«В человеке должно быть все прекрасно и лицо, и одежда, и душа, и мысли.»

В формировании правильных взаимоотношений медсестры с больными их родственниками, коллегами имеет значение не только духовный, но и внешний облик медсестры. Одежда. выражение лица, манера держать себя отражают некоторые аспекты личности медсестры и в частности, степень ее заботы,

Внимания к больному, способность к сопереживанию. Еще Гиппократ указывал, что врачам следует «держать себя чисто, иметь хорошую одежду и натираться благоухающими мазями, ибо все это обыкновенно приятно для больных». Нельзя забывать, что больные хотят видеть медицинского работника идеальным специалистом, но если они обнаруживают недостатки в его внешнем виде, то относят их к его профессиональной деятельности. Мед. Работник не должен допускать небрежности при осмотре больных. Нельзя, например, не вымыть руки перед осмотром больного на дому. Неприятность недопустима, так как в представлении больного она снижает престиж медицинского работника. Бывает и у медсестры неприятное ощущение при виде неприятного пожилого или тяжелого больного. Но всякий избравший труд медика должен твердо помнить, что в медицине нет грязной работы.

Ярко накрашенные губы. Длинные лакированные ногти, пальцы, унизанные драгоценностями, ультрамодная прическа …

А больной ведь неравнодушен к этому, В излишнем внимании мед. работника к собственной внешности он может заподозрить невнимание к себе как к больному. Желание иметь импозантную внешность довлеет у некоторых мед. работников над профессиональной осмотрительностью. Они забывают, что не полностью закрыта рукавом халата трикотажная кофточка, шерстяное платье увеличивают возможность инфицирования окружающих. «Что касается внешнего вида врача, пусть он будет с лицом, исполненным размышления, он не суровым, потому что это показывает гордость и мизантропию» (Гиппократ). Не будет доверия к мед. работнику, у которого взгляд хмурый, поза небрежная, а говорит он так, словно делает одолжение. Очень скоро становится понятной больному искренность и там, где он видит нарочитую вежливость, навязчивую услужливость, «дежурную» улыбку. Мед. работник должен уметь держаться просто, говорить ясно, спокойно, сдержанно и без видимых усилий расположить к себе больных – во всем быть естественными красивым.

Внешность врача должна отражать внутреннюю собранность, самодисциплину, сочетать мягкую строгость с красивой простотой форм и оставаться в известных пределах неизменной. Отклонения могут быть лишь незначительные. Медицинская «униформа» не нуждается в украшательстве. Она сама украшает человека, символизирует чистоту помыслов врача, строгость его в выполнении своих профессиональных обязанностей. Опрятность всегда ассоциируется в представлении больного с хорошей его профессиональной подготовкой, Больной уверен, что аккуратный мед. работник может хорошо лечить. В то же время яркая губная помада, броская прическа, стук каблучков- все это напоминает тяжелобольному радости, которых он временно или навсегда лишается. У него возникает жалость к себе, невольная зависть, недовольство врачом. Страдание усугубляется. Внешний вид должен гармонично дополнять внутреннюю привлекательность мед. работника, успокаивать больного вызывать приятные впечатления у его родственников, помогать установлению с ними хороших, доброжелательных отношений.

Вопросы медицинской психологии в деятельности среднего медицинского работника.

Взаимоотношения между больным и медицинским работником зависят не только от индивидуальных особенностей больного, его психики, но и от личности и поведения медицинского работника, его общей и профессиональной культуры, соблюдения принципов этики и индеонтологии. Основная ответственность за характер этих взаимоотношений , столь важных для успешного лечения, всегда ложится на медицинского работника. Он обязан, строя свои взаимоотношения с больным , учитывать особенности его личности, переживания.

Общеизвестно, что эффективность лечения во многом зависит от веры больного в выздоровление, а это в свою очередь тесно связано стой степенью доверия, которое он питает к врачу и в целом к медицинскому персоналу отделения.

Образно говоря, лечение начинается с регистратуры и приемного покоя, с места ожидания предстоящего врачебного исследования. Обстановка приема больного должна быть четкой, деловой и вместе с тем простой. В кабинете врача и коридорах должна быть тишина, воздух всегда свежий. Необходимо бороться с так называемыми больничными запахами. Оформление кабинетов, залов ожидания преследует единственную цель- успокоить больного, сообщить ему чувство уверенности. Витрины и плакаты следует подбирать так, чтобы они способствовали воспитанию санитарно- гигиенических и профилактических навыков, не содержали материалов, напоминающих больному о страданиях,и исключали возможность ястрогении.

