

А. В. Полин

# Медицинская психология. Полный курс



А. В. Полин

**Медицинская  
психология. Полный курс**

«Научная книга»

2013

**Полин А. В.**

Медицинская психология. Полный курс / А. В. Полин —  
«Научная книга», 2013

Книга включает в себя полный курс лекций по медицинской психологии, написана доступным языком и будет незаменимым помощником для тех, кто желает быстро подготовиться к экзамену и успешно его сдать. Предназначена для студентов колледжей, медицинских вузов.

© Полин А. В., 2013  
© Научная книга, 2013

## Содержание

Тема 1	5
Предмет изучения медицинской психологии	5
Структура медицинской психологии	6
Задачи медицинской психологии	7
Тема 2	8
Психологические составляющие взаимоотношений между врачом и больным	8
Психологические составляющие взаимоотношений между сестрой и больным	11
Психологические составляющие тройственного союза: врач-сестра-больной	14
Тема 3	16
Особенности психологического климата в амбулаторных учреждениях	17
Особенности психологического климата в стационарном учреждении	19
Конец ознакомительного фрагмента.	22

# **А. В. Полин**

## **Медицинская психология. Полный курс**

### **Тема 1**

#### **Предмет, структура и задачи медицинской психологии**

##### **Предмет изучения медицинской психологии**

Психология – это наука о психике как функции мозга, которая заключается в отражении объективной действительности. В процессе изучения психология разделилась на общую, изучающую отдельные психические процессы, и частную (специальную), включающую такие отрасли, как педагогическая, юридическая, медицинская и многие другие. Медицина, как и многие другие науки, стремительно развивается, в работе врачей и медицинских сестер появляется большое количество новейшей аппаратуры, разнообразных контролирующих средств, позволяющих усовершенствовать качество лечебно-диагностического процесса. Не всегда больные бывают подготовленными к воздействию на них разнообразных устройств, особенностям новых методов лечения. В связи с прогрессом медицинской науки появился новый термин – «психология обращения с больными». Предметом и целью психологии обращения с больными является умение рассмотреть судьбу больного в окружающей его лечебной среде. В начале своего заболевания человек борется со своим недомоганием самостоятельно. Через какой-то промежуток времени, когда его собственные силы исчерпаны, к процессу борьбы прибегают медицинские работники. В центре внимания психологии обращения с больным находится вопрос взаимодействия больного со средой лечебного учреждения, формирования отношений между больным и врачом, сестрой и больным и тройственного союза: врач-сестра-больной. В вопросах медицинского взаимодействия иногда складывается такое понимание процесса: врач лечит больного, а сестра ухаживает за ним. Однако это не совсем правильное понимание вопроса: распределение работы между врачом и сестрой во многом зависит от местных условий и характера лечебного учреждения. Кроме того, психологическое воздействие на больного сестра оказывает не в меньшей степени, чем врач, так как продолжительность ее общения с больным нередко бывает больше.

## Структура медицинской психологии

Медицинскую психологию можно подразделить на общую и частную. Общая медицинская психология занимается такими вопросами, как изучение изменений психики человека, вызванных тем или иным заболеванием с разработкой критериев здоровой психики, больной психики и временно измененной; психология поведения медицинских работников вообще и врачей в частности, психологический климат лечебно-профилактических учреждений различного типа; влияние психики на физическое состояние человека и наоборот, т. е. психосоматические и сомато-психические взаимодействия; основные особенности, характеризующие индивидуальность человека (темперамент, характер, личность) и их возможные изменения в процессе онтогенеза; этика и деонтология в деятельности медицинских работников, включающая вопросы врачебного долга и врачебной тайны; вопросы психогигиены, включающие в себя психологию семьи, брака, половой жизни, психологию межличностных взаимоотношений человека в кризисные периоды его жизни (подростковый, климактерический, старческий); вопросы психотерапии, психотренинга, психологических консультаций.

Частная медицинская психология занимается изучением индивидуальных особенностей тех или иных пациентов. Она изучает особенности протекания психических процессов у личностей с психической патологией; у лиц, страдающих заболеваниями, требующими хирургических вмешательств, особенно в такие периоды, как подготовка к операции и послеоперационный период; психологические особенности лиц, страдающих врожденными дефектами, особенно если это касается дефектов органов чувств, приводящих к инвалидности; психологические особенности граждан при проведении различных видов экспертиз, в том числе военно-врачебной, судебной, медико-социальной, психические особенности лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией, а также психические особенности больных при любой другой соматической патологии. Максимальное применение в психиатрической практике находит патопсихология, в неврологической – нейропсихология, в соматической – психосоматика.

Медицинская психология является относительно молодой отраслью знаний, в связи с чем возникают различные варианты трактовки ее содержания и функций. Не так давно медицинская психология была включена в обязательную программу обучения студентов медицинских вузов, а до этого момента являлась факультативным курсом. В большинстве развитых стран распространено понятие не медицинской психологии, а клинической. В нашей стране клиническая психология рассматривается как часть медицинской. В Соединенных Штатах Америки пользуются термином «клиническая психология», разделами которой являются психотерапия, психодиагностика, психогигиена, реабилитация, психосоматика, а также некоторые разделы дефектологии. В Польше используют термин «медицинская психология», и ее подразделами считают психотерапию, психокоррекцию, восстановительную медицину, реабилитацию. В России наибольшую популярность имеет следующее подразделение медицинской психологии на области знаний: клиническая психология, психогигиена, психопрофилактика. Клиническая психология включает в себя нейропсихологию, патопсихологию и психосоматику.

