

Министерство здравоохранения Ульяновской области

Государственное учреждение здравоохранения  
«Тереньгульская районная больница»

22.03.2021г

№ 01-03/58

### ПРИКАЗ

О создании комиссии по рассмотрению вопросов этики и деонтологии  
медицинского работника

В соответствии с распоряжением Министерства здравоохранения, семьи  
и социального благополучия Ульяновской области от 20.02.2018г. № 453-р «О  
проведении мероприятий по соблюдению этики и деонтологии»,

**приказываю:**

1. Утвердить Алгоритм бесконфликтного общения с пациентами  
(приложение №1).
2. Создать комиссию по рассмотрению вопросов этики и деонтологии, в  
составе:  
председателя  
- Долгова П.Г., и.о. заместителя главного врача по лечебной работе;  
секретаря  
- Лызенко О.А.;  
членов комиссии:  
- Ключевой Т.В., председателя первичной профсоюзной организации,  
- Левшиной И.В., специалиста отдела кадров,  
- Журиной Н.А., юрисконсульта.
3. Контроль исполнения приказа оставляю за собой.

И.о. главного врача



Е.А.Крючков

## Алгоритм бесконфликтного общения с пациентами

Любая работа с людьми неразрывно связана с процессом и проблемами общения, оно пронизывает профессиональную деятельность медработников на любом уровне. Индивидуальные особенности психики пациента в условиях лечебных взаимоотношений и взаимодействий приходят в соприкосновение с психологическими свойствами медицинского работника.

Целью такого контакта является помощь, оказываемая пациенту. Как у пациента, так и медработника существуют собственные мотивы взаимодействия, медперсоналу при этом принадлежит роль в обеспечении бесконфликтного взаимодействия.

Медперсонал среднего звена на протяжении длительного времени находится в непосредственном контакте с пациентом, поэтому может оказывать как положительное, так и отрицательное влияние на пациента. Задача медперсонала – максимально избегать ненужных негативных психологических воздействий, способствовать созданию психологического климата, благоприятно влияющего на процесс выздоровления.

Предпосылки взаимодействия больного и медработника формируются в зависимости от ряда факторов, обуславливающих ожидания больного:

1. предварительной информации о медработнике
2. репутации медицинского учреждения
3. «дороги» в мед. учреждение

Для эффективного и бесконфликтного взаимодействия с пациентами необходимо наличие такого психологического параметра как коммуникативная компетентность.

**Коммуникативная компетентность** – способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с людьми, которая подразумевает достижение взаимопонимания между партнерами по общению, осознание ситуации и предмета общения. Она рассматривается также как система внутренних ресурсов, направленная на построение эффективной коммуникации в ситуации межличностного взаимодействия. Некомпетентность в общении способна нарушить диагностический и лечебный процесс.

Характеристики медработника, предрасполагающие к успешному общению с пациентом:

- эмпатия
- акцептация (безусловное принятие больного)
- аутентичность или самоконгруэнтность (естественность поведения, согласованность чувств и их выражения, искренность).

Состояние эмпатии является наряду с объективным ощущением психологического контакта между медработником и пациентом одним из показателей того, что понимающее общение состоялось.

Эмпатия (от английского empathy - чувствование) - это способность чувствовать эмоциональное состояние другого человека, точно воспринимать смысловые оттенки его внутреннего мира, способность взглянуть на обстоятельства глазами собеседника. Эмпатия не предполагает обязательного активного вмешательства с целью оказания действенной помощи другому. Она подразумевает лишь вхождение в личный мир другого, деликатное пребывание в нем без его оценивания. Эмпатию следует отличать от эмоциональной идентификации (уподобления, идентификации себя с другим, с его эмоциональным состоянием) и от сочувствия (переживания по поводу чувств другого). Если возникает состояние идентификации с эмоциональным состоянием пациента, то медработник теряет способность профессионально работать и ему требуется психологическая помощь.

Процесс общения с больным начинается с выбора дистанции взаимодействия, она должна быть такой, чтобы пациент чувствовал себя комфортно и безопасно. При изменении дистанции, особенно при ее сокращении, желательно объяснить свои действия, чтобы избежать нарастание психологического напряжения и агрессии. Пациент, находясь в ситуации стресса, обусловленного болезнью, нуждается в фиксированной территории, принадлежащей только ему. Позитивное взаимодействие зависит не только от территории, но и от социального статуса пациентов, их возрастной однородности.

Модели взаимодействия медработника и пациента

**Руководство** – авторитарная модель, при пассивной роли больного в лечебном процессе, когда медработник исходит исключительно из своих профессиональных знаний, представлений о необходимости лечебных мероприятий.

