**Тема 1.2. Общение и обучение сестринском деле**

Общение - одно из важнейших умений, необходимых для эффективной деятельности сестры. Навыки общения необходимы ей для взаимодействия с пациентом, его семьей, врачами и другими специалистами, участвующими в лечебном процессе.

В общении выделяют содержание, цель, средства, виды, функции, формы, стороны, барьеры.

Содержание общения — это информация, которая передается от одного живого существа к другому в межличностных контактах. Это бывают сведения об эмоциональном и мотивационном состоянии пациента или медицинского работника, информация о запланированном лечении или профилактике, сигнал об опасности в состоянии здоровья или известие о выздоровлении, восприятие и характеристика окружающего мира.

**По содержанию можно выделить общение:**

**- материальное** — обмен продуктами и предметами деятельности, которые в свою очередь служат средством удовлетворения актуальных потребностей субъектов;

**- когнитивное** — обмен знаниями, ᴛ.ᴇ. общение, связанное с различными видами познавательной или учебной деятельности (к примеру, обучение пациента элементам самоухода или информирование о правильном приеме лекарственных препаратов);

**- деятельное** — обмен действиями, операциями, умениями, навыками, ᴛ.ᴇ. информация, совершенствующая и развивающая способности субъекта (к примеру, обучение членов семьи пациента умению оказать ему доврачебную помощь при приступе бронхиальной астмы или формирование у пациентки навыка по самообследованию молочной железы);

**- кондиционное** — обмен психическими или физиологическими состояниями; при данном общении один человек оказывает на другого влияние, рассчитанное на то, чтобы привести его в определенное физическое или психическое состояние и тем самым воздействовать на самочувствие (к примеру, поднять настроение хорошей информацией или испортить плохим сообщением, успокоить человека или, напротив - активизировать);

**- мотивационное** — обмен побуждениями, целями, интересами, мотивами, потребностями; в данном случае от одного человека к другому передаются определенные установки или готовность к действиям в определенном направлении (к примеру, инструктор настраивает пациента на интенсивные занятия лечебной физической культурой, мотивируя положительными результатами по восстановлению функции пораженной конечности).

**Цель общения** — это то, ради чего у человека возникает данный вид активности. В случае если у животных цели общения обычно не выходят за рамки удовлетворения актуальных для них биологических потребностей, то у человека они представляют из себя средство удовлетворения многих разнообразных потребностей: социальных, культурных, познавательных, творческих, эстетических, интеллектуального роста͵ нравственного развития и др.   
 По целям общение делится на:

**1) биологическое** — крайне важно е для поддержания, сохранения и развития организма (к примеру, обсуждение системы рационального питания или информация об употреблении крайне важно го количества жидкости в сутки), ᴛ.ᴇ. сведения, связанные с удовлетворением базовых физиологических потребностей;

**2) социальное** — направленное на расширение и укрепление межличностных контактов, установление и развитие отношений между индивидами (к примеру, формирование отношений между медицинским работником и пациентом, между медицинской сестрой и врачом или между сестрой-руководителем и подчиненными).

**Средства общения** делятся на две группы: терапевтические и нетерапевтические. К терапевтическим средствам общения относятся:

- **пристальное внимание** вы должны хорошо знать пациента. Не только ФИО. Важно узнать его как личность. И эта личность должна быть Вам интересна. Любой человек нуждается во внимании. Больные, как стрики, и дети - особенно. Для многих несчастных Ваше внимание - единственная настоящая ценность в жизни. Как можно больше общайтесь с пациентом; особенно в первое время не оставляйте его одного, рассказывайте ему обо всем, что с ним происходит и будет про исходить в ближайшее время, успокаивайте т одобряйте его.

Делайте это даже тогда, когда Вам кажется, что пациент Вас не слышит и не понимает. Делайте это всегда. Говорите внятно, уверенно и ласково: ничего, Иван Петрович, не волнуйтесь, мы Вам обязательно поможем. Все будет хорошо. Мы Вас не оставим. Как можно чаще спрашивайте пациента: - Может быть, Вам что-нибудь нужно? Это поможет разрешить множество проблем. И простые вещи могут досаждать человеку, к примеру, капающая ночью вода из незакрытого крана или жесткая складка на подушке и т.д. Вам следует научиться **ИСКУССТВУ МЕЛКИХ ЗНАКОВ ВНИМАНИЯ К ПАЦИЕНТУ.** Когда Вы называете его по имени отчеству, это уже первый знак. Когда Вы знаете, на каком боку ему больно спать и какую газету он любит читать, как зовут его любимую и непутевую внучку или невестку, что его радует и печалит, когда Вы можете расшевелить его, развеселить, порадовать - Вы уже мастер своего дела.