## **Задачи медицинской психологии**

Основной задачей медицинской психологии является изучение психики и особенностей поведения больного и окружающих его близких, родственников и медицинского персонала на разных этапах их общения. Этими этапами могут быть осознание самого факта каких-либо неполадок в организме, требующих медицинского вмешательства, момент принятия решения обращения к врачу, реакция пациента на факт осознания того, что он болен и нуждается в посторонней помощи, отношение к объему назначенного лечения и обследования, а также возможного прогноза относительно жизни, здоровья и трудоспособности, прогнозирование своей дальнейшей значимости в семье, на работе и в обществе в целом, внутренняя адаптация психики заболевшего к описанным проблемам. Все возникающие смежные проблемы взаимодействия пациента и медицинского персонала рассматриваются и оцениваются в свете основной задачи – оказания максимально возможной и эффективной помощи больному. При этом она изучает проблемы медицины в психологическом аспекте и методы психологии в медицинском аспекте. Деятельность медицинской психологии находит отражение в деятельности различных звеньев системы здравоохранения: амбулаторно-поликлиническом, госпитальном, санаторно-курортном, аптечном, на разных этапах подготовки медицинских кадров, научно-исследовательской работе, в области организации здравоохранения и некоторых других аспектах. Медицинская психология развивается в тесном взаимодействии с психотерапией, психиатрией, неврологией, нейрохирургией, сурдопсихологией, олигофренопедагогикой, трудотерапией и др.

Таким образом, медицинскую психологию, подобно всей психологии в целом, можно разделить на общую и частную. Задачей общей медицинской психологии является изучение взаимоотношений личности больного и врача. Вопросом частной медицинской психологии является разработка различных методов лечения в конкретном применении к тем или иным областям медицины. Общая и частная медицинская психология тесно переплетаются с философскими, биологическими, социологическими и многими другими дисциплинами.

## Тема 2

### Психологические составляющие взаимоотношений между врачом и больным

Фундаментом лечебной среды любого учреждения являются отношения: врач и больной, сестра и больной и врач-сестра-больной.

Для формирования таких взаимоотношений прежде всего должно наступить осознание потребности в получении медицинской помощи, обращения к врачу. Признаки заболевания могут нарастать постепенно или наступить внезапно. При быстро или стремительно ухудшающемся состоянии вопрос о необходимости медицинской помощи решается быстро, в противном случае больной может долго думать и колебаться, стоит ли обращаться в медицинское учреждение или он справится сам, а может, тревожащие симптомы исчезнут без лечения и вообще они не являются признаком какого-либо заболевания. Больной обращается за советами к родственникам, друзьям, знакомым. Часть советов использует на практике и получает самые неожиданные, в лучшем случае не вредящие его здоровью результаты. Продолжительность такого самостоятельного этапа лечения зависит от уровня культуры, образованности, тяжести состояния, предыдущего опыта общения с медициной в целом, интенсивности реакции отрицания болезни, степени занятости, материальных возможностей и других аспектов жизни. В результате стадия заболевания, на которой больной попадает к врачу, может быть от первоначальной до тяжелой, терминальной, когда возможности медицины заключаются только в констатации факта и назначении симптоматического лечения. В зависимости от стадии и характера заболевания первый контакт может быть с врачом общей практики или участковым врачом, врачом-специалистом узкого профиля, врачом приемного покоя или сразу врачом скорой медицинской помощи. Вне зависимости от того, к какому врачу и в какой стадии заболевания попал пациент, работа врача будет складываться из трех основных этапов, которые различаются только по продолжительности и степени интенсивности в каждом конкретном случае.

1. *Сбор анамнеза*, начинающийся с фиксирования жалоб пациента. Больного мучают тысячи вопросов: что с ним? болен ли он вообще? если болен, то излечимо ли заболевание? что будет с ним дальше? какие действия предпримет врач? можно ли вообще доверять этому врачу? Невозможно предусмотреть все вопросы и сомнения, которые могут терзать пациента. Врач должен дать возможность пациенту подробно изложить все его жалобы, сомнения и задать вопросы. Подробно излагая свои переживания, больной может и сам суметь оценить степень значимости каждой конкретной из них, если не был в состоянии сделать этого до визита к врачу. Выступая в роли внимательного слушателя, врач одновременно решает несколько задач: начинает путь формирования доверительных отношений с больным, дает пациенту возможность выговориться, облегчить душу. Анализируя сказанное, грамотный врач сразу исключает истинные симптомы и жалобы от мнимых, нафантазированных, избавляет себя от необходимости корректного формулирования вопросов, так как уже получил на них ответы. В противном случае, не дав больному возможности высказаться в должном объеме, врач рискует потерять контакт с больным сразу и даже получить необоснованную жалобу от больного только лишь потому, что его не выслушали, хотя врачу уже было достаточно сказанного для постановки диагноза и дальнейших действий. В процессе сбора анамнеза врачу необходимо не только выслушать больного, но и понять его, выразить свое сопереживание, дополнить его рассказ уместными репликами, сочувственными жестами, внимательно наблюдая за действиями и реакцией пациента на них, позволяющими судить об отношении больного к себе, своим жалобам, адек-

ватности их оценки самим больным. Закончив свой рассказ перед внимательным слушателем, больной уже чувствует облегчение. Это как раз тот случай, о котором известный венгерский врач Баллинт сказал: «Врач и сам лекарство». Далее наступает очередь врача задавать вопросы. Имеют большое значение корректность постановки вопроса, тон, каким он был задан, степень культуры речи. Вопросы должны демонстрировать доброжелательность врача, способность и желание сопереживания и помощи, ни в коем случае не содержать даже скрытого намека на насмешку, высокомерие или недостаточный интеллектуальный уровень пациента. В большинстве случаев грамотный врач уже в процессе сбора анамнеза может установить предварительный диагноз. Однако сложившееся представление врача (трогенное представление) может не соответствовать представлению пациента (аутогенному представлению) о своем состоянии, возможном заболевании. В истинном диагнозе должно найти отражение то и другое представление. Долг врача в этой ситуации – провести с больным разъяснительную работу, обосновать происхождение его жалоб и своего мнения об этих жалобах и предполагаемом диагнозе. Разговор с больным врач должен вести на доступном ему языке, не использовать терминов и оборотов речи, понятных только медикам, не высказывать категоричных суждений, особенно если они противоположны мнению пациента.

