают Клятву врача. Текст Клятвы врача утверждается Верховным Сове­том Российской Федерации. Врачи за нарушение Клятвы врача несут ответственность, предусмотрен­ную законодательством Российской Федерации".

Следует сразу отметить, что в указанных статьях ни слова не говорится о медсестрах, несмотря на то, что в 1993 г., когда утверждались "Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан", фа­культеты высшего сестринского образования уже существовали в России.

Клятва врача — моральное обязательство, при­нимаемое перед государством. Во времена Гиппо­крата клялись перед богами: "Клянусь Аполлоном врачом, Асклепием, Гигией и Панакеей и всеми бо­гами и богинями, призывая их в свидетели...".

В 1983 г. выпускники сестринской школы в Мичигане впервые давали "Клятву Флоренс Най­тингейл", названную именем основоположницы на­учного сестринского дела. Ее текст был сформули­рован комитетом под председательством медсестры Листры Гриттер. В клятве говорилось: "Перед Богом и перед лицом собравшихся я торжественно обе­щаю вести жизнь, исполненную чистоты, и честно выполнять свои профессиональные обязанности.

Я буду воздерживаться от всего вредного и па­губного и никогда сознательно не использую и не назначу лекарство, которое может причинить вред. Я сделаю все, что в моих силах, чтобы поддержи­вать и повышать уровень моей профессии. Я буду держать в тайне всю личную информацию, которая окажется в моем распоряжении во время работы с пациентом и его родными.

Я буду преданно помогать врачу в его работе и посвящу себя неустанной заботе о благополучии всех вверенных мне пациентов".

Если сравнить текст этой клятвы с Клятвой Гип­пократа, то нетрудно обнаружить много схожего. В этом нет ничего удивительного. Точно так же схожи по сути клятвы врачей Древней Индии и средневеко­вые факультетские обещания. Присяга врача Россий­ской империи и Женевская декларация Всемирной медицинской ассоциации, которая гласит: "Здоровье моего пациента — моя первейшая забота". Так было во все времена, сколько существует медицина.

Этический кодекс врачей Древнего Тибета, изло­женный в трактате "Жуд-ши", переведенный на рус­ский язык в конце прошлого века врачом П. Бадмаевым, выдвигал следующие положения. "Тради­ции врачебного сословия требуют соблюдения 6 ус­ловий: 1) быть способным к врачебной деятельно­сти; 2) быть гуманным; 3) понимать свои обязанно­сти; 4) быть приятным для больных и не отталки­вать их своим обхождением; 5) быть старательным; 6) быть ознакомленным с науками".

Эти требования в одинаковой степени могут быть предъявлены и врачу, и медсестре, и в конце 20 века они столь же значимы, как и 2000—3000 лет назад.

В настоящее время в России работает более 800 000 врачей 81 специальности (по номенклатуре Минздравмедпрома РФ). Остаются верными слова Гиппократа о том, что "многие себя называют врачами, но немногие ими являются в действитель­ности... Лучшие из врачей те, которые причиняют меньше зла . В наши дни мы можем убедиться в справедливости слов М. Я. Мудрова: "Во врачебном искусстве нет врачей, окончивших свою науку... Врач посредственный более вреден, чем полезен".

В 1803 г. английский врач Т. Персиваль издал книгу "Медицинская этика, или свод установлен­ных правил применительно к профессиональному поведению врачей и хирургов" (хирурги в те време­на к врачам не относились). Если познакомиться с этими правилами, то можно убедиться, что их впол­не можно использовать для служебных инструкций врачам и медсестрамXX века. "Больничные врачи и хирурги должны так оказывать помощь больным, чтобы у них создалось, впечатление важности их службы; что покой, здоровье и жизнь тех, кто вве­рен их заботам, зависят от их умения, внимания и преданности. Они должны усвоить также, что в их манере держаться следует соединить нежность с твердостью, снисходительность с авторитетом, что­бы пробудить в умах своих пациентов чувства бла­годарности, уважения и доверия... Чувства и эмо­ции больных в критических обстоятельствах следует знать и принимать во внимание не в меньшей сте­пени, чем симптомы их болезни... Поскольку не­правильная оценка может усилить реальное зло (бо­лезнь) или создать воображаемое, никакие обсужде­ния по поводу существа заболевания не допустимы в присутствии больных ни с врачом (хирургом), ни с учениками больницы или другим медиком, при­глашенным в больницу... В больших палатах боль­ницы с пациентами следует говорить об их жалобах таким тоном голоса, чтобы не было слышно окру­жающим. Тайна, когда того требуют особые обстоя­тельства, должна быть строго соблюдена. А к жен­щинам следует относиться с самой скрупулезной деликатностью. Пренебрегать или смеяться над их чувствами жестоко... Никакие предосторожности при приеме больных, страдающих неизлечимыми болезнями, или заразными по своей природе, или имеющих тенденцию усугубляться в нечистой атмо­сфере, — не могут устранить то зло, которое прино­сят тесные палаты и ложная экономия... Разгра­ничение болезней, с которыми принимают в боль­ницу, состояние воздуха, питание, чистота, лекарст­ва — все это следует подвергать внимательной про­верке в определенные периоды времени...".

В системе взаимоотношений медицинский ра­ботник — больной последнему принадлежит такая же важная роль, как и первому. Слово "больной" понятно каждому. Следует отметить, что в русском языке использовалось немало слов, означавших не только боль у человека, обратившегося за медицин­ской помощью, но и качественное состояние его здоровья, а иногда и происхождение болезни: "кале­ка", "калековатый", "блаженный" (сумасшедший), "недвижье", "хилый", "неизцельный", "мозглявый", "уморенный", "сдохлик", "чахлый" (чахоточный), "хворобый". Наряду с глаголом "болеть" в различных местностях России использовались такие, как "вянуть", "чахнуть", "кукситься" (о детях), "карежиться", "оключиться" (ослабеть), "изнуриться", "изно­ситься", "скапутиться" (свалиться с ног), "захиреть" (притворяться) и др..

В современной медицине слово "больной" в ос­новном относится к людям, находящимся на ста­ционарном лечении, и все чаще заменяется словом "пациент", означающим в переводе с латинского "страдающий", а в переводе с французского "терпе­ливый", "пассивный", "безучастный". Однако разве все больные терпеливы и пассивны, безучастны в решении своей судьбы?

В современной российской реальности слово "пациент" можно использовать не только потому, что оно стало международным, но и потому, что не­обходимо большее терпение, чтобы получить меди­цинскую помощь без излишних материальных и нервных затрат. Пациенты могут быть разного пола, возраста, на­циональности, специальности, социального статуса, состояния здоровья. Однако все они имеют право на то, чтобы медицинский работник видел в них личность, заслуживающую уважения, внимания и сострадания.

В современном здравоохранении понятия уваже­ния личности, самостоятельности пациента и само­определения являются первостепенно важными; они находятся в центре любых отношений между медицинским работником и пациентом.

Автономность, или самостоятельность пациента (больного) защищена главным образом посредством согласия на лечение, которое он дает после того, как получит информацию о состоянии своего здо­ровья. Принцип *информированного согласия* утвер­дился в современном здравоохранении вместе с признанием приоритетного значения прав человека во всех сферах жизни. Этот принцип стал реакцией человеческого общества на бесчеловечные опыты фашистских и японских врачей, на злоупотребле­ния психиатрией против инакомыслия и другие ан­тигуманные действия. Этот принцип означает, что врач, медсестра, фельдшер или любой другой меди­цинский работник должен максимально полно ин­формировать пациента, дать ему оптимальные сове­ты, учитывая его возможности в общении и соци­альное положение. Затем пациент свободно выби­рает курс своих дальнейших действий, по его мне­нию, наиболее приемлемый и лучший. Может случиться, что его решение не станет наилучшим с точки зрения медицины. Пациент вообще может отказаться от лечения, и с этим теперь приходится считаться. Принудительное лечение социально опасных больных может осуществляться только по решению суда.

Очень важным этическим принципом, на кото­ром базируются отношения между медицинским ра­ботником и пациентом, является *непричинение вреда.*

Со времен Гиппократа в медицине утвердился принцип "прежде всего не навреди". Это обязатель­ный принцип, но он допускает некоторую долю риска. Применение силы для удерживания пациен­та, ставшего агрессивным и опасным для других, можно рассматривать и как умышленное причине­ние ему вреда, но оно морально оправдано. Подвер­гать пациента риску можно только в тех случаях, когда это объясняется достижением какой-то ясной цели, касающейся его здоровья, и когда нет другого выбора. Гормональная и лучевая терапия, хирур­гическая операция и радионуклидная диагностика могут рассматриваться как рискованные действия и быть вредными для здоровья пациента, но этот вред не наносится умышленно, а надежда на успех в борьбе со смертельно опасной болезнью оправдыва­ет риск.

В основе медицинской профессии лежит и *ува­жение к жизни,* включающее *принцип священности человеческой жизни и принцип качества (осмысленно­сти) жизни.* Для медицинского работника любая жизнь обладает одинаковой ценностью, она свя­щенна. Принцип качества жизни часто противопос­тавляется принципу ее священности, хотя это недо­пустимо. Страдающий неизлечимой болезнью паци­ент может решить, стоит ли ему продолжать лече­ние, только продлевающее его мучения. Однако ме­дицинский работник не может сам, без участия па­циента, решить эту проблему. Непричи­нение вреда, зла, ущерба здоровью пациента — пер­вейшая обязанность каждого медицинского работ­ника. Пренебрежение этой обязанностью в зависи­мости от степени ущерба здоровью больного может стать основанием для привлечения врача или медсе­стры к судебной ответственности.

Медицинская этика требует от специалиста не только непричинения зла, но и *свершения благодея­ний.* "В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного", — говорится в Клятве Гиппо­крата.

"Я посвящу себя неустанной заботе о благопо­лучии всех вверенных мне пациентов", — обещают последовательницы Флоренс Найтингейл. "Спешите делать добро", — призывает надпись на памятнике врачу-гуманисту Ф. П. Гаазу, установленному в Мо­скве на средства жителей города. Эти слова были духовным завещанием новым поколениям медиков человека, который следовал указанному принципу всю свою жизнь.

Благодеяние — моральный долг медицинских ра­ботников, основа деонтологии (учение о должном). Долг, должность и должное — слова одного корня, хотя каждый понимает их по-своему.

Благодеяние в медицине может иметь различные формы. Это не только умело проведенная операция, назначение эффективного лекарства, старательный уход за больным. Благодеянием могут быть и проду­манные рекомендации, касающиеся образа жизни пациента, вовремя сделанная прививка против ин­фекционной болезни, борьба за чистоту воздуха в районе, акции протеста против военных конфлик­тов (движения "Врачи мира против ядерной войны", "Врачи мира против насилия", "Врачи без границ" и др.).

