

**ОСОБЕННОСТИ  
ОБЩЕНИЯ МЕД.  
РАБОТНИКА С  
ПАЦИЕНТОМ**

**Группа Ф-222**

- Психологические особенности пациента в условиях лечебных взаимоотношений и взаимодействия приходят в соприкосновение с психологическими особенностями медицинского работника. Кроме того, лицами, вовлечёнными в контакт с пациентом, могут быть врач, психолог, медсестра, социальный работник.



# КОНТАКТ МЕЖДУ МЕД. РАБОТНИКОМ И ПАЦИЕНТОМ

- **Цель контактов между медицинским работником и пациентом – медицинская помощь, оказываемая одним из участников общения по отношению к другому.**
- Такие отношения обусловлены в определённой мере и условиями, в которых ведётся лечебная деятельность. Исходя из основной цели лечебного взаимодействия, можно предположить важность контактов в системе взаимодействия медработник – пациент.
- Медработник, по идее, не в меньшей мере заинтересован в оказании помощи больному, ведь эта деятельность является его профессией. У медработника есть собственные мотивы и интересы взаимодействовать с пациентом, которые позволили ему выбрать медицинскую профессию.





# КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ

- Можно говорить о значимости для эффективного и бесконфликтного взаимодействия пациента с медработниками такого понятия, как коммуникативная компетентность, т.е. способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с другими людьми. Этот процесс подразумевает достижение взаимопонимания между партнёрами по общению, лучшее понимание ситуации и предмета общения. Следует отметить, что коммуникативная компетентность является профессионально значимой характеристикой врача и медсестры. Однако, несмотря на то, что в условиях клиники пациент вынужден обращаться за помощью к врачу, коммуникативная компетентность важна и для самого больного.
- При хорошем контакте с врачом пациент скорее выздоравливает, а применяемое лечение имеет лучший эффект, гораздо меньше побочных действий и осложнений.

- В клинике внутренних болезней специалисты имеют дело с соматогенными и психогенными нарушениями. И в тех, и других случаях больные высказывают большое число различных жалоб и очень настороженно относятся к своему состоянию.



# СОМАТОГЕННО И НЕВРОЗОПОДОБНАЯ СИМПТОМАТИКА

- Соматогенно обусловленные психические нарушения чаще возникают у тревожно-мнительных больных с ипохондрической фиксацией на своём состоянии. В их жалобах, помимо обусловленных основным заболеванием, много неврозоподобных.
- Например, жалобы на слабость, вялость, быструю утомляемость, головную боль, нарушение режима сна, страх за своё состояние, чрезмерную потливость, сердцебиение и др. Отмечаются даже различные аффективные нарушения в виде периодически возникающей тревоги и тоски различной степени выраженности. Такие нарушения часто наблюдаются у больных с гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, у лиц, страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцати перстной кишки.
- А неврозоподобная симптоматика часто может маскировать клинику основного заболевания. В результате этого феномена больные люди обращаются к специалистам различного профиля.

# ВИДЫ ОБЩЕНИЯ

- Выделяют следующие виды общения (Самыгин. С.И):
- 1. **«Контакт масок»** – это формальное общение. Отсутствует стремление понять и учитывать особенности личности собеседника. Используя привычные маски (вежливости, учтивости, скромности, участливости и др.). Набор выражений лица, жестов, стандартных фраз, позволяющих скрыть истинные эмоции, отношение к собеседнику.
- В рамках диагностического и лечебного взаимодействия он проявляется в случаях малой заинтересованности врача или пациента в результатах взаимодействия. Это может происходить, к примеру, при проведении обязательного профилактического осмотра, в котором пациент чувствует себя несамостоятельным, а врач – не имеющим необходимых данных для проведения объективного и всестороннего обследования и вынесения обоснованного заключения.