**- терапевтическое прикосновение –** медсестры часто используют прикосновения, чтобы утешить ушедшего в себя, подавленного пациента͵ хоть как-то достучаться до него. Часто бывает, что теплое человеческое прикосновение - единственная связь с миром, остающаяся у тяжелобольного. Прикосновения могут не только сообщать о моральной и личной поддержке, но и физически стимулировать или успокаивать пациента. Недаром добрые руки медсестры стали как бы символом профессии. Имеется в виду любой физический контакт: прикоснуться к руке, обнять за плечи или слегка дотронуться до плеча, погладить по голове - это и будет та тридцатисекундная терапия, которая иному пациенту необходима до боли сердечноʼ и для проведения которой совершенно не нужно дополнительного времени.

Пробовали ли Вы когда-нибудь поговорить с человеком, который упорно отворачивается, избегая смотреть Вам в лицо? Это трудно и очень резко влияет на наше отношение к нему. Контакт глаз должен нести только положительные эмоции. Нам нравятся люди с открытым и дружелюбным взглядом, искренней улыбкой, доброжелательным и дружественным выражением лица, с преимущественно низким голосом.

**К нетерапевтическим средствам** общения относят:

- избирательное или невнимательное выслушивание;

- констатация заключения;

К примеру: на прием пришел пациент, у которого диагноз ʼʼчесоткаʼʼ был, что принято называть, ʼʼнаписанʼʼ на руках и на лице. Врач повернулся к медсестре и произнес одно-единственное слово: ʼʼВилькинсонʼʼ. Это означало, что больному следует прописать специальное средство для лечения чесотки ­ мазь Вилькинсона. Медсестра выписала рецепт и молча протянула его пациенту. Тот взял бумажку, молча вышел из кабинета͵ а, придя домой, написал жалобу. Как Вы думаете, о чем шла речь в жалобе пациента?

**- безличное отношение -** нередко можно слышать, как о пациенте говорят: ʼʼдиабетикʼʼ, ʼʼастматикʼʼ, ʼʼревматикʼʼ и т.д. Эти неологизмы затеняют, отодвигают на задний план индивидуальность пациента͵ вызывая у него негативную реакцию. Во избежание упрека в невежливости, а то и грубости, иногда используют, обращаясь к больному, уменьшительные эпитеты: ʼʼголубушкаʼʼ, ʼʼбабуляʼʼ и т.д. медицинские работники словно отгораживаются ими от больного, возводят между собой и пациентом незримую, но непреодолимую преграду.

- неоправданное доверие;

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

**- утаивание информации;**

**- фальшивое успокаивание -** в приемном покое врач моет руки и машинально, не задумываясь над своими словами, говорит пациенту, доставленному после автокатастрофы: ʼʼНе волнуйтесь, нога у Вас еще вырастетʼʼ.

**- морализаторство -** медсестра внушает пациенту: ʼʼБолезнь есть наказание за Ваши грехи. Подумайте, за что Вас Бог наказывает, и покайтесьʼʼ.

**- критика, угрозы -** акушерка говорит на приеме молодой беременной женщине: ʼʼИ кого же ты родишь, такая худющая и бледная, с таким-то гемоглобином, интересно мне знатьʼʼ.

Существуют различные **виды общения** в сестринском деле, основными из которых являются:

**- личностное** — сосредоточенное вокруг психологических проблем внутреннего характера, тех интересов и потребностей, которые глубоко затрагивают личность человека (к примеру, обсуждение с пациентом его отношения к тому или иному члену семьи или выяснение у пациента подробностей его интимной жизни);

**- инструментальное** — не является самоцелью, не стимулируется самостоятельной потребностью, но преследует какую-либо иную цель, кроме получения удовлетворения от самого процесса

общения (к примеру, в силу своих профессиональных обязанностей медицинской сестре иногда приходится общаться с родственниками пациента͵ очень далекими от его проблемы со здоровьем и не желающими в нее вникать; единственное, что их интересует - это оформление наследства);

**- целевое** — само по себе служит средством удовлетворения определенной потребности (к примеру, палатная медицинская сестра обсуждает со старшей сестрой отделения график своего повышения квалификации в текущем году);

**- деловое** — служит средством повышения качества какой-либо совместной деятельности людей, ᴛ.ᴇ. его содержанием является то, чем заняты люди, а не те проблемы, которые затрагивают их

внутренний мир (к примеру, сестра-организатор обсуждает с подчиненными крайне важность и эффективность внедрения сестринских технологий в профессиональную деятельность).