В известной книге В. В. Вересаева "Записки врача" есть такие строки: "Ко мне приходит прачка с экземою рук, ломовой извозчик с грыжею, пря­дильщик с чахоткою; я назначаю им мази, порошки и пелоты — и неверным голосом, сам стыдясь ко­медии, которую разыгрываю, говорю им, что глав­ное условие для выздоровления — это то, чтобы прачка не мочила себе рук, ломовой извозчик не поднимал тяжестей, а прядильщик избегал пыльных помещений. Они в ответ вздыхают, благодарят за мази, порошки и объясняют, что дела своего они бросить не могут, потому что им нужно есть... Врач, — если он врач, а не чиновник врачебного долга, — должен прежде всего бороться за устранение тех ус­ловий, которые делают его деятельность бессмыс­ленною и бесплодною...".

История сестринского дела особенно богата при­мерами высокого понимания своего долга. Совер­шенно очевидно, что не нужда заставила отправить­ся на фронт Крымской войны Ф. Найтингейл и Е. Бакунину, вышедших из богатых аристократических семей, так же как и баронессу Ю. Вревскую, умер­шую от сыпного тифа во время русско-турецкой войны, и великую княгиню Елизавету Федоровну, свершавшую подвиги милосердия и заплатившую за это своей жизнью. Основательница Марфо-Мариинской обители сестер милосердия Елизавета Федоровна была арестована в 1918 г. и расстреляна большевиками. Русская православная церковь причислила ее к лику святых. В наши дни всему миру известно имя Терезы ( Калькуттской — "матушки Терезы", как называют ее люди, основавшей орден Посланников милосердия. Этот орден открыл множество центров помощи слепым, престарелым, прокаженным в разных странах. Тереза Калькуттская — лауреат Нобелевской премии мира - отдала денежную часть премии на нужды прокаженных, как отдала раньше все свое со­стояние, все подарки, награды и премии.

Материнская, родительская забота медицинского работника о своем пациенте дала основание назвать такую модель взаимоотношений между ними парентализмом (от англ. "родители"), или *патернализмом* (от лат. pater — отец). Патернализм может прояв­ляться сильно или слабо в зависимости от способ­ности пациента принимать самостоятельные реше­ния. Сильный патернализм отвергает даже те реше­ния, которые пациент принял добровольно на осно­ве достаточно полной информации о своем состоя­нии. Патернализм считается слабым, когда способ­ность пациента принимать самостоятельные реше­ния находится под влиянием эмоций, что делает их недобровольными, или когда пациент недостаточно информирован и его решения не могут быть адек­ватными сложившейся ситуации. Патернализм име­ет определенные возможности для того, чтобы за­щитить человека от его собственных неправильных решений, но в таком случае он противоречит прин­ципу уважения *автономии пациента.* Сильный патернализм, чрезмерная забота о па­циенте, навязывание ему своего мнения не всегда морально оправданы в отличие от патернализма в слабой форме.

Если заботу о здоровье пациента и ответствен­ность за него берет на себя не один специалист, а несколько, то мы имеем право говорить о коллеги­альной модели взаимоотношений. Она весьма рас­пространена в современном здравоохранении, но не всегда бывает самой лучшей с позиций медицин­ской этики. В условиях специализации, профилизации, бригадных методов лечения, когда с пациен­том работает несколько врачей, медсестер, имеющих разный уровень профессиональной и нравственно-этической подготовки, происходит де­формация взаимоотношений в системе медицин­ский работник — пациент.

Автор книги "Врач, сестра, больной", известный венгерский психотерапевт И. Харди, пишет, что безличность в хирургии, проявляющаяся в выдви­жении на первый план работы хирургических бри­гад, приводит к обезличиванию больного, анато­мическому подходу (хирурги говорят "Проопериру­ем эту язву" или "Удалим эту злокачественную опу­холь").

Проф. Н. Эльштейн, автор неоднократно переиз­дававшейся книги "Диалог о медицине" и многих других работ по проблемам медицинской этики, считает, что специализация, фетишизация лабора­торных, инструментальных исследований обуслови­ли отход от классических приемов врачевания и привели к потере доверия больных к медицине. Не­обходимость контактов больного с большим ко­личеством медицинских работников делает пробле­матичным соблюдение врачебной тайны.

Мы не можем отрицать необходимость специа­лизации в современной медицине. Она определяет высокий уровень квалифицированной медицинской помощи, обеспечивает точность диагностики, эф­фективность лечения, профилактики, реабилита­ции. Вместе с тем если не будут приняты соответст­вующие меры, она может быть причиной негатив­ных явлений, привести к утрате преемственности в лечении, индивидуального подхода к каждому па­циенту, запутать врача, медсестру, пациента в слож­ном лабиринте современной медицины.

Сущность **контрактной модели** взаимоотноше­ний пациента и медицинского работника ясна из названия. Они заключают между собой контракт, договор, соглашение, в котором определяются рам­ки их взаимоотношений. Моральная сторона в кон­тракте не находит отражения, но легко догадаться, что большим успехом у пациентов пользуется спе­циалист, сочетающий высокий профессионализм с тщательным соблюдением норм и правил медицин­ской этики.

Существует модель взаимоотношений, точно и образно названная **"моделью автомеханика**", при которой пациент встречается с медицинским работ­ником только для "устранения поломки" в своем организме. Однако и для автомехаников существуют какие-то моральные нормы и гарантийные обязательства. При "модели автомеханика" в меди­цине медицинский работник не проявляет заботы (патернализма) о своем пациенте после завершения "ремонта". Вместе с тем если этот "ремонт" будет плохо сделан, вряд ли кто-нибудь обратится к нему вторично или посоветует сделать это своим друзь­ям, знакомым, родственникам.

Одним из важнейших принципов отношений ме­жду медицинским работником и пациентом являет­ся принцип **дистрибутивной справедливости***.* Это оз­начает обязательность предоставления и равнодос­тупность медицинской помощи. Обычно он находит отражение в законодательных актах и социально обусловлен. Каждое сообщество устанавливает пра­вила и порядок предоставления медицинской помо­щи в соответствии со своими возможностями.

Этический кодекс врачей Древней Индии уста­навливал для них следующие обязанности: "Днем и ночью, как бы ни был ты занят, ты должен всем сердцем и всей душой стараться облегчить страда­ния твоих пациентов. Ты не должен покидать или оскорблять твоих пациентов даже ради спасения собственной жизни или сохранения средств к суще­ствованию. Ты не должен прелюбодействовать даже в мыслях. Точно так же ты не должен стремиться к обладанию чужим имуществом...".

В тоже время этот кодекс устанавливал ряд за­претов в отношении оказания медицинской помо­щи: "Не следует лечить того, кого ненавидит вла­ститель, или тех, кто ненавидит властителя, или ко­го ненавидит народ, или тех, кто ненавидит народ. Точно также не следует лечить того, кто крайне не­нормален, зол, отличается плохим характером или плохим поведением, не доказывает свою честность, находится при смерти, а также женщин, которых не сопровождают мужья или опекуны...".

При таком избирательном подходе всегда можно было отыскать причину для отказа в помощи.

Средневековый кодекс китайских врачей, изло­женный в книге "Тысяча золотых лекарств", считал обязательным, чтобы врач был справедливым и не алчным. "Он должен испытывать чувство сострада­ния к больным и торжественно обещать облегчить страдания больных независимо от их состояния. Аристократ или простой человек, бедняк или богач, пожилой или молодой, красивый или уродливый, враг или друг, уроженец этих мест или чужеземец, образованный или необразованный — всех следует лечить одинаково. Он должен относиться к страда­ниям пациента, как к своим собственным, и стре­миться облегчить его страдания, невзирая на собст­венные неудобства, например ночные вызовы, плохую погоду, голод, усталость. Даже неприятные случаи, например абсцесс, понос, рак следует лечить без всякой неприязни. Тот, кто следует этим правилам, — великий врач, в противном случае — он великий негодяй" .

К сожалению, в отношении справедливости этот замечательный кодекс выглядит утопическим не только для китайских врачей эпохи Средневековья, но и для современных. Дистрибутивная несправед­ливость особенно часто возникает при распределе­нии дорогих лекарств, использовании сложных ме­дицинских технологий. В условиях дефицита она становится обыденным явлением и наносит огром­ный моральный и психический ущерб тем, кто был обделен по тем или иным причинам новым лекар­ством, не смог оплатить обследование на новом ди­агностическом приборе или сложную операцию.

Обсуждение проблемы справедливости требует принятия решений о макро- и микрораспределе­нии. Проблемы макрораспределения товаров и услуг (в условиях рыночных отношений лекарства и медицинская помощь являются товаром) решаются на уровне социума, становятся сферой социальной политики и неразрывно связаны с экономическими проблемами. Они включают в себя финансирование научно-исследовательской работы, профилактиче­ских и лечебных программ различных уровней и се­стринского образования, массового просвещения и иных форм массовой оздоровительной работы. Од­нако более насущны для медицинских работников проблемы микрораспределения ограниченных ре­сурсов нашего здравоохранения. В этих ситуациях, возникающих ежедневно в работе любого врача или сестры, только медицинские показания не могут служить единственно верным критерием распреде­ления дефицитных лекарств или услуг. В связи с этим возникла и стала весьма острой в наших усло­виях проблема дистрибутивной справедливости в здравоохранении. Очень часто врач или сестра не могут решить эту проблему самостоятельно. В таких случаях на помощь им приходят коллеги, этические комитеты (там, где они существуют).

Международный кодекс медицинской этики, ут­вержденный Всемирной медицинской ассоциацией в 1968 г., следующим образом определяет общие обязанности врача: "Врач должен всегда соответст­вовать высочайшим стандартам профессионального поведения. Врач должен исполнять свои профес­сиональные обязанности, не думая о выгоде. Следу­ет считать неэтичным: а) любую саморекламу, за исключением разрешенной национальными кодек­сами медицинской этики; б) сотрудничество в любом медицинском учреждении, где врач не имеет профессиональной независимости; в) получение любых денег сверх профессионального гонорара за услугу, оказанную пациенту, даже с его согласия. Любое действие или совет, которые могли бы осла­бить физическую или психическую сопротивляемость человека, могут быть использованы только в его интересах. Врачу рекомендуется относиться с огромной осторожностью к разглашению открытий и новых технологий лечения". Врач должен под­тверждать или освидетельствовать только в пользу того, в чем он лично уверен.

По отношению к больному Международный ко­декс медицинской этики определяет для врачей сле­дующие обязанности: "Врач всегда должен помнить, что его обязанность — сохранение человеческой жизни. Врач должен проявлять по отношению к своему пациенту полную лояльность и использовать в помощь ему все свои знания. Всякий раз, когда исследование или лечение требуют знаний, превы­шающих его способности, он должен пригласить других врачей, имеющих соответствующую квали­фикацию... Долг врача — предоставить срочную по­мощь, если он не уверен, что другие специалисты хотят или могут ее предоставить...".

Совершенно очевидно, что по своим основным позициям этот кодекс сходен с Клятвой Флоренс Найтингейл, и в этом нет ничего удивительного. В отношении больного у врача и сестры были, есть и будут всегда общие цели и задачи — сохранение его здоровья и жизни.

Весьма сходны по своим основным этапам в со­временной медицине врачебный и сестринский процесс: выслушивание жалоб пациента, обследова­ние и исследования, постановка диагноза, сообще­ние его пациенту, выбор способа лечения, процесс лечения, дальнейшие рекомендации. Однако в со­держании каждого этапа врачебного и сестринского процесса существуют большие различия.