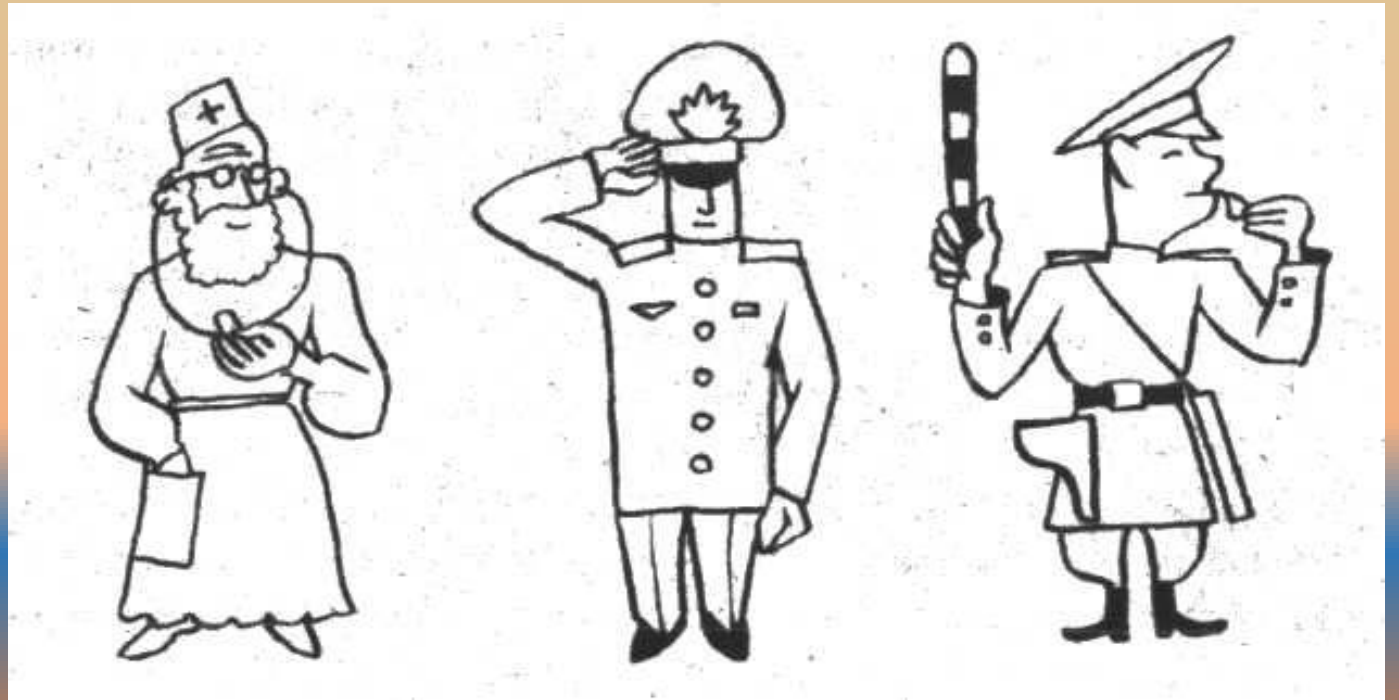


- **2.Примитивное общение.** Оценивают другого человека, как нужный или мешающий объект, если нужен – то активно вступают в контакт, если мешает – отталкивают.
- Подобный вид общения может встречаться в рамках манипуляционного общения врача и пациента в случаях, когда целью обращения к врачу становится получение каких-либо дивидендов. Например, больничного листа, справки, формального экспертного заключения и др. С другой стороны, формирование примитивного вида общения может происходить по желанию врача – в случаях, когда пациент оказывается человеком, от которого может зависеть благополучие врача. Например, руководитель. Интерес к участнику контакта в подобных случаях пропадает сразу вслед за получением желаемого результата.





- **3.Формально ролевое общение.** Регламентированными оказываются и содержание, и средства общения, и вместо знания личности собеседника обходятся знанием его социальной роли.
- Подобный выбор рода общения со стороны врача может быть обусловлен профессиональной перегрузкой. Например, у участкового врача на приёме.





- **4. Деловое общение.** Общение, учитывающее особенность личности, характера, возраста, настроения собеседника при нацеленности на интересы дела, а не на возможные личностные расхождения.
- При общении врача с пациентом такой вид взаимодействия становится неравным. Врач рассматривает проблемы больного с позиции собственных знаний, и он склонен директивно принимать решения без согласования с другим участником общения и заинтересованным лицом.



- **5. Духовное межличностное общение.**.. Подразумевает возможность затронуть в беседе любую тему, поделиться любой интимной проблемой каждому из участников общения.
- Диагностическое и лечебное взаимодействие не подразумевает такого контакта, по крайней мере, не предусматривает в силу профессиональной направленности исповедание медработника.



