Заседание Общественного Совета при государственном учреждении здравоохранения «Городская больница № 7 г. Тулы»

Место проведения: конференц-зал ГУЗ «Городская больница № 7 г. Тулы»

Время проведения: 26 сентября 2018 года, 11:30 час.

Повестка:

1. Проблемы взаимодействия медицинских работников и пациентов. Соблюдение норм этики и деонтологии медперсоналом больницы.

Барабаш Татьяна Егоровна – заместитель главного врача по КЭР ГУЗ «Городская больница № 7 г. Тулы»

60 мин.

Выступления, прения – по 3 мин.

Принятие решения

Общественный Совет при государственном учреждении здравоохранения «Городская больница № 7 г. Тулы»

Протокол

«26» сентября 2018 г. № 9

Председатель Совета: Кошелев Владимир Владимирович – председатель Совета ветеранов ПАО «Тульский оружейный завод»

Секретарь Совета: Картавцев Владислав Игоревич - юрисконсульт ГУЗ «ГБ № 7 г. Тулы»

Члены Совета:

- Денисова Татьяна Яковлевна - заместитель председателя Совета ветеранов ОАО «Тульский оружейный завод», председатель Комиссии по здравоохранению и отдыху, председатель первичной организации Общества инвалидов Советского района г. Тулы;
- Зиновьев Вячеслав Алексеевич - председатель первичной профсоюзной организации ТулаТОЧМАШ;
- Скорых Вячеслав Петрович – директор ООО «СКАФ».

Повестка:

1. Проблемы взаимодействия медицинских работников и пациентов. Соблюдение норм этики и деонтологии медперсоналом больницы.

Докладчик: Барабаш Татьяна Егоровна – заместитель главного врача по КЭР

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. 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. В лечебной деятельности формируется особая связь, особые отношения между медицинскими работниками и пациентами, это отношения между врачом и больным, медсестрой и больным. Образуется, по словам И.Харди, связь «врач, сестра, больной». Повседневная лечебная деятельность многими нюансами связана с психологическими и эмоциональными факторами. Цель контактов между медицинским работником и пациентом – медицинская помощь, оказываемая одним из участников общения по отношению к другому. Такие отношения обусловлены в определённой мере и условиями, в которых ведется лечебная деятельность. Медработник, по идее, не в меньшей мере заинтересован в оказании помощи больному, ведь эта деятельность является его профессией. У медработника есть собственные мотивы и интересы взаимодействовать с пациентом, которые позволили ему выбрать медицинскую профессию. Общение медработника и пациента, в принципе можно назвать вынужденным общением. Так или иначе, но основным мотивом встреч и бесед больного человека с медработником становится появление у одного из участников такого взаимодействия проблем со стороны здоровья. Со стороны врача и медсестры существует при этом вынужденность выбора субъекта общения, которая обусловлена его профессией, его социальной ролью. И если обращение пациента к врачу, обусловлено, как правило, поиском медицинской помощи, то заинтересованность врача в пациенте объясняется

соображениями его профессиональной деятельности. Предпосылки взаимодействия больного и медработника формируются в зависимости от ряда факторов, обуславливающих ожидания больного: предварительной информации о медработнике репутации медицинского учреждения «дороги» в медучреждение.

Коммуникативная компетентность медицинского работника.