Не буду останавливаться на подробной характе­ристике врачебного процесса, который достаточно полно освещен во множестве книг, пособий, руко­водств. О сестринском процессе в нашем здраво­охранении стали говорить только в последние годы. Что же понимают под сестринским процессом зару­бежные специалисты?

Сестринский процесс — образ мышления и дей­ствий по отношению к основным объектам сест­ринского дела — людям, окружающей среде, здоро­вью. Это метод организации и оказания сестрин­ской помощи, который включает в себя пациента и сестру как взаимодействующих лиц. Их необходимо рассматривать как личности и относиться к ним с должным уважением. Цели сестринского процесса включают: 1) определение потребностей пациента в уходе; 2) определение приоритетов по уходу и ожи­даемых целей или результатов ухода; 3) применение сестринской стратегии, направленной на удовлетво­рение потребностей пациента; 4) оценку эффектив­ности сестринского ухода.

Организационная структура сестринского про­цесса состоит из 5 этапов: 1) обследование (сбор информации о состоянии здоровья пациента); 2) се­стринский диагноз (определение и обозначение су­ществующих и потенциальных проблем пациента, требующих сестринского вмешательства); 3) состав­ление плана (определение программы действий); 4) действия, необходимые для осуществления плана; 5) оценка (исследование реакций пациента на вме­шательство сестры).

Характеризуя первый этап — обследование как текущий процесс сбора и оформления данных о со­стоянии пациента, необходимо указать на информа­цию, которую собирает сестра, и источники ее по­лучения. Это физиологические данные (их можно почерпнуть из истории болезни и при физическом обследовании), данные о развитии, психологиче­ские данные (индивидуальные особенности харак­тера, самооценка, способность принимать реше­ния); социологические данные (функции, взаимо­отношения, источники); культурные данные (этиче­ские и культурные ценности); духовные данные (ду­ховные ценности, религиозность и т. д.); данные об окружающей среде.

Данные обследования могут быть объективными и субъективными. Объективные данные включают наблюдения и данные, полученные сестрой, субъек­тивные — предположения пациента о состоянии своего здоровья. Субъективные данные включают чувства и эмоции, выраженные словами, мимикой, жестами (вербальным или невербальным способом).

Источниками данных могут быть сам пациент, члены его семьи, специалисты, знакомившиеся ра­нее с пациентом, амбулаторная карта, специальная литература.

В ходе обследования между сестрой и пациентом должен быть установлен психологический контакт. Пациент должен доверять медицинскому работни­ку, ощущать уверенность, что о нем позаботятся должным образом и на уровне, соответствующем достижениям современной медицины.

Вторая ступень сестринского процесса — сест­ринский диагноз. Греческое слово diagnosis — "рас­познавание, определение" для врача означает уста­новление причин страдания на основе выявленных симптомов. Сестринский диагноз — это также про­думанный вывод, основанный на анализе и интер­претации информации, полученной при обследова­нии, но он фокусируется на реакциях пациента, связанных со здоровьем, а не на распознавании бо­лезней. Какие это могут быть проблемы? Огра­ниченность самообслуживания, нарушения сна, от­дыха, питания, кровообращения, сексуальной жиз­ни; боль; дискомфорт; эмоциональная неустойчи­вость, связанная с болезнью, угрожающей здоровью и повседневной жизни; нарушение мыслительной деятельности; изменение представления о самом се­бе; проблемы, связанные с жизненными циклами (рождение, смерть, стадии развития); проблемы в сфере отношений и т. д. Таким образом, сестрин­ский диагноз выносит решение о состоянии здоро­вья пациента, сделанное профессиональными сест­рами и описывающее реакции пациента на сущест­вующие или потенциальные проблемы со здоровь­ем. Во время установления сестринского диагноза принимаются во внимание физические, психоло­гические и интеллектуальные данные.

Третий этап сестринского процесса — определе­ние предстоящих целей, плана действий, включает планирование помощи, направленной на удовлетво­рение выявленных потребностей, связанных с со­стоянием здоровья пациента. Его цель — предупре­дить, облегчить, уменьшить или свести до миниму­ма трудности, возникающие у пациента. Он сам должен участвовать в этом процессе, при котором сестра не только учитывает просьбы пациента, свои знания и возможности, но и возможности здраво­охранения, учреждения, в котором она работает. Необходимо также установить конкретные сроки достижения каждой цели. Ожидаемые результаты записываются, а затем оцениваются на соответст­вующем этапе сестринского процесса. Цели должны быть реальными и мотивировать пациента к их дос­тижению.

План должен включать кратковременные (на 1 нед) и долговременные цели. В нем указываются мероприятие (действие), критерии (число, время, расстояние), условия. Например, больной Н. дол­жен начать ходить после перенесенного острого ин­фаркта миокарда на 10 м к 15.03 с помощником. Начать ходить — действие, к 15..03 на 10 м — крите­рии, с помощником — условие.

Следующий этап — реализация плана. Он включает помощь при болезни, в профилактике и укреплении здоровья. Такая помощь может быть ежедневной (гигиенические процедуры, одевание), периодической и т. д. Это развивающийся процесс, и сестра должна систематически уточнять план реализации, вносить в него коррективы.

В современном медсестринском деле выделяют 3 основных типа реализации плана действий: зависи­мый, когда требуются указания врача, но должны использоваться знания и навыки сестры (прием больным лекарств, введение желудочного зонда, подготовка к диагностическому исследованию и т. д.); независимый, при котором действия сестры регулируются каким-либо правовым актом (закон о сестринской деятельности, положение о хосписе, инструкция и пр.); взаимозависимый, или партнер­ский, при котором деятельность медсестры осуще­ствляется совместно с другими специалистами.

Примером такого типа реализации может быть план процедур, выполняемых сестрой без врача.

Заключительный этап сестринского процесса — оценка достигнутых результатов. Она включает ре­акцию пациента на вмешательство, мнение пациен­та, достижение поставленных целей, качество ока­занной помощи в соответствии с определенными стандартами.

Значительную роль в системе взаимоотношений медицинского работника и пациента играют лично­стные данные врача, медсестры, пациента, особен­ности его заболевания.

#### Характеристика деятельности медицинской сестры

**1. *Сестра-рутинер.*** Этот тип оставлен нам в наследие от прошлого, представлен пока относительно самым большим числом сестер. Наиболее характерной чертой является механическое выполнение своих обязанностей. Порученные задачи такие сестры выполняют с необыкновенной тщатель­ностью, скрупулезностью, проявляя часто невиданную ловкость и умение. Выполняется все, что нужно для ухода за больным, но самого-то ухода и нет. Такие сестры работают автоматически, подобно машинам, безлично, не переживая с больными, не сочувствуя им. Они делают все, упуская из виду одно — самого больного. Именно такие сестры допускают такие поистине абсурдные поступки, когда способны разбудить спящего боль­ного только ради того, чтобы дать ему предписанное врачом снотворное.

***2. Тип сестры, «играющей заученную роль».*** Этот тип заслуживает осо­бого внимания. Такие сестры работают, сознательно играя определенную роль, стремясь к осуществлению определенного идеала. Если же такое поведение переходит допустимые границы, исчезает непосредственность, появляется неискренность. Следуя идеалу человечности, такая сестра вдруг начинает играть роль благодетельницы, часто проявляя незауряд­ные «артистические» способности в исполнении этой роли. Ее поведение становится искусственным, показным. Все это может помешать формированию должного контакта между сестрой и больным. Именно от таких сестер нередко можно слышать: «...напрасно я ему внушала...», «ча­сами его воспитывала...» и пр.

**3. *Тип «нервной» сестры****.* Как об особом типе, о ней можно говорить, если нервозность эта проявляется в работе. Эмоционально лабильная личность сестры, склонной к невротическим реакциям, может явиться серьезной помехой в успешной работе с больными. Результатом этой напряженности могут быть грубость, раздражительность, вспыльчи­вость, вредно влияющие на больных. Не раз можно видеть хмурую, с обидой на лице сестру среди ни в чем не повинных больных. Тре­вожность у таких сестер может принять и форму ипохондрии. Часто в подобных случаях мы встречаемся с боязнью инфекции, рака. В других случаях невроз сестер может проявиться во время занятий с больными или в отказе от выполнения различных заданий: «подъем тяжестей», «больничная суета» тяжелы для нее. (Не раз можно слышать такие заявления, как «ноги-то у меня не казенные».) Часто такие сестры не выходят на работу по причине различных соматических жалоб — «желчной колики», «засорения желудка», «простуды», «безлихорадочного гриппа» и пр.

Более серьезную проблему означает психопатия. Значительная импуль­сивность, выраженная агрессивность уже требуют вмешательства и по­мощи психиатра, психотерапевтического перевоспитания или — в более серьезных случаях — даже отстранения от работы. Именно этому типу сестер чаще всего угрожает и опасность наркомании.

**4. *Тип сестры с мужеподобной, сильной личностью****.* Довольно хорошо известен в медицинской практике. Больные уже издали по походке узнают таких сестер, отмечая их появление словами: «Идет гренадер!» Этот тип сестры знаком нам и по широко известной фигуре старшей сестры из популярных английских кинокомедий, рассказывающих о больничной жизни: там эту сестру отличает настойчивость, решительность, возму­щение по поводу малейшего беспорядка. В благоприятных случаях сестра с такой решительной личностью может стать прекрасным органи­затором, хорошим педагогом. О таких сестрах их воспитанницы нередко говорят: «Строга, но справедлива...». При недостатке же культуры, образованности, более низком уровне развития сестра слишком негибка, часто груба и даже агрессивна с больными.

**5.** Довольно часто встречаемся мы и с сестрами ***материнского типа****,* выполняющих свою работу с проявлением максимальной заботливости и сочувствия к больным. Часто это милые толстушки, бесшумно «перекатывающиеся» по палатам. Они успевают повсюду, и несмотря на свою седину, часто в живости и подвижности не уступают двадцатилетним. Работа для них — неотъемлемое условие жизни. Забота о больных для них жизненное призвание. Сюда можно отнести милую «маму Лори» и ее коллег, отличающихся высоким искусством большой заботы о людях, человечности и любви. К ним как нельзя лучше подходит такое обращение, как «милая сестрица». Часто заботой о других, любовью к людями прони­зана и их личная жизнь.

**6.** Тип сестер, которых можно назвать ***типом специалистов****.* Сюда следует отнести тех сестер, которые благодаря какому-то особому свой­ству личности, особому интересу получают специальное назначение. Такие сестры обычно бывают прекрасными секретарями, часто посвя­щают свою жизнь выполнению сложных технических задач, например, работе в специальных лабораториях. Иногда это очень странные люди, чудаки, фанатики своей узкой деятельности, неспособные ни на что, кроме выполнения этой работы, ничем кроме нее не интересующиеся.

Необходимо остановиться и на ***этапах установления отношений*** между сестрой и больным в период пребывания его в лечебном учреждении.

Можно различать:

а) начальный,

б) развернутый

в) и конечный этапы.

