

Т. В. Матвейчик

## ПОМОЩНИК ВРАЧА ПО АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ: ОБУЧЕНИЕ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫМ НАВЫКАМ ПОВЕДЕНИЯ, ПОЛЕЗНОГО ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»*

**В** Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь на 2016–2020 годы» предписываются мероприятия по формированию здорового образа жизни (ФЗОЖ), поскольку одной из важных задач является принятие людьми всех слоев общества и детьми пользы от ЗОЖ с целью уменьшения риска развития серьезного заболевания и преждевременной смерти. Основой медицинской и педагогической стратегии по охране здоровья людей в 21 веке должно стать профилактическое и оздоровительное направление развития медицины. Это подтверждает высказывание на первой Европейской министерской конференции ВОЗ (Минск, 2015) Президента Республики Беларусь А. Г. Лукашенко о том, что «здоровье нации – главная инвестиция государства», из чего следует, что необходимо воспитание осознанного отношения к здоровью в обществе и в семье, начиная с детского возраста. К подобной деятельности должны активнее подключаться медицинские работники разных специальностей, в том числе помощники врача по амбулаторно-поликлинической помощи (Пвр) [1–2], динамика численности которых с 2009 г. претерпевает существенный рост: так, в 2009 г. было 62 должности, в 2010 г. – 377, в 2015 г. – 1488, что обеспечило фактическую потребность в Пвр.

На качество медицинской помощи (МП) влияет соотношение врач: сестра, которое за 1960–2012 гг. составляло от 1:4 до 1:1,5, а в 2015 г. стало 1:3 благодаря комплексной кадровой работе Министерства здравоохранения Республики Беларусь [4].

Выражение «медицинская активность» (лат. – усиленная деятельность) – обобщающее понятие, охватывающее как деятельное состояние человека, так и социальные институты здравоохранения, понимаемое как отношение к здоровью других, выполнение медицинских предписаний и назначений, гигиенических рекомендаций, норм, правил посещения лечебно-профилактических организаций, и другие виды деятельности человека, связанные со здоровьем» (Мартыненко А. В., 2014). Анализ проведенных исследований по влиянию ФЗОЖ на показатели здоровья людей свидетельствует о наибольшей эффективности генетического и духовного оздоровления, способного снизить уровень частоты распространенных заболеваний более чем в 2 раза, а наследственной и врожденной патологии – более чем в 20 раз (Фогель Ф., Мотульский А., 1989) [1, 3].

У пациентов обнаружена склонность к различным вариантам общения, влияющая на особенности пе-

дагогического консультирования Пвр людей по принятию личной ответственности за здоровое поведение. Это поиск информации из разных источников; воздействие СМИ, популяризирующих ЗОЖ; достижение личной цели (предупреждение прогрессирования болезни, сохранение имеющегося уровня здоровья); поиск поддержки со стороны другого человека и общества [5]. В помощь Пвр приводим слова А. С. Макаренко: «Можно и нужно развивать зрение, просто физическое зрение. Это необходимо для воспитателя. Нужно уметь читать на человеческом лице, и это чтение может быть даже описано в специальном курсе. Ничего хитрого, ничего мистического нет в том, чтобы по лицу узнавать о некоторых признаках душевных движений». Становится понятной роль Пвр в появлении активности взрослого пациента на обретение навыков поведения, способствующих здоровью в производственной и внепроизводственной сфере, влияющей на качество жизни (КЖ). «Качество жизни» – это степень восприятия, ощущения отдельными индивидуумами (группами лиц) удовлетворения своих потребностей и самореализации (Жуковский Г. С. и др., 2000). Международный терминологический словарь «Санитарное просвещение» дает определение «здорового образа жизни» – гигиеническое поведение, базирующееся на научно обоснованных санитарно-гигиенических нормативах, направленных на укрепление и сохранение здоровья, обеспечение высокого уровня трудоспособности, достижение активного долголетия.

