

РОЛЬ МЕДСЕСТЕР В ФОРМИРОВАНИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СРЕДЫ

Л.П. Великанова, докт. мед. наук, проф., **Е.И. Гришина**, канд. мед. наук
Астраханский медицинский университет;
Российская Федерация, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121
E-mail: rufam@mail.ru

Изложены современные представления о терапевтической среде как системе социальных отношений, о ее возможностях для оптимизации лечебно-реабилитационного процесса. Отмечена важная роль медсестры в создании саногенной терапевтической среды.

Ключевые слова: реабилитационный процесс, медсестры, терапевтическая среда.

Для цитирования: Великанова Л.П., Гришина Е.И. Роль медсестер в формировании терапевтической среды. Медицинская сестра. 2018; 20(1): 3–5. DOI: 10.29296/25879979-2018-01-01

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет реабилитацию как «комбинированное и координированное применение медицинских, психологических, социальных, педагогических и профессиональных мероприятий для подготовки и переподготовки (переквалификации) индивидуума на оптимум его трудоспособности» [1].

В системе основных лечебно-реабилитационных технологий важная роль отводится реабилитационной (терапевтической) среде, которой не всегда уделяется должное внимание.

Терапия средой (от франко-английского *milieu therapy*) представляет собой использование терапевтического потенциала взаимодействия больного с окружением.

Общая цель терапии средой — как можно более широкое включение собственных адаптивных возможностей и ресурсов больного в процесс восстановления его продуктивного личностного и социального функционирования [2].

В широком смысле слова терапевтическая среда представляет собой комплекс самых разных факторов и воздействий на больного. Однако в современном понимании терапевтическая среда — это прежде всего система социальных отношений, складывающихся в стационаре и в ближайшем окружении пациента (врачи, медицинский и обслуживающий персонал, другие пациенты), которые

могут быть и психотравмирующими, и саногенными [3].

Эти положения о терапевтической среде универсальны и актуальны для любой формы организации лечебного процесса (стационарной, амбулаторной, полустационарной и т.п.), и не зависят от нозологического профиля медицинского учреждения. Однако большая часть работ посвящена изучению терапевтической среды в психиатрических, психотерапевтических, наркологических лечебных учреждениях.

Весьма мало исследований, посвященных роли одного из значимых субъектов лечебно-реабилитационного процесса, активно формирующего терапевтическую среду, — роли медсестры. К тому же они касаются преимущественно организационных аспектов ее деятельности [4, 5].

Как уже было отмечено, важный (если не определяющий) элемент терапевтической среды — характер взаимодействия больного с окружением, одной из ведущих фигур которого является медсестра.

Специфика профессиональной деятельности среднего медицинского персонала заключается не только в выполнении четкого алгоритма лечебных процедур, но и в создании благоприятной психологической атмосферы при взаимоотношениях с коллегами, пациентами и их родственниками. И эту роль трудно переоценить. Она, скорее, недооценивается.

Медсестра проводит с больными значительно больше времени, чем, например, врач, а значит, может оказывать и большее воздействие на каждого пациента и на психологический климат отделения в целом. По ходу выполнения своих профессиональных обязанностей медсестра взаимодействует с младшим медицинским и обслуживающим персоналом медицинского учреждения или подразделения, задавая основное направление этих отношений и формируя психологический климат всего коллектива. В этом контексте выявляется еще одна важная роль медсестры — воспитывающая и образовательная.

Кроме того, медсестра общается с родственниками, сослуживцами, знакомыми пациентов, ин-

формируя о их состоянии, объясняя режимные моменты.

Базисной предпосылкой доверия пациента медсестре является ее квалификация. Но она лишь инструмент, результат применения которого зависит от многих личностных качеств медсестры и прежде всего – от изначально доброжелательного отношения к людям.

Помимо профессиональных знаний, умений, от медсестер требуются психологические навыки и готовность действовать в экстремальных ситуациях, оперативно переключаться с одного вида деятельности на другой, уметь облегчать тревогу, страх, напряжение, переживаемые пациентами, контролировать собственные негативные эмоциональные состояния [4, 6, 7].

Особых психологических знаний и личностных ресурсов (терпимость, толерантность, терпеливость, эмоциональная уравновешенность) требует работа с хроническими больными, страдающими неизлечимыми заболеваниями (СПИД, рак и др.), с умирающими [8]. В этих ситуациях для эффективного профессионального функционирования нужны не только определенные личностные качества, но и вполне конкретные приемы и методы психологической подстройки, продуктивного и бесконфликтного взаимодействия, снижения тревожности, т.е. навыки, позволяющие создать благоприятную терапевтическую атмосферу.