На ***начальном этапе*** происходит ориентация, больной и сестра знакомятся друг с другом. И хотя больной захвачен своими проблемами, но в интересах приспособления к новой среде он вынужден вступать в контакт с окружающими его лицами, принимать во внимание местные обычаи, особенности. Сестра и врач в ходе работы получают представление о поведении больного. Возникает связь между ними и больным. Познают они и отношение больного к своей болезни. Важны не только свойства лич­ности больного. Очень полезно изучение и тех реакций, которые вызывает больной у врача, сестры. Прежние впечатления, предубеждения, личные воспоминания могут быть спроецированы на нового больного, могут послужить таким образом причиной заблуждений. Очень интересны воспоминания сестры и врача, связанные с той или иной больничной койкой (и, конечно, побывавшими на ней больными). «На этой же кровати ле­жал». .. — это чувство вызывает впечатление повторяемости. Следы воспоминаний о прежних больных проецируются на вновь поступившего больного, положенного на то же место в палате. В начальный период и больному могут мешать предрассудки, предубеждения, воспоминания, которые он проецирует на лечащий персонал, на врачей и сестер.

На ***развернутом этапе*** лечащий и лечащийся познакомились друг с другом. Дальнейшая работа уже завист от сформировавшегося контакта между ними. Изменяющаяся картина болезни, все происходящее с боль­ным могут вызвать появления страха, неуверенности, связанных с этим болезненных фантазий, иронию, горькую насмешливость, придирчивость; все это можно уменьшить или вообще устранить, проявляя внимание к больному, беседуя с ним, выслушивая его.

На ***конечном этапе*** трудности обычно возникают при выписке из боль­ницы. Больной обеспокоен, он боится покинуть стены, где был надежно защищен от опасности. Не раз приходится слышать: «Больной не хочет выписываться...» Больного в таких случаях мучают сомнения: «Что будет со мной дома?» «Как смогу я выдерживать диету?» «Что будет, если...?» и пр. Больной должен быть соответствующим образом под­готовлен к выписке. Неоднократные занятия, беседы обо всем том, что беспокоит его, что вызывает опасения и страхи в связи с выпиской, все это способствует устранению тех затруднений, которые часто связаны с выпиской больных из больницы.

Личность сестры, метод ее работы, стиль ее, умение обращаться с боль­ными, владение техникой психологической работы с больными — все это, как и в случае врача, — само по себе может служить лекарством, оказывать исцеляющее действие. Однако приходится считаться и с побочными действиями этого «лекарства», с его иногда вредными воздействиями, с проблемами соответствующей его «дозировки».

Сестре приходится выполнять и *руководящую, воспитательную, просветительную деятельность*. Прием больного в лечебной учреж­дение, его знакомство с распорядком жизни больницы, сообщение ему необходимых во время его пребывания здесь сведений, выполнение назна­чений врача, — все это выполняется через сестру, с ее помощью. Врач не имеет возможности по нескольку раз объяснять больному одно и то же. Его представителем, его послом среди больных является сестра, она-то и «переводит» больным все, что было ими неправильно понято, вообще не понято или не так воспринято, как это следовало бы. Очень важно умение сестры видеть, что и как понял больной, в чем состоит недоразу­мение, способность умело разъяснить ему недопонятое или плохо понятое.

Больной очень многое может узнать о неправильности своего образа жизни, сама болезнь требует от него по-новому вести себя, приспособиться к новым условиям. Сестра, способствуя осуществлению на практике этого нового, здорового образа жизни, физической и психической гигиены, помогает больному развиваться. Эта ее работа может быть эффективно только в том случае, если она хорошо знает своих больных. Ведь необ­ходимо знать, кому, что и как следует объяснять. Ее взгляды и мнения должны соответствовать тому общему духу, который господствует в от­делении. Ошибки ее, недостатки личности, столкновения с коллегами и больными очень мешают работе.

Все очерченные выше задачи могут быть выполнены сестрой в наше время лишь при постоянном совершенствовании ею своих знаний и на­выков. Кроме изучения той области, в которой она работает, сестре по­стоянно необходимо заниматься и повышением своего культурного уровня, совершенствованием своей личности.

Отношения: медсестра – пациент

В 1997 г. Ассоциацией медсестер России был разрабо­тан и принят Этический кодекс медицинской сестры. Созда­ние этого документа стало важным этапом реформы сест­ринского дела в нашей стране, основной целью которой явилось утверждение автономии и самодостаточности этой профессии. Этический кодекс составлен с учетом новых идей, определяющих содержание медицинской этики вооб­ще и профессиональной этики медсестры, в частности. Ко­декс в развернутом виде отразил современные представле­ния о правах пациента, которые как бы диктуют содержание конкретных обязанностей медсестры, определяют формулу ее морального долга. Он составлен на основе Устава ВОЗ (1946), Этического кодекса медицинских сестер Междуна­родного совета медицинских сестер (1973) и ряда других международных документов, в том числе Кодекса профессиональной этики психиатра (принят Российские общест­вом психиатров в 1993 г.).

В соответствии с этими документами, медсестры являют­ся не просто помощниками врача, исполнителями его пору­чений, а представителями самостоятельной профессии, ко­торые владеют навыками комплексного, всестороннего ухо­да за пациентами, облегчения их страданий, реабилитации, располагают знаниями в области психологии и психотера­пии в пределах своей компетенции. Вспомним еще раз сло­ва медицинской сестры Флоренс Найтингейл, сказанные ею почти 100 лет назад; «Сестра должна иметь тройную ква­лификацию: сердечную — для понимания больных, науч­ную — для понимания болезней, техническую — для ухода за больными».

Каждый из нас хотя бы раз находился в больнице или обращался в поликлинику, и впечатление о лечебном учреждении зависело не только от того, какое лечение было проведено, но и от того, как нас встретили врач и медсестра. В ус­ловиях лечебного учреждения первый с контакт пациента с медицинским персоналом и, в частности, с медсестрой имеет особо принципиальное значение; именно он в дальнейшем определяет взаимоотношения с обеих сторон, чувство доверия или недоверия, приязни или неприязни, наличие или отсутствие партнерских отношений.

Все в медсестре должно располагать к себе пациента, начиная с ее внешнего вида (подтянутость, аккуратность, прическа, выражение лица). Совершенно неприемлемо обращение «больной», как будто пациент потерял право на имя и отчество. Чтобы между медсестрой и пациентом сложились партнерские отношения, пациент с должен чувствовать, что вы хотите ему помочь. Только тогда возникает тот доверительный диалог, во время которого медсестра узнает необходимые ей сведения о пациенте, особенностях его личности, его мнение о заболева­нии, стационировании, надеждах на выздоровление, планах на будущее. Во время таких бесед выявляются отношение пациента к родственникам, роботе, другие проблемы, а все эти сведения дают медсестре возможность поставить свой сестринский диагноз.

При всем этом медсестра постоянно должна помнить, что партнерские отношения с больными не должны переходить в панибратские: ведущая роль всегда остается за ней. Она сочувствует больному, между ними устанавливается ток называемая эмпатия, т.е. медсестра способна познать суть и глубину переживаний и страданий пациен­та, но она не идентифицирует себя с его переживаниями. Пациент всегда должен быть уверен, что их беседы носят конфиденциальный характер.

Зная особенности переживаний больного, его лично­сти, медсестра тактично объясняет пациенту не только его права, но и обязанности, рассказывает в доступной для больного форме о необходимых обследованиях, под­готовке к ним, о предстоящем лечении.

Отказ пациента от того или иного вида обследования или лечения не должен вызывать к нему негативного отноше­ния со стороны медицинского персонала.

Обязанность медсестры — быть честной и правдивой по отношению к пациенту, но разговоры о диагнозе, особенно­стях заболевания не могут выходить за рамки, обозначенные лечащим врачом. Это относится и к беседам медсестры с родственниками пациентов.

Взгляды врача и медсестры на какие-то особенности ухода за больным могут не совпасть. Тогда нужно очень так­тично обсудить спорные вопросы с врачом, и, если согла­сие будет достигнуто, это облегчит работу. Обговаривать же такие ситуации с другими лицами или сразу обращаться с жалобами к руководству не стоит — это может привести к взаимным обидам, нежелательной обстановке в коллекти­ве. Право отстаивать свою точку зрения должно сочетаться с высокой требовательностью к себе. способностью признавать и исправлять свои ошибки, обнаруженные самостоятельно или коллегами.

Гуманизм профессии создает основу для защиты лично­го достоинства медсестры, ее физической неприкосновенности, права на помощь при исполнении профессиональ­ных обязанностей. Кстати, и ее жизненный уровень должен соответствовать статусу ее профессии. Медицинских работников и медсестер, в частности, нельзя принуждать к работе на неприемлемых для них условиях.

###### Психотерапевтическая роль медсестры

Психотерапевтическая роль медсестры очень велика, где бы она ни работала. Не случайно вначале, когда институт мед­сестер только создавался, они назывались сестрами милосер­дия, так как заботились не только о теле, но и о душе больных.

Искусство сестринского дела заключается в гармонич­ном сочетании творческого подхода и научной обоснован­ности процедур, пособий, словесных воздействий и бесед в процессе ухода за больным; в умении порой защитить па­циента от обуревающих его негативных мыслей и чувств, как известно, существенно затягивающих выздоровление, Такая защита важна для людей любого возраста, но особенно для детей и престарелых.

Чтобы осуществить ее, медсестра должна быть готова к сопереживанию, должна проявлять доброту, отзывчивость, участие. Но в ряде случаев просто хороших человеческих ка­честв недостаточно. Чтобы применять их профессионально, а значит, с высокой степенью надежности, надо усвоить опре­деленные элементы медицинской психологии и психотерапии.

Психотерапевтическая деятельность медсестры терри­ториальной поликлиники прежде всего должна быть напра­влена на такой сложный патопсихологический комплекс, ка­ким является внутренняя картина болезни, т.е. понимание па­циентом характера своего заболевания. Отношение больного к своей болезни может носить гипернозогнозический или анозогнозический характер; кроме того, возможно мно­жество переходных состояний.

**Гипернозогнозия** — это субъективная переоценка тяжести болезни, ее возможных осложнений, вероятности неблагопри­ятного исхода. Она, как правило, возникает при резко развива­ющихся, острых соматических болезнях (приступы стенокар­дии, острые желудочно-кишечные боли и т.д.). У личностей с тревожно-мнительными, демонстративными (истерическими), реже — с авторитарно-напряженными (эпилептоидными) чер­тами характера. Людям с тревожно-мнительными чертами ха­рактера свойственны постоянная готовность к тревоге по лю­бым поводам, постоянные опасения за свое здоровье и здоро­вье своих близких. Естественно, что соматическое заболевание для них — почти катастрофа: а вдруг болезнь не пройдет, перейдет в хроническую форму? может, врач ошибся или скрывает от меня истинное положение дел, и все гораздо серьезнее? о вдруг это закончится летальным исходом? и т.д. Эти пациенты иногда, «на всякий случай» или специально могут преувеличивать свои жалобы, чтобы с ними «повнимательнее разобрались». Они также склонны тревожно прислушиваться к себе, к своим самым незначительным ощущениям. Такие боль­ные нуждаются в успокоении, от них нельзя «отмахиваться» — это только усилит их страхи и осложнит течение заболевания.