Типы личности характеризуют внутренний потенциал человека и общую направленность к выполнению определенных рекомендаций, Пвр следует использовать эти знания для построения оптимальных взаимоотношений [6].

В системе оказания МП не место псевдо медицинским суевериям о сглазе, порче, вампирах, даже если пациент требует от Пвр не лечения, а мистических манипуляций, игнорируя критичность к себе. Крайности в поведении [7] могут вызывать тяжелые психологические реакции у пациента вследствие недостатка (избытка) информации о заболевании (табл. 1), а пониманию человека в болезни способствует знание Пвр шкалы предпочтений (табл. 2).

Знание предпочтений пациента позволяет Пвр избежать варианта личностного реагирования на болезнь через агрессию, часто используемую людьми с асоциальным поведением [3].

Таблица 1. Классификация основных форм поведения человека в социальной группе

Поведение	Способ воздействия
1. «Ангельское» – отрицание зла и насилия, фетишизация принципа «человек человеку друг, товарищ и брат»	Подражание, совет, просьба, похвала, комплимент
2. Высокоморальное – провозглашает добродетель, честность, порядочность, бескорыстие, щедрость, мудрость	Подражание, совет, побуждение, просьба, похвала, намек
3. Нормальное – выполнение общественной морали, допускающей отклонение («слаб человек»), признающее единство добра и зла, власти и денег	Внушение, похвала, вовлеченность, убеждение, просьба, плацебо, порицание. Метод Сократа (не допустить слова «нет»)
4. Аморальное – личные мотивы выше социальных норм, нет чувства угрызений совести при нарушении законов (больные алкоголизмом, «бомжи»)	Принуждение, «взрыв», осуждение, убеждение, требование, внушение
5. Дьявольское поведение противостоит ангельскому, аморально, противоречиво (убийцы, насильники)	Принуждение, «взрыв», осуждение, наказание, запрещение

Таблица 2. Характеристика шкал предпочтений человека

Восстановление энергии	Экстраверт черпает энергию из внешнего мира (людей, занятий, вещей)	Интроверт черпает энергию из внутреннего мира (мыслей, эмоций, впечатлений)
Сбор информации	Сенсорный тип получает информацию посредством 5 органов чувств, обращает внимание на реальность	Интуитивный человек получает информацию «шестым чувством», обращает внимание на возможности
Принятие решений	Человек мыслительного типа принимает решение «головой», согласно логике и объективности	Чувствительный тип принимает решение «сердцем» посредством личного убеждения
Образ жизни	Решающий тип предпочитает распланированный образ жизни	Воспринимающий тип предпочитает спонтанный образ жизни, пренебрегает личным планом дня

*Физическая активная агрессия – прямая:* нанесение другому человеку ударов оружием, избивание, ранение огнестрельным оружием; в медицине – драка пациентов.

*Физическая активная – непрямая:* закладка минушек; сговор с наемным убийцей с целью уничтожения врага; в медицине – «злые» розыгрыши.

*Физическая пассивная – прямая:* стремление физически не позволить другому достичь желаемой цели, заняться желаемой деятельностью, например, «сидячая» демонстрация; выливание лекарств, выбрасывание таблеток.

*Физическая пассивная – непрямая:* отказ от выполнения необходимых задач (отказ освободить территорию во время сидячей демонстрации); отказ от инъекций, процедур, манипуляций, исследований.

*Вербальная активная агрессия – прямая:* словесное оскорбление или унижение другого человека.

*Вербальная активная – непрямая:* распространение злостной клеветы или сплетен о другом человеке.

*Вербальная агрессия – пассивная – прямая:* отказ разговаривать с другим человеком, отвечать на его вопросы и т. д.

*Вербальная пассивная – непрямая:* отказ дать определенные словесные пояснения или объяснения, например, отказ от высказывания в защиту человека, которого незаслуженно критикуют.