- **6. Манипуляционное общение.** Также, как и примитивное направленно на извлечение выгоды от собеседника с использованием специальных приемов. Многим может быть известен манипулятивный приём, чаще называемый «ипохондризацией пациента».
- Суть его заключается в преподнесении заключения врача о состоянии здоровья пациента в русле явного преувеличения тяжести обнаруженных расстройств. Целью такой манипуляции может быть:
  - - снижение ожиданий пациента в успехе лечения в связи с избеганием медработником ответственности в случае неожиданного ухудшения здоровья пациента
  - - демонстрация необходимости дополнительных и более квалифицированных воздействий со стороны медработника с целью получения вознаграждения.

# ОБЩЕНИЕ МЕД.РАБОТНИКА И ПАЦИЕНТА

- Общение медработника и пациента, в принципе можно назвать вынужденным общением. Так или иначе, но основным мотивом встреч и бесед больного человека с медработником становится появление у одного из участников такого взаимодействия проблем со стороны здоровья. Со стороны врача и медсестры существует при этом вынужденность выбора субъекта общения, которая обусловлена его профессией, его социальной ролью. И если обращение пациента к врачу, обусловлено, как правило, поиском мед помощи, то заинтересованность врача в пациенте объясняется соображениями его профессиональной деятельности.
- Взаимодействие между пациентом и врачом не есть нечто навсегда заданное. Под воздействием различных обстоятельств они могут изменяться, на них могут повлиять более внимательное отношение к больному, более глубокое внимание к его проблемам. При этом сами хорошие отношения медработника и пациента способствуют и большей эффективности лечения. И наоборот – положительные результаты лечения улучшают взаимодействие между пациентом и медработником.





# ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА.

- Больной, с которым проводится беседа, не должен этого чувствовать.
- В процессе сбора анамнеза у него должно создаваться впечатление непринуждённой беседы. При этом врачу необходимо оценить серьёзность жалоб, манеру их предъявления, отделить главное от второстепенного, убедиться в достоверности показаний, не обижая больного недоверием, помочь вспомнить, не внушая. Всё это требует большого такта, в особенности, когда речь идёт о выяснении душевного состояния, психических травм, играющих большую роль в развитии болезни.
- Во время расспроса больного нужно всегда учитывать его культурный уровень, степень интеллектуального развития, профессию и другие обстоятельства. Следует избегать пустых, ничего не значащих слов, потворства неразумным капризам и требованиям некоторых больных. Иными словами, нельзя предложить стандартную форму разговора медработника с пациентом. Здесь необходимы изобретательность и творческое отношение.
- Особое внимание следует обратить на больных престарелого возраста и детей. Отношение врача или медсестры к ребёнку, пациенту зрелого возраста и старику, даже при одинаковой болезни, должно быть совершенно различным, что обусловлено возрастными особенностями этих больных.





# ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА.

- Для проявления доверия к медработнику имеет значение первое впечатление, возникающее у пациента при встрече с ним. При этом значение для человека имеет актуальная мимика медицинского работника, его жесты, интонация, тон голоса, выражения лица, вытекающие из предыдущей ситуации и не предназначенные для больного, употребление сленговых речевых оборотов, а также его внешний вид. Различные отклонения в поведении и во внешнем виде пациенты склонны прощать только тем медработникам, которых они уже знают и к которым испытывают доверие.
- Медработник приобретает доверие больных в том случае, если он как личность гармоничен, спокоен и уверен, но не надменен.
- Особые требования к медработнику предъявляет необходимость быть терпеливым и владеть собой. Бывают ситуации, когда уместно проявить чувство юмора, однако, без тени насмешки, иронии и цинизма. Такой принцип, как «смеяться вместе с больным, но никогда – над больным», известен многим.
- Имеются факты, когда люди с неуравновешенными, неуверенными и рассеянными манерами постепенно гармонизировали своё поведение по отношению к другим. Однако, это требует определённых психологических усилий, работы над собой, определённого критического отношения к себе, которая для медработника есть и должна быть сама собой разумеющейся.