2. Следующим этапом является *назначение обследований*. Помимо медицинских показаний, следует учитывать настрой больного на проведение обследований в целом и отношение к конкретным методам в частности. Если есть необходимость в проведении платных обследований, доктор должен тактично поинтересоваться материальными возможностями пациента, причем акцент должен быть сделан не на финансовые возможности пациента в целом, а желание и возможность потратить какую-либо сумму на проведение медицинских исследований. Врач должен создать у пациента мотивацию к проведению обследований. Каждое из назначенных исследований должно быть обосновано доктором как проводимое исключительно в целях быстрой и максимально точной постановки диагноза. Если состояние больного требует проведения каких-либо сложных или неэстетичных, болезненных манипуляций в целях обследования, врач должен подробнее разъяснить характер проведения и необходимость использования именно таких методов.

3. Завершающим этапом являются *назначение лечения острого процесса и разъяснение дальнейшего отношения к своему заболеванию*. К этому этапу общения между врачом и больным уже сложились какие-то отношения, в большинстве случаев трудно поддающиеся дальнейшей коррекции. Одним из вариантов таких отношений могут быть беспредельная вера в лечащего врача, наделение его сверхъестественными способностями. От таких отношений недалеко до предрассудков, с одной стороны, а с другой – боязни причинения вреда, так как врач знает все, а больной – ничего. При таком варианте взаимоотношений грамотный врач старается закрепить веру больного в себя, но и избавить больного от надежды на чудо. Отношения больного и врача могут складываться совершенно иначе. Пациент может быть настроен воинственно, настойчиво и решительно. Этот настрой не всегда демонстрирует враждебное отношение лично к доктору, такое поведение может быть лишь выходом общего эмоционально-психологического состояния пациента, напряженности его нервной системы. Построение взаимоотношений с такими больными требует от врача высокой морально-психологической устойчивости, умения дифференцировать отношения пациента к врачу от его эмоционального состояния в целом. Наряду с вышеописанными отношениями существует отношения взаимного сотрудничества, к которым должны стремиться все врачи и пациенты, так как в этом случае можно ожидать максимального эффекта от лечения.

Есть и различные патологические формы взаимоотношений врача и больного. Одним из вариантов являются невыполнимые претензии пациентов, требование от врача выполнения функций, не входящих в круг его обязанностей. Такие больные часто меняют врачей, но не находят желаемых результатов. Противоположной патологической формой взаимоотно-

шений является болезненная привязанность пациента к единственному доктору, вера в то, что ему может помочь только этот врач. Взаимоотношения пациента и доктора не являются раз и навсегда установившимися, они подвергаются изменениям в процессе взаимодействия. На них могут влиять более внимательное отношение доктора, эффективность проведенного лечения, точность и быстрота поставленного диагноза, и наоборот, изначально хорошие отношения способствуют большей эффективности лечения. Условия, в которых ведется лечебная деятельность, не могут не оказывать своего специфического влияния. Естественно, различными будут отношения на амбулаторном этапе лечения и госпитальном. На амбулаторном этапе врач имеет возможность наблюдать больного в течение многих лет, все лучше узнавая его как личность, зная условия жизни больного, семейные и социальные проблемы, кризисные моменты его жизни. Исходя из этого, участковый врач, длительное время наблюдающий данную семью, быстрее разберется в источниках и предрасполагающих факторах заболевания. Венгерский врач Баллинт так охарактеризовал роль участкового врача в обществе: «Участковый врач может стать истинным представителем медицинской науки, стремящейся лечить не болезни, а больного человека, в центре внимания которой патология личности как единого целого, и таким путем он станет продолжателем благородного дела «домашних» врачей, врачей семьи». Лечебная деятельность, осуществляемая в условиях стационарного учреждения, предусматривает более короткий, но интенсивный период общения, за который состояние больного меняется стремительнее. Разумеется, характер взаимоотношений будет определяться и профилем госпитального отделения: один вариант – терапевтическое отделение, другой – гинекологическое и совсем иной – психиатрическое.

Помимо взаимоотношений между врачом и больным следует помнить, что врач является образцом и примером для среднего медицинского персонала. Характер взаимоотношений врача с больными воздействует и на медицинских сестер. Грамотный доктор, осознающий это, имеет в своем арсенале важнейшее средство психологического воздействия на них.