Коммуникативная компетентность – основа практической деятельности человека в любой сфере жизни. Роль владения своей речью трудно переоценить. Профессиональные, деловые контакты, межличностные взаимодействия требуют от современного человека универсальной способности к порождению множества разнообразных высказываний как в устной, так и в письменной форме. Коммуникативная компетентность – это обобщающее коммуникативное свойство личности, включающее в себя коммуникативные способности, знания, умения и навыки, чувственный и социальный опыт в сфере делового общения. Коммуникативная компетентность складывается из способностей: Давать социально-психологический прогноз коммуникативной ситуации, в которой предстоит общаться; Социально-психологически программировать процесс общения, опираясь на своеобразие коммуникативной ситуации; Осуществлять социально-психологическое управление процессами общения в коммуникативной ситуации. Коммуникативная компетентность медицинского работника характеризуется как определенный уровень сформированного межличностного и профессионального опыта взаимодействия с окружающими, который необходим индивиду для успешного функционирования в профессиональной сфере и обществе. Коммуникативная компетентность является профессионально значимой характеристикой медработника. Основные коммуникативные умения и навыки, необходимые в практической деятельности медицинской сестры: умение проводить беседу с пациентом; умение управлять своими психическими состояниями и преодолевать психологические барьеры; достаточное понимание индивидуально-психологических особенностей пациентов и умение учитывать; умение проникать во внутренний мир пациента; умение проявлять сочувствие (эмпатия) пациенту по его заболевания; умение выслушать и дать совет пациенту; умение анализировать все компоненты своей деятельности и себя как личность и индивидуальность. Коммуникативная компетентность предполагает не только наличие определенных психологических знаний, но и сформированность некоторых специальных навыков: умения устанавливать контакт, слушать, «читать» невербальный язык коммуникации, строить беседу, формулировать вопросы. Важно также владение медработником собственными эмоциями, способность сохранять уверенность, контролировать свои реакции и поведение в целом. Адекватная коммуникация предполагает правильное понимание больного и соответствующее реагирование на его поведение. Независимо от того, в каком душевном состоянии находится пациент, испытывает ли он гнев или печаль, беспокойство, тревогу или отчаяние, медработник должен уметь с ним взаимодействовать, адекватно строить отношения, добиваясь решения профессиональных задач. В связи с этим профессионально значимым качеством медицинского работника является коммуникативная толерантность (как один из аспектов коммуникативной компетентности) – терпимость, снисходительность и др. Коммуникативная толерантность показывает, в какой степени медработник переносит субъективно нежелательные, неприемлемые для него индивидуальные особенности пациентов, отрицательные качества, осуждаемые поступки, привычки, чуждые стили поведения и стереотипы мышления. Коммуникативная компетентность в профессиональной деятельности медработника означает умение не только психологически правильно строить отношения с больным, но и способность в процессе этих отношений оставаться в рамках профессиональной роли.

Модели взаимодействия медработника и пациента.

В разных культурах и в разных обществах отношения между врачом и пациентом складываются и понимаются по-разному. Американский биоэтик Роберт Витч выделяет четыре модели взаимоотношений врач-пациент, характерных для современной культуры: инженерную, пастырскую (патерналистскую), коллегиальную и контрактную. 1. Инженерная модель. В рамках этой модели пациент воспринимается врачом как безличный механизм. Задача врача - исправление отклонений в неисправном физиологическом механизме. Методы диагностики, которые использует врач, биохимические, биофизические, рентгенологические и другие. Основным недостатком этого типа отношений является технократический подход к пациенту, который противоречит принципу уважения прав и достоинства личности. Пациент не участвует в обсуждении процесса лечения. В современной медицине врач действительно взаимодействует с пациентом как узкий специалист и выполняет чисто технические функции. Примером может служить хирургический конвейер в глазной клинике Святослава Фёдорова. 2. Патерналистская модель. Межличностные отношения здесь подобны отношениям священника и прихожанина или отца и ребёнка, наставника и подопечного. Принципы отношения к пациенту – любовь, милосердие, забота, благодеяние и справедливость. Они были отражены в клятве Гиппократа. Патерналистская модель господствовала в христианской европейской культуре на протяжении многих столетий. В современной медицине такая модель остается наиболее предпочтительной и самой распространённой. Патернализм наиболее приемлем в педиатрии, психиатрии, гериатрии. Недостатки модели в том, что взаимоотношения могут перерасти в отношения типа «начальник – подчинённый». 3. Коллегиальная модель. Здесь господствует принцип равноправия. Врач сообщает правдивую информацию о диагнозе, методах лечения, возможных осложнениях и последствиях заболевания. Пациент участвует в обсуждении этой информации. Здесь реализуется право пациента на свободу выбора. Такая гармония в отношениях между врачом и пациентом скорее исключение из правила. На процесс лечения негативно могут влиять некомпетентность или особенности психики пациента. Эффективность коллегиальной модели проявляется особенно хорошо при хронических заболеваниях. 4. «Контрактная» модель. Взаимодействия врача и пациента осуществляются на принципах общественного договора. Пациенты заключают договор на медицинское обслуживание с лечебным учреждением или через страховую компанию. Каждая сторона в таком договоре несёт свои обязательства, и каждая достигает своей выгоды. Контрактная модель призвана защитить моральные ценности личности, однако в структуре оказания медицинской помощи населению занимает незначительное место. Рассмотренные модели взаимоотношения врач-пациент являются идеальными конструкциями. Реальный выбор того или иного типа отношений определяется особенностями личности врача, конкретной ситуацией состояния больного, характером медицинской помощи.

