

ОСНОВЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ МЕДСЕСТРЫ С ПАЦИЕНТОМ

Сестринское дело как форма деятельности по объекту труда относится к профессиям группы «человек-человек», по условиям - к работе, связанной с повышенной ответственностью за жизнь и здоровье людей.

Больной, стремясь выздороветь, ждет помощи, поддержки и заботы. Эти ожидания, свойственные человеку в любой ситуации, более остро проявляются во время болезни.

Неудовлетворенность результатами часто проявляется в изменении психического состояния пациента.

Психологическое состояние человека имеет решающее значение в возникновении болезни и обуславливает особенности её течения, определяет развитие и успех лечебных мероприятий.

Нередко тревога и страх главенствуют в клинической картине, поэтому разумнее всего начинать построение отношений с психотерапевтического общения. Под психотерапией будем понимать, модель, основанную на первичном значении этого слова, - психологическое воздействие с целью лечения больных или коррекции их поведения, ч «исцеление души». Условиями её являются «безоценочное отношение к пациенту и принятие его таким, каков он есть, с состраданием и сочувствием к нему, а также искренностью и честностью поведения». Часто болезнь так доброкачественна, что нет смысла «наваливаться» на больного сильными и не всегда безопасными средствами – выздоровление наступит самостоятельно даже без лекарств, если успокоить и приободрить больного.

Медицинская сестра всегда, осознает она или нет, производит на больного определенное впечатление, которое и является основой дальнейшего взаимодействия. В связи с этим медицинская сестра, пренебрегающая психотерапевтическими приемами, оказывает негативное воздействие на психику своих пациентов, что вредит и больному, и ей.

Терапевтическим средством, наиболее полезным в ежедневной лечебной практике (особенно это актуально для районных больниц), является сам медицинский работник.

Другими словами, важны не только таблетки и инъекции, но и слова, мимика, жесты, психологическая обстановка, в которой происходят эти действия.

Многие добросовестные медицинские сестры постоянно совершенствуют свои навыки, регулярно повышают квалификацию на курсах, но в то же время отмечено, что многие из них мало внимания уделяют использованию такого могущественного орудия, как слово, которое постоянно в их распоряжении.

Не надо забывать, что пациенты в большинстве случаев внушаемы. Давно замечено, что **плацебо** («фальшивые» таблетки, буквально – понравлюсь, удовлетворю) эффективно помогают в лечении больных. Конечно, в меньшей степени, но разница с лекарственными средствами не слишком велика. Процент эффективности плацебо колеблется от 50 до 80%.

Медицинские работники занимают такое положение в обществе, что каждый человек ожидает от них психологической помощи и поддержки. В процессе любой деятельности они оказывают сильное влияние на психику, положительное или отрицательное, на пользу или во вред больному. Именно поэтому общение с пациентом является такой же важной стороной профессиональной деятельности, как и владение навыками.

Профессиональное общение медицинской сестры – процесс установления и развития контакта между ней и пациентом, порождаемый потребностями в совместной деятельности, и

включающий передачу информации (**коммуникацию**), выработку стратегии взаимодействия (**интеракцию**), восприятие и понимание партнерами друг друга (**перцепцию**).

Как было отмечено выше, поведение медицинской сестры оказывает влияние на течение болезни и состояние пациента. Следовательно, умение общаться также важно, как и профессиональная деятельность – лечебные и диагностические процедуры, соблюдение санитарно-противоэпидемического режима.

Это связано с тем, что коммуникация необходима практически во всех сферах деятельности медицинской сестры. Через общение она определяет, что означает для пациента быть здоровым, насколько он стремится быть таковым и что готов для этого сделать. Оно предваряет собой всю профессиональную деятельность медицинской сестры (инъекции, перевязки, катетеризация, зондирование, гигиенические мероприятия и т.д. и потом идет с ней параллельно).

Часть работы медицинской сестры основана только на профессиональном общении.

Это мероприятия по обучению больного различным умениям и навыкам, укреплению и поддержанию здоровья, профилактике заболеваний, защите прав пациента.