## **Психологические составляющие взаимоотношений между сестрой и больным**

Медицинская сестра практически любого лечебно-профилактического учреждения часто жалуется на усталость и чрезмерную занятость. Следует понимать, что в большинстве случаев усталость и перегруженность определяются не количеством выполненных сестринских манипуляций, а эмоционально-психологической перегрузкой среднего медицинского работника. Сестре в течение рабочего дня приходится сталкиваться с большим количеством споров, недоразумений, претензий больных, часто необоснованных. В конце рабочего дня даже культурная, грамотная, исполнительная медицинская сестра может получить замечание, так как больные жаловались на нее, хотя порой их претензии необоснованы и невыполнимы, а причинами претензий являются их нетерпеливость и беспокойство. Основным психологическим аспектом деятельности медицинской сестры является налаживание контакта с больным. Происходит все это наряду с огромным объемом медицинских манипуляций, являющихся основной ее работой. В связи с такими объемами работы выполнение сестрой своих обязанностей часто носит механический характер, доводится до автоматизма. В подобных случаях происходит обезличивание деятельности, хотя сами по себе манипуляции выполняются безупречно, но о больном, его чувствах и переживаниях забыли, и отношения складываются формальные, официальные. Большинство жалоб пациентов порождается именно из-за таких отношений, несмотря на то, что медицинская сестра безупречно выполнила манипуляции. Во время амбулаторного приема врач только перечисляет назначаемые диагностические и лечебные манипуляции, обосновывает их необходимость, а уже медицинская сестра объясняет особенности их проведения, характер и необходимость подготовки и даже проводит часть назначенных врачом процедур. Больные, находящиеся на стационарном лечении, еще больше времени проводят в непосредственном контакте с медицинской сестрой. Если не возникают чрезвычайных ситуаций, то контакт врача с больным ограничивается временем обхода, все остальное время дня больной предоставлен общению с медицинской сестрой. Таким образом, помимо профессиональных знаний в области медицины, сестра должна иметь и психологическую подготовку. Физический уход за больным, осуществляемый медицинскими сестрами, является основным связующим звеном, на котором строится психологический контакт с сестрами. Напрашивается аналогия этих взаимоотношений и отношений между матерью и ребенком, за которым она поначалу просто физически ухаживает, а затем между ними формируется прочная духовная связь. Забота, внимание и сопереживание являются основными качествами в работе сестры, которая должна помнить, что больному человеку прежде всего стремится освободиться от болезни и ищет в окружающих именно эти качества. Поддержка, оказываемая больному медицинской сестрой, проявляется не только в делах, но и в словах, жестах, всем стиле работы с больным. Одинаково большое значение имеют сказанные слова и их эмоциональная окраска, при этом необходимо учитывать интеллектуальный уровень больного, характер темперамента и другие индивидуальные особенности личности, не менее важен факт сочувствия переживаниям пациента. В идеальном варианте сестра должна практически вжиться в переживания пациента, суметь поставить себя на его место. Столь же важно, как и в работе врача, сестре уметь выслушать больного. Общеизвестна поговорка: «Слово – серебро, молчание – золото». В процессе выслушивания больного роль медицинской сестры несколько отличается от роли врача: сестра должна проявлять интерес, демонстрировать реакцию на услышанное, расположиться поближе к больному, принять доверительную позу. Прямой, открытый, доброжелательный взгляд, посадка на краю стула, открытые ладони, наклон туловища вперед – вот лишь немногие характерные признаки человека, готового к внимательному заинтересованному выслушиванию.

Имеют значение и характер реакции на рассказ пациента: вовремя вставленное слово, кивок головы, доверительная улыбка, заинтересованный вопрос или дополнение к повествованию. В отличие от врача, больной не ждет от сестры разрешения своих проблем, в ней он прежде всего видит внимательного слушателя, которому можно излить душу. Если беседу удалось направить в нужное русло, больной быстрее успокаивается и адаптируется к предстоящим процессам обследования и лечения. Сестра должна быть очень внимательна, отвечая на вопросы, и четко представлять себе, в каком случае необходимо корректно переадресовать вопрос врачу. Немало трудностей вызывает и обсуждение личных дел больного, которыми он с радостью готов поделиться и ждет от медицинского работника такой же откровенности. Он может с удовольствием демонстрировать фотографии близких родственников, «случайно» оказавшиеся при нем, и обижаться, если сестра не проявляет такой же готовности к откровенности. Несмотря на это, сестра не должна забывать, что все это не относится к сфере ее прямых обязанностей, но и отказ больному в откровенных беседах не должен быть резким, обидным, унижающим личность и достоинство. Продуктивнее всего научиться беседовать на легкие отвлеченные темы: о спорте, погоде, проведенном отпуске, о последних событиях в городе. Установившуюся связь между пациентом и сестрой необходимо рассматривать как нечто лабильное, развивающееся. Помимо особенностей личности больного на процесс взаимодействия немало влияют особенности личности сестры. Повседневная практика свидетельствует о том, что профессиональные качества медицинского работника среднего звена играют одинаково важную роль наряду с его способностями достигнуть необходимого контакта с больным. Многие жалобы пациентов, если не большинство из них, связаны не с процессом диагностики и лечения, а с отношением к этому процессу и поведению медицинского персонала. Медицинских сестер можно разделить на несколько типов.

1. *Сестра-рутинер*. Медицинский работник этого типа скрупулезно, порой механически выполняет все предписания и распоряжения врачей, качество такого выполнения весьма высоко. Но такая медицинская сестра не видит самого больного, его личность, не демонстрирует и не испытывает сопереживания, действует обезличенно.

2. *Сестра-актриса*, играющая заученную роль. Такая сестра выработала для себя определенный идеал, к которому считает нужным стремиться. На этом пути ее поведение часто становится наигранным, неискренним, искусственным.

3. *Нервная сестра*. Об этом типе медицинской сестры следует говорить лишь в том случае, если нервозность отражается на работе. Результатом деятельности такого типа нервной системы могут стать вспыльчивость, грубость, раздражительность. Нервозность, тревожность могут проявляться и в форме ипохондрии, боязни заражения какими-либо инфекционными заболеваниями или поисками у себя симптомов каких-либо тяжелых неизлечимых недугов.

4. *Медицинская сестра, являющаяся сильной, иногда мужеподобной личностью*. Такой тип медицинских сестер достаточно широко распространен в медицинской практике. Такую сестру отличают любовь к строгому порядку, неукоснительному соблюдению всех требований без исключения, настойчивость, напористость, решительность. В большинстве случаев эти сестры обладают хорошими организаторскими способностями, но иногда страдают от прямолинейности и недостатка гибкости, в крайних случаях бывают грубы и агрессивны.

5. *Материнский тип медицинской сестры*. Она характеризуется максимальной, иногда чрезмерной заботливостью и состраданием к больным. Такая сестра все делает тихо, с улыбкой, без суеты, но все успевает не хуже других. В своей работе она находит свое главное жизненное призвание – заботу и помощь ближнему. Медицинская сестра такого типа иногда страдает от собственной доброты и безотказности, которой пользуются пациенты.