# МЕДСЕСТРА И БОЛЬНОЙ, ПРИНЦИПЫ ОБЩЕНИЯ С ПАЦИЕНТОМ.

- Положение и роль медсестры приобретает в наше время большее значение. Она проводит с больным значительно больше времени, чем врач. Очень важно установить контакт с больным. Медсестра должна уметь проявить понимание трудностей и проблем больного, но не должна стремиться решать эти проблемы.
- И. Харди рекомендует применять следующие методы разговора:
  - 1. Последнее предложение больного повторить в виде вопроса, например: «Стало быть, Ваша супруга Вас обидела?»»
  - 2. Задать вопрос, обобщающий все сказанное больным: «Если я не ошибаюсь, Вы хотите как можно скорее вернуться домой?»»
  - 3. Медсестра не высказывается по поводу невыясненных проблем больного, не посоветовавшись с врачом.
  - 4. Задать отвлечённый вопрос, например, при семейных проблемах во время болезни: «А кто заботится о детях?»».
  - 5. Сказать незаконченную фразу: «А если вы сейчас вернётесь домой, так...?»
- В контакте между сестрой и больным большое значение имеет личность медсестры. Сестра может любить свою профессию, однако, если она в силу личностных особенностей часто конфликтует с больными, её профессиональные качества не дают должного эффекта.

# ТИПЫ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКА:

- И. Харди описывает 6 типов сестер по характеристике их деятельности.
- **Сестра-рутинер.** Наиболее характерной чертой ее является механическое выполнение своих обязанностей. Порученные задачи такие сестры выполняют с необыкновенной тщательностью, скрупулезностью, проявляя ловкость и умение.
- **Сестра, «играющая заученную роль».** Такие сёстры в процессе работы стремятся разыгрывать какую-нибудь роль, стремясь к осуществлению определённого идеала. Если их поведение переходит допустимые границы, исчезает непосредственность, появляется неискренность.
- **Тип «нервной» сестры.** Это эмоционально лабильные личности, склонные к невротическим реакциям. В результате они часто раздражительны, вспыльчивы, могут быть грубыми. Они нередко отказываются выполнять различные задания якобы потому, что не могут поднимать тяжести, у них болят ноги и т. д.
- **Тип сестры с мужеподобной, сильной личностью.** Таких людей издали можно узнать по походке. Они отличаются настойчивостью, решительностью нетерпимостью к малейшим беспорядкам. Нередко они недостаточно гибки, грубы и даже агрессивны с больными, в благоприятных случаях такие сёстры могут быть хорошими организаторами.
- **Сестра материнского типа.** Такие сёстры выполняют свою работу с проявлением максимальной заботливости и сочувствия к больным. Работа у них неотъемлемое условие жизни. Забота для больных – жизненное призвание.
- **Тип специалиста.** Это сёстры, которые благодаря какому-то особому свойству личности, особому интересу получают специальное назначение. Они посвящают свою жизнь выполнению сложных задач, например, в специальных лабораториях. Они фанатически преданы своей узкой деятельности.



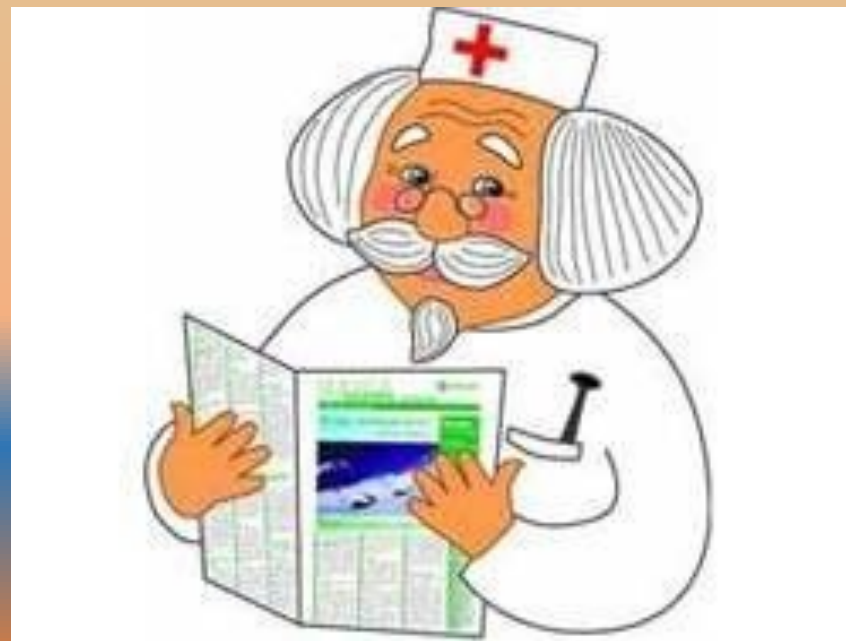


# В ОБЩЕНИИ ВЫДЕЛЯЮТ ТРИ ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ СТОРОНЫ:

- **Коммуникативная сторона** общения состоит в обмене информацией между людьми.
- **Интерактивная сторона** заключается в организации взаимодействия между людьми для планирования и организации совместной деятельности - например, нужно согласовать действия, распределить функции или повлиять на настроение, поведение, убеждения собеседника.
- **Перцептивная сторона** общения включает процесс восприятия и понимания друг друга партнерами по общению.