**Функции общения** определяются в соответствии с его содержанием. Сочетаясь, они придают процессу общения определенную специфику.

Различают следующие **функции общения:**

**- инструментальная** — характеризует общение как социальный механизм управления и передачи информации, крайне важной для выполнения какого-либо действия;

**- интегративная** — является средством объединения людей;

- **самовыражения** — определяет общение как форму взаимопонимания психологического контекста;

**- трансляционная** — передает конкретные способы деятельности, оценки и т.д.;

**- экспрессивная** — взаимопонимание переживаний и эмоциональных состояний;

**- социального контроля** — регламентация поведения и деятельности;

**- социализации** — формирование навыков взаимодействия в соответствии с принятыми нормами и правилами.

Общение достаточно разнообразно по своим формам. Прямое общение подразумевает естественный контакт ʼʼлицом к лицуʼʼ при помощи вербальных (речевых) и невербальных (жесты, мимика, пантомимика) средств, когда информация лично передается от медицинской сестры пациенту. Косвенное общение характеризуется включением в процесс общения дополнительного участника как посредника, через которого происходит передача информации (к примеру, акушерка передает необходимую информацию по режиму посещения школы молодых мам супругу беременной женщины).

Непосредственное общение является исторически первой формой общения людей друг с другом. Оно осуществляется с помощью тела, конечностей, органов: рук, голосовых связок, туловища и т.п. (к примеру, при разговоре с тяжелобольным пациентом важно поглаживать его по рукам, голове). Опосредованное общение воспринимается как неполный психологический контакт при помощи письменных или технических устройств, затрудняющих или отдаляющих во времени получение обратной связи между участниками общения (к примеру, медицинская сестра оставляет пациенту записку о крайне важности прийти на прием к участковому терапевту).

Массовое общение подразумевает множественные непосредственные контакты незнакомых людей (к примеру, консилиум врачей у постели пациента) и коммуникацию, опосредованную средствами массовой информации (к примеру, реклама минеральной воды).

Межличностное общение связано с непосредственными контактами людей в группах, постоянных по составу участников (врач — медицинская сестра — пациент — родственники). Оно подразумевает известную психологическую близость партнеров: знание индивидуальных особенностей друг друга, наличие сопереживания, понимания, совместного опыта деятельности.

**Выделяют три типа межличностного общения.**

**1. Императивное общение** — авторитарная, директивная форма воздействия на собеседника с целью достижения контроля над его поведением и внутренними установками, принуждения к определенным действиям или решениям (к примеру, использование внутри Л ПУ указаний, приказов, требований, распоряжений, касающихся организации сестринской деятельности). Особенностью императивного общения является то, что конечная цель общения — принуждение человека — не завуалирована.

**2. Манипулятивное общение** предполагает воздействие на партнера по общению с целью достижения своих скрытых намерений, а также обретение контроля над поведением и мыслями другого человека. Собеседника не информируют об истинных целях общения: их либо просто скрывают, либо подменяют другими (к примеру, при работе с тяжелобольным или трудноуправляемым пациентом допускается неĸᴏᴛᴏᴩᴏᴇ утаивание информации или ее интерпретация с целью более быстрого получения результатов по улучшению состояния здоровья). Но крайне важно понимать, что манипулятивное отношение к другому человеку приводит к разрушению доверительных связей между людьми.

**3. Диалогическое общение** позволяет перейти от фиксированной на себе установки к установке на собеседника (к примеру, медицинская сестра обсуждает с пациентом его самочувствие после посещения барокамеры).