Выражение агрессии в любом виде – проявление негативизма пациента к болезни и окружению, требующая предельной осторожности, такта, доброты, миролюбия, избегания банальной ссоры с пациентом [1, 3]. Правильно обучение Пвр приемам, противостоящим агрессии, культуре, достоинству [7], своевременной паузе, после которой можно обращаться к чувствам и разуму,

качества доверия, уважения [8]. Велико влияние первой встречи с пациентом, манера Пвр ведения беседы, при которой управляют диалогом. Пациенту верят, а если имеется расхождение с вашим мнением, ищут причину, чаще всего кроющуюся в зависимостях. Оснований для употребления и злоупотреблением одурманивающими средствами в социальном явлении алкоголизма всего три: социально-антропологические, социально-психологические и социально-экономические [8]. К социально-антропологическим причинам относят многовековую историю физиологического потребления алкоголя, его извращенным удовлетворением. И Кант писал: «Для возбуждения или сдерживания воображения имеется физическое средство – употребление дурманящих веществ, некоторые из них в виде яда ослабляют жизненную силу, другие усиливают ее, по крайней мере, повышают ее чувствительность (каковы хмельные напитки, вина, пиво или их спиртной экстракт – водка), но все же они противоестественны и искусственны. Тот, кто принимает их в таком чрезмерном количестве, что на некоторое время лишается способности упорядочивать свои чувственные представления по законам опыта, называется пьяным или одурманенным; произвольно или преднамеренно приводить себя в подобное состояние – значит одурманивать себя». Алкоголь выступает в качестве средства для поддержания общения, являясь социально-психологической причиной алкоголизма: «Всякое тихое одурманивание, т. е. такое, которое не вносит оживления в общество и не содействует обмену мыслями, имеет в себе нечто позорное; таково опьянение опиумом и водкой. Вино и пиво, из которых первое только возбуждает, а второе только питательно и подобно пище сытно, не мешает общительности, все же между ними разница: пиво более располагает к мечта-

тельной замкнутости и часто ведет к грубости, а пирушка с вином возбуждает шумное веселье и остроумные разговоры», – считал И. Кант.

В основе социально-экономических причин лежит получение прибыли, о чем писал К. Маркс: «...если ее (водку) употреблять в качестве пищевого продукта, то, по общему признанию, она является отравой». В период транзитивного общества феномен пьянства разлагающе действует на традиционное замкнутое общество, действуя как атомный взрыв (В. В. Похлебкин), но далее он привел к росту люмпен-пролетариата («посадочной голытьбы»), обусловившему масштабные проблемы. Нарушения психического здоровья в Европейском регионе у каждого четвертого жителя обращают внимание на разрушительную связь между расстройствами психического здоровья и социальной маргинализацией общества, безработицей, бездомностью, обуславливая масштабы моральных деформаций в обществе скрытого характера, приводящих к тяжелым последствиям [1–3, 7, 8].

Ранняя диагностика депрессий и суицида выявила несовершенство, проявившееся в их росте в период экономического кризиса в Греции на 17%, Ирландии – на 13%, позволившее отработать пути снижения проявлений человеческого отчаяния в мерах социальной защиты и политике на рынке труда [8]. Психологическая надломленность пациента требует особо уважительного отношения со стороны Пвр, сохранения медицинской тайны. На Западе правила требуют говорить пациенту всю правду. Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» обязывает предоставлять пациенту весь объем информации о его здоровье [1, 6], но в максимально щадящей форме с учетом обстоятельств – нельзя отнимать право на надежду, ибо «Надежда – это ожидание чуть большего, чем ничего в достижении цели» – считал А. Сурожский. Принимая во внимание задачи для решения Пвр при госпитализации пациента, переводе (выписке) и иных, ему необходимо поддержать соответствующее общение с людьми, понимая, что одновременно в какой-то степени нужно раскрыться самому [1, 3, 6].