6. *Достаточно редко распространен тип сестер-специалистов*. Они находят свое призвание в одной узкой области медицины, успешно совершенствуются в ней и не интересуются ничем другим.

Все этапы установления взаимоотношений между сестрой и больным условно можно поделить на три части.

На начальном этапе происходит ознакомление с особенностями личностей сестры и больного, выяснение отношения больного к своей болезни, особенностей лечебного учреждения, особенностей отношения сестры к своей работе и больным вообще. Установлению продуктивного контакта на начальной стадии могут мешать сложившиеся предрассудки, предубеждения, опыт отрицательных эмоций обоих участников этого процесса. На этапе самого процесса лечения мы видим уже сложившиеся взаимоотношения и их положительное или отрицательное влияние на процесс лечения. Особенно важно позитивное влияние при недостаточно успешном или затяжном процессе лечения. На завершающем этапе лечения важна подготовка больного к дальнейшему существованию без медицинского вмешательства. Пациент должен получить подробные, конкретные, исчерпывающие рекомендации по дальнейшему образу жизни, приему медикаментов в случае необходимости, правильной диете и режиму питания.

## **Психологические составляющие тройственного союза: врач-сестра-больной**

Основой работы любого лечебного учреждения является этот тройственный союз. Выше были описаны этапы взаимодействия больного – врача и сестры – врача. В этом тройственном союзе руководителем, естественно, является врач как лицо более опытное и несущее большую ответственность. Многие зависят от правильного выбора врачом стиля руководства. Наиболее распространенным и, вероятно, эффективным является дружеско-товарищеский, т. е. настроенный на сотрудничество и взаимоуважение. Он возможен при творческом подходе к работе обоих медицинских работников. В этом случае сестра, являясь постоянным связующим звеном между пациентом и врачом, способствует установлению режима сотрудничества, создавая врачу определенный имидж, исходя из его личностных и профессиональных особенностей. Врач, в свою очередь, должен всячески поддерживать сестру, ни в коем случае не критиковать ее в присутствии больного, даже если абсолютно уверен в ее ошибке или неправоте. Больные должны ощущать на каждом этапе своего контакта с лечебным учреждением единообразие требований всего медицинского персонала. Разногласия, возникающие в процессе работы между врачом и сестрой, не должны быть известны больным. Все они должны разрешаться в рабочем порядке, вежливо и конструктивно. Очень важно, чтобы такой стиль руководства не переходил на фамильярный. Каковы бы ни были взаимоотношения врача и сестры вне стен медицинского учреждения, в лечебном учреждении они должны четко помнить и выполнять свои собственные обязанности, за которые и несут ответственность в рамках своих должностных полномочий. Встречаются ситуации, когда после многих лет совместной работы врач настолько доверяет медицинской сестре, что позволяет ей самой ставить диагнозы, назначать обследование и лечение. Эта порочная практика несет в себе несколько отрицательных сторон: ответственность за назначения несет врач независимо ни от чего, а в глазах больного его авторитет неизмеримо падает, если пациент знает, что все назначения исходят от медицинской сестры, а врач даже не проконтролировал их правильность. Врач, использующий авторитарный стиль руководства, прав в том случае, если сестра значительно моложе его и менее опытна, замечена в безответственном отношении к работе. Помимо перечисленных существуют возрастные проблемы взаимоотношений сестры и врача. Молодая сестра с удовольствием перенимает опыт у знающего врача, слушается его во всем и уверена в его правоте. Между ровесниками тоже возникают проблемы непонимания, споры из-за назначений врача возникают редко и легко разрешаются. Наиболее сложной является проблема молодого врача и старой опытной медицинской сестры. Во-первых, таких ситуаций старшие и главные медицинские сестры должны стараться избегать; во-вторых, такая ситуация будет менее болезненной при высоком культурном уровне обоих медицинских работников или хотя бы одного из них, в-третьих, при умелом вышестоящем руководстве эту ситуацию можно развернуть в пользу обоих: опытная сестра, тактично и ненавязчиво подсказывающая молодому врачу, будет чувствовать свою значительность, а молодой врач будет чувствовать поддержку в тех вопросах, которые еще недостаточно знает, будет уверен, что подсказка сестрой будет сделана в корректной форме.

В большинстве случаев контакт пациента с лечебно-профилактическим учреждением начинается с общения со средним медицинским персоналом. Медицинская сестра должна провести подготовительную работу и настроить больного на контакт с лечащим доктором, учитывая личностные особенности обоих. Общение с больным должно строиться на уважении к нему, которое пациент должен ощущать, исходя из первых же слов, обращенных к нему медицинской сестрой. В ежедневной работе с больным есть множество задач, выполнить которые может как врач, так и медицинская сестра. Вопрос о том, кто будет выполнять данную конкретную задачу, решается индивидуально, исходя из местных условий. Нередко сестре приходится

по несколько раз объяснять назначения врача, когда доктор уже занимается с другим пациентом, до тех пор, пока она не убедится, что больной понял разъясняемое. Врачу также порой приходится брать на себя функции медицинской сестры в момент ее большей занятости. В глазах пациентов выигрывает тот врачебно-сестринский коллектив, где распространена такая практика, это идет на пользу лечебно-диагностическому процессу в целом. Врач, заставляющий больного долго ждать, пока сестра оформит ему направления на анализы, в то время как она занята какими-либо срочными манипуляциями, демонстрирует свое неуважение к больному, медицинской сестре и лечебному учреждению в целом.