К последним относятся эмпатийность, положительное принятие, безоценочность, беспристрастность, умение слушать и слышать, считывать невербальную информацию, снимать эмоциональное напряжение больного человека в условиях неопределенности, незнакомого окружения, общий позитивный настрой.

Эмпатией называют способность к сопереживанию, своеобразную психологическую «включенность» в мир переживаний другого человека, постижение его эмоционального состояния, проникновение, вчувствование в его внутренний мир. Это качество медсестры способствует эффективному преодолению состояний напряжения, растерянности, фрустрации пациента, коллег и, таким образом, оптимизирует лечебно-реабилитационный процесс в целом.

Эмпатию следует отличать от эмоциональной идентификации (отождествление себя с другим человеком и его эмоциональным состоянием) и от сочувствия (переживание по поводу чувств другого). В случаях подобного «слияния» может снижаться или утрачиваться профессиональная продуктивность, ухудшаться состояние пациента, а психологическая помощь может понадобиться самому медицинскому работнику.

Медсестре важно быть *хорошим слушателем*, поощрять пациента говорить о себе. Возможность боль-

ного высказаться в ситуации безопасности – без порицания, осуждения и оценивания – сама по себе является психотерапевтической. Умение медсестры активно слушать позволяет больному выговориться, снивелировать чувство психологического дискомфорта ввиду его нового статуса, незнакомого окружения, неопределенности. В процессе правильно организованной медсестрой беседы формируется атмосфера доверия, которая повышает комплаенс – добровольное следование пациента предписанному режиму лечения, очень важное для последующей работы с ним.

Однако надо помнить, что на словесную информацию приходится лишь от 5 до 20%; остальная ее часть передается посредством *невербальной коммуникации* (контакт глаз, мимические проявления, положение тела – поза, ритм дыхания, интонации, тембр речи, ее последовательность, скорость, наличие пауз). Все эти сигналы слабо контролируются сознанием, поэтому несут собеседнику более достоверную и точную информацию и позволяют получить более полное представление о состоянии и настроении пациента.

Но и пациент внимательно изучает медицинский персонал. Поэтому для формирования благоприятного психологического настроя и атмосферы доверия необходима *конгруэнтность* в поведении медсестры, т.е. отсутствие противоречий и расхождений между словесным и невербальным содержанием при общении. Последнее обеспечивается таким качеством, как *аутентичность* – искренность, соответствие того, что человек думает, тому, что он говорит. Аутентичность представляет собой максимальное совпадение того, каким человек хочет выглядеть в глазах окружающих и каким он является в действительности.

Формированию доверительного контакта способствует также *положительное принятие* любого пациента независимо от того, какой болезнью он страдает, каков его внешний вид, расовая, этническая, религиозная принадлежность, уровень культуры и образования – без морализации, поучений, осуждений, демонстрации других негативных чувств (брезгливости, например, недоброжелательности, презрительности, пренебрежительности). В любом случае доминирующей направляющей общения с пациентом должно быть осознание того неопровержимого факта, что перед нами прежде всего – страдающий человек.

Препятствием для создания комфортной и саногенной терапевтической среды может быть также *пристрастность* – выстраивание отношений с пациентом на основе личного опыта, сложившихся собственных жизненных представлений и стереотипов, а не на основе реального общения с конкретной личностью.

Конфиденциальность – неразглашение личной информации пациента, выявленной при общении либо изложенной в медицинской документации – также необходимое условие обеспечения безопасности пациента и создания комфортной лечебно-реабилитационной среды. Стигматизация, сопровождающая ряд заболеваний (психических, наркологических, венерических), зачастую является существенным препятствием для своевременного обращения за медицинской помощью. Излишняя откровенность медицинского персонала может создать конфликтные взаимоотношения с пациентом и внести разлад в отношения больных между собой в палате, отделении, в их отношения с родными и близкими, знакомыми, коллегами.

В процессе формирования терапевтической среды нельзя не учитывать и правильную организацию пространства и времени общения. Наиболее комфортно общение в пределах личной зоны – от 40 см до 2 м. Спешка, проявления нетерпения, озабоченности, «параллельные» диалоги, отвлечения в процессе беседы едва ли создадут обстановку доверия и откровенности.