### **Для эффективного знакомства Пвр с пациентом полезно знание**

- Созданию приятной атмосферы в разговоре помогает освещение. Избыток, или недостаток света будет утомлять, напрягать глаза. Шум мешает сконцентрировать внимание, пациент может вести себя скованно, почувствовав, что разговор кому-нибудь мешает. Спланируйте знакомство так, чтобы соседей в этот момент не было. Посетителей попросите временно выйти в холл, но дайте возможность присутствовать друзьям (членам семьи), если пациент пожелает.

- Готовность человека к разговору будет ниже, если он устал, удручен, боится чего-либо, у него что-то болит. В таком случае перенесите знакомство, либо проведите обезболивание согласно назначению врача. Уделите на разговор не менее 15 мин, при отсутствии времени, его разделяют на несколько частей с объяснением пациенту, почему это делается.

- Информацию о пациенте получают до разговора из доступных источников, предыдущих мест лечения,

что экономит время. Постарайтесь быстро сделать выводы из сведений, уточнить правильность адреса пациента, контактного телефона, возраста, места работы, сведений о заболеваниях.

- Доверительные отношения Пвр с пациентом выстраиваются не сразу, считают, что взаимодействие людей осуществляется на 60–80% за счет невербальных средств – мимики, поз, жестов, тембра голоса. Знание Пвр языка телодвижений, обусловленного импульсами подсознания, сложного для подделки, помогает глубже понять внутреннее состояние пациента.

- Прежде чем перейти к сути беседы, поговорите на отвлеченные темы. Проявите неподдельный интерес к тому, что вам говорят, взгляд в лицо, периодическое повторение его слов помогут добиться понимания. Если вы стоите, пациент может чувствовать себя подавленным, будет обрывать ответы, упускать важную информацию [3]. Если Пвр говорит резко, безразлично – пациент не доверится. Разъясните цель беседы, чтобы пациент понял пользу из нее, подчеркнув необходимость его честности. Приведите примеры того, как полученная информация помогает в лечении [5].

- Тон разговора задает Пвр, начиная с вопроса: «Как Вы себя чувствуете?», «Что вас беспокоит больше всего?», дав пациенту выговориться. Нельзя разглашать информацию, полученную от пациента, конфиденциальность – качество, высоко ценимое пациентами с наркологическими и психиатрическими проблемами [1, 9]. В ходе разговора контролируйте себя, говорите понятно, без медицинских терминов, поскольку пациент не захочет оставаться в неведении относительно их смысла. Если не уверены, что пациент понял вопросы, попросите его повторить мысль своими словами, обращая особое внимание на содержание ответа.

- Формулировка точных вопросов, требующих пространственных ответов, а не кратких «Да» – «Нет», а также не законченных вопросов, концентрирующих внимание, заставляющих давать более полные ответы. Если пациент просит обратить внимание на одну из его жалоб, попросите подробнее ее описать, прислушиваясь к ответам, могущим повлечь уточняющие вопросы [5, 6].

- По ходу беседы Пвр рекомендуют делать пометки, не пытаясь записать всю информацию, кратко фиксируя даты, время, ключевые слова или фразы, используя их позже.

Международное сообщество на 64 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (Варшава, 2011) указало, что действия по «...оказанию основанных на знаниях и квалифицированных услуг по охране здоровья позволяют довести до максимума физическое, психологическое, эмоциональное и социальное благополучие отдельных людей, семей и общества» [10]. Призыв ВОЗ к государствам посредством ряда практических действий (WHA 64.7 (р. 13.4) [11] поддержан Республикой Беларусь. Число посещений Пвр на приеме (3,35 чел./час. на амбулаторном приеме) и при визите на дом (1,79 чел./час.) влияют на качество МП и КЖ (статистика расчета показателей по методике Шиповой В. Н.).