**Партнерство** - сотрудничество в вопросах лечения, разделение ответственности за результаты обследования и лечения между медработником и пациентом.

**Контрактная** – сотрудничество на основе взаимных обязательств, обозначенных задач, ожидаемых результатов. Применяется в условиях платной медицины.

Общие правила общения с пациентом.

1. Проявление искреннего интереса к пациенту.
2. понимание достоинств пациента и максимальное одобрение – похвала, подчеркивание значимости.
3. Понимание смысла его поступков вместо огульной критики.
4. Доброжелательность, приветливость.
5. Обращение к пациентам по имени и отчеству, первоочередное представление себя, использование бейджера.
6. Умение вести разговор в кругу интересов собеседника.
7. Умение внимательно слушать и дать возможность пациенту «выговориться».
8. Умение уважать мнение собеседника, без настойчивого навязывания своего мнения.
9. Умение указать пациенту на его ошибки, не нанося обиды.
10. Умение правильно формулировать вопросы и помочь вербализовать свое состояние пациенту.
11. Общаться с пациентом так, как бы медработник хотел, чтобы обращались с ним в случае заболевания.
12. Использовать оптимальные невербальные методы общения – спокойный тембр голоса, плавные жесты, правильная дистанция, знаки одобрения (похлопывание, ласковое дотрагивание) и т.п.

Общение с пациентами разных возрастных групп, пациентами в стационаре

Основными условиями эффективности профессионального общения медработника являются: демонстрация доброжелательности, такта, внимания, интереса, профессиональной компетентности.

Необходимо знать особенности психологического отражения своего состояния пациентами разного возраста и осуществлять соответственно по отношению к ним деонтологическую тактику общения.

Для детей дошкольного возраста характерно:

отсутствие осознания болезни в целом;

неумение формулировать жалобы;

сильные эмоциональные реакции на отдельные симптомы болезни;

восприятие лечебных и диагностических процедур как устрашающих мероприятий;

усиление дефектов характера, воспитания ребенка в период болезни;

чувство страха, тоски, одиночества в стенах лечебного учреждения, вдали от родителей.

**Деонтологическая тактика** - эмоциональное теплое отношение, отвлечение от болезни, организация нешумных игр, чтение, проведение процедур с уговорами., профессиональное обращение с родственниками больного ребенка.

Для подростков характерно:

преобладание психологической доминанты возраста - «притязание на взрослость»;

бравата как форма самозащиты при внутренней психологической ранимости;

пренебрежительное отношение к болезни, факторам риска.

отсутствие формулировки

сильные эмоциональные

восприятие процедур

**Деонтологическая тактика** - общение с учетом возрастных психологических особенностей, опоры на самостоятельность, взрослого подростка.

При работе с пациентами работоспособного возраста.

Необходимо, прежде всего, познать личность пациента и ее индивидуальность. Выяснить отношение к болезни, медперсоналу, позицию на взаимодействие пациента с медперсоналом.

**Деонтологическая тактика** - ориентация на трудовую и социальную реабилитацию, выбор тактики общения проводить в зависимости от ВКБ, проведение коррекции неадекватных установок, психотерапию тревожно-мнительных пациентов.

Для пациентов пожилого и старческого возраста характерно:

- психологическая доминанта возраста - «уходящая жизнь», «приближение смерти»;

- чувства тоски, одиночества, нарастающая беспомощность;

- возрастные изменения: снижение слуха, зрения, памяти, сужение интересов, повышенная обидчивость, ранимость, снижение возможности самообслуживания;

- интерпретация болезни только через возраст, отсутствие мотивации к лечению и выздоровлению.

**Деонтологическая тактика** - поддержание у пациента ощущения собственной значимости; подчеркнуто уважительное, тактичное, деликатное отношение, без фамильярности, приказного тона, нравочений; ориентация на двигательную активность; мотивация на выздоровление.

Особенности общения с пациентом в стационаре

Заболевание, госпитализация выбивают человека из жизненной колеи, при этом он может чувствовать себя обиженным судьбой, несчастным. Его тревожат болезнь, возможные осложнения, прогноз, вынужденная необходимость оставить работу, расставание с домом, незнакомое или малознакомое окружение, от которого он к тому же становится зависим. При тяжелом состоянии, в случаях развития параличей, сильных болей, назначении строгого постельного режима зависимость может быть абсолютной.

Распорядок жизни пациента в стационаре определяют медицинские работники, сама жизнь пациента в стационаре оказывается в зависимости от их знаний, умений, ответственности, их доброты. При этом для пациента особенно значимы отношения, которые складываются у него со средними медицинскими работниками, прежде всего, с медсестрами, которые общаются с пациентами постоянно.

