**Общение в сестринском деле**

*Зная взаимные друг на друга действия души и тела, долгом своим почитаю сказать, что есть и душевные лекарства, которые врачуют тело. Они почерпаются из науки мудрости. Сим искус­ством печального утешишь, сердитого умягчишь, нетерпеливого успокоишь, робкого сделаешь смелым, скрытного откровенным, отчаянного благонадежным. Сим искусством сообщается твердость духа, которая побеждает телесные боли, тоску, метания.*

*М.Я. Мудров*

* словесный (вербальный)
* бессловесный (невербальный)

**Общение** - все способы поведения, которые один человек использует сознательно или бессознательно для воздействия на дру­гого.

**Уровни общения:**

- внутриличностный

- межличностный (между двумя и более людьми)

- общественный (между большими группами)

**Функции общения:**

1**. Информационная.**

Получение и сообщение необходимой информации. Медсест­ре необходима информация о самочувствии пациента, его реакции на медперсонал, лечение и пребывание в стационаре. В свою оче­редь, медсестра сообщает пациенту информацию о схеме приема лекарственных препаратов, характере подготовки к предстоящему инструментальному исследованию и др.

2. **Экспрессивная**(эмоциональная).

Пациенты ждут от медсестры эмоционального отклика, со­чувствия, душевного тепла. Не следует излишне ахать и причитать над пациентом, но холодность и отчужденность, привычка посто­янно контролировать свои эмоции создают впечатление черствостии бездушности. С другой стороны, любые эмоции, и в первую оче­редь отрицательные, заразительны и быстро распространяются на окружающих.

3. **Регулятивная.**

В процессе общения медсестра воздействует на сознание и поведение пациентов, используя их жизненные ценности и интере­сы, эмоциональный фон и другие "рычаги управления" людьми. В свою очередь медсестра также испытывает влияние своих пациен­тов. Например, медсестры в отделениях реанимации зачастую рабо­тают в условиях хронического стресса.

**Типы общения:**

1. **словесный (вербальный)** - наиболее распространен­ное средство общения между людьми с помощью речи.

Беседа с пациентом - целая наука и настоящее искусство. Ов­ладеть им в совершенстве невозможно без высокой культуры про­фессиональной речи. Необходимо не только иметь глубокие знания по специальности, но и хорошо владеть литературным языком, уметь грамотно излагать свои мысли. Диалог с пациентом следует вести так, чтобы все сказанное воспринималось легко и однозначно, чтобы разъяснения и ответы на вопросы были правильно сформу­лированы и убедительны. Избегайте языковых стандартов, всевоз­можного словесного мусора, профессионального жаргона, развяз­ности.

**Вот рецепт, выписанный для больного одним из героев стихотворения Юны Мориц:**

***"Таблетки, микстура и теплое слово,***

***Горчичники, банки и нежное слово,***

***Ни капли холодного, острого, злого!***

***Без доброго слова, без теплого слова,***

***Без нежного слова - не лечат больного!"***

2. **бессловесный (невербальный*)***

Данный тип общения представляет более достоверное выра­жение чувств, так как межличностный контакт происходит на подсознательном уровне. Вспомните общение матери и младенца - они прекрасно понимают друг друга, хотя речь матери не осмысливает­ся ребенком.

К невербальному типу общения относятся:

а) **внешний вид, манера держать себя и одежда.**

Внешний вид и поведение отражают некоторые аспекты лич­ности медицинского работника, в частности степень его заботы, внимания к больному, способность к сопереживанию. Еще Гиппо­крат указывал, что "следует держать себя чисто, иметь хорошую одежду и натираться благоухающими мазями, ибо все это обыкно­венно приятно для больных". Яркая губная помада, ультрамодная прическа, унизанные кольцами руки, высокие каблуки - все это на­поминает тяжелому больному радости, которых он временно или навсегда лишился. У него возникает жалость к себе, невольная за­висть, ощущение своей ущербности, недовольство медсестрой. Страдание усугубляется.

б) **выражение лица, мимика и жесты** ("язык тела").

в) **положение тела в пространстве по отношении к пациенту**

Соблюдайте дистанцию "психологического комфорта". Обычно выделяют четыре психологических расстояния:

- интимное - менее 40 см,

- личное - 40см - 2 м,

- социальное - 2 - 4 м,

- открытое - более 4 м.