У них, как правило, лабильная вегетососудистая систе­ма, которая легко отвечает на нервные перегрузки колеба­ниями артериального давления, частоты сердечных сокращений, появлением экстрасистол. Измерять артериальное давление у них надо не сразу по приходе в кабинет, а после хотя бы короткой успокаивающей беседы и по возможности не фиксируя их внимание на этой процедуре. Иначе давление может повыситься, что будет отражать только тревожное состояние пациента, а не являться симптомом соматической болезни.

Подобные личности склонны к позерству, театральное рисовке, стремлению «не быть, а казаться»; они тpeбy^ к себе особого отношения, склонны к нарочитым преувеличениям, эгоцентризму ярким, бурным во внешних проявлениях, но непостоянным и неглубоким эмоциям. Гипернозогнозия у них обычно формируется по механизмам «вторично выгоды», «бегства в болезнь» — больной с помощью болезни решает свои внутренние или межличностные проблемы (например, откладывается решение тяжелого семейного конфликта, он как бы говорит окружающим: «Не трогайте меня, я больной!»). Какие бы чувства ни вызывали подобные проявления у медицинского работника, вести себя он все-таки должен корректно. Нельзя поддаваться истерическим npоявлениям и окружать такого больного особой заботой (это приводит обычно лишь к усилению демонстративности),в то же время ни в коем случае не стоит игнорировать жалобы, так как мотивы такого поведения бессознательны и «вторичной выгоды» пациент не осознает; кроме того, наличие истерических черт характера и истерических преувеличений само по себе совершенно не исключает существования действительно серьезной соматической патологии.

У личностей с обстоятельным, тугоподвижным, вязким, авторитарным мышлением гипернозогнозия может формироваться и по механизмам так называемых «сверхценных oобразований». Для этих людей характерны повышенная требовательность к окружающим, нежелание считаться с их мнением, эгоизм, обидчивость, подозрительность. Разубедить их нелегко, здесь надо пользоваться жесткими «наукообразными» аргументами; конечно, это дело врача, но и медсестра должна ему всемерно в этом помогать.

Если больной плохо поддается разубеждению, не меняет своего поведения, несмотря на отсутствие объективных признаков болезни (данные клинического и параклинических исследований), может потребоваться консультация психотерапевта. При направлении больного на такую консультацию и врач, и сестра должны быть крайне тактичны. У пациента ни в коем случае не должно создаться впечатления, что его принимают за притворщика-симулянта, не оценивают тяжести его состояния или считают «сумасшедшим Нужно объяснить ему, что от различных нервных расстройств часто страдают не меньше, а даже больше, чем от физических болей, и что обращение к психотерапевту говорит не о сумасшествии, а о наличии серьезных эмоциональных невротических проблем, с которыми можно справиться в результате грамотного лечения, которое должен проводить квалифицированный специалист.

**Анозогнозия** — наоборот, активное отрицание болезни, недооценка очевидного, приписывание имеющихся симпто­мов случайным обстоятельствам или другим, не серьезным, заболеваниям. Анозогнозия наблюдается при постепенном, медленном развитии болезни, без ярких, пугающих проявле­ний (например, при хроническом туберкулезе легких).

**Анозогнозическая внутренняя картина болезни** форми­руется у личностей стеничных (сверхуверенных в себе), гипертимных (склонных к приподнятому, эйфорическому на­строению), а также у легкомысленных людей. При работе с такими пациентами необходимо настаивать на обязатель­ном, регулярном посещении лечебных процедур, подчерки­вая их важность, объяснять возможность различных ослож­нений при недобросовестном отношении к лечению, делая акцент на том, что неблагоприятное течение заболевания или появление осложнений существенно снизит способ­ность пациентов к социальному функционированию. Больных этой категории иногда не грех даже немного напугать, сгустив краски, однако очень осторожно, дабы не вызвать обратной, гипернозогнозической реакции.

**Пациенты старческого возраста** нуждаются в особом внимании. Такие возрастные психические изменения, как снижение памяти, внимания, снижение подвижности психи­ки в целом, ухудшение процессов приспособления психики к новым требованиям, эмоциональная лабильность, заост­рение характерологических черт, психологические пробле­мы (например, связанные с перенесенными утратами, огра­ничениями, чувством одиночества, покинутости, с «конфлик­том поколений») делают их особенно уязвимыми для нега­тивных психологических влияний.

Пациент, нуждающийся в сестринском уходе и получаю­щий его, — это прежде всего человек, личность, характери­зующаяся определенными особенностями. Психологически комфортный климат обладает мощнейшим лечебным воз­действием — об этом надо помнить и медсестрам, и млад­шему медицинскому персоналу, и медрегистраторам, пото­му что, как и театр, поликлиника начинается с вешалки.

Вербальный способ общения

Передача информации в процессе общения осуществляется как с помощью слов, т.е. вербально, так и без слов, невербально — с помощью жестов, мимики, походки, позы, интонации и т.д. Для практической деятельности медсестры характерна своя специфика вербального общения.

Под простотой общения понимают краткость, закончен­ность фраз, содержащих понятные слова. Медсестре необхо­димо помнить, что больному человеку бывает сложно оценить суть многословного сообщения и построить на его основе та­ктику своих дальнейших действий. С другой стороны, сжатая информация может потребовать ее неоднократного повторе­ния или уточнения, поскольку при этом понимание может быть неполным. С особой осторожностью нужно подходить к ис­пользованию в общении с пациентом аббревиатур, в том чис­ле вошедших в обиход данного лечебнопрофилактического учреждения (ЛПУ). При первой встрече с пациентом специаль­ные термины лучше произносить полностью, и только в даль­нейшем, когда у медсестры уже появится уверенность в том, что принятые сокращения однозначно понимаются больным, можно начать их использовать.

Критерий **ясности** информации предполагает, что после получения сообщения пациент может однозначно ответить на вопросы «что, как, сколько, где, когда, почему», касающи­еся его дальнейших действий (будет ли он действовать в со­ответствии со своими ответами — другой вопрос).

Использование слов типа «больше», «меньше», «чаще», «реже», «иногда», «мало», «много», «утром», «завтра», «ждите» и т.д. может способствовать неоднозначной интерпретации сообщения. Бывает, что сообщение остается неясным и в случае качественного несовпадения вербального и не­вербального способов общения.

B.Kozier и G.Erb называют критерий **«заслуживающий до­верия»** самым важным для эффективного общения и считают, что на доверие пациента к медсестре влияют: отношение к ней других медицинских работников; знания медсестрой обсуждаемого предмета и одновременно понимание ею ограниченности своих познаний и умение признаться в этом; соблюдение конфиденциальности отношений.

Авторы отмечают, что сообщение, сделанное уверенным и решительным тоном, скорее вызовет доверие у пациента, чем переданное с нотками неуверенности в голосе. В то же время они предостерегают от самонадеянных, авторитарных суждений, считая более приемлемым конструктивный диалог.

Возникающие порой проблемы во взаимоотношении между врачами и медсестрами свидетельствуют о несформированности навыков эффективного общения, что, в свою очередь, накладывает отпечаток на отношение пациентов медсестрам и к системе здравоохранения в целом.

Пациент не всегда может узнать мнение медсестры к какому-либо вопросу, хотя «она обязана уважать право пациента на получение информации о состоянии его здоровья, «моральный долг медсестры «информировать пациента о его правах...»". Правда, с другой стороны, «функции информирования пациента и его близких по преимуществу принадлежат врачу». Как показывает опыт взаимодействия с практикующими медсестрами, они не готовы возвести эту часть своей деятельности в ранг должной. Они считают, что нужно начинать говорить о правах пациента с врачами, уж потом к этому обсуждению могут подключаться медсестры. Все это, с нашей точки зрения, не способствует формированию доверительных отношений между пациентом медсестрой.

Критерий **«уместность сообщения»,** «удачный выбор времени» можно объединить в один — «уместность». В российском здравоохранении медсестра «уместна» почти всегда: в ЛПУ пациент находится в состоянии перманентного ожидания врачебного обхода, приглашения «на уколы», на диагностические процедуры, на обед и т.д., он рад, что на «него обратили внимание». Зная это, медсестра может потерять чувство меры — например, подмывать пациента, делать клизму или проводить катетеризацию, подавать судно или мочеприемник в присутствии соседей по палате или даже посетителей.

**Учет индивидуальных особенностей пациента** в целом и их изменений во время пребывания в ЛПУ мы считаем самым важным критерием вербальной адекватности передачи ин формации. Именно этот критерий является мерой простоты ясности, уместности, степени доверительности отношений для конкретного пациента.

К вербальным навыкам общения, которыми должна владеть медсестра, можно отнести искусство слушать. Умение слушать в отличие от способности просто слышать предпо­лагает наличие определенной дисциплины, требует опре­деленных усилий. При желании это умение можно приобре­сти, «хотя оно является одним из наиболее трудных аспектов акта общения».

С.В. Кривцова и Е,А. Мухаматулина выделяют **активное, пассивное и эмпатическое слушание.** Под активным они по­нимают слушание, при котором на первый план выступает отражение информации, а под эмпатическим — отражение чувств. Мы считаем подобное «препарирование» очень уместным для сестринской практики и в дальнейшем будем придерживаться этого толкования понятий.

Рекомендации о том как слушать активно

*1. Будьте внимательны. Создайте своим невербальным поведением атмосферу сопереживания. Если вы будете внимательны, чутки, сосредоточенны, если будете смотреть на говорящего, он почувствует свою значимость и станет относиться к вам более позитивно*

*2. Проявляйте интерес к потребностям собеседника. Помните, что вы должны слушать с пониманием.*

*3. Слушайте на основе установки «Я — о'кей, ты — о'кей»:*

*а) вызовите в себе отклик на слова говорящего; пусть ваши идеи и чувства дойдут до него, причем выражать их следует доброжелательно, не критикуя говорящего;*

*б) не задавайте слишком много вопросов. Помните, что вопросы могут выйти «боком», так как у говорящего может возникнуть ощущение, что он «попал на горячую сковороду»;*

*в) станьте своего рода «зеркалом»: отражайте то, что, по вашему мнению, чувствует и/или говорит ваш собеседник;*

*г) не стоит использовать ничего не значащие «успокаивающие» фразы типа «ну, все это не так плохо», «завтра тебе будет лучше», «все перемелется, не стоит так переживать», «нельзя все принимать так близко к сердцу, это все мелочи», «не надо делать из мухи слона».*

*4. Не допускайте, чтобы собеседник «подцепил вас на крючок». Такое может случиться, если вы разозлитесь, обидитесь или выйдете из себя, позволите себе вступить в перепалку, делать скоропалительные выводы или заведомо осуждать собеседника.*

*5. Старайтесь показать свое внимание следующими способами:*

*а) поощряя говорящего с помощью таких междометий и слов, как «Угу», «М-да», «Понятно», «Да, верно», «Ото!», «Интересно!»;*

б) поощряя говорящего с помощью невербальных сигналов: кивка головой; соответствующего выражения лица; жестикуляции, непринужденных и естественных движений; прикосновений;

*в) произнося фразы поощрительного содержания, например: «расскажи-ка мне...», «мне интересно было бы услышать, что ты об этом думаешь», «не хотел(а) бы ты об этом поговорить?», «давай-ка это обсудим», «звучит так. будто тебе кое-что пришло в голову!», «меня очень интересует, что ты скажешь по этому поводу!»*

*6. Основные правила:*

*а) не перебивать;*

*б) не переводить обсуждение на другую тему;*

*в) не давать себе отвлекаться;*

*г) не задавать лишних вопросов («не допрашивать»);*

*д) не пререкаться;*

*е) не навязывать своих советов;*

*ж) отражать в поведении, жестикуляции, выражении лица и словах свое отношение к чувствам говорящего.*

Сестрам в силу специфики их профессии часто приходится вступать во взаимодействие с людьми, находящимися в состоянии сильного эмоционального возбуж­дения. В этом случае приемы активного слушания не срабатывают. Ваш собеседник и не является в полном смысле этого слова собеседником, так как уже не конт­ролирует собственные эмоции, не способен улавливать содержание разговора, да он и не старается это де­лать. Ему надо только одно — успокоиться, наладить са­моконтроль; только тогда он будет СЛЫШАТЬ то, что вы ему говорите. В таких случаях эффективно пассивное слушание. Медсестре в первую очередь нужно овладеть навыками пассивного слуша­ния. В противном случае она к концу дежурства вряд ли сможет контролировать свои собственные эмоции, а должности психолога-консультанта по работе со средним медицинским персоналом в наших ЛПУ нет.