## Тема 3

Основными задачами любого лечебно-профилактического учреждения являются прием пациента на каком-либо этапе его заболевания, осуществление в отношении него определенных лечебно-диагностических мероприятий в соответствии со своим профилем. Психологический климат, созданный в данном учреждении, должен помогать и упрощать решение основных, возложенных на него задач. На всем протяжении времени, пока больной находится в стенах лечебного учреждения, он должен ощущать, что все происходящее с ним и с другими пациентами подчинено одной цели – скорейшей диагностике и максимально эффективному лечению. В таком случае какие-либо неувязки, задержки в его собственных лечебно-диагностических манипуляциях будут восприняты им исключительно как крайняя необходимость и не вызовут негативных эмоций. Наоборот, больной может ощутить свою значимость, если будет знать, что его обследование было отложено в интересах другого более тяжелого пациента и, вовремя проведенное, оно спасло человеку жизнь. В структуре медицинской психологии выделяется такое понятие, как психология обращения с больными. Суть этого термина заключается в умении найти метод обращения с каждым конкретным пациентом, проложить путь к эффективному контакту с ним. Прежде всего необходимо научиться понимать больного, спектр его переживаний и надежд. Решающая роль в лечебном процессе зависит от единого стиля работы всего лечебного коллектива и вовлечения в этот стиль больного как временного участника. Единообразие подходов всего лечебного коллектива к любому больному играет решающую роль в эффективности лечения и авторитете данного коллектива. В любом отделении есть больные, к которым легко найти подход, объяснить необходимость той или иной манипуляции, назначения или отмены медикамента, задержки или ускорения выписки из отделения.

Полной противоположностью являются больные, не согласные ни с какими назначениями, вмешательствами, постоянно подозревающие несправедливость по отношению к себе и обвиняющие в этом весь медицинский персонал. Даже с таким пациентом можно найти общий язык, если весь коллектив лечебного учреждения будет действовать слаженно и поддерживать мнение своих коллег.

## **Особенности психологического климата в амбулаторных учреждениях**

У большинства больных, как и вообще членов человеческого общества, бытует мнение о враче как о человеке с положительными чертами характера. В литературе и искусстве, культуре в целом веками создавался благородный образ врача, способного на самопожертвование, служение науке и обществу. Большинство пациентов, сталкиваясь с медициной в том или ином ее проявлении, в глубине души надеются на подобное отношение. Со стороны врача очень важно дать понять больному, что он способен на то, чего тот от него ожидает, и не его вина, если не все удастся. Известный факт, что эффективность лечения во многом зависит от веры больного в выздоровление, а это, в свою очередь, тесно связано со степенью доверия к врачу, с тем, насколько удастся врачу расположить к себе больного и разобраться в его сложных (или кажущихся сложными) переживаниях, сколь разумен и реален будет совет врача, столь эффективно будет налажен контакт с больным. Не следует забывать, что больной, посетивший врача, в большинстве случаев знает о враче гораздо больше, чем врач о больном. Создавшееся невыгодное положение врача обязывает его быть предельно внимательным, чутким и осторожным. Отсюда следует, что в амбулаторно-поликлиническом учреждении крайне важно создать такую обстановку, в которой любой пациент еще до общения с врачом мог бы почувствовать, что забота и внимание к нему есть первый этап действительного стремления оказать ему максимально возможную помощь. Любое лечебное учреждение начинается с регистратуры или приемного покоя, где основными работниками является средний и младший медицинский персонал. Уделяя основное внимание лечебным мероприятиям, руководство лечебных учреждений нередко забывает о воспитательной работе и обучению элементарным психологическим приемам этой категории медицинских работников, хотя их чуткость, доброжелательность, деловитость, лишенная назойливости и ненужных разговоров, как нельзя лучше подготавливают благоприятную почву для дальнейших действий старшего медицинского персонала. Важными аспектами являются соблюдение в коридорах учреждения и в кабинетах врача тишины, доброжелательной обстановки, наличие свежего воздуха, отсутствие неприятных или специфических запахов. Оформление кабинетов и коридоров должно предусматривать следующие цели: успокоить больного, сообщить ему чувство уверенности, но не напоминать ему об имеющихся или возможных страданиях. Наглядная агитация должна способствовать санитарно-гигиеническому просвещению и выработке профилактических навыков. Однако в ряде случаев, несмотря на все усилия, остается психологический барьер недоверия и отчужденности между врачом и больным. Причин тому может быть множество: недостаточный врачебный опыт, чувство антипатии, имевшее место в прошлом, чувство брезгливости при различных тяжелых заболеваниях, плохое самочувствие или плохое настроение врача в день приема. Не стоит забывать, что врач, как и любой другой человек, не застрахован от заболевания, личных огорчений и жизненных невзгод. Однако все перечисленные и неперечисленные аспекты не должны накладывать отпечаток на взаимоотношения доктора и пациента. Врач в самом начале беседы должен полностью переключиться на проблемы и переживания больного и забыть о своих личных невзгодах, до которых больному, обратившемуся за помощью, нет никакого дела. Врач не должен забывать, что больной, особенно при первой встрече, очень внимательно следит за каждым жестом, взглядом, выражением эмоций врача. В течение определенного времени больной находится в состоянии особой настороженности, выясняя, найдет ли он в общении с этим доктором контакт, взаимопонимание и настоящую помощь. От того, насколько оправдаются ожидания больного, настолько окажется прочен зарождающийся союз пациента и врача. Очень важен эффект первой встречи. Если при первом контакте прочного союза достичь не удалось, в последующем врачу придется приложить гораздо больше усилий для получения эффектив-

ного контакта с больным. Во время общения с больным врач должен быть артистом, ведь от настороженного взгляда больного не ускользнут ни торопливость врача, его невнимательность, скованность в движениях, тревога во взгляде. Как такое поведение будет истолковано больным, известно только ему одному, а врач в его лице получит недоверяющего, мало уважающего его пациента. Нетактичными моментами поведения врача больным будут считаться всевозможные отвлечения доктора на какую-либо другую работу: просматривание полученных анализов, подпись рецептов или других медицинских документов, поданных медицинской сестрой, систематическое поглядывание на часы, частые ответы на телефонные звонки. Все это неизбежно порождает недоверие к доктору, провоцирует чувство антипатии и раздражения, исключает возможность откровенного разговора. Долгом и прямой обязанностью врача является постоянный контроль своих чувств и действий как при первой встрече с пациентом, так и в дальнейшем.