Прямая обязанность врача и медицинской сестры- разрушить психологическую преграду в контакте с больным, вызвать его доверие, создав обстановку участия и теплоты. Следует помнить, что больной, особенно при первой встрече с медицинскими работниками, очень внимательно следит за каждым их жестом, выражением лица и речью, старается уловить в их словах и поведении нечто такое, что располагает к доверию и откровенности. В зависимости от того, насколько стремление больного рассказать о себе будет понято и поддержано во время первой беседы, настолько прочен окажется контакт с врачом в дальнейшем. Только после установления контакта с больным можно переходить к оценке результатов анализов и других вспомогательных методов обследования. Необходимо, чтобы больной понял, что медицинских работников, к которым он пришел за помощью, интересуют не только вопросы диагностики, но и обратившийся к ним человек.

Особое значение имеют культура речи врача, а также содержание беседы. При ответах на вопросы больного нельзя ограничиваться общими фразами, так как это вызовет у него тревогу за исход болезни, сомнение в квалификации врача.

Доверие больного к медицине может быть значительно подорвано в том случае, если он заметит, что между врачом и медицинской сестрой натянутые отношения, если сестра во время приема допускает не относящиеся к делу реплики, нечетко выполняет указания врача. У больного могут возникнуть сомнения в компетенции медицинских работников, в целесообразности сделанных ими назначений, особенно если прием проходит сухо, формально, без должного выслушивания и осмотра больного и ограничивается выпиской рецептов.

Из расстройств психики наиболее часто у больных возникает чувство тревоги, даже страха за исход заболевания. При этом разные люди в зависимости от возраста и профессии, интеллекта, степени культурного развития и характера относятся к своему недугу по-разному.

Эффективность назначения физиотерапии, медикаментозного и иного лечения нередко зависит от веры больного в пользу терапевтических мероприятий. В этом чувстве веры отражается успех лечения. Медицинская сестра при выполнении назначенных врачом процедур должна уметь войти в контакт с больным и своим поведением, беседами с больным поднимать у него настроение и укреплять веру в успешное лечение.

# Особенности переживаний больных

Нередко больные высказывают тревожные мысли о смертельно опасной болезни, несмотря на отрицание врача такого заключения. В основном это мысли о раке при наличии у больных патологии желудочно- кишечного тракта или органов грудной клетки. Опасения могут возникать также по поводу тяжелой болезни сердца при наличии аритмий и сердцебиений. Все это приводит к развитию ипохондрического состояния. Тревожные опасения иногда определяют все поведение больного. Развивается невроз в форме каодио- или канцерофобии. При кардиофобии больные часто опасаются оставаться одни дома, выходить без провожатого на улицу в некоторых случаях тревога больного связана смыслями о возможности потери трудоспособности, инвалидизации.

Медицинские работники, в частности медицинские сестры, должны формировать у больного правильное отношение к своей болезни, как к опасной, так и неопасной, стремясь всячески повысить активность больных в рамках разумной борьбы с болезнью.

Нередко у больных существует предвзятое мнение, что о некоторых заболеваниях говорить с врачом «неприлично». К ним относятся венерические, гинекологические заболевания, импотенция и др. В результате расстройства усугубляются и принимают хроническое течение. Лечение таких больных затрудняется. Относительно широко распространено нежелание обращаться к врачу-психиатру из-за боязни, что кто - нибудь из знакомых об этом узнает. Чаще речь идет о различных пограничных заболеваниях (невратические состояния, неврозы, психопатии и др.), которым у больных имеется критическое отношение. Иногда больные, страдающие расстройствами в сексуальной сфере, стесняются признать наличие их даже перед близкими людьми. В результате это приводит к переоценке болезни, уходу в нее и к дальнейшему углублению нарушений.

Отрицательное влияние на психику больного оказывает боль, которая воспринимается как сигнал начинающейся или усиливающейся опасности для жизни. Больной, страдающий от болей, остро реагирует на внешние воздействия: громкие звуки, яркий свет, иногда прикосновение. Истощение нервной системы, обусловленное как самым процессом болезни, так и болями,

часто сопровождается выраженной раздраженностью, взрывчатостью. Больные крайне эгоцентричны, болезненно- капризны, все их внимание сосредоточено на болевых ощущениях.