Диалог возможен лишь в случае соблюдения следующих правил взаимоотношений:

1) психологический настрой на состояние собеседника и собственное психологическое состояние — общение по принципу ʼʼздесь и сейчасʼʼ с учетом тех чувств, желаний и физического состояния, которые собеседники испытывают в данный момент;

2) безоценочное восприятие личности партнера, доверие к его намерениям;

3) восприятие партнера как равного, имеющего право на собственное мнение;

4) содержанием общения должны являться не прописные истины, а проблемы и нерешенные вопросы;

5) персонификация общения — разговор от своего имени, без ссылки на мнения и авторитеты, представление своих собственных чувств и желаний.

Способность к такому общению — величайшее благо для человека, так как оно по мнению специалистов обладает психотерапевтическими свойствами, приближает человека к большему психическому здоровью, уравновешенности и целостности.

Доверие к сестре у пациента и его семьи возникает только в том случае, в случае если она владеет навыками эффективного общения.

**Можно выделить три уровня общения:**

1. внутриличностное – с самим собой во время работы;

2. межличностное – между двумя и более людьми;

3. общественное – общение одного человека с большой аудиторией.

**Для того чтобы сделать общение эффективным следует иметь:**

1. отправителя – тот, кто предает информацию;

2. сообщение – посылаемая информация;

3. канал – форма оправки сообщения;

4. получателя – тот/те, кому посылается сообщение;

5. подтверждение - информация о получении сообщения.

**Каналы общения:**

1. устная речь – получатель слышит ее;

2. неречевое сообщение – мимика, жесты, позы, какие либо действия; получатель видит его;

3. письменное сообщение – получатель читает его.

**Общение бывает вербальным и невербальным.**

· Вербальное общение – устная речь;

· Невербальное общение - мимика, жесты, позы, прикосновения,

· письменное общение (общение, с помощью слов или символов).

К невербальному типу общения относятся:

а) ВНЕШНИЙ ВИД, МАНЕРА ДЕРЖАТЬ СЕБЯ И ОДЕЖДА.

Внешний вид и поведение отражает некоторые аспекты личности медработника, в частности степень его заботы, внимания к пациенту, способность к сопереживанию.

б) ВЫРАЖЕНИЕ ЛИЦА, МИМИКА И ЖЕСТЫ (ʼʼязык телаʼʼ).

в) ПОЛОЖЕНИЕ ТЕЛА В ПРОСТРАНСТВЕ ПО ОТНОШЕНИЮ К ПАЦИЕНТУ.

Соблюдайте дистанцию ʼʼпсихологического комфортаʼʼ

Обычно выделяют четыре психологических расстояния:

‣‣‣ Интимное - менее 40 см,

‣‣‣ Личное - 40 см - -2 м,

‣‣‣ Социальное - 2 м - 4 м,

‣‣‣ Открытое - более 4 м.

В случае если предпринималась попытка установить психологический контакт с пациентом, нельзя ʼʼвламыватьсяʼʼ в его интимную зону без разрешения, руководствуясь лишь своим желанием . на бессознательном уровне это вызывает резко негативную реакцию, будучи расценено как неуважение, определенное насилие. Для того, чтобы общение между медсестрой и пациентом было комфортным, они должны вступить друг друга в свою личную зону. В случае если пациент подвигается к вам или отодвигается, то это важный признак того, насколько успешна ваша попытка осуществить процесс понимающего общения. Беседуя с пациентом, ʼʼне нависайтеʼʼ над ним, лучше присядьте возле кровати. Полезно расположиться так, чтобы ваши глаза с пациентом были на одном уровне, ни один не доминировал над другим.

К не вербальному типу общения примыкают так называемые *ПАРАЛИГВИСТИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ:*

‣‣‣ Пауза

‣‣‣ Интонация

‣‣‣ Возгласы и восклицания

‣‣‣ Тон, звучность, тембр голоса

‣‣‣ Дикция

‣‣‣ Скорость речи

*ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ИЛИ ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЩЕНИЯ*:

‣‣‣ Тишина

‣‣‣ Конфиденциальность

‣‣‣ Адекватное освещение, отопление и вентиляция

‣‣‣ Удобная поза

Помимо внешней стороны общения (вербального и невербального) существует еще и внутренняя, скрытая сторона общения - ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ВОСПРИЯТИЯ людьми друг друга. Эти закономерности определяет:

· Степень знакомства

· Предшествующая информация о человеке

· Личный жизненный опыт общения, к примеру, с категорией медицинских работников

· Эмоциональный фон.