***Что такое пассивное слушание?***

*Если вы имеете дело с человеком, находящимся в состоянии аф­фекта, сильного эмоционального возбуждения, вам необходимо его просто успокоить. Обычно человек в таком состоянии не очень хоро­шо контролирует свои эмоции и не очень хорошо понимает, что имен­но он говорит.*

*Поэтому отражать его информацию или его чувства — дело совершенно бессмысленное и даже вредное. Это скорее всего вызовет у него дополнительный взрыв раздражения. Не помогают и общепри­нятые в таких случаях слова-штампы: «Успокойся». «Не плачь», «Не на­до нервничать».*

*Поэтому важно просто СЛУШАТЬ человека, просто давать ему по­нять, что он не один, что вы его слышите, понимаете и готовы поддер­жать. Лучше всего при этом действуют так называемые «угу-реакции»:*

*«Да-да, угу-угу, ну, конечно» и т.п. Дело в том, что. эмоциональное состо­яние человека подобно маятнику: дойдя до высшей точки накала, чело­век начинает успокаиваться и приходить в себя. Если не пытаться оста­новить маятник, то, выговорившись, человек успокоится и, почувствовав это, вы сможете уже общаться с ним нормально. Не молчите, потому что глухое молчание вызывает раздражение у любого человека, а у возбу­жденного его усиливает.*

*Техника эта, таким образом, требует от вас одного: чтобы раз­говор не прерывался, пока собеседник не «остынет». Поэтому в те моменты, когда он замолкает, самым естественным тоном зада­вайте уточняющие вопросы: «И что он тебе сказал?» или «А вы что ответили?» или «А где была Маша в это время?». Главная ваша за­дача — не заразиться от собеседника его эмоциями, что не так-то легко, особенно если эти эмоции направлены на вас, и не впасть в то же эмоциональное состояние, которое уж точно приведет к бурному конфликту, «выяснению отношений» и в конечном счете — к очень неприятным чувствам.*

*Пассивное слушание, таким образом, только по названию пассив­ное. На самом деле оно требует определенной душевной работы. Спо­собны ли вы безо всяких фильтров «услышать» ту эмоцию, которая сей­час доминирует в другом человеке, услышать объективно, не относя ее к себе, не заражаясь ею, не реагируя на нее личностно? Если да, то ва­ше слушание будет успешным, если нет, то вы всего лишь поддадитесь тому эмоциональному напору который исходит от собеседника и фактически явитесь для него объектом манипулирования.*

Для пациента очень важно, чтобы сестра поняла его и разделила его чувства. Именно это дает ему ощущение облегчения. Поэтому, когда медсестра проводит беседы с пациентом, характер которых в идеале должен быть те­рапевтическим (например, при подготовке к операции, к какой-либо процедуре, принятию важного решения), для нее в первую очередь должна быть важна не столько информация, которую пациент сообщает, сколько чувст­ва, которые он переживает по данному поводу. Вот поче­му медсестре так необходим навык эмпатического слу­шания, т.е. такого, при котором она способна в какой-то степени испытывать те же чувства, что и пациент, и, подоб­но зеркалу, отражать их, чтобы он начал лучше понимать себя. В качестве примеров эмпатического слушания можно привести следующие ситуации:

**Пациент:** «Завтра операция, а я никак не соберу себя в кулак».

**Сестра:** «Вас это огорчает?»

**Пациент:** «Вообще-то да. Я считал себя сильным человеком.»

**Сестра:** «И теперь вас расстраивает то, что вы оказа­лись не таким...»

**Пациент:** «Да нет. Просто странно, что я никогда не заду­мывался над подобными вещами...»

**Сестра:** «А теперь Вы не знаете, как ко всему этом отно­ситься...»

**Пациент:** «Вот именно. Тем более, что я всегда учил сво­их сыновей быть сильными, а тут сам оказался...»

**Пациентка:** «После того, как мне ампутировали молоч­ную железу, я чувствую себя никому не нужной...»

**Сестра:** «Вы чувствуете, что окружающие теперь станут меньше общаться с вами?»

**Пациентка:** «Да нет, меня не волнует мнение окружаю­щих... (пауза). Вообще-то, конечно, волнует, но не всех...»

**Сестра:** «Вас волнует, как к этому отнесутся ваши близкие?»

**Пациентка:** «Да знаю я, как они отнесутся... (пауза) , Они даже не навестили меня ни разу..»

**Сестра:** «И вы на них обиделись...»

**Пациентка:** «А вы как думали, конечно! ... (пауза).,. Хотя я сама их никогда не навещаю...»

Представить себе эмоциональную жизнь пациента может медсестра, обладающая развитой способностью к переживанию и сопереживанию, т.е. имеющая доста­точно высокий уровень **эмпатии** — понимания эмоционального состояния другого человека, сопереживания, проникновения в его субъективный мир. Следует разли­чать жалость («мне жаль вас»), симпатию («я сочувствую вам») и эмпатию («я — с вами»),

«Оценка эмпатии оказалась тесно связанной с таки­ми характеристиками хорошего врача, как профессио­нальное искусство, теплота, доброжелательность, на­дежность, опытность, сила, искренность и др.» Таким образом, терапевтический эффект зависит от того, в какой мере пациент чувствует себя объектом заботы, чуткости и понимания, т.е. от **эмпатической связи** с меди­цинским работником.

Многие авторы считают эмпатию генетически детер­минированным свойством, усиленным или ослабленным жизненным опытом индивида. Существуют различные тренинговые методы, повышающие способность к эмпа­тии и умение более эффективно применять ее в общении с пациентом. В условиях дефицита времени необходимо развивать **«профессиональную эмпатию»**, позволяющую сестре на основе «чтения» экспрессивных элементов поведения пациента проникать в его эмоциональное состояние, а за­тем всем своим видом и высказываниями показывать ему, что его чувства поняты.

###### Функции общения

Традиционное общение предусматривает взаимосвязь трех его сторон: коммуникативной, интерактивной и перцептивной, которые в реальной действи­тельности, конечно, не реализуются изолированно. *Комму­никативная функция* общения состоит в обмене информа­цией, в данном случае между медсестрой и пациентом, *интерактивная* заключается в организации взаимодействия между коммуникаторами, *перцептивная* (лат, perceptio — восприятие) — в общении как процессе восприятия парт­нерами друг друга и установлении определенного уровня взаимопонимания.

**Коммуникативная сторона профессионального обще­ния медсестры с пациентом.** Цель медсестры — вырабо­тать определенную точку зрения на сиюминутные и потен­циальные проблемы пациента. Коммуникативной стороне общения свойственны наличие:

" обратной связи;

\* коммуникативных барьеров;

" коммуникативного влияния;

\* вербального и невербального уровней передачи ин­формации.

В контексте общения медсестры и пациента **обратная связь** — это реакция пациента на поведение медсестры. Обратная связь призвана помочь медсестре понять, как она сама, ее поведение и предоставляемая ею информа­ция воспринимаются и оцениваются пациентом.

Во время диалога медсестра и пациент постоянно ме­няются коммуникативными ролями «говорящего» и «слуша­ющего». Поэтому медсестра также выражает свою реак­цию — *прямо* или *косвенно.* В первом случае информация, поступающая от медсестры («говорящего»), в открытой форме содержит реакцию на поведение пациента («слу­шающего»): «Я не смогу ответить на ваш вопрос», «Я не при­ветствую нарушение вами режима», «Я с трудом понимаю, о чем сейчас идет речь» и т.д.; реакция может также про­являться жестами и другими элементами невербальной коммуникации. Такая обратная связь обеспечивает адек­ватное понимание ее пациентом и создает условия для эф­фективного общения.

Косвенная обратная связь — это завуалированная форма передачи партнеру информации. Для этого исполь­зуются риторические вопросы типа «Вы действительно так считаете?», «И это поможет?» иронические замечания ти­па: «Да... У нас теперь все знают, как надо лечить», вер­бальные и невербальные реакции и т.д. В данном случае «слушающий» должен сам догадываться, что именно хотел сказать ему «говорящий» и каковы на самом деле его ре­акция и его отношение. Естественно, догадки не всегда оказываются верными, что значительно затрудняет про­цесс общения.

Выступая в роли «слушающего», медсестра должна по возможности недвусмысленно реагировать на слова и по­ведение пациента. В затруднительных случаях лучше ска­зать: «Это не входит в мою компетенцию, надо посовето­ваться с врачом, старшей медсестрой».

Если пациент предоставляет медсестре информацию, не поддающуюся однозначному толкованию, она обязана задать уточняющие вопросы.

Известно, что спонтанный прием сигналов обратной связи неполон и интерпретируется через собственную сис­тему координат. Мы считаем, что система координат мед­сестры детерминируется ее профессиональной ролью и основывается в большинстве случаев на *безоценочном положительном отношении к пациенту.* Говоря о большинст­ве случаев, мы имеем в виду что иногда медсестра может поведенчески оценивать некорректное, с ее точки зрения, поведение пациента, например, несколько фамильярное.

С другой стороны, касаясь феномена обратной связи, нельзя не заметить, что подобное поведение пациента, воз­можно, является ответом на поведение медсестры, которое позволило ему вести себя подобным образом.

В процессе общения встает проблема не столько об­мена информацией, сколько ее адекватного понимания. От чего оно зависит?