Особо следует остановиться на культуре речи врачей, а также средних и младших медицинских работников. Слова и выражения, которые употребляет медицинский персонал в общении между собой в присутствии больного или обращаясь к больному, должны исключать специальные термины, которые больной может не понять и расценить по-своему, жаргонные выражения и т. п. Все, что врач или медицинская сестра объясняют больному о его состоянии, должно быть на максимально доступном ему языке, исключать недосказанность и общие фразы, так как такое поведение может спровоцировать недоверие больного и разнообразные домыслы, не соответствующие действительности.

К сожалению, не у всех заболеваний благоприятный или известный прогноз. В этом случае врач должен четко определить, какую долю правды он должен сообщить данному больному. Сообщение заведомой лжи, как правило, не приводит к желаемым результатам, ибо это через какой-то промежуток времени ведет к потере контакта и доверия между врачом и пациентом. Не стоит забывать о том, что врач должен поддерживать доверие больного не только лично к себе, но и к медицине в целом. Назначения, сделанные разными врачами по поводу одного и того же заболевания, могут не совпадать. Данный факт отнюдь не свидетельствует о хорошей либо плохой квалификации того или иного врача. Следует помнить, что методов лечения и лекарственных препаратов, назначаемых по поводу одного и того же заболевания, может быть великое множество. Поэтому если врач, узнав о назначениях коллеги, выразит удивление, недоумение или, еще хуже, недоверие, он может подорвать доверие не только к своему коллеге, но и к себе самому и медицине в целом. Во-первых, возможно, коллега в дополнение к удивившему препарату назначил что-то еще, о чем больной забыл или не хочет рассказывать, во-вторых, за то время, когда проводилось лечение первым врачом, картина болезни могла измениться под действием препаратов, в-третьих, любой из врачей может ошибаться. В любом из вариантов врач должен повести себя тактично и убедить больного, что как первый, так и второй врач действовали исключительно в его интересах. Бестактность врача, неуместный юмор или сарказм накладывают глубокий отпечаток на психологию больного, после чего даже самое правильное медикаментозное лечение значительно снижает свою эффективность.

## **Особенности психологического климата в стационарном учреждении**

Находясь в таких учреждениях, больные испытывают на себе наибольшее влияние лечащего коллектива по сравнению с другими лечебными учреждениями. Это объясняется длительностью и интенсивностью контакта пациента и медицинского персонала в данном случае. В связи с этим требования, предъявляемые к больничной палате, отделению, касаются не только гигиенических, но и эстетических требований. При оборудовании больничного отделения необходимо предусмотреть наличие комнатных растений, картин с приятными, умиротворяющими или жизнеутверждающими, оптимистичными сюжетами. Мебель в отделении должна соответствовать не только санитарно-противоэпидемиологическим нормам, но и эстетическим. Покрытие мебели должно легко подвергаться санитарной обработке. Соблюдение этих требований вызывает у пациента чувство доверия к учреждению, успокаивающе влияет на психику больного и способствует выздоровлению. Одновременно с созданием благоприятных условий для выздоровления больничное учреждение призвано оказывать воспитательное воздействие в отношении образа жизни, привычек и пристрастий пациента. Больной должен освоить или хотя бы встать на путь освоения образа жизни, более целесообразного для него, препятствующего дальнейшему прогрессированию болезни. У человека, находящегося на лечении, неизбежно формируются определенные представления об этом учреждении. Формирование позитивного представления идет на пользу одновременно больному и всему коллективу больницы, создавая имидж учреждения. Процесс попадания в больницу часто оказывает на людей тяжелое воздействие, создает стрессовую ситуацию. В жизни человека, попавшего в стационар, меняется много аспектов повседневной деятельности. Реакция на стресс может быть самой разной у больных с разными заболеваниями и особенностями характера.

Основными факторами, влияющими на этот процесс, являются тяжесть заболевания больного, длительность нахождения в стационаре, особенности восприятия новой обстановки и многое другое.

У пациента, попавшего в лечебное учреждение, могут сложиться самые разнообразные представления. Многие ждут избавления, освобождения от страданий, выздоровления. Иные больные ждут других результатов от пребывания в больнице (например, обследования, позволяющего получить группу инвалидности). В большинстве случаев попадание в больницу оказывает на пациентов тяжелое, иногда потрясающее воздействие. Незнакомые предметы, непонятные аппараты, необъяснимые действия лечащего персонала, особенности поведения соседей по палате, новая обстановка, тревога за исход своей болезни, тяжелые картины чужих переживаний – все это и многое другое не может не отражаться на психике больных. Находясь в больнице, пациент постоянно чего-то ожидает: манипуляций, консультаций, операций, перевязок, обходов, результатов обследований, визитов из дома. Попавший в больницу вынужден расстаться с привычным окружением, домашней обстановкой, ритмом жизни. Разные пациенты воспринимают это по-разному: негативно или позитивно. Пребывание в стационаре влияет благоприятно, если больному комфортно и приспособление к новой среде не требует от него особых усилий. К неблагоприятной, не располагающей обстановке приспособиться труднее, да и сама госпитальная среда в этом случае может послужить причиной возникновения состояния тревоги, напряженности, не способствующего выздоровлению. Врачу могут встретиться даже такие случаи, когда больные в начале заболевания начинают избегать дальнейшего контакта с ним под теми или иными предлогами. Такие больные не хотят углубленного и подробного обследования. Объясняют они это свое поведение страхом, что у них обнаружат тяжелую, неизлечимую болезнь. Встречаются и другие больные, требующие массы дополнительных исследований, уверенные в наличии у них тяжелого, неизлечимого недиагностиро-

