Доклад

На тему

Анализ проблем и достижений при взаимодействии с семьей пациента

Караганда 2013г.

Самый конфронтационный вопрос, касающийся практикующих врачей это их способность эффективно общаться с пациентами. Удовлетворенность клиента лечением в значительной степени зависит от того, было ли общение с врачом положительным, что прямо пропорционально зависит от качества взаимодействий. Наиболее часто встречающаяся жалоба, поступающая от пациентов, - неспособность практикующих врачей внимательно выслушать, давать ясные и понятные ответы, и, в первую очередь, точно выявить те проблемы, с которыми пациент пришел к врачу. Неэффективное общение является барьером на пути к достижению здоровья.

Врач находится в постоянном более или менее тесном контакте с родственниками пациента. Это происходит либо по инициативе самого врача для получения так называемого объективного анамнеза, т.е. более подробных сведений с целью разъяснений лечебных мероприятий ,особенностей режима ,либо инициатива может быть проявлена родственниками. Однако врач во все случаях, должен учитывать, что перед ним - не просто не знакомые ему до сих пор люди, с которыми приходиться иметь дело по долгу службы, но люди, так или иначе связанные с его больным. Им дорога его судьба, они сами готовы подчас на жертвы, героические поступки, лишь бы облегчать участь родного, близкого человека. Они могут быть и спокойны, но чаще они взволнованы, плачут, не находят себе место. Родственники иногда предъявляют различные претензии, спорят с врачом, осуждая его действия, суетятся, мешают врачу, раздражаются до крайних степеней. В подобных случаях от врача требуется предельное напряжение чувств и воли. И руководствоваться в своих словах, поступках опять-таки, следует исходя из соображений быть полезным больному человеку. Не нужно забывать также, что, возможно, родственники передадут больному слова врача. Нужна величайшая осмотрительность, тонкое чувство такта, большое терпение.

С другой стороны, врач должен иметь в виду и ту несомненную пользу, которую может оказать в деле лечения, правильно налаженный контакт с родственниками и близкими больного. В этом аспекте врач,прежде всего, выясняет взаимоотношения больного с его родственниками с тем, чтобы знать, на кого можно опереться в случаи необходимости, кто из них более авторитетен в глазах больного.

Задачами врача являются:

. Создание условий для адекватного восприятия родителями ситуации, связанной с отклонениями в развитии их ребенка, психологической готовности к длительной работе по его развитию, коррекции и воспитанию.

. Проработка испытываемого родителями чувства вины, преодоление стрессового состояния и достижение эмоциональной стабильности членов семьи.

Для эффективного решения задач консультирования необходима оценка характера реагирования данной семьи на имевшие место в ее развитии кризисы, а также способов их преодоления как ресурсов данной семьи.

Специфика оказания психологической помощи семье с проблемным больным заключается в том, что, как правило, семья приходит на консультацию вынужденно, по рекомендации специалиста, предположившего наличие нарушений в развитии у больного. В большинстве случаев это означает отсутствие добровольности и, следовательно, недостаточность собственной мотивации на получение психологической помощи. В ряде случаев родители скрывают (сознательно или неосознанно) неблагоприятные особенности в развитии больного, что представляет дополнительные сложности для объективной диагностики уровня его развития. Поэтому в случае работы с семьей проблемного больного необходимо повышать мотивацию родителей на длительное взаимодействие с психологом для получения необходимой помощи.

Специфика переживания семьей данного кризиса обусловлена, кроме того, возрастом члена семьи, когда у него возникло заболевание; наличием или отсутствием видимых дефектов физического развития, так называемым «грузом дефекта». Он понимается как интегральная оценка медико-социальных последствий поражения и времени, в течение которого эти последствия наблюдаются.

Можно выделить несколько этапов переживания семьей данного кризисного события. Они проявляются в нарастании и затем спаде напряжения и сопровождаются различными по виду и выраженности субъективными переживаниями (чувство тревоги, растерянности, беспомощности и т. п.) и поисками разных способов адаптации (методом проб и ошибок, формированием защитных «семейных мифов», переоценкой ценностей и др.). Существуют индивидуальные различия в переживании семьями данного ненормативного кризиса. Возможно застревание на одной из стадий, различная скорость и порядок их прохождения.