Общие правила общения с пациентом.

С психическими факторами приходится считаться повсюду, и особенно в практике лечебной деятельности. Сама психология присутствует везде, даже там, где ее, казалось бы, и быть не может. Существуют различные причины сопротивления, с которым часто приходится встречаться по отношению к различным вопросам психологии в работе с больными. Само соматическое заболевание действует на психику человека, вызывая различные опасения и страхи, которые, в свою очередь, могут ухудшить течение основного заболевания, состояние больного. Сердце, печень и другие органы, заболевают не изолированно, болезнь всегда затрагивает весь организм в целом. Важной задачей является внимательное отношение ко всем тем психическим процессам, которые

происходят у больных, к их переживаниям, к реакциям, к связанному с болезнью поведению, к лечебным мероприятиям, которые необходимо проводить. Психологические особенности пациента в условиях лечебных взаимоотношений и взаимодействия приходят в соприкосновение с психологическими особенностями медицинского работника. Кроме того, лицами, вовлеченными в контакт с пациентом, могут быть: врач, психолог, медицинская сестра, социальный работник. В лечебной деятельности формируется особая связь, особые отношения между медицинскими работниками пациентами, это отношения между врачом и больным, медицинской сестрой и больным. Образуется, по словам И. Харди, связь «врач, сестра, больной». Повседневная лечебная деятельность многими нюансами связана с психологическими и эмоциональными факторами. Отношения между врачом и больным являются основой любой лечебной деятельности. (И. Харди). Тактика общения с пациентами должна учитывать их возраст, особенности личности и характер болезни: - детьми – эмоционально теплое отношение, отвлечение от болезни, организация нешумных игр, чтение, проведение процедур с уговорами; - подростками – общение с учетом возрастных психологических особенностей (притязание на взрослость, бравада при внутренней ранимости, пренебрежение к болезням, факторам риска и т.д.), опоры на стремление к самостоятельности, взрослению; - взрослыми – познать личность пациента, индивидуальные особенности, отношение к болезни, медперсоналу, позицию взаимодействия его с медработниками и на этой основе ориентироваться на трудовую и социальную реабилитацию, выбор тактики осуществлять в зависимости от внутренней картины болезни, проведение коррекции неадекватных установок, психотерапии тревожно-мнительных пациентов; - пожилыми и стариками – поддержание у пациента собственной значимости и необходимости (особенно для семьи), подчеркнуть уважительное, тактическое, деликатное отношение без фамильярности, приказного тона, нравоучений; ориентация на двигательную активность, мотивация на выздоровление. 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 конфликтогенного 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. 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. Также принято выделять 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.

Председатель
Общественного Совета В.В. Кошелев

Общественный Совет при государственном учреждении здравоохранения «Городская больница № 7 г. Тулы»

РЕШЕНИЕ

«26» сентября 2018 г. № 9

1. Проблемы взаимодействия медицинских работников и пациентов. Соблюдение норм этики и деонтологии медперсоналом больницы.

Заслушав и обсудив доклад заместителя главного врача по КЭР Барабаш Т.Е. Общественный Совет при государственном учреждении здравоохранения «Городская больница № 7 г. Тулы»

РЕКОМЕНДУЕТ:

1. Заместителю главного врача по лечебной работе Новичкову Г.М.,, И.о. заместителя главного врача по поликлинической работе Ельтищевой Е.Н., главной медицинской сестре Парамоновой Е.Ю..:

1.1. Проводить работу с врачами, средним и младшим медицинским персоналом стационара и поликлиники ГУЗ «Городская больница № 7 г. Тулы» по этическому поведению, а также разрешать конфликтные ситуации.

Срок исполнения – постоянно

Председатель Общественного Совета В.В. Кошелев

Секретарь
В.И. Картавцев
Тел. 8(4872) 21-50-53