Взаимоотношения с пациентами следует строить в зависимости от возраста, профессии, общего культурного уровня, характера, настроения, тяжести и особенностей заболевания. Все мероприятия по лечению пациентов и уходу за ними следует выполнять спокойно, точно, аккуратно, стараясь не раздражать их, не причиняя им боли, ни в коем случае не унижая их человеческого достоинства. Надо учитывать обычно свойственное пациентам чувство неловкости, досады в связи со своей беспомощностью и зависимостью.

Средний медработник должен знать, какой диагноз поставлен пациенту, почему врачом назначены те или иные лекарства, процедуры, лабораторные

исследования. Однако в беседе с пациентом надо проявлять осторожность, беседа должна носить успокаивающий характер. Ни в коем случае нельзя ему говорить то, что может его огорчить и напугать. Недопустимо в процессе общения с ним говорить, что он сегодня плохо выглядит, что у него «ввалились глаза», плохие анализы.

Необходимо помнить, что при многих заболеваниях у пациентов возникают те или иные особенности психической деятельности. Так, при атеросклерозе сосудов головного мозга возможны значительное снижение памяти, рассеянность, слабодушие, слезливость, обидчивость, эгоцентризм. Пациенты с патологией сердца часто испытывают чувство страха за свою жизнь, бывают настороженны, повышено эмоциональны. При болезнях печени, желчного пузыря нередко отмечаются раздражительность, язвительность, озлобленность.

При острых инфекционных заболеваниях, подбололочечном кровоизлиянии возможны эйфория, недооценка тяжести своего состояния. При высоком внутреннем давлении пациент обычно вял, малоподвижен, пассивен, апатичен, на вопросы отвечает с промедлением, лаконично, как бы нехотя, часто пребывает в какой-нибудь фиксированной позе. Определенные особенности психического состояния и поведенческих реакций свойственны многим эндокринологическим, онкологическим и другим болезням, различным формам эндогенной интоксикации, отравлений.

Значительные особенности имеет работа медсестры в детских отделениях, т.к. пребывание в стационаре без матери является для детей существенным психотравмирующим обстоятельством. Сложными могут быть отношения медицинских работников с родственниками больных детей. Кратковременное общение с родителями иногда может лишь взволновать больного ребенка, который частично адаптировался к больничным условиям.

В общении с родственниками пациентов необходимо быть тактичным, вежливым, делать все возможное, чтобы успокоить их, убедить в том, что пациенту делается все необходимое. Вместе с тем необходима достаточная твердость для того, чтобы не допустить нарушения родственниками установленного в стационаре режима.

Подлинная культура общения необходима и в самом коллективе медработников. Доброжелательность в отношениях с коллегами и взаимопомощь обязательны для создания оптимального психологического климата в лечебном учреждении, для оказания полноценной медицинской помощи. При этом весьма существенное значение имеют дисциплинированность членов коллектива, соблюдение ими субординации.

Общение в сложных конфликтных ситуациях

Считается, что сложные межличностные, конфликтные ситуации, в том числе возникающие между медработниками и пациентами, в первую очередь обусловлены затруднениями в общении. Человеческое общение способно стать источником проблем, неудач, волнений, стеной, разделяющей людей. То, какими будут взаимоотношения людей, зависит от их психологической грамотности.

Столкновение интересов (потребностей) является истоком конфликтов, однако факторы, которые провоцируют конфликт, крайне разнообразны. К ним могут быть отнесены характерологические особенности человека: пониженная самокритичность, предубеждение и зависть, корыстолюбие,

эгоизм, желание подчинить других себе; его настроение, самочувствие, интеллект, знание и незнание психологии человека, психологии общения и т.д.

В итоге все, что составляет межличностную ситуацию общения, может выступать в роли конфликтного фактора, барьера в общении, создать сложную психологическую ситуацию.

Вероятность наступления конфликтов повышается при:

- несовместимости характеров и психологических типов;
- наличии темперамента холерика;
- отсутствии трех качеств: способности критически относиться к себе, терпимости к другим и доверии к другим.

Нередко причиной конфликта является неправильное поведение участников общения. В конфликтной ситуации нельзя:

- критически оценивать партнера;
- приписывать ему плохие намерения;
- демонстрировать знаки превосходства;
- обвинять и приписывать ответственность за конфликт только партнеру;
- игнорировать его интересы;
- видеть все только со своей позиции;
- преувеличивать свои заслуги;
- раздражать, кричать, нападать;
- задевать «болевые» точки партнера;
- обрушивать на партнера множество претензий.

Конфликты между медработником и пациентом могут быть разделены на реалистические и нереалистические.

Реалистические (предметные) - вызваны неудовлетворением требований или ожиданий участников общения, несправедливым распределением обязанностей, преимуществ, такие конфликты направлены на достижение конкретных результатов и т.п.

