**Лекция № 3. Профессиональное общение медицинской сестры**

**Цель:** Ввести понятие профессиональное общение. Дать общее представление и выделить особенности психологии общения медицинской сестры с пациентами. Ввести понятия «астенизация» и «невротизация». Предложить развернутый план беседы медицинской сестры с пациентом в условиях стационарного лечения.

Подготовить студентов к овладению следующими профессиональными компетенциями: ПК 1.1; ПК 2.3; ПК 2.5; ПК 2.6; ПК 2.7; ПК 3.2; ПК 3.3; ПК 3.4; ПК 3.6. **План:**

1. Профессиональное общение.
2. Общение с пациентами.

**1.** **Профессиональное общение**, являясь одним из вариантов межличностного общения, определяется видом профессии, целями и задачами конкретной

профессиональной деятельности, ее социальной значимости. Каждая профессиональная деятельность основывается на необходимых для ее выполнения знаниях и навыках, имеет свою языковую, этическую, материально-техническую базу, особенности организации и управления. В зависимости от вида профессиональной деятельности в сознании людей формируется *определенное представление* об образе носителя той или иной профессии. Так, например, артист должен быть красивым и чувственным, спортсмен – сильным, космонавт – хорошо подготовленным, бесстрашным.

* + Вспомните, как называется это явление в психологии?

Это явление стереотипизации, стереотипного восприятия.

* + Что же собой представляет образ медицинского работника в сознании людей? Медицинский работник должен, по мнению общества, *иметь образование*, *глубокие знания в своей специальности, быть высоконравственным человеком.* К тому же должен обладать *личным обаянием, скромностью, правдивостью, справедливостью, гуманизмом и оставаться на протяжении всей жизни здоровым человеком*. В то же время медицинская деятельность осуществляется в рамках целого ряда юридических административных нормативных границ, которые способны влиять на характер профессиональной деятельности. Это строгая субординация, нормативные нагрузки, обязательность исполнения, порядок обследования и т.д.

Направленность профессионального общения *двойственна*. *В первую очередь* это **внутрипрофессиональное общение**. Внутрипрофессиональное медицинское общение основывается на необходимом объеме знаний медицины и ее языка. Первые непрерывно пополняются, а язык основывается на большом количестве латинской терминологии, которая в быту практически не используется. Медицина имеет огромное количество разделов и специальностей, каждые из которых имеют свою специфику. В решении задач охраны здоровья человека медицина определенным образом структурно организована и реализуется на разных исполнительских уровнях (учреждение, отделение; врач, фельдшер, медсестра, санитар). Кроме того, *медицинская деятельность*, при всей значимости центральной фигуры врача, *является деятельностью коллективной*.

Ориентация на латинский язык, как базовый в медицине, исторически преследовала цель создания возможности взаимопонимания между медицинскими работниками независимо от их национального языка. Кроме того, это давало возможность ограничить доступ к содержанию медицинских заключений посторонних лиц. В настоящее время значение его в сохранении медицинской тайны несколько уменьшилось, однако он попрежнему играет внутрипрофессиональную коммуникативную роль. Поэтому, чем больше объем знаний медицинской терминологии у медицинского работника, тем легче понимать ему коллег, независимо от их специализации.

Организация медицинской деятельности направлена на максимальное ограничение и исключение действий, способных навредить пациенту.

* + Каков главный принцип деятельности медработника? («Не навреди!»)

Это обязывает медработника к соблюдению в общении и работе строгой субординации. Личная инициатива медработника не должна выходить за рамки действий, предусмотренных конкретным планом обследования и ведения больного.

Коллективность медицинской деятельности подразумевает также необходимость формирования у сотрудников чувство коллективизма, взаимоуважения, взаимодоверия и взаимоответственности.

* + Вспомните работу бригады скорой помощи из фильма «Неотложка».

*Во вторую очередь* профессиональное общение медработника включает в себя **общение с пациентами.**

**2**. По мере совершенствования лечебно-диагностического процесса, внедрения современных методов лечения и организации сестринского ухода, неизбежно *повышаются требования к медицинской сестре*, к ее личным и профессиональным качествам. Пациент видит в медицинском работнике представителя профессии, конкретного специалиста, просто человека, наконец. Осознанно или неосознанно, пациент оценивает медицинского работника. В первую очередь эта оценка направлена на решение таких вопросов: «Можно ли доверять данному специалисту?», «Какой он человек?» В зависимости от того, какое мнение сформируется у человека, обратившегося к вам за помощью или вынужденного получать ее от вас, будет во многом определяться эффективность вашей помощи.

* Мы уже говорили о том, что в обществе складывается определенный образ медицинского работника.

Чем в большей степени у пациента *совпадает* ожидаемый образ медицинского работника с реальным, тем *большее доверие* он к нему испытывает. Не случайно специалисты по медицинской психологии считают, что медицинская сестра должна производить впечатление «хорошего человека». Именно такому человеку пациент захочет доверить свое здоровье и жизнь. Именно на таком, полном доверии медработника и пациента и строится терапевтическое сотрудничество, без которого невозможно лечение.

В настоящее время все больше возрастает необходимость индивидуального подхода к пациенту. В связи с этим от медицинской сестры требуется не только высокий профессионализм, но и знание психологии общения, глубокое усвоение этических норм и правил деонтологии.

* Еще Авиценна, великий врач и мыслитель средневековья говорил, о трех средствах помощи больному человеку – о «ноже, траве и слове», тем самым подчеркивая важность человеческого слова, а по сути – психологии общения в процессе исцеления от недуга.