Этап шока характеризуется возникновением у членов семьи состояния растерянности, беспомощности, порой страха перед исходом заболевания, собственной неполноценности, ответственности за судьбу больного, чувства вины за то, что они не сделали ничего, чтобы предотвратить появление заболевания, или сделали что-то, обострившее положение. Эти переживания приводят к изменению привычного образа жизни членов семьи, зачастую становясь источником различных психосоматических расстройств и оказывая негативное влияние на взаимоотношения как внутри семьи, так и за ее пределами. Иногда несчастье объединяет семью, делает ее членов более внимательными друг к другу, но чаще длительное заболевание, отсутствие эффекта от проводимого лечения и формирующееся состояние безнадежности ухудшает взаимоотношения между членами семьи. В основном эта фаза достаточно кратковременна.

На этапе отрицания члены семьи оказываются просто не в состоянии адекватно принять и переработать полученную информацию и используют разнообразные средства защиты, позволяющие им уйти от необходимости признать факт наличия заболевания, что снижает адаптивный потенциал семьи. На системном уровне это может проявляться в возникновении семейных мифов, поддерживающих семейное функционирование, но основанных на неадекватном представлении о семье на данном этапе ее существования. Иногда беспокойство и растерянность членов семьи трансформируются в негативизм, отрицание поставленного диагноза, направленное на сохранение стабильности семьи. Для достижения этой цели могут тратиться огромные силы и средства, что приносит в дальнейшем лишь еще большее разочарование.

Пример: Семья, член которой был госпитализирован с каким-то диагнозом, его забрали из больницы, не дожидаясь конца лечения. Функционированию данной семьи помогает миф о том, что он переживает таким образом кризис середины жизни. Его неадекватное поведение, замкнутость, отсутствие социальных контактов, вспышки агрессии рассматриваются членами семьи как проявление его творческой натуры. Подобные мысли позволяют семье избежать необходимости принятия факта психической болезни в семье, справиться со страхом и, используя механизм отрицания, жить дальше, не изменяя прежнего образа жизни.

Отрицая факт болезни, члены семьи могут отказываться от обследования больного и проведения каких-либо коррекционных мероприятий. Некоторые семьи выражают недоверие к консультантам, многократно обращаются в разные научные и лечебные центры с целью отменить «неверный» диагноз. Именно на этом этапе формируется так называемый синдром «хождения по кругу врачей». Возможен вариант реагирования, когда семьи признают диагноз, но при этом с особым оптимизмом относятся к прогнозу развития болезни и возможности излечения.

По мере того как члены семьи начинают принимать диагноз и частично понимать его смысл, они погружаются в глубокую печаль - наступает этап печали и депрессии. Возникшее депрессивное состояние связанно с осознанием проблемы. Наличие тяжелобольного члена семьи отрицательно сказывается на ее жизнедеятельности, динамике супружеских отношений, приводит к дезорганизации семейных ролей и функций. Чувство гнева или горечи может породить стремление к изоляции, но в то же время найти выход в формах «эффективного горевания». Нередко наблюдается снижение интереса к работе, отказ от привычных форм проведения досуга. Необходимость заботы о больном члене семьи и специального непрерывного ухода за ним могут приводить к амбивалентным чувствам. Этот синдром, получивший название «хроническая печаль», является результатом постоянной зависимости членов семьи от потребностей больного, их хронической фрустрации вследствие его относительно стабильного состояния и отсутствии положительных изменений.

врач пациент психологический помощь

Список литература

1. Обуховец Т. П. Основы сестринского дела. Ростов-на-Дону: Феникс, 2006.

2. Петрова Н. Б. Психология. Минск: Харвест, 2004.

. Полушкина Н. Н. Диагностический справочник психолога. М.: АСТ, 2006.

. Соков Л. П., Соков С. Л. Курс медицины. М.: Университет дружбы народов, 1999.