Организация паллиативной, геронтологической и гериатрической помощи обеспечивается в значительной степени навыками профессионального общения медицинской сестры. Отсутствие их делает её профессионально малопригодной.

СПЕЦИФИКА КОММУНИКАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Специфика межличностной коммуникации в рамках профессионального общения медицинской сестры заключается в следующих процессах и феноменах: при наличии обратной связи, коммуникативных барьеров; феномене влияния; существовании вербального и невербального уровней передачи информации.

Обратная связь – реакция пациента на информацию, поступающую от медицинской сестры и наоборот. Она помогает понять, как воспринимается предоставляемая информация.

Коммуникативный барьер – психологическое препятствие на пути адекватной передачи информации между партнерами по общению.

Фонетический барьер возникает, когда медицинская сестра или пациент говорят на разных языках и диалектах, имеют существенные дефекты речи и дикции, изъясняются быстро и невыразительно, либо с большим количеством слов-паразитов.

Смысловой барьер связан с проблемой сленгов – употребляемых определенной группой людей выражений, которые не являются частью общеразговорного языка. Для медицинской сестры употребление понятных и не пугающих пациента терминов является необходимым, так как от этого зависит успешность контакта.

Стилистический барьер может возникать при несоответствии речи ситуации общения, например, при фамильярном поведении, когда медицинская сестра всех людей старше определенного возраста называет «бабуля» или «дедуля»; когда не учитываются психологические особенности различных возрастов и т.д.

Логическое непонимание – барьер возникает в тех случаях, когда логика рассуждения коммуникатора слишком сложна для реципиента, либо кажется неверной (например, «мужская» или «женская» логика). К примеру, медицинской сестре может быть непонятна логика беременной, продолжающей курить.

Социокультурные барьеры – социальные, политические, религиозные и профессиональные различия.

Для возникновения барьера авторитетов может играть значимость коммуникатора в глазах реципиента. Чем выше авторитет, тем меньше преград на пути усвоения информации.

Само нежелание прислушиваться к словам того или иного человека часто объясняется его низкой авторитетностью («яйца курицу не учат»).

В процессе общения могут возникать так называемые **барьеры отношений**. Речь идет о развивающемся или уже имеющемся чувстве неприязни или недоверия к человеку, которое распространяется и на передаваемую им информацию: «Что вы слушаете эту Марианну? Вы забыли, где она работает?»

Феномен коммуникативного влияния проявляется в двух типах воздействия: авторитарном и диалогическом. В первом случае воздействие в процессе передачи информации носит характер манипулирования пациентом, что противоречит принципам и правилам биоэтики, Этическому кодексу медицинской сестры России (Приложение Г).

Основам законодательства РФ об охране здоровья, но является основным в наших ЛПУ. На наш взгляд, это связано с традиционной моделью взаимоотношений медицинских работников с пациентами в стране. В случае диалогического воздействия медицинская сестра и пациент общаются на равных, с учетом позиций каждого, вырабатывают стратегию совместных действий.

Выше отмечено, что информация передается с помощью вербальных и невербальных средств. Вербально мы передаем информацию с помощью речи. А. Mehrabian считает, что только 7 % информации передается с помощью слов, все остальное – с помощью невербального языка [26].

Невербальная информация передается с помощью визуального контакта, внешнего вида и взаимного расположения коммуникаторов; жестов, мимики, позы и походки; места и времени общения; прикосновения, запаха; тона, темпа, тембра и громкости голоса; пауз, покашливания, смеха и т.д. Элементы такого поведения сложно воспроизвести по собственному желанию. Специальным образом подготовленная медицинская сестра может использовать поступающую от пациента невербальную информацию в дополнение к основным методам диагностики.

Медицинскому работнику желательно использовать элементы невербального общения, направленные на одобрение и поддержку пациента, и избегать демонстрации отвращения, брезгливости, разочарования, недоверия и безысходности. Необходимо стремиться к согласованному взаимодействию всех элементов невербального поведения. В первую очередь социальная роль медицинской сестры требует высокой степени владения мимикой лица, придания ему как максимальной стабильности и стандартного выражения – сочувствия и уверенности.