Во-первых, форма и содержание сообщения сущест­венно связаны с личными особенностями «говорящего», его представлениями о «слушающем» и отношением к не­му и к ситуации, в которой происходит общение. Во-вто­рых, всякое сообщение трансформируется под влиянием особенностей личности «слушающего», его отношения к автору сообщения, тексту, ситуации. Так, одни и те же слова, услышанные пациентом из уст врача, медсестры, соседа по палате, родственника, могут вызвать у него раз­ные реакции. Замечание врача, скорее всего, будет вы­слушано с должным вниманием, а замечание соседа — с раздражением. Одну и ту же информацию разные люди могут воспринимать совершенно по-разному в зависимо­сти от воспитания, особенностей личности и даже полити­ческих пристрастий. Одно и то же высказывание медсест­ры один пациент воспримет как справедливое замечание, а другой — как «вечную придирку».

Адекватное восприятие информации зависит также от наличия или отсутствия в процессе общения **коммуника­тивных барьеров.** В данном случае можно говорить как о существовании у пациентов психологической защиты от информации о состоянии здоровья и о прогнозах в этом отношении, так и о возможных препятствиях на пути адекват­ного восприятия информации у медсестры. М.Р.Битянова (1994) выделяет барьеры фонетический, семантический, стилистический, логический, социально-культурный и барь­еры отношений.

**Фонетический барьер** может возникать, когда медсест­ра и пациент говорят быстро и невыразительно или на раз­ных языках и диалектах, имеют дефекты речи и дикции.

**Семантический (смысловой) барьер** связан с пробле­мой жаргонов, свойственных людям определенных возрас­тных групп, профессий или социального положения (на­пример, язык подростков, наркоманов, моряков, хакеров, жителей удаленных местностей и т.д.). Снятие такого барь­ера — актуальная проблема для представителей медицин­ской профессии, поскольку от его преодоления зависит успешность терапевтического контакта. Поэтому у медсе­стры должны быть навыки усвоения чужих семантических систем. Особенно это важно, на наш взгляд, для организа­ции эффективного общения с подростками. С другой сто­роны, бывает, что медработник сам провоцирует возникно­вение смыслового барьера у пациента, без надобности используя профессиональные термины. В дальнейшем это может привести к развитию патологических реакций вслед­ствие неблагоприятного сестринского воздействия на пси­хику пациента.

Возникновение **стилистического барьера** возможно при несоответствии речи медсестры ситуации общения, например при ее фамильярном поведении, когда она всех пациентов старше определенного возраста называет «бабуля» и «дедуля», не учитывает психологических особенно­стей людей и их психологического состояния (изменение сознания вследствие заболевания или приема лекарствен­ных препаратов).

Когда медсестра проводит психопрофилактические беседы с пациентами перед всевозможными вмешательст­вами. обучает их навыкам приема лекарственных препаратов, использованию аппаратуры, знакомит с различными методиками здорового образа жизни, может возникнуть **барьер логического непонимания,** т.е. логика рассужде­ний медсестры может быть либо слишком сложна для па­циента, либо казаться ему неверной или неубедительной. Логика доказательств пациента также может быть ошибочной с точки зрения сестры. Пути выхода из этих неравно­значных ситуаций, естественно, различны, о чем пойдет речь ниже.

Причиной возникновения **социально-культурных барье­ров** может выступать восприятие пациента как лица опре­деленной профессии, определенной национальности, по­ла, возраста, социального статуса. Медсестра должна быть готова к возникновению этого барьера, к тому что для определенной части больных ее авторитет недостаточен;

особенно это актуально для молодых медсестер.

В процессе общения медсестры и пациента могут воз­никать и **барьеры отношений.** Речь идет об отрицательных эмоциях, которые вызывает человек, причем причину этого часто трудно осознать, о формировании к нему отрица­тельного отношения, которое распространяется и на пе­редаваемую им информацию («Зачем вы слушаете эту Ма­рию Ивановну? Разве она может что-нибудь путное ска­зать?»).

Рассматривая сущность психологического барьера, нельзя не заметить, что любой из них — это прежде всего защита, которую выстраивает пациент на пути предлагае­мой ему информации. Например, представим себе заяд­лого курильщика, почувствовавшего себя плохо и обратив­шегося за советом к своему другу, профессиональному медику Друг, оценив состояние его здоровья, заявляет о необходимости бросить курить, приводя следующий ар­гумент: «У тебя становится жестким дыхание, и сердце по­шаливает».

Если человек не хочет затрачивать усилия и расставать­ся с устойчивой привычкой, как он может защититься от столь неприятной и травмирующей информации? Есть не­сколько психологических барьеров, которые используются с этой целью. Первый путь — искажение такой информа­ции, повышенное внимание ко всем противоречащим ей фактам: «Сегодня я чувствую себя значительно лучше, сердце спокойно — это было временное явление» или: «В этой заметке говорится о том, что курение помогает спра­виться со стрессом». Второй путь — снижение авторитетно­сти источника информации: «Конечно, он врач, но уже мно­го лет как занимается гастроэнтерологией. Много он пони­мает в сердечных болезнях!» Наконец, третья возмож­ность — защита через непонимание; «Знал бы он, что такое действительно плохое дыхание! Вот у моего соседа, на­пример! И ничего, курит».

Любая поступающая к «слушающему» информация не­сет в себе тот или иной элемент воздействия на его поведе­ние, мнения, установки с целью их частичного или полного изменения. Принято выделять два типа **коммуникативного воздействия** — авторитарный и диалогический, различаю­щиеся характером психологической установки, возникаю­щей у «говорящего» по отношению к «слушающему». В боль­шинстве случаев установка не осознается автором сооб­щения, однако определяет стиль его коммуникативного воз­действия. В случае авторитарного воздействия это — пози­ция «сверху», в случае диалогического — «рядом». Как мед­сестра, так и пациент могут занимать в диалоге позиции «сверху», «рядом», «снизу» — это зависит от типа лечебного учреждения, взаимоотношений медицинского персонала между собой, индивидуальных особенностей общающихся.

В случае равноправной установки оба партнера вос­принимаются как активные участники коммуникативного процесса, имеющие право отстаивать или формировать в процессе общения собственное мнение.

При авторитарном воздействии «говорящий» предпола­гает подчиненное положение «слушающего», воспринима­ет его как пассивный объект воздействия, без учета его особенностей. Например, медсестра в данном случае по­лагает, что пациент должен внимать и некритически впитывать информацию, что у пациента нет устойчивого мнения по определенному вопросу, а если и есть, он может изме­нить его в нужном медсестре направлении.

Манипулирование пациентом в процессе передачи ин­формации, с одной стороны, противоречит принципам и этическим нормам. Этическому кодексу медицинской сестры России, «Основам законодательства РФ о здоровье граждан», но, с другой стороны, является основной формой воздействия на пациента в наших лечебно-профи­лактических учреждениях.

Это связано с традиционной моделью взаимоотношений медицинских работников с пациентами в нашей стране, незнанием законодательных актов и неже­ланием основной массы работающих медсестер внедрять их в практику Проведенный в 1998—2000 гг. опрос 146 мед сестер, обучавшихся на курсах повышения квалификации, показал, что ни одна из них не слышала о существовании Этического кодекса медицинской сестры России.

Так каким же образом медсестра может стремиться к достижению взаимопонимания в беседе с пациентом? В частности, исследования Susan E.Brennan показывают, что лексический консенсус, или lexical entrainment (понятие предложено S. Brennan) достигается, если говорящий ис­пользует в беседе те паттерны, применение которых во время предыдущих встреч помогало найти общий язык, да­же если в данном случае можно было выразить свою мысль гораздо проще и яснее.

В данном контексте особое значение приобретает первая встреча медсестры с пациентом, результат которой зависит от ее установки на достижение взаимопонимания. Именно принятый медсестрой при первой встрече стиль общения в дальнейшем определит конструктивность обще­ния в целом.

Инвазивные методы в практике медсестры

Инвазивные методы все шире внедряются в меди­цинскую практику. Их эффективность и безопас­ность зависят от профессионализма и соблюдения медицинской сестрой деонтологических норм. Под инвазией (от лат. invasio — вторжение, нападение) принято понимать проникновение пара­зитов животного происхождения (простейших, гельминтов, членистоногих) в организм человека с последующим развитием разнообразных форм их взаимодействия. Однако далее речь пойдет не о паразитарной инвазии и ее последствиях.

В последнее время в медицинской практике получили широкое распространение так называе­мые инвазивные методы диагностики и лечения. Речь идет о диагностических и лечебных методах, применение которых требует проникновения в орга­низм человека с помощью медицинских инструментов и других технических средств. К этим мето­дам относятся все виды эндоскопических манипуляций (гастродуоденоскопия, ректороманоколоноскопия, бронхоскопия, цистоскопия, лапароскопия и др.), инъекций (внутрикожных, подкожных, внутримышечных, внутривенных, внутриартериальных и др.), а также контрастные методы ис­следования (ангиография, ангиокардиография, пиелография и др.). Этот перечень далеконе исчер­пывающий и будет пополняться помере внедрения в практику новыхтехнических средств врачевания.

Инвазивные методы дают большую диагности­ческую информацию о состоянии полостных и дру­гих органов, позволяют глазом фиксировать началь­ные стадии заболевания, в том числе онкологи­ческих, брать биопсийный материал для микроско­пического исследования, фотографировать обнару­женные образования и т.д. Они имеют и большую лечебную ценность, ибо позволяют по определен­ным показаниям удалять мелкие образования (по­липы), прижигатьих, подводить лекарства к пораженному участку полостного органа и др. А парентеральное введение лекарств, как и конт­растные методы исследований, давно оправдали се­бя и имеют самое широкое применение.

Необходимость фиксации внимания медицинских сестер на инвазивных методах диагностики и лече­ния диктуется тем, что каждый из них несет в себе долю риска: можно повредить слизистую оболочку исследуемого органа, совершить его перфорацию, а также причинить пациенту боль или нанести психическую травму. И тем не менее важность получаемой диагностической информации и лечеб­ная ценность инвазивных методов оправдывают их широкое использование, естественно, при нали­чии определенных условий для работы и высокого профессионализма врача и его помощников — ме­дицинских сестер, лаборантов, техников. Это как раз тот случай в медицине, когда цель оправдывает средства. Выполняя любую инвазивную процедуру, следует помнить заповедь Гиппократа «Не навреди» и сделать все, чтобы ее выполнить.

В условиях технического прогресса в медицине и все большего оснащения больниц и поликлиник новыми изделиями медицинской техники роль инвазивных методов диагностики и лечения будет возрастать. Это обязывает медицинских сестер скрупулезно изучать имеющиеся и вновь поступающие технические средства, осваивать методики их применения, а также совершенствовать деонтологические принципы работы с больными на разных этапах лечебно-диагностического процесса.

Подавляющую часть инвазивных процедур ввиду их сложности выполняет врач. Медицинская сестра активно соучаствует в их проведении и обеспечивает грамотную помощь. Менее сложные, но не менее с ответственные инвазивные процедуры (инъекции, с внутривенные вливания, взятие крови из вены т и др.) сестра выполняет самостоятельно. В обоих вариантах работы деонтологическая роль медицинской сестры исключительно велика.

Медицинская деонтология — наука о нравственном долге медицинского работника перед больным и здоровым человеком. Точкой приложения ее требований являются психическая сфера больного, его внутренний душевный мир. А хорошо известно, и что психика больного, чем бы он ни болел, не остается безучастной. Изменяются ощущения, н обостряется восприятие своих болезненных симптомов, возникает тревога за возможные последствия, страдают настроение, сон и др. Деонтологическая задачамедицинской сестры — установить психологический контакт с больным, успокоить его, выровнять настроение, вселить уверенность в благоприятный исход не только диагностической процедуры, но и заболевания в целом.