Для того чтобы общение между медсестрой и пациентом было комфортным, они должны впустить друг друга в свою личную зону. Если больной подвигается к вам или отодвигается, то это важный признак того, насколько успешна ваша попытка осуществить процесс понимаю­щего общения. Беседуя с пациентом, "не нависайте" над ним, лучше присядьте возле кровати. Полезно расположиться так, чтобы ваши глаза с пациентом были на одном уровне.

г) **время общения*.***

Пациент никогда не будет доверителен и откровенен с медсе­строй, которая торопится, всем своим видом выражая нетерпение и озабоченность. Общаясь с пациентом, медсестра должна тщательно контролировать невербальную информацию, передаваемую паци­енту. Например, если у пациента началась рвота, ему будет крайне неприятно и тягостно наблюдать выражение брезгливости и от­вращения на лице медсестры, даже если она профессионально ока­жет ему необходимую помощь.

- **паралингвистические эффекты*:***

\* пауза

\* интонация

\* возгласы и восклицании

\* тон, звучность, тембр голоса

\* дикция

\* скорость речи.

**Факторы, способствующие и препятствующие общению**

\* тишина

\* конфиденциальнсть

\* адекватное освещение, отопление и вентиляция

\* удобная поза

**Психологические закономерности восприятия** **людьми друг друга** **определяет:**

\* степень знакомства

\* предшествующая информация о человеке

\* личный жизненный опыт общения, например, с категорией медицинских работников

\* эмоциональный фон

Важную роль играет ***"эффект ореола"*** - первый образ воспри­ятия, доминирующий впоследствии достаточно долгое время.

**Стили общения**

1. давления (авторитарный);
2. уступки;
3. компромисса;
4. сотрудничества;
5. избегания.

**Эффективность общения** определяется двумя крите­риями:

а) деловой (достижение целей и задач каждого в общении).

б) межличностный, то есть эмоционально окрашенный. В этом случае имеет место не только реализация целей общения, но и чувство удовлетворения от общения друг с другом.

**Виды общения*:***

* терапевтическое, эффективное
* нетерапевтическое, неэффективное

**терапевтическое, эффективное**

- благоприятное воздейст­вие, оказываемое на психику пациента.

**Пример терапевтического общения:**

*"Ребенок расшалился, упал, на колене ссадина, он горько пла­чет. Как снять боль у малыша?*

*Можно применить местную анестезию раствором новокаина, можно дать обезболивающие средства - анальгин или морфий, можно, наконец, предложить наркоз. Однако мать ребенка просто берет его на руки, нежно обнимает, целует и дует на больное место. Рыдания прекращаются тотчас, а еще через минуту малыш снова резвится, как ни в чем не бывало. Что же произошло? Ведь не поце­луй, не обдувание ушиба не могут прекратить раздражения чувст­вительных нервов!" (Шамов). Уместно снова вспомнить слова М.Я. Мудрова, еще в 1820 году писавшего: "Есть и душевные лекарства, которые врачуют тело".*

Медицинский работник в борьбе с болезнью должен искать и готовить союзника в лице самого пациента.

*Сирийский врач ХII века Абуль-Фарадж сказал: "Смотри, нас трое - я, ты и болезнь. Если ты будешь на моей стороне, нам двоим легче будет одолеть ее. Но если ты перейдешь на ее сторону, я один буду не в состоянии одолеть вас обоих".*

***Страх*** - это отрицательная эмоция, возникающая в результате реальной или воображаемой опасности, угрожающей жизни. Обыч­ная среда, заботы семьи, привычное место работы и отдыха, друзья и знакомые создают чувство внутренней уверенности, защищенно­сти. При любом заболевании стабильность нарушается временно или навсегда. Пациент страдает не только от неприятных ощуще­ний (боль, одышка, тошнота, озноб), он страдает так же от страха, тревоги, уныния, тоски, бессилия и прочих тягостных чувств. Он не понимает, что с ним случилось, он не уверен, смогут ли ему помочь врачи, он тревожится за свое будущее. Внешние проявления страха различны: от взволнованности и возбуждения - до внутреннего оце­пенения и кажущегося безразличия ("ушел в себя"). Отсюда и "странные" поступки и разговоры пациента, нытье, плаксивость, вечные жалобы, агрессивность, придирчивость. Чувство страха утяжеляет исход заболевания, и гуманность медицинского работни­ка заключается в том, чтобы помочь их преодолеть.