Часто связаны с несовпадением ожиданий пациента и реальностью.

Нереалистические (беспредметные) - имеют целью открытое выражение накопившихся беспредметных эмоций, обид, враждебности, когда сам конфликт является целью. Например - предвзятое отношение к медицинской службе или к отдельному медработнику.

Даниэль Дена выделил три уровня конфликтов; стычки, столкновения и кризисы.

Под стычками подразумеваются незначительные конфликты, которые разрешаются или исчезают сами по себе и не влияют на способность отношений удовлетворять потребности участников. Пример - пациент после сделанного замечания вновь опоздал на процедуру.

**Столкновение.** Признаком конфликта этого уровня является продолжительное повторение одних и тех же аргументов по одному и тому же поводу; расширение круга причин, вызывающих ссоры; уменьшение желания сотрудничества с другим, уменьшение веры в доброе отношение другого человека; раздражение в течение нескольких часов, дней; появление сомнений в правильности своего представления об этих отношениях. Пример - ситуация, в которой приходится неоднократно исправлять ошибки коллеги, а на замечания он не реагирует и воспринимает их как результат придирчивости.

Кризис — такой уровень конфликта, который угрожает дальнейшему продолжению отношений. Признаком конфликта этого уровня считается решение окончательно прервать отношения; опасения, что другой разорвет отношения в одностороннем порядке; чувство, что отношения носят нездоровый характер, опасения эмоционального срыва, если они будут продолжаться; опасение физического насилия.

Неумение находить выход из конфликтных ситуаций психологи называют барьером межличностного общения.

Барьеры общения — это те многочисленные факторы, которые случат причиной конфликтов или способствуют им. Барьерами межличностного общения могут быть: барьеры техники навыков общения, расхождение интересов, целей, потребностей, способов деятельности, смысловые, языковые барьеры, предубеждения, предрассудки, социальные штампы, приписывание чуждых намерений собеседнику и др.

Средства общения и использование их в психотерапевтических целях

Содержательная сторона общения реализуется через способы и средства. Главным средством общения в человеческом обществе является язык, однако параллельно с ним широко используются и неречевые средства общения.

Для практической деятельности медработника характерна своя специфика вербального общения.

Эффективным считается простое, ясное, заслуживающее доверия, уместное сообщение, переданное в удачно выбранное время с учетом индивидуальных особенностей пациента. Под простотой понимают краткость, законченность фраз, понятность слов. Критерии ясности предполагают, что после получения сообщения пациент может однозначно ответить на вопрос, касающийся его дальнейших действий (что, как, сколько, где, когда, почему). Критерий «заслуживающий доверия» очень важен для эффективного общения, на доверие к медработнику влияют — отношение к нему других медработников, знание медработником обсуждаемого вопроса, соблюдение конфиденциальности.

Критерии «уместности сообщения» и «удачный выбор времени» можно объединить в один — «уместность», что предполагает обращения внимания на пациента во время ожидания им врачебного обхода, выполнения манипуляций, процедур и т.п. Учет индивидуальных особенностей пациента во время пребывания в ЛПУ крайне важен как критерий вербальной адекватности передачи информации. Именно он является мерой простоты, ясности, уместности, доверительности для конкретного пациента. К вербальным навыкам общения следует отнести также умение слушать, что предполагает наличие дисциплины, требует усилий.

С.В. Кривцова и Е.А. Мухаматулина выделяют активное, пассивное и эмпатическое слушание. Под активным они понимают слушание, при котором на первый план выступает отражение информации, а под эмпатическим — отражение чувств.

Медработник в основном контактирует с ослабленными людьми, которым порой трудно общаться с помощью слов, т.е. вербально. Поэтому они должны владеть навыками кодирования и декодирования невербальных сигналов, имеющих свою специфику при организации общения с пациентом.

Кроме того, важно владеть и профессиональным языком тела. Важность языка тела обусловлена тем, пациенты не только испытывают боль или



недомогание, но также могут тревожиться по поводу своих шансов на выздоровление, беспокоиться об оставленном доме и домочадцах и т.д. Одним словом, пациенты нуждаются в психологической поддержке и заботливом к себе отношении.

Применение невербальных средств общения в психотерапевтических целях со стороны медработника предполагает готовность к зрительному контакту, улыбке и другим положительным формам мимики, кивкам при выслушивании сетований пациента, открытые жесты, наклон корпуса в сторону пациента, малую дистанцию и прямую ориентацию, а также активное использование прикосновений, выражающих поддержку (держать за руку, обнимать за плечи, логонько прижимать к себе и т.п.), аккуратный внешний вид, тщательную синхронизацию процесса общения с пациентом и использование ободряющих междометий.