

Ташкентская Медицинская Академия

«Утверждаю»
Декан факультета ВСО
Профессор Холматова Б.Т.
«-----» ----- 2011г.

По предмету «Теория сестринского дела»

Текст лекции № 2

На тему: «Сестринская деонтология и биоэтика»

Для студентов I курса факультета
“высшее сестринское образование”

Лектор: Разикова И.С.

Содержание:

Становление биомедицинской этики _____	3
Характеристика деятельности медицинской сестры _____	12
Отношения: медсестра - пациент _____	14
Психотерапевтическая роль медсестры _____	16
Вербальный способ общения _____	18
Функции общения _____	22
Инвазивные методы в практике медсестры _____	26
Список использованной литературы _____	30

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 Гиппократов. Медицинская этика прогрессивных врачей древности была направлена против стяжателей, шарлатанов, вымогателей, стремящихся нажиться за счет больного человека. Клятва Гиппократов 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 Гиппократов.

Характерной особенностью развития медицинской этики в эпоху капитализма является скрупулезная детализация норм поведения медицинских работников. Так, в Восточно-Галицинском деонтологическом кодексе, утвержденном в конце XIX в., 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—начале XX 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 Гиппократов, 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 Гиппократовы 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 медсестрам XX 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", "оклочиться" (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 Гиппократов 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 Гиппократов.

"Я посвящаю 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.

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

Благодетельность в медицине может иметь различные формы. Это не только умело проведенная операция, назначение эффективного лекарства, старательный уход за больным. Благодетельностью 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 экземой рук, ломовой извозчик с грыжей, прядильщик с чахоткой; 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 выдвигании 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 долгосрочные 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 суэта» 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 людьми 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 деятельностью, 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 лечебное 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 несколько 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 Российским обществом психиатров в 1993г.).

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 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, стационарировании, надеждах на выздоровление, планах на будущее. Во время таких бесед выявляются отношение пациента к родственникам,

работе, 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 гипернозогностический или анозогностический 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 требуют 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 проявлениям 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 образований». 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 впечатление, 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.

В.Козигер 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 и 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 информации. 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, сосредоточены, 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 выразить 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, позвольте 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!»

б. 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. Лучшие 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 приходит 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 лично? 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 этому 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, ректороманоскопия, 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 далеко не исчерпывающий и будет пополняться по мере внедрения в практику новых технических 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), прижигать их, 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 Гиппократов «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 ответственные инвазивные процедуры (инъекции, с внутривенные вливания, взятие крови из вены 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, обостряется восприятие своих болезненных симптомов, возникает тревога за возможные последствия, страдают настроение, сон и др. Деонтологическая задача медицинской 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 той или 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 крови из 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 уметь 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 работы 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:

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