При выяснении отношения к болезни важна оценка личности и поведения больного. Например, повышенная мнительность, впечатлительность больного требуют от медицинской сестры специальных предосторожностей. В ряде случаев это выясняется путем опроса больного и его родных, при наблюдении за поведением больного. Если у больного подавленное настроение, необходимо попытаться выяснить причины подавленности, морально поддержать больного. Следует быть осторожным при депрессивном синдроме ( угнетенное, тоскливое настроение, особенно по утрам, двигательная и идеомоторная заторможенность), так как не исключена возможность суицидальной попытки. Иногда при пониженном настроении у больного, находящегося на стационарном лечении, особенно важно учесть, как могут действовать на него посещения родных. Друзей. Эти сведения следует сообщить врачу, чтобы выработать тактику регулярности посещения. Важно также учитывать отношение больного к соседям по палате и при необходимости менять окружение. Определенное значение имеет знание медицинской сестрой аппетита и сна больного и даже характера сноведений, так как в них часто отражаются переживания больного.

Нередко характер соматического заболевания приводит к изменениям в психике больного. При таком хроническом заболевании, как туберкулез, отмечаются быстрая утомляемость и раздражительность, эмоциональная неустойчивость ( то эйфория, то пониженное настроение). Это можно объяснить систематическим, никогда не прекращающимся кислородным голоданием органов, в частности головного мозга, следствие недостаточной легочной вентиляции.

Больные с хроническими заболеваниями склонны придавать определенное значение словам окружающих относительно их внешнего вида, работоспособности, изменений характера и пр. Достаточно одного подозрительного, с их точки зрения, взгляда окружающих, чтобы насторожить больного, усилить и без того неослабевающие сомнения.

При острых заболеваниях, особенно инфекционного характера, возможен еще больший диапазон расстройств в психической сфере больного – от легкой астении до выраженных психозов с глубоким помрачением сознания, бредовыми и галлюцинаторными переживаниями, резким двигательным возбуждением и др. симптомами. Свои наблюдения медицинская сестра должна доложить врачу, согласовать с ним свои действия, выработать определенную тактику поведения по отношению к таким больным с учетом их состояния и возможного неправильного поведения. Нарушения психики возможны также при острых хирургических и терапевтических заболеваниях.

Определенные характерологические особенности отмечены у больных с различными физическими дефектами и аномалиями органов чувств ( грубые дефекты лица, глухота, слепота, искривление позвоночника и др.) . Основными психическими свойствами таких больных являются повышенная ранимость, подозрительность, постоянная фиксация на своем дефекте. Они часто уединяются, так как в обществе им бывает тяжело, им кажется, что на них смотрят, жалеют или осуждают. Они чувствуют себя спокойнее в кругу таких же больных. Постоянная психическая напряженность создает основу для развития невротических реакций и депрессии.

В ряде экспериментов было показано, что эффективность лекарственных средств зависит от психического состояния субъекта. В этой связи вера в положительное действие лекарств может завышать истинный лечебный эффект и тем самым давать повод для ошибок в понимании механизма действия лекарственного вещества. Это заставило ввести в практику исследования новых лекарственных средств плацебо - контрольное вещество, по внешним свойствам (цвет, запах, вкус) сходное с реальным лекарственным препаратом. Оказалось, что эффект плацебо сказывается на всех людях, однако он имеет определенный диапазон колебаний, который определяется степенью веры исследуемого или больного в этот эффект.

Психогигиена, психопрофилактика и психотерапия.

В число задач медицинской психологии входит изучение влияния психического состояния на соматическое и соматических заболеваний на психику. Решение этой задачи имеет существенное значение для изучения этиологии (причины) и патогенеза ( механизмы развития)ряда болезненных состояний.

Взаимосвязь «души « и «тела», иначе психических процессов и организма, является основной проблемой философии и медицины. В первые эта проблема нашла материалистическое обоснование в трудах великих отечественных ученых-физиологов И.М. Сеченова, И.П. Павлова и их учеников. И.П. Павловым экспериментально доказана непрерывная связь между психическим и соматическими процессами.

Общеизвестно, что сильные эмоции сопровождаются сердцебиением, приэтом отмечается покраснение или побледнение лица ( в зависимости от того, происходит спазм или расширение сосудов). Характер и интенсивность этих проявлений зависят от особенностей личности и организма. Психические влияния могут вызвать головную боль или другие функциональные нарушения в организме.

Литература :

1. Натвеев В.Ф. “Основы медицинской психологии этики и деонтологии”

2. И.С. Сук “Врачи как личность” Медицина 1984г.