При общении с пациентом медицинская сестра должна помнить о том, что любое *заболевание* является достаточно сильным *фактором*, *вызывающим стресс*. Это неизбежно сказывается на психическом самочувствии пациента, даже если не осознается им самим. Напряжение различных функциональных систем организма способствует общей **астенизации** (ослаблению и истощению адаптационных механизмов и, в первую очередь, центральной нервной системы) и **невротизации** (появлению различных патологических личностных реакций). Особенно это проявляется при длительных хронических заболеваниях. Все это усложняет процесс общения и взаимодействия с пациентом.

* Как вы думаете, что является самым сложным в работе медицинской сестры? Самым сложным в работе медицинской сестры является процесс общения с больным человеком; общение, которое значительно отличается от общения со здоровым человеком.

Медицинская сестра должна *уметь* своевременно оценить нервно-психическое состояние больного и по возможности оказать благотворное воздействие на пациента в процессе общения. Она должна *уметь* оценить влияние на психику пациента особенностей течения болезни, диагностических процедур, эффекта проводимого лечения. При этом главным симптомом оценки состояния больного будет боль, а ее успешное преодоление – основным фактором оказания помощи.

 Об ухудшении состояния больного будут свидетельствовать и другие факторы. Например, если пациент замыкается в себе, становится вялым, безразличным. Довольно часто ухудшение состояния проявляется в виде тревожного беспокойства, раздражительности и даже агрессивности. Все это медсестра должна вовремя заметить, понять и адекватно оценить. Обо всех случаях изменения самочувствия и состояния пациента медицинская сестра должна вовремя информировать врача.

В борьбе с болезнью многое зависит от пациента, от его жизнестойкости, готовности сотрудничать с медиками. Медицинская сестра должна *уметь* помочь пациенту осознать необходимость борьбы с болезнью. (Абуль Фараджа, XIII век).

В связи с этим важной психологической задачей медсестры является умение привлечь пациента к активному участию в лечебном процессе.

- Какие же существуют закономерности в установлении контакта и взаимодействии медработника с пациентом?

Ишван Харди выделил *три этапа* в общении медработника с пациентом в условиях стационарного лечения.

На *первом, начальном этапе* происходит ориентация: пациент и медработник знакомятся друг с другом. И хотя больной человек погружен в свои проблемы, но в интересах приспособления к новой ситуации, он вынужден вступать в контакт с окружающими его лицами, принимать во внимание специфику больничной обстановки, считаться с принятыми правилами. В свою очередь фельдшер или медсестра в ходе знакомства получают представление о поведении нового человека, особенностях его характера, переживаниях, целях, что очень важно в дальнейшей работе. Пациента в этот период могут одолевать воспоминания о предыдущем пребывании в больнице, предубеждения, которые он может проецировать на лечащий персонал.

На *втором, развернутом этапе*, пациент и медицинский персонал, познакомившись, строят свое общение друг с другом в зависимости от сложившегося уровня отношений. На этом этапе состояние больного во многом зависит и от перемен, которые происходят с ним вследствие болезни. Так появляются страх, неуверенность, болезненные фантазии, мнительность, придирчивость и т.д. Поддержка больного, положительные перемены в состоянии здоровья, доверительные отношения с медицинским персоналом, конструктивный климат в отделении – все это является теми факторами, которые вносят в сознание больного чувства оптимизма, надежду на благоприятный исход, выздоровление.

На *завершающем этапе* трудности возникают при выписке больного. Ему приходится покидать место, где он защищен от опасности, и это вызывает беспокойство. Состояние неуверенности усугубляют опасения, а сможет ли он полноценно включиться в обыденную жизнь, работу. На этом этапе важно заранее подготовить больного к выписке, помочь ему осмыслить варианты последующих действий. Задачи врача и медицинской сестры заключаются так же в психологической подготовке родственников и близких больного к тому, как поддержать выписываемого, что делать в той или иной ситуации дома.

Важным в общении с пациентами в процессе лечения является *создание* стойкой *обратной связи*. Параллельно лечащему специалисту, пациент контролирует свое состояние и по мере необходимости анализирует свои выводы вместе со специалистами. При работе в паре с врачом медицинская сестра обязана согласовать с ним объем информации, который ей можно доводить до сведения пациента и его родственников. При этом *не следует* информировать в спешке, «на ходу», или при посторонних. Грубо или резко прерывать эмоциональные реакции пациента. *Нельзя* давать объяснения, заведомо непонятные для больного и «пугать» его. *Нельзя* давать обещания, которые невозможно сдержать или скрывать информацию с целью «обнадежить». *Не следует* иронизировать по поводу болезни, негативно интерпретировать действия медперсонала; обвинять кого-либо в причинах возникновения болезни.

Затруднить процесс общения могут и представления медработника о так называемом «идеальном пациенте». Это понятие включает в себе следующие характеристики: малую осведомленность больного в медицинских вопросах, веру и отсутствие сомнений в силах и умениях медика, готовность беспрекословно выполнять назначения, умение четко излагать свою проблему и жалобы, отсутствие ипохондричности (фиксированности на болезни). Медик обычно нацелен на авторитарный стиль взаимодействия с больным, и не всегда готов к сотрудничеству, к истинному партнерству. Возможно, это связано с защитой от профессионального «выгорания», психологической усталости. При директивном поведении медработника, и следовательно зависимом поведении пациента, медик берет на себя всю ответственность за исход лечебного процесса, поскольку убежден, что отрицательный результат будет рассматриваться как его ошибка или проявление некомпетентности.

Общение с пациентами является одним из главных элементов лечебного процесса. Поэтому важной задачей медицинской сестры является понимание особенностей личности, жизненных целей, установок и мотивов больного человека, а также возможность прогнозирования реагирования на различные ситуации, возникающие в процессе лечения.