***Таким образом главная цель общения в сестринском деле - помощь пациен­ту в преодолении дезадаптации, связанной с болезнью.***

**Средства общения** делятся на две группы:

-терапевтиче­ские,

-нетерапевтические.

**Терапевтические средства общения**:

1) пристальное внимание*.*

2) терапевтическое прикосновение*.*

3) контакт глаз*.*

**Не терапевтические средства общения*:***

1) Избирательное или не внимательное выслушивание*.*

2) Констатированное заключение.

*Например: на прием пришел пациент, у которого диагноз "че­сотка" был, что называется, "написан" на руках и на лице. Врач по­вернулся к медсестре и произнес одно-единственное слово: "Вилькинсон". Это означало, что больному следует прописать специаль­ное лекарственное средство для лечения чесотки - мазь Вилькинсо­на. Медсестра выписала рецепт и молча протянула его больному. Тот взял бумажку, молча вышел из кабинета, а придя домой, напи­сал жалобу.*

Как Вы думаете, о чем шла речь?

# 3) Безличное отношение.

Нередко можно слышать, как о пациенте говорят: "диабетик", "язвенник", "ревматик". Эти неологизмы затеняют, отодвигают на задний план индивидуальность пациента, вызывая у него негатив­ную реакцию. Во избежание упрека в невежливости, а то и в грубо­сти, иногда используют, обращаясь к больному, уменьшительные эпитеты: "голубушка", "бабуля" и т.д. Медицинские работники словно отгораживаются ими от больного, возводят между собой и пациентом незримую, но непреодолимую преграду.

**4) неоправданное доверие.**

Медсестра поручает престарелому пациенту самому в опреде­ленные часы принимать лекарство. Конечно, пациент часто забыва­ет об этом и лечение становится неэффективным.

**5) стойкое или испуганное молчание.**

**6) фальшивое успокаивание.**

В приемном покое врач моет руки и машинально, не задумыва­ясь над своими словами, говорит пациенту, доставленному после автокатастрофы: "Не волнуйтесь, нога у Вас еще вырастет".

7) **морализование.**

Медсестра внушает пациенту: "Болезнь есть наказание за Ваши грехи. Подумайте, за что Вас Бог наказывает, и покайтесь".

**8) критика, насмешка, угроза.**

Акушерка говорит на приеме молодой беременной женщине:

"И кого же ты родишь, такая худющая и бледная, с таким-то гемо­глобином, интересно мне знать!"

**Поддержание связи с пациентами, неспособными к вербальному общению*.***

В Вашей практике могут встретиться пациенты, глухонемые от рождения или потерявшие речь в результате заболевания (инсульт, следствие травмы черепа и др.). Вы можете общаться с ними:

* письменно; посредством карточек с рисунками, на которых изображе­ны: стакан с водой или мочеприемник и т.д.,
* через физический контакт (предложите Вашему пациенту закрыть глаза или пожать Вашу руку каждый раз, когда он хочет ответить на ваш вопрос "Да").

**Правила эффективного знакомства с пациентом**

## 1. Создать приятную атмосферу при разговоре.

Во-первых, оцените освещение. Слишком много или слишком мало света будет утомлять и напрягать Ваши глаза и глаза пациен­та. Будет ли мешать шум Вам или больному сконцентрировать внимание на вопросах? Если Вы не можете его устранить, предло­жите перейти в другое помещение для продолжения разговора. Ваш пациент может вести себя скованно, если почувствует, что разговор кому-нибудь мешает. Если возможно, попробуйте спланировать знакомство так, чтобы соседа по палате в этот момент не было. Попросите посетителей выйти временно в холл, но дайте возможность присутствовать друзьям или членам семьи, если больной этого по­желает.

Готов ли пациент к разговору? Если он устал, боится чего-либо, у него что-то болит, он будет слишком удручен и будет нераз­говорчив. Перенесите знакомство. При наличии у пациента боли, выполните манипуляции, назначенные врачом. Отведите на разго­вор не меньше 15 минут. Не спешите; для хороших результатов бе­седа может продлиться и час. Предположим, что у Вас нет времени для непрерывного разговора. Разделите его на несколько частей и объясните больному, почему Вы это делаете