

***Психология и деонтология медицинской сестры.
Медицинская этика.***

Непричинение вреда, зла, ущерба здоровью пациента — первейшая обязанность каждого медицинского работника. 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. Хотя со времен Гиппократ в медицине утвердился принцип "прежде всего не навреди", этот 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. Пренебрежение этой обязанностью в зависимости от степени ущерба здоровью больного может стать основанием для привлечения врача или медсестры к судебной ответственности. 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".

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...".

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". "В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного", — говорится в Клятве Гиппократа.

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

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. 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.

Больной — это биологический статус, характеризующий ненормальное состояние организма, причем не только человеческого.

Пациентом же бывает только человек, поскольку это не биологический, а правовой статус. Статус пациента любой человек приобретает в момент, когда он пересек порог медицинского учреждения либо вступил в контакт с медицинским работником (врачом «Скорой помощи» или вызванным на дом участковым врачом). У каждого пациента есть права, которые представляют собой закрепленные в законодательстве общепризнанные в мире правила отношений «медработник — пациент». Знание и соблюдение права пациента (а также разъяснение их пациенту), в силу закона, является должностной обязанностью каждого «человека в белом халате». Если медработник этих правил не знает или игнорирует их, то он просто недостаточно профессионален и небезопасен.

На первый взгляд представляется парадоксальным, что с самого начала контакта гражданина с системой здравоохранения законодатели любой страны обращают внимание на необходимость уважительного и гуманного отношения к пациенту. Казалось бы, «самая гуманная из профессий» не может предполагать никакого другого отношения к человеку. Более глубокий взгляд на проблему заставляет обсуждать теорию и практику этого права пациента максимально подробно, поскольку именно нарушения требования уважительного и гуманного отношения являются наиболее частыми и опасными по своим последствиям. Именно они, обычно, являются фундаментом всех других правонарушений. Будучи порой внешне малозаметными, эти нарушения именно этого права очень часто лежат в основе и профессиональных ошибок и профессиональных преступлений в сфере медицинской помощи.

Уважительное отношение к пациенту подразумевает наличие со стороны медицинского и обслуживающего персонала действий, интеллектуальных оценок и эмоциональных реакций, в основе которых лежит осознание важности и сложности для конкретного человека (его семьи и общества в целом) произошедшего — того, что заставило его обратиться за помощью. Уважительное отношение, с точки зрения права, имеет и весьма конкретные проявления — уважать человека и одновременно нарушать его права невозможно. В связи с этим необходимо отличать вежливое отношение от уважительного.

Сегодня в сфере медицинской помощи объективным признаком соблюдения требования уважительного отношения к пациенту является, как минимум, соблюдение его прав.

Гуманное отношение подразумевает, что каждый медицинский работник должен исходить из того, что пациент — это неповторимая, индивидуальная судьба, человеческая личность, переживающая и

страдающая, — не просто организм, а наиболее совершенное творение мыслящей Природы.

Тем не менее, именно в здравоохранении существует ряд специфических обстоятельств, которые необходимо принимать в расчет и распознавать как возможный источник негуманного и неуважительного отношения к пациентам. Иногда говорят о «профессиональной деформации личности». В практике наблюдается несколько психофизиологических феноменов, учет которых и администраторами здравоохранения, и пациентами способен предотвратить возникновение ряда проблем в сфере медицинской помощи.

К ним относятся:

«Феномен ремесленного взгляда на личность человека». Более 90 % времени многолетнего медицинского высшего образования протекает в изучении сложнейшего объекта — организма человека. Но в лучшем случае несколько процентов от всего этого времени отведено на изучение того, что такое личность, психика, индивидуальная душа, владеющая этим организмом. После получения врачебного диплома изучение роли личности в формировании болезни становится сугубо индивидуальным вопросом профессионального роста медработника. Исходя из этого, формируются два образа врача.

Первый — «врач от Бога». Он умеет хорошо чувствовать, ценить, учитывать, использовать в лечении неповторимость пациента. Второй — «медработник-ремесленник», который просто умеет неплохо делать свою работу на уровне соблюдения технологий «ремонта» организма, особенно не вникая в «заумные» рассуждения о душе, теле и об их Творце. Принципиальные отличия первого от второго лежат не столько в частоте положительных результатов проводимых медицинских вмешательств, сколько в способности допустить собственное (или чужое) неуважительное и негуманное отношение к Человеку.

«Феномен привыкания». В процессе практической деятельности при ежедневном контакте со смертью, чужой болью и несчастьем неизбежно формирование профессиональной толерантности (устойчивости) к виду чужих страданий. Целесообразность защитной психологической реакции очевидна — отсутствие таковой способно из спокойного, трезвомыслящего и точного в действиях профессионала сделать неорганизованного невротика. Ни один пациент в этом, конечно, не заинтересован. Обратной стороной профессиональной толерантности является спокойное, порой доходящее до безразличия, отношение к боли и переживаниям близких. Еще Клод Андриан Гельвеций (1715–1771) заметил, что «...вид несчастья производит

на бóльшую часть людей действие головы медузы: при взгляде на нее сердца их превращаются в камень.»

«Феномен технологизации помощи». Современная медицинская помощь — это вид профессиональной деятельности, представляющей собой осуществление совокупности последовательных медицинских технологий, в выполнение которых вовлечено множество исполнителей. В условиях технократической медицины пациент представляет собой, в первую очередь, объект, организм, типичный и подлежащий классифицированию случай, при котором положено осуществить ряд стандартных процедур для достижения определенной цели. Нередко значительная часть реальных участников процесса диагностики и лечения могут вообще не видеть пациента и не общаться с ним. Поэтому любая ошибка или упущение медицинский коллектив может не воспринимать как проблему жизни конкретного человека — это выглядит как «проблема пробирки», «проблема снимка» и т. д.