# ТЕХНОЛОГИЯ ОБЩЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ ТРИ ГЛАВНЫЕ ЧАСТИ:

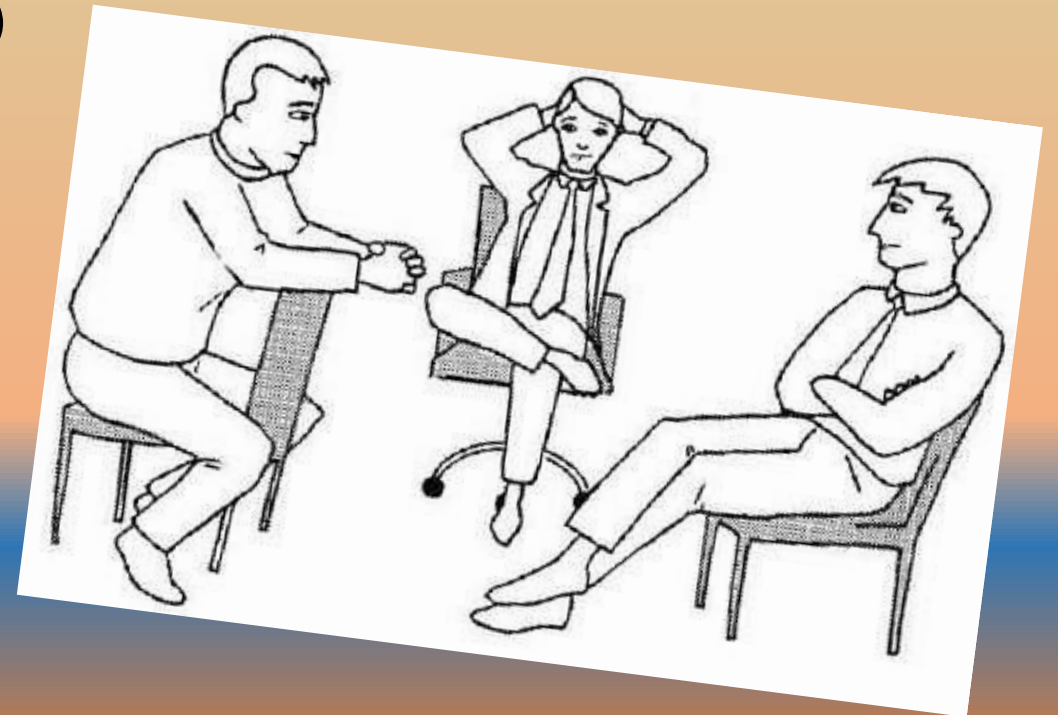
- 1 познание собеседника;
- 2 формирование доверительных отношений с ним;
- 3 собственно общение (разговор, беседа, интервью и т.д.)



# ФУНКЦИИ ОБЩЕНИЯ

- 1. Познавательная или информативная (получение и обмен информацией)
- 2. Эмоциональная или эмотивная (улыбка - первый эмоциональный отклик, начальный момент появления общения, обмен эмоциями между партнерами)
- 3. Регуляторная
- 4. Контактная
- 5. Оказание влияния
- 6. Установление отношений
- 7. Понимание
- 8. Взаимодействие и восприятие себя через другого (умение поставить себя на место собеседника)

- Выделяют два типа общения:
- 1. Словесный (вербальный) - наиболее распространенное средство выражения мыслей между людьми.
- 2. Бессловесный (невербальный) при помощи неречевых средств (мимики, жестов, взгляда, интонации, положении партнеров относительно друг друга, внешний облик человека, позы, телесный контакт, одежда, рисунок)





- Для лучшего понимания состояния пациента и характера его переживаний медработнику необходимо выяснить его внешнюю и внутреннюю картину болезни, отношение к своему заболеванию, к медперсоналу. В клинике любого заболевания отчетливо проявляются две стороны: внешняя и внутренняя картина болезни.
- **Внешняя, или объективная,** картина болезни рассматривается как совокупность клинических данных, полученных медицинским работником при обследовании пациента. Это показатели осмотра, аускультации, перкуссии, пальпации, лабораторных, аппаратных и других исследований. Они наглядны, фиксируются документально и имеют определенную динамику развития в различные периоды заболевания.
- **Внутренняя картина болезни (ВКБ)** - это осознание, целостное представление субъективных проявлений болезни.