При обучении пациента важным навыкам укрепления здоровья Пвр следует избегать поручать ему что-

либо впопыхах, непродуманно, передавать задание через третьих лиц. Пвр может применить приемы, облегчающие исполнение врачебных назначений: сочетание устной и письменной информации в листе назначений, истории болезни, амбулаторной карте пациента; перепроверка с помощью вопроса, правильно ли понято задание; письменного указания сроков, форм исполнения. Взаимодействие Пвр с больным человеком базируется на равном доступе к МП, ее единообразии согласно болезни; уважении к личности и участию сообщества пациентов.

Таким образом, профессиональное общение Пвр с пациентами благоприятно для обучения важным навыкам жизни в здоровье и в болезни и базируется на доверии. Здоровье становится фактором конкурентоспособности и профессионального отбора, влияющим на личную заинтересованность в укреплении здоровья, продление долголетия. Факторы неформальной поддержки и позитивные приемы общения Пвр предпочтительны для того, чтобы люди доверяли Пвр и использовали его советы в действии. Русский профессор М. Я. Мудров считал: «Долг каждого врача – взять в свои руки людей здоровых, предохранить их от болезней... предписывать им надлежащий образ жизни, ибо легче предохранить от болезней, нежели их лечить», совет актуален. С пациентами психиатрического и наркологического профиля особо важно применение стандарта прав пациента на информированное согласие [9].

Действенная помощь применения на практике стратегии политики Здоровье–2020, направленная на поддержку «значительного улучшения здоровья и повышения благополучия населения, сокращения неравенства в отношении здоровья, укрепления охраны общественного здоровья и обеспечения наличия универсальных, устойчивых и высококачественных систем здравоохранения, ориентированных на человека» зависит, в том числе, от Пвр.

### Литература

1. *Матвейчик Т. В., Мещеряков Ю. В.* «Профилактическая работа помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи»: учебно-методическое пособие / Т. В. Матвейчик, Ю. В. Мещеряков. – Минск: БелМАПО, 2015. – 171 с.
2. *Матвейчик Т. В., Иванова В. И.* Модель организации труда помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи: монография / Т. В. Матвейчик, В. И. Иванова. – Минск: БелМАПО, 2013. – 184 с.
3. *Матвейчик, Т. В.* Содействие здоровому образу жизни: учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик [и др.]; науч. ред. Т. В. Матвейчик. – Минск: РИПО, 2014. – 276 с.
4. *Матвейчик, Т. В.* Сестринское дело в XXI веке: монография / Т. В. Матвейчик, Е. М. Тищенко, Э. В. Мезина. – Минск: БелМАПО, 2014. – 303 с.
5. *Матвейчик, Т. В.* Организация сестринского дела в системе пенитенциарной медицины: учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик, В. И. Петров, А. А. Кралько. – Минск: БелМАПО, 2011. – 237 с.
6. *Матвейчик, Т. В.* Организация медико-социального ухода за пациентами на дому: учеб. пособие / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск: Адукацыя і выхаванне, 2011. – 368 с.
7. *Ротман, Д. Г.* Белорусская молодежь на рубеже веков: штрихи к портрету / Д. Г. Ротман // Социология. – 2004. – № 1. С. 50–59.
8. *Онуприенко, С. П.* Экологическая культура в сознании детей и взрослых Беларуси: грани становления: монография / С. П. Онуприенко. – Минск: Экоперспектива, 2015. – 212 с.
9. *Кралько, А. А.* Медицинское право: учеб.-метод. пособие / А. А. Кралько. – Минск: БелМАПО, 2014. – 277 с.
10. *Совещание* главных государственных медицинских сестер Европейского региона ВОЗ. Цели и задачи, Варшава, Польша, 7–8 окт. 2011 г. / ВОЗ. Европ. регион. бюро.
11. *Укрепление сестринского и акушерского дела: А64/VR/10* // Шестьдесят четвертая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, 24 мая 2011 г. Десятое пленарное заседание.