Важную роль играет ʼʼэффект ореолаʼʼ - первый образ восприятия, доминирующий в последствии достаточно долгое время.

В процессе обучения очень важен СТИЛЬ ОБЩЕНИЯ.

**Различают 5 стилей общения:**

1. давление (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 реализация целей общения, но и чувство удовлетворения от общения друг с другом.

Возможные причины непонимания общающихся:

‣‣‣ неправильно выбран канал общения, т. е. получатель не подтвердил получения сообщения или не понял его;

‣‣‣ сообщение передано невнятно или быстро или тихо и т. д.

Вербальное общение предполагает, что вы говорите, и как вы говорите.

**Вербальное общение должно быть эффективным, если:**

‣‣‣ говорить медленно с хорошим произношением, простыми короткими фразами;

‣‣‣ не злоупотреблять специальной терминологией;

‣‣‣ выбрать правильную скорость и темп речи, исходя из уровня восприятия собеседника;

‣‣‣ правильно выбирать время для общения: тот, кому адресована данная информация, должен иметь желание и интерес к беседе;

‣‣‣ следить за интонацией голоса, убедиться, чтобы она соответствовала тому, что собираются говорить;

‣‣‣ убедиться в том, что вас поняли;

‣‣‣ юмор, использованный с осторожностью, подчас помогает успокоить и снять напряжение, обеспечит эмоциональную поддержку и смягчит восприятие болезни.

**Письменное общение должно быть эффективным, если:**

‣‣‣ писать аккуратно;

‣‣‣ выбрать правильный размер и цвет букв;

‣‣‣ писать грамотно;

‣‣‣ выбрать понятные и простые слова;

‣‣‣ подписать сообщение.

**Эффект письменного общения зависит от следующих компонентов:**

‣‣‣ умеет ли получатель читать;

‣‣‣ понимает написанное;

‣‣‣ видит написанное;

‣‣‣ знает ли язык, на котором написано сообщение.

Невербальный канал общения более достоверно выражает чувства и подразумеваемый смысл, тогда как слова могут ввести в заблуждение, так как данный канал общения, как правило, люди в меньшей степени способны сознательно контролировать.

Навык невербального общения сестре необходим, так как ей часто приходится ухаживать за пациентом, не способным использовать устную речь как канал общения.

Мимика является очень богатым источником информации.

С помощью мимики можно передать следующие состояния:

‣‣‣ удовольствие – радость;

‣‣‣ интерес – ажиотаж;

‣‣‣ гнев – ярость;

‣‣‣ пренебрежение – презрение;

‣‣‣ удивление – испуг;

‣‣‣ стыд – робость – унижение;

‣‣‣ страх – ужас;

‣‣‣ счастье – печаль.

При бессловесном (невербальном) общении с пациентом большую роль играют:

‣‣‣ внешний вид медсестры – опрятность и профессионализм вызовут доверие пациента;

‣‣‣ выражение лица значительно влияет на общение с пациентом (улыбка/нахмуренные брови); лицо может выражать шесть базовых чувств:

1. удивление,

2. страх,

3. гнев,

4. отвращение,

5. счастье,

6. печаль;

‣‣‣ глаза – своеобразный ʼʼцентрʼʼ, позволяющий более точно определить выражение лица;

‣‣‣ руки – исходя из того, как жестикулирует собеседник, можно судить о его эмоциональном состоянии;

‣‣‣ походка – является дополнительным критерием оценки внутреннего состояния человека.

**Обучение в сестринском деле**

Медицинские сестры должны владеть навыками сбора информации, уметь анализировать полученные данные, планировать свои действия и осуществлять их, учитывать индивидуальные особенности пациента, оценивать полученные данные и владеть педагогическими приемами. Так как в современном обществе существует потребность в качественной сестринской помощи, необходимо обучать медицинских сестер основам педагогики.

В настоящее время роль среднего медицинского персонала заключается в использовании современных технологий, профилактике и формировании медицинской активности населения по таким важным направлениям, как здоровый образ жизни, профилактика заболеваний, отравлений, несчастных случаев, половое воспитание, планирование семьи и др. Медицинские сестры должны иметь представление о методах проведения профилактической работы с населением, способах и приемах популяризации здорового образа жизни, а также профессионально проводить сестринскую работу в лечебных учреждениях, школах, в семьях, и т.д.