Характеризуя вербальный уровень передачи информации, В. Cozier и G. Erb считают эффективным простое, ясное, заслуживающее доверия, уместное сообщение, переданное в удачно выбранное время с учетом индивидуальных особенностей пациента [64].

Под простым они понимают краткую, законченную, содержащую понятные слова фразу.

Критерий ясности предполагает, что после получения информации от медицинской сестры пациент сможет однозначно ответить на вопросы «что, как, сколько, где, когда, почему» в отношении осознания его дальнейших действий (будет ли он этому следовать, это другой вопрос). Использование слов «больше» и «меньше», «чаще», «реже», «иногда», «мало», «много», «утром», «завтра», «ждите» и других приводит к неоднозначной интерпретации сообщения.

В. Cozier и G. Erb называют критерий «заслуживающий доверия» самым важным для эффективного общения [64] и считают, что доверие пациента к медицинским сестрам

складывается с учетом отношения к ним других работников здравоохранения и пациентов; знаний сестер обсуждаемого предмета и одновременно понимания ими ограниченности своих знаний и умения признаваться в собственном незнании; соблюдения конфиденциальности отношений. Авторы считают, что сообщение, переданное уверенным и решительным тоном, с определенной долей вероятности вызовет у пациента больше доверия, чем переданное неуверенно. В то же время они предостерегают медицинскую сестру от самонадеянных и авторитарных суждений противопоставляя этому конструктивный диалог.

Критерии «уместность сообщения», «выбор времени» в русском языке можно объединить в один – «уместность». В Российском здравоохранении медицинская сестра «уместна практически всегда: в ЛПУ пациент находится в состоянии перманентного ожидания врачебного обхода, приглашения «на уколы», на диагностические процедуры, на обед и т.д. Любая деятельность медицинской сестры приоритетна по сравнению с деятельностью больного – он рад, что на него обратили внимание, чувствуя это, медицинская сестра может перестать ощущать свою неуместность, например, осуществляя подачу судна или мочеприемника, подмывание пациента, постановку клизмы, катетеризацию и другие манипуляции в присутствии соседей по палате или даже посетителей.

Мы же считаем самым важным критерием вербальной формы передачи информации - учет индивидуальных особенностей пациента в целом и их изменений во время пребывания в ЛПУ. Именно он определяет простоту, ясность, уместность и степень доверительности отношений для конкретного больного.

СПЕЦИФИКА ПЕРЦЕПЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Успешное развитие совместной деятельности возможно лишь в том случае, если между её участниками существует взаимопонимание. То в какой мере медицинская сестра воспринимает и понимает пациента, а через него и себя, во многом определяет процесс общения и уровень отношений, которые складываются между ними, а также способы осуществления их совместной деятельности.

Если медицинская сестра воспринимает пациента как некорректного, грубого, наглого, невоспитанного, циничного, обозленного, неконтактного, крайне несдержанного, нервного, раздраженного, нервного, надоедливого, нудного, своенравного, не порядочного, пессимистически настроенного, деградировавшего, выжившего из ума старика, или наоборот, как приятного в общении, понимающего, доброго, веселого, вежливого, спокойного, доброжелательного к медицинскому персоналу, выполняющего назначения, соблюдающего диету, дисциплинированного, желающего вылечиться, заботящегося о своем здоровье, то в соответствии со своими стереотипами она будет и видеть, и описывать его именно таким.

Это недопустимо, поскольку индивид начинает своим поведением подтверждать впечатления о себе другого человека. Восприятие пациента как «изначально плохого» может способствовать оправданию медицинской сестрой своей недостаточной добросовестности: «раз он сам лечиться не хочет, да еще курит и ест много, то и от моей помощи толку никакого», что в дальнейшем создает представление о собственной деятельности как бесполезной, унижительной, временной.

Механизм, обеспечивающий работу этого стереотипа, заложен в самом процессе восприятия и взаимопонимания сестры и пациента: медицинская сестра на основе своих представлений формирует собственную стратегию поведения по отношению к больному и реализует её. Пациент, строя собственное поведение, может отталкиваться от этой стратегии, а, следовательно, и от субъективного мнения о нем. Если медицинская сестра обладает авторитетом, то больной будет стараться вписаться в ту модель поведения, которую ему навязали. «Пророчество», субъективная оценка, сделанная наблюдателем, начнет действовать.