Ситуация усугубляется, когда действия в отношении пациента необходимо провести в сжатые сроки. При подобном подходе вопрос о том, является ли данный объект (пациент) индивидуумом, страдающей уникальной личностью или нет, для участников «производственного процесса» практически уже не имеет значения, поскольку цель контакта пациента с системой — достижение результата на уровне заранее запланированного изменения строения и (или) функционирования тех или иных систем организма. В этих условиях для медработников определяющим является достижение конкретной цели в запланированные сроки. Личный контакт может быть вообще не важен. Отсюда и возможность взгляда на пациента, как на организм, на подлежащую ремонту биологическую машину. Этот эффект проявляется тем отчетливей, чем кратковременней и насыщенной техническими действиями медицинское вмешательство, чем меньше возможностей воспринять пациента как человека, представить на его месте себя или своего близкого родственника. Подобная ситуация в современной медицине достаточно распространена, и в этих условиях дегуманизации процесса оказания помощи возможны самые серьезные медицинские ошибки, в том числе так называемые каскадные ятрогении (каскадная ятрогения - ситуация, когда развившееся от медицинского вмешательства осложнение — ятрогения, порождает необходимость дополнительных медицинских вмешательств, приводящих, в свою очередь, к новым осложнениям). Причина этой опасности в том, что унификация медицинских действий не может учесть всех индивидуальных

особенностей пациента, если с ним отсутствует полноценный врачебный персональный контакт.

Когда в системе оказания медицинской помощи исчезает отношение к пациенту, как к уникальной человеческой личности (что, по определению, и есть гуманность) она становится просто-напросто небезопасной.

«Феномен утомленного спасителя». Обращающийся за помощью человек нередко воспринимается как существо слабое, беззащитное, порой растерянное и зависимое. Медработник, впервые столкнувшийся с данным пациентом, как правило, не знает его как индивидуума, и, исходя из медицинской ситуации, вынужден воспринимать его скорее как «тело с проблемами в определенных частях». В этих условиях нормальные стереотипы уважительного отношения к человеку у некоторых работников здравоохранения просто не срабатывают. Ситуация может существенно усугубиться в условиях утомления, особенно, в ночные часы. Для людей, не работавших в режиме чередования суточных дежурств, малознакомо восприятие мира и других людей человеком, действующим в условиях психоэмоционального напряжения более 20 часов. Доктор А. П. Чехов описал подобное состояние в рассказе, который называется «Спать хочется».

«Феномен атмосферы». Это достаточно характерный и значимый для медицинских коллективов психологический феномен, обусловленный влиянием личности руководителя. Связано это с присущей медицине традиции передачи знаний и навыков в режиме «учитель—ученик». При этом важно не столько соотношение возрастов, сколько профессиональная (и должностная) иерархия, иерархия знаний и умений. Поэтому по стилю поведения и общения с пациентами и друг с другом рядовых медсестер можно достаточно точно охарактеризовать профессиональный уровень и нравственные качества и руководителя отделения, и, нередко, руководителя учреждения. В медицине подчиненные в своем профессиональном поведении очень редко позволяют себе то, что не позволяет себе и другим их начальник. Поэтому, если с пациентом в медицинском учреждении позволили себе более чем один раз обойтись неуважительно, скорее всего, в данном месте это общепринятый стиль отношений. Попад в подобные условия, необходимо быть очень осторожным.

Бестактность, неуважение к пациентам в медицине не могут уживаться в одних стенах с настоящим профессионализмом. 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.

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. Сестра и пациент в ходе работы получают представление о друг друге. Первое впечатление имеет важное значение. Поэтому медсестра всегда должна быть опрятна и доброжелательна. В развёрнутый период возникает устойчивая связь между медсестрой и больным. Дальнейшая работа уже зависит 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 после выписке из больницы, когда он приходит в поликлинику. Больной обеспокоен, он боится покинув стены, где был надежно защищен от опасности. Больного в таких случаях мучают сомнения: «Что будет со мной дома?» «Как смогу я выдерживать диету?» «Что будет, если...?» и пр. Больной должен почувствовать преемственность, почувствовать, что и тут будут следить за

его здоровьем, что он не останется наедине со своими проблемами. Неоднократные занятия, беседы обо всем том, что беспокоит его, что вызывает опасения и страхи, 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. Врач не имеет возможности по нескольку 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

Медсестра являются не просто помощниками врача, исполнителем его поручений, а представителем самостоятельной профессии, которая владеет 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 к посетителю «больной», как будто пациент потерял право на имя и отчество. Чтобы между медсестрой и пациентом сложились партнерские отношения, пациент с 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, 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 выявить проблемы пациента. 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.

Медсестра и врач

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.

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 не способствует формированию доверительных отношений между пациентом медсестрой.

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.

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. 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. Критерий «уместность сообщения», «удачный выбор времени» можно объединить в один — «уместность». Медсестра может потерять чувство меры — например, начать говорить об анализах в присутствии других посетителей. В подобных вопросах следует проявлять деликатность. Учет индивидуальных особенностей пациента в целом и их изменений во время болезни 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».

Психотипы медицинской сестры

1. Сестра-рутинер. 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 суeta" 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 людям и 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 деятельности, неспособные ни на что, кроме выполнения этой работы, ничем кроме нее не интересующиеся