- В структуре ВКБ принято различать несколько уровней: чувственный, или сенситивный, - комплекс субъективных болезненных ощущений (зуд, тошнота, головокружение и многие другие жалобы пациента). Субъективные ощущения пациента носят динамический характер, они то снижаются, то набирают новую силу, нередко связаны с положением тела, приемом пищи, физической нагрузкой.
- **Эмоциональный** - реагирование, переживание пациентом отдельных симптомов или болезни в целом (снижение настроения, грусть, тоска). Чем острее ощущение болезни, тем ярче будет ее эмоциональная окраска.
- **Интеллектуальный** - знание о болезни и ее реальная оценка, глубина осознания остроты, тяжести, последствий заболевания. Знание интеллектуального уровня ВКБ каждого пациента обеспечит правильный выбор тактики обследования и лечения.
- Отношение к болезни, мотивация к возвращению здоровья. Уровень отношения к болезни и мотивация к возвращению здоровья играют важную роль в формировании ВКБ.

# ОТНОШЕНИЕ ПАЦИЕНТА К БОЛЕЗНИ

- а) нормальным, т.е. соответствующим состоянию больного или тому, что было сообщено ему о болезни. Пациент проявляет активное партнерское участие в обсуждении своего заболевания, в проведении диагностических процедур, лечебных манипуляций.
- б) пренебрежительным, когда больной недооценивает серьезность заболевания, не лечится, не бережет себя, в отношении прогноза болезни проявляет необоснованный оптимизм. Такое отношение к своей болезни грозит быстрым прогрессированием болезни, ухудшением самочувствия, а иногда необратимыми изменениями в пораженном органе.
- в) отрицающий, когда больной не обращает внимания на болезнь, не обращается к врачу, отгоняет от себя мысли о болезни и рассуждения о ней. Пациент не учитывает факта предболезни, который является предвестником основного заболевания (склонность к повышению артериального давления, легкую гипергликемию и др.).
- г) нозофобным, когда больной несозармерно боится болезни, повторно обследуется, меняет врачей. Он понимает в большей или меньшей степени, что его опасения преувеличены, но не может бороться с ними. Такой пациент все свое внимание сосредотачивает на болезненных ощущениях, рассказывает о них с определенной эмоциональной окраской, обращается за помощью к разным врачам и врачевателям

- д) ипохондрическим (уход в болезнь), когда больной догадывается или убежден в том, что страдает тяжелым заболеванием или когда переоценивает серьезность менее тяжелой болезни. Нозофобия и ипохондрия касается опасений и убеждений в заболеваниях сердечным инфарктом, злокачественными процессами, опухолями мозга и др. тяжелыми заболеваниями
- е) нозофильным, связанным с определенным успокоением и приятными ощущениями при болезни. Оно вытекает из такого факта, что больной не должен выполнять своих обязанностей, дети могут играть и мечтать, взрослые - читать или заниматься каким-нибудь делом. Семья внимательна к больному и больше заботится о нем.
- з) утилитарным, что является высшим проявлением нозофильной реакции. Оно может иметь тройную мотивировку:
  - - получение сочувствия, внимания и лучшего обследования;
  - - выход из неприятной ситуации, как, например, заключение, военная служба, ненавистная работа, обязанность платить алименты;
  - - получение материальных выгод; пенсия, отпуск, свободное время, которое можно выгодно использовать и в экономических целях.





- **Аггравация** - преувеличение признаков заболевания и субъективных жалоб. Такое преувеличение может быть полностью сознательным, но иногда скорее обусловлено эмоциональными мотивами более глубокого происхождения: страхом, недоверием, чувством одиночества, безнадежности, ощущением, что врач не поможет.
- **Симуляция** - это притворство, с помощью которого стремятся создать впечатление о болезни и ее признаках.
- **Диссимуляция** - это скрывание болезни и ее признаков. Встречается значительно чаще, очень характерна в психиотрической клинике при психозах.

# ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ БОЛЕЗНИ.

- **В детском возрасте** - на первое место выходит первосигнальная сторона болезни и ситуации вокруг нее: боль, боязнь боли и всего неизвестного, отсутствие осознания болезни в целом, неумение формулировать жалобы, сильные эмоциональные реакции на отдельные симптомы болезни, восприятие лечебных и диагностических процедур как устрашающих, усиление дефектов характера, воспитание ребенка в период болезни, чувство страха, тоски, одиночество в стенах лечебного учреждения, вдали от родителей. Острое заболевание, особенно если оно переносится дома, в привычной обстановке, как правило, не вызывает особых психологических проблем. Большие психологические трудности возникают у детей и их родителей, когда они узнают о хроническом, часто неизлечимом заболевании.
- **Подростковый возраст.** Жалобы подростков формируются более четко, появляются чувства и сознания болезни. Одновременно могут проявиться и повышенная ранимость и восприимчивость к заболеванию, выражающиеся в тревожных опасениях, направленных в будущее. Отсюда фиксация на неприятных ощущениях, что может стать основой ипохондрических переживаний.
- **В среднем возрасте** отходят на задний план первосигнальные переживания, равно как и состояние тревоги. На первый план выступает опасение последствий, связанных с дальнейшей работой, ситуацией в семье.
- **В старости** - на восприятие болезни накладывает отпечаток боязнь одиночества в болезни и страх смерти. Старый человек часто отождествляет себя со своими сверстниками, которые постепенно умирают, равнивают их заболевания со своими. Его опасения и неуверенность нередко усиливается поведением врача, мед.сестры, которая, правильно обследовав больного, не проявила к нему достаточного внимания и интереса. Деонтологическая тактика: поддержание у пациента ощущения собственной значимости; подчеркнута уважительное, тактичное, деликатное отношение, без фамильярности, приказного тона, нравочений, ориентация на двигательную активность, мотивация на выздоровление.

- У хронических больных наблюдаются более глубокие сдвиги и психические изменения. Сама продолжительность болезни оказывает неблагоприятное воздействие на подверженного страданиям человека. Больные замыкаются в себе, занимаются и интересуются лишь собой. Один больной может стать пессимистом, обидчивым, чувствительным, завистливым, даже испытывать ненависть к чему бы то ни было. Другой, наоборот, может быть равнодушным, бесчувственным ко всему, холодным. Агрессивность у больных может быть явной и скрытой. Явная форма ее проявления может быть словесной (больной ругает все и всех) или выражается в поступках (бросает вещи). Скрытая же агрессивность может выражаться в упрямстве, придирчивости, забывчивости, неудовольствии, требовательности или даже задиристости. В возникновении агрессии имеют значение различные факторы: непонимание, не проявление должного внимания к больному как со стороны близких, так и со стороны медработников.



# ПРИ ОБЩЕНИИ С ПАЦИЕНТОМ МЕДРАБОТНИК ДОЛЖЕН УМЕТЬ:

- 1. Установить правильный психологический контакт. С первой встречи надо создать впечатление приветливости, участие, готовности помочь. Доброжелательная, ровным, уверенным голосом проведенная с пациентом беседа, приносит успокоение, снимает напряженность.
- 2. Рассказать в доступной форме о болезни и лечении, но учитывая при этом содержание медицинской тайны.
- 3. Успокоить и одобрить пациента, находящегося в самом тяжелом состоянии.
- 4. Оградить ранимую психику пациента от воздействий отрицательных факторов, в том числе относящихся к лечебно-диагностическому процессу.
- 5. Хранить медицинскую и личные тайны пациента.
- 6. Использовать слово как важный психотерапевтический и психопрофилактический фактор.
- 7. Уметь определить в беседе индивидуальные личностно-характерологические особенности пациента (характер, темперамент, способности, потребности)
- 8. Профессионально и грамотно строить взаимоотношения с родственниками пациента, с другими сотрудниками и коллегами медицинского коллектива, не допускать критики их в присутствии пациента.

# ВОПРОСЫ

- 1. Типы медицинских сестер?
- 2. Что должен уметь медработник при общении с пациентом?



# СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- <http://scibook.net/klinicheskaya-psihiologiya-knigi/181-osobennosti-obshcheniya-meditsinskogo-32027.html>