Работу медицинской сестры при совместном с врачом выполнении сложных диагностических инвазивных манипуляций (эндоскопии, контрастных исследований и др.) можно разделить на три этапа: подготовка больного к манипуляции; проведение манипуляции; послеманипуляционный.

После назначения врачом тойили другой инвазивной манипуляции в задачу сестры входит профессионально грамотная психологическая подготовка к ней больного. В первую очередь нужно помочь больному принять правильное решение, убедить его, что назначенная врачом манипуляция поможет поставить окончательный диагноз забо­левания и определить лечебную тактику. Следует убедить пациента в полной безвредности, безопас­ности манипуляции для его здоровья, в ее необ­ходимости, в том, что он должен во время мани­пуляции точно выполнять все распоряжения и просьбы врача. Больному нужно объяснить, как вести себя во время манипуляции, чтобы она прошла быстрее и легче, желательно предупредить его о возможных (хотя и необязательных) не­приятных ощущениях и подсказать, как вести себя при этом.

Хорошо проведенная психологическая подготов­ка к инвазивной манипуляции обеспечивает созна­тельное, активное участие в ней больного, облегчает работу врача и предотвращает возможную стрес­совую ситуацию, явно нежелательную как для врача, так и для больного. Важно хотя бы пару минут уделить больному перед манипуляцией,— добрыми словами напутствовать его, ободрить, напомнить о необходимости спокойного поведения во время манипуляции. Больной должен знать, что успех исследования, его безболезненность и безопасность в значительной степени зависят от него самого, от его поведения, дисциплинированности, четкости выполнения требований врача.

Соучастие медицинской сестры в выполнении любой инвазивной манипуляции обязательно. Это может быть сестра, работающая в отделении эндоскопии, или палатная сестра. Для врача медицин­ская сестра является первым помощником. Деонтологически важными являются четкость и слаженность работы бригады эндоскопистов,их высокий профессионализм, умение понимать друг друга с полуслова. Во время манипуляции больной внимательно прислушивается к разговору врача с медицинской сестрой, фиксирует свое внимание на произносимых словах, особенно непонятных ему. Он следит за мимикой, жестами, настроением и другими формами поведения персонала. Это требует от всех участников процедуры согласованности действий, высокой организованности и дисциплинированности, предельного самоконтроля, особого такта в профессиональном общении.

Естественно, что четкость и слаженность в работе персонала приобретаются в процессе работы. Они должны отражать профессиональную культуру и обеспечивать максимальную диагностическую и ле­чебную эффективность манипуляции. Медицинская сестра во время манипуляции имеет возможность не только наблюдать за поведением больного, но и предвидеть его поступки и вовремя корректи­ровать его поведение, держать под контролем всю психологическую ситуацию. Для больного меди­цинская сестра является заботливым, самым близ­ким человеком, готовым не только сопереживать его страданиям, но и оказать конкретную психо­логическую и медицинскую помощь.

По завершении диагностической или лечебной манипуляции, независимо от ее результатов, сле­дует похвалить больного за адекватное поведение, которое в значительной мере облегчило врачу работу, позволило получить нужную информацию. У подавляющего большинства больных, независи­мо от их самочувствия, возникают вопросы о кон­кретных результатах исследования. Вот тут и врачу, и медицинской сестре следует проявить профес­сиональную мудрость. Естественно, что право фор­мулирования ответа принадлежит только врачу. Деонтологическая задача медицинской сестры сво­дится к тому, чтобы в беседах с больным под­держивать версию, высказанную врачом. Недо­пустима свободная интерпретация медицинской сестрой результатов исследования с целью ложно­го самоутверждения. Она может оказаться невер­ной и стать причиной тяжелой ятрогении. Незави­симо от характера полученной диагностической информации больного следует успокоить, обна­дежить в благоприятном исходе основного заболевания, нацелить на совместную борьбу с бо­лезнью.

После исследования у больного могут возник­нуть негативные явления — резь и кровь при мочеиспускании после цистоскопии, ощущение присутствия постороннего предмета в ротоглотке после гастро- или бронхоскопии, распирание кишечника после колоноскопии и др. Во всех таких случаях больного следует успокоить, сказать о временном характере и безопасности этих ощу­щений. Ни в коем случае нельзя оставаться безучастной к жалобам больного, надо постараться помочь, принять меры, назначенные врачом.

Следует подчеркнуть, что инвазивные методы диагностики и лечения, особенно выполняемые с использованием предметов медицинской техники, относятся не только к весьма сложным, но и к ответственным манипуляциям. Поэтому медицинская сестра, помогая врачу, должна проявлять высокий профессионализм и деонтологическую грамотность. Всегда надо помнить, что перед тобой живой человек со всей гаммой болезненных ощу­щений, переживаний, страхов и беспокойств о своем здоровье, и направлять свою психопрофи­лактическую и психотерапевтическую деятельность на смягчение его страданий, мобилизацию физи­ческих и психических усилий в борьбе с болезнью.

При самостоятельном выполнении инвазивных манипуляций — а их на рабочий день приходится очень много (инъекции, внутривенные введения лекарств, взятие кровииз вены и др.) — медицин­ская сестра несет всю полноту ответственности за их качество, своевременность и за реакцию больного. Как и при более сложных манипуляциях, больной и в этих случаях испытывает если не чувство страха, то внутреннюю тревогу в ожидании болезненности, специфических ощущений от вводи­мого лекарства (хлорид кальция, сернокислая магнезия, никотиновая кислота, новокаин и др.), а иногда и неуверенность в профессионализме медицинской сестры. А длительные и многократно повторяющиеся инвазивные манипуляции (инъек­ции, взятие крови и т. д.) в известной мере невротизируют пациента, обостряют чувствительность к ним, формируют негативное отношение. Требования деонтологии не допускают механического, а тем более грубого выполнения инвазивных мани­пуляций. Медицинская сестра должна сочувственно относиться к психологическим слабостям больного, быть с ним в партнерском профессиональном контакте, уметь успокоить его, снять чувство стра­ха, вселить уверенность в необходимости и без­опасности назначенной процедуры. Профессиональное мастерство медицинской сестры, которая найдет добрые слова, сумеет успокоить больного, отвлечь его внимание, положительно сказываются на ее деловом авторитете. А это важный деонтологический фактор.

Большое место в работе медицинской сестры занимает выполнение так называемых интимных манипуляций на «закрытых зонах» человеческого организма. Это очистительные и лечебные клизмы, обработка наружных половых органов, спринце­вание у женщин, манипуляции на молочных железах, подача подкладочного судна, мочеприемника и др. Выполнение этих «рядовых» для меди­цинской сестры манипуляций, у больных вызы­вает естественное чувство стыдливости, неловкости, как перед медицинским работником, так и особен­но перед соседями по палате. Об этом надо помнить, учитывать легкую ранимость психики боль­ного, щадить его самолюбие, стыдливость, которая формируется у человека с раннего детства. Особен­но чувствительна и ранима психика женщин, стра­дающих заболеваниями тазовых и половых органов, мочевыводящих путей, молочных желез и др.

Выполняя интимные манипуляции, медицинская сестра не имеет права демонстрировать их окру­жающим, особенно соседям по палате, подчерки­вать немощность больного, неопрятность, неспособ­ность обслужить себя и т. д. Деонтологическим долгом медицинской сестры является щажение ранимой психики больного, соблюдение профес­сионального такта. Каждый больной ожидает от медицинской сестры не только облегчения своих страданий, но и сохранения тайны о своем здоровье перед окружающими. И об этом всегда надо пом­нить. При выполнении интимной манипуляции медицинская сестра должна следить за своей речью, мимикой, жестами, силой голоса, не проявлять брезгливости к больному и неприязненного отно­шения к своей работе. Нужно умело использовать слово как важный психотерапевтический фактор. Во время манипуляции следует поддерживать кон­такт с больным, осведомляться о его самочувствии, неприятных ощущениях.

Желательно любую интимную манипуляцию вы­полнять не в палате, на глазах у соседей, а в спе­циально приспособленном помещении (клизмен­ная, процедурная и др.). Ведь и для окружающих больных вид обнаженного соседа, да еще в непривычной позе, дополнительные запахи, техника са­мой манипуляции служат источником отрицатель­ных эмоций. Выполняя манипуляцию, не следует без особой необходимости обнажать тело больного, особенно его «закрытые зоны». Для прикрытия рекомендуется пользоваться специальными просты­нями с разрезом, пеленками и др. Если манипуля­ция все же выполняется в палате (подача судна, мочеприемника, клизма), больного лучше отгородить ширмой. Следует учитывать особенности paботы с женщинами и мужчинами, подростками и больными пожилого возраста, проявляя индивидуальный подход.

Таким образом, инвазивные методы диагностики и лечения, обладая высокой информативностью и лечебной эффективностью, занимают важное место в практическом врачевании, причем диапазон их применения будет постоянно расширяться. Медицинская сестра является обязательным участником или непосредственным исполнителем этих манипуляций. Наряду с высоким профессионализ­мом она должна обладать глубокими деонтологическими знаниями. Поддерживая психологический контакт с больным на всех этапах лечебно-диагностического процесса, медицинская сестра сможет снять чувство беспокойства и страха перед мани­пуляцией, обеспечит спокойное поведение боль­ного в процедурной, облегчит неприятные ощуще­ния после манипуляции. В этом и заключается ее нравственный долг перед больным.

Список использованной литературы

1. *Деонтология в медицине.* Под ред. Б. В. Петровского. — М., 1988. - Т. 2. - С. 390.
2. *Международный кодекс медицинской этики*. // Врач. — 1994. - № 4. - С. 47.
3. Фаулер М*.* *Этика и сестринское дело*. — М., 1994.
4. Харди И. *Врач, сестра, больной.* Под ред. М.В. Коркиной. – М., 1981.
5. Матвеев В.Ф. *Основы медицинской психологии, этики и деонтологии*. – М., 1984.
6. Корвасарский Б.Д. *Психотерапевтическая энциклопедия*. – СПб., 1998.
7. Бойко Ю.П. и др.. *Элементы психотерапии в общесоматической поликлинике*.//Медицинская сестра. – 2000. - №2.
8. Куприянова Г.Г. *Этика медсестры психиатрического учреждения*. // Медицинская сестра. – 2000. - №3.
9. Яровинский М.Я. *Медицинский работник и пациент.*// Медицинская помощь. – 1996. - №3.
10. Островская И.В. *Медсестра и пациент: общение для обмена полезной информацией*. // Медицинская сестра. – 2000. - №4.
11. Островская И.В. *Вербальный способ общения. // Медицинская сестра*. – 2001. - №7.
12. Остапенко А.Л. *Деонтология медицинской сестры при проведении некоторых диагностических манипуляций*. // Медицинская сестра. – 1994. - №1.
13. Клименко Е.А. *Моральный облик и культура медсестры*. // Медицинская сестра. – 1965. - №12.