ванного заболевания. Пациента, поступающего на стационарное лечение, встречает персонал приемного покоя. Формальные процедуры, регистрация личных данных больного, заполнение всевозможных медицинских документов требуют много времени. С этого этапа больные должны получать внимательное, доброжелательное, теплое отношение медицинского персонала. На этапе приемного покоя начинается налаживание охранительного режима персоналом лечебного учреждения. В налаживании и соблюдении охранительного режима нет мелочей, все имеет значение: оформление помещений, организация четкой работы в отделении с учетом режима дня больных, внешний вид пациентов и медицинского персонала, освещение, запахи и многое другое. Больной, поступающий в относительно удовлетворительном состоянии, стремится побыстрее сориентироваться в окружающей обстановке, получить максимум необходимой информации для дальнейшего проживания в новой для него обстановке. Таким образом, для него создаются более комфортные условия. Заслуживают внимания привычки и особенности членов лечащего коллектива, сложившиеся в данном учреждении. Вежливость и обходительность, спокойная речь, тихая ходьба – все это оказывает благоприятное психологическое воздействие на больного и играет важную роль в борьбе с вредностями, причиняемыми шумом. Тишина – одно из главных условий ухода за больными в течение всего процесса лечения. Другим важным условием ухода является освещение. Тусклый свет столь же вреден, как и слишком яркий, режущий в глаза. Беспочинное частое изменение режима освещения в палате также оказывает отрицательное влияние на психологическое состояние больных. Не менее важно соблюдение комфортного температурного режима в отделении. Кроме того, помимо оптимальных требований медицинский персонал должен учитывать индивидуальные запросы больных в соответствии с их заболеванием. Чистота является не только предметом соблюдения санитарно-противоэпидемиологических норм, но и аспектом психической гигиены. Нужно добавить, что у больных возможны личные гигиенические запросы, пренебрегать которыми нежелательно, несмотря на их индивидуальный характер. У любого культурного человека грязь вызывает отвращение. Нельзя назвать приятным соседство с лежащим больным, вынужденным справлять естественные надобности в палате, соседство с больным, отхаркивающим зловонную мокроту. Существует еще немало подобных неприятных случаев. Долг заведующего отделением в данном случае – избавить более легкого больного от подобного соседства, с одной стороны, а с другой – сделать соседями больных, находящихся примерно в одинаковом состоянии, тем самым облегчая общение и взаимопонимание более тяжелых и беспомощных больных. Даже при размещении больных, не создающих неудобств окружающим, не вызывающих у них отрицательных эмоций, следует учитывать психологические аспекты размещаемых. Одному больному в силу его психологических особенностей требуется большая изоляция, другой боится спать один, потому что опасается ночного приступа своего заболевания, третьему для уменьшения страха и беспокойства хочется быть поближе к комнате медицинской сестры, четвертый боится лежать у окна, чтобы лишний раз не простудиться, пятый не хочет спать у радиатора, потому что не переносит духоту. Размещая больных, медицинский персонал не должен забывать о совместимости больных внутри палаты. Разногласия могут возникать между людьми разных темпераментов или разных типов личностей. Спокойствие в этом случае может нарушить любой, на первый взгляд, невинный вопрос, если он задевает глубоко скрываемый конфликт в душе больного. Постоянным требованием любого лечебного учреждения является поддержание порядка в госпитальных палатах. Степень осуществления этого требования зависит от многих местных условий и реальных возможностей. Иногда больные сталкиваются с чрезмерной педантичностью палатных сестер, отвечающих за этот раздел работы. Они буквально «терроризируют» больных, требуя от них идеального порядка, не считаясь с особенностями заболевания и проводимыми лечебно-диагностическими манипуляциями. Такая обстановка может мешать выздоровлению, особенно если приходящая на смену ночная медицинская сестра не столь категорична в своих требованиях, чем подчеркивает опре-

деленную степень унижения больного в дневное время. Нельзя не отметить, как важен подбор сестер, близких по стилю работы и особенностям личностей.

Руководителем лечащего коллектива является главный врач. Особенности его поведения, взглядов, манера общения служат примером для всего медицинского персонала. Он является духовным наставником коллектива, от него зависит эмоциональный настрой работы всего лечебного учреждения. Отсюда следует, что важна личность главного врача. Не во всех лечебных учреждениях существенное значение придается личностным качествам, чаще первостепенное значение придают знаниям и способностям. Главный врач должен своим отношением к работе, характером своей повседневной деятельности давать позитивный пример подчиненному ему медицинскому персоналу. Он должен быть не только руководителем, но и воспитателем, формируя медицинских работников не только как специалистов, но и как людей, сознающих свое предназначение – сохранение здоровья и жизни людей.

Одной из проблем, с которой сталкивается любой руководитель медицинского учреждения, является недопонимание между врачами старшего и молодого поколений. Разногласия между поколениями могут носить характер соревнования, спора. Но, когда соревнования принимают нездоровый характер, появляется необходимость вмешательства более высокопоставленного руководителя. Роль главного врача в данной ситуации заключается в том, чтобы добиться использования в работе новых прогрессивных методов, пропагандируемых молодым поколением, не забывая старые, давно проверенные.

Из практики известно, насколько особенности стиля работы отдельных главных врачей влияют на атмосферу вверенных им лечебных учреждений. Столь же важно для работы среднего и младшего медицинского персонала влияние личности главной (старшей) медицинской сестры. В ее работе одинаково необходимы гуманность и твердость руководства. В современной действительности старшая медицинская сестра часто слишком загружена хозяйственными и административными задачами, ее возможностей руководителя часто не хватает для организации высокого уровня деятельности медицинских сестер и младшего медицинского персонала. С проблемами старшего и младшего поколения приходится сталкиваться и среди сестер. Это касается распределения работы, дежурств, особенно при нехватке кадров, несовершенстве условий труда. К трениям и конфликтам могут приводить личные проблемы, темперамент, особенности поведения.

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.