Следует подчеркнуть необходимость соблюдения медсестрой оптимальной *психологической дистанции* при общении с пациентами. В беседе желательно поддерживать паритет – равенство во взаимоотношениях. Авторитарность, доминирование, позиция «сверху» или «свысока» несовместимы с благоприятной психологической атмосферой. Сокращение же дистанции (например, флирт) или уже упомянутая эмоциональная идентификация с пациентом также может разрушить терапевтический контакт, вызвать негативные последствия.

Эмоциональная стабильность медсестры, ровное, спокойное настроение, оптимистичный настрой вызывают чувство надежности и также способствуют установлению доверительных отношений.

Немаловажен и *внешний вид* медсестры: опрятность, соответствующий профессии дресс-код, отсутствие резких запахов (парфюма, например). Безусловно, неуместны обилие украшений, косметики, вызывающий маникюр, вычурные прически.

Необходимо учитывать и особенности больных с разными видами патологии. Особенно следует отметить психологическое своеобразие больных с разнообразными формами зависимости (алкогольной, наркотической, игровой, компьютерной и т.п.), которых объединяет одно общее отношение к болезни, известное как *анозогнозия* – отсутствие осознания своего заболевания. Анозогнозия, как правило, сочетается с низкой *комплаентностью* пациентов, т.е. с низкой готовностью выполнять назначения врача, соблюдать режим, следствием чего является неэффективность лечения. Поскольку анозогнозия имеет характер психологической защиты, для ее преодо-

ления недостаточно рационального объяснения, убеждения, увещевания больного, призывов к его совести, морали – необходимо привлечь специалиста-психолога, психотерапевта. Подобный феномен встречается также и у пациентов других нозологических категорий, например у больных с тяжелой онкологической, инфекционной патологией.

Установление психологического контакта с пациентом, повышение его доверия к медицинскому персоналу и к данному лечебному учреждению способствуют формированию сотрудничества с врачом, приверженности лечению, позитивной мотивации и активной позиции пациента, мобилизуют его собственные ресурсы на выздоровление.

Чтобы эффективно задействовать перечисленные психологические составляющие терапевтической среды, необходимо учитывать психическое состояние и самих медицинских работников, включенных в межличностное взаимодействие с пациентом, что предполагает овладение не только перечисленными навыками, но и приемами регуляции собственных эмоциональных состояний, преодоления стресса, собственной психологической среды, включая синдром эмоционального выгорания.

Литература

1. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия СПб.: НИИПНИ им. В.М. Бех-терева. 1998; 255.
2. Очерки динамической психиатрии. Транскульт. иссл. Под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. СПб.: НИИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2003; 438.
3. Анопо В.П., Бахмутова Л.А., Гуськов В.В., Штепо М.В. Особенности профессии «Медицинская сестра». Сборник научно-практических и учебно-методических работ «2010 год – международный год медицинской сестры». Тверь, 2010; 171–3.
4. Голенков А.В. Удовлетворенность работой и терминальные ценности у медицинских сестер. Главная медицинская сестра. 2009; 11: 137–46.
5. Кошкина О.П. Синдром эмоционального выгорания в профессиональной деятельности медицинской сестры. Главная медицинская сестра. 2008; 6: 34–40.
6. Никишина В.Б., Молчанова Л.Н. Состояние выгорания медицинских работников в контексте внутривидовой профессиональной. Известия ПГПУ им. В.Г. Белинского. 2011; 24: 21, 986–92.
7. Бахмутова Л.А., Гуськов В.В., Натпинская Л.Н. Синдром эмоционального выгорания у медицинских сестер, работающих в онкологическом отделении. Материалы международной научно-практической конференции с международным участием «Медико-социальные аспекты профилактики заболеваний и формирование здорового образа жизни». Тверь, 2010; 43–5.
8. Соловьева С.Л., Туркина Н.В. Психотерапевтические аспекты общения медсестры с пациентом. Сестринское дело и высшее сестринское образование в XXI веке. Проблемы и перспективы. Труды международной научно-практической конференции. СПб., 2005.

THE ROLE OF HEALTH WORKERS IN GENERATING A TREATMENT-AND-REHABILITATION SETTING

Prof. L.P. Velikanova, MD; E.I. Grishina, Cand. Med. Sci., Astrakhan Medical University

The paper sets forth current views on the therapeutic setting as a system of social relationships and on its opportunities to optimize a treatment and rehabilitation process.

Key words: rehabilitation process, health workers, nurses.