Можно предположить, что сестринская профессия в целом относится к рискованной с точки зрения стереотипизации представлений медицинского работника о пациентах, о самом себе, о своей деятельности. Поэтому важно, с одной стороны, целенаправленно формировать адекватный, отвечающий действительности образ пациента во время психологической подготовки медицинской сестры в учебном заведении, с другой стороны, своевременно корректировать уже сложившийся, но искаженный. Медицинская сестра должна быть готовой к восприятию новой неожиданной для неё информации о пациенте и, возможно, о себе, и готовой к изменению своих представлений.

СПЕЦИФИКА ИНТЕРАКЦИЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Интерактивное общение предусматривает взаимодействие людей, приспособление человека к человеку в совместной работе, учебе, на отдыхе. Это деятельность, направленная на реализацию общих для некоторой группы целей, взаимное влияние друг на друга контактирующих между собой людей.

В различных исследованиях выявлены основные мотивы, с которыми человек вступает во взаимодействие с другими людьми.

- Мотив максимизации общего выигрыша (мотив сотрудничества). Сотрудничество – одна из основных форм межличностного взаимодействия, характеризующаяся объединением усилий участников для достижения совместной цели.
- Мотив максимизации собственного выигрыша (индивидуализм).
- Мотив максимизации выигрыша другого (альтруизм).
- Мотив минимизации выигрыша другого (агрессия).
- Мотив минимизации различий в выигрышах (равенство).

В рамках субъект-субъектной модели отношений, в которой медицинская сестра и пациент являются познающими и активно действующими субъектами, обладающими сознанием и волей индивидами, наиболее продуктивна установка на сотрудничество. Оба стремятся к достижению оптимального уровня здоровья больного. При этом медицинская сестра обеспечивает условия для осознанного выполнения пациентом профилактических и лечебных мер. Естественно, за исключением крайних случаев, когда например, больной находится в бессознательном состоянии.

На взаимодействие также оказывают влияние социальные статусы и роли медицинской сестры и пациента. Под социальным статусом медицинской сестры мы понимаем её положение в социальной иерархии нашего общества. Огромный дефицит кадров, низкая заработная плата говорят о низком социальном статусе и престиже профессии. Как мы отмечали выше, установленный ещё в 1927г. профессиональный и социальный статус медицинских сестер сохраняется в Российском здравоохранении и поныне.

Социального расслоения пациентов не должно быть, но реально оно существует и зависит от статуса индивида до его обращения за помощь в ЛПУ. Это положение не должно влиять на очередность оказания медицинской помощи и её уровень. Его следует учитывать при вербальном и невербальном общении.

Социальные роли медицинской сестры и пациента – это их модели поведения, включающие права и обязанности работника ЛПУ. Права и обязанности медицинской сестры определены Этическим кодексом медицинской сестры России (Приложение Г) и приказом Минздрава РФ № 249 от 19.08.1997г. «О номенклатуре специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала». И, если с этими документами будущую медицинскую сестру, так или иначе, познакомят в процессе обучения, то о правах пациента (стр. 30-34 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан), скорее всего, она впервые может задуматься, став пациенткой сама.

Мы считаем, что в процессе оказания помощи в соответствии с философией сестринского дела и Отраслевой программой развития сестринского дела медицинской сестре предписана роль специалиста по оказанию соматической, психической, социальной помощи пациенту.

Функция больного – активно сотрудничающий с медицинской сестрой пациент.

В некоторых ситуациях, например при проведении интимных процедур, особенно важно, чтобы человек воспринимал себя именно в роли пациента, а медицинскую сестру – в роли специалиста здравоохранения, а не молоденькой девушки.

Источник:

Михайлова И.В., Владимирова О.В., Ишкова Т.М., Хвалова В.В. Траектория практического обучения по дисциплине Основы сестринского дела. Уч.пособие для студентов Барыбинского медицинского колледжа. Барыбинск, 2010, 429 с.