Обучение в сестринском деле, или сестринская педагогика, включает в себя преподавательскую деятельность медицинских сестер и организацию обучения больных и их родственников, что в настоящее время реализуется через работу школ сестринского обучения. Школы обычно возглавляют медицинские сестры с повышенным уровнем образования. В качестве примера можно привести организацию так называемых ≪диабет-школ≫, целью которых является не только пополнение медицинских знаний больного сахарным диабетом, но и прогрессивное изменение представлений больного о своем заболевании и его лечении, изменение образа жизни и умение управлять течением сахарного диабета. С больными проводят занятия по обучению технике выполнения инъекции, расчета дозировки инсулина, дают информацию о заболевании, профилактике осложнений, принципах диеты.

**Основные задачи школ сестринского обучения:**

1) развитие сестринского дела в учреждениях здравоохранения;

2) внедрение современных сестринских технологии в практическое здравоохранение;

3) медицинское просвещение населения;

4) представление медицинской, психологической и социальной помощи больным и их семьям;

5) изменение стиля общения медицинской сестры и пациента с авторитарного на стиль сотрудничества;

6) повышение престижа профессии медицинской сестры;

7) увеличение роли пациента в решении проблем со здоровьем;

8) повышение активности населения по формированию здорового образа жизни.

Новые технологии, современные подходы к лечению дали возможность людям, страдающим различными, иногда тяжелыми заболеваниями, жить долго и вести активный образ жизни. Изменилась роль пациента в преодолении своего недуга, больной стал непосредственным участником лечебного процесса. Медицинская сестра должна обучать его новым навыкам. Особое значение приобретает терапевтическое обучение, которое становится важной частью ежедневной работы медицинской сестры.

**Терапевтическое обучение больных**

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) **терапевтическое обучение больных** *—*это комплекс важных действий, призванных помочь больному управлять своим лечением, предотвратить или отсрочить развитие возможных осложнений. Такие действия дают дополнительный терапевтический эффект наряду с фармакологическим, физиотерапевтическими и другими лечебными мероприятиями. Терапевтическое обучение приводит к улучшению качества и продолжительности жизни пациентов с хроническими заболеваниями, повышает качество ухода, снижает расходы на лечение в лечебном учреждении.

Терапевтическое обучение больных — это системный, ориентированный на пациента учебный процесс, который должен учитывать ряд факторов:

* способность пациента справляться с заболеванием, контролировать ситуацию;
* представления пациента о здоровье, его социально-культурный уровень;
* потребности пациента независимо от того, нарушены они или нет.

Терапевтическое обучение является частью ежедневной жизни пациента, затрагивает его семью, родственников и друзей. Качественное терапевтическое обучение должно включать в себя предоставление пациенту необходимой **информации**и обязательную психологическую поддержку самого пациента, его семьи и родственников. Это длительный **непрерывный**процесс, учитывающий образ жизни пациента и особенности его личности.

**Функции медицинской сестры как преподавателя**

Функции медицинской сестры как преподавателя состоят:

1) в выявлении потребности в обучении у пациента или его близких;

2) мотивации обучения;

3)передаче знаний пациенту;

4) выработке умений у пациента;

5) формировании у пациента устойчивых навыков.

Кроме того, медицинская сестра в процессе обучения должна:

* соотносить свое профессиональное поведение и заболевание пациента;
* учитывать индивидуальные особенности пациента и его семьи;
* проявлять сочувствие к пациенту;
* осознавать потребности пациента;
* учитывать эмоциональное состояние пациента, его представления о заболевании и лечении;
* обучать пациента навыкам управления лечебным процессом;
* помогать пациентам управлять своим образом жизни;
* оценивать процесс обучения и предоставлять необходимую информацию.

Медицинская сестра обучает пациентов и членов их семей конкретным навыкам само - и взаимоухода, уходу за ребенком, приему лекарств, правилам подготовки к исследованиям, рациональному питанию, умению выбирать адекватную физическую нагрузку.

Она должна стать полноправным членом команды специалистов, объединенной общей целью и ориентированной на нужды пациентов, каждый член которой в зависимости от индивидуальной компетенции вносит свой вклад в лечебный процесс. Обучение пациентов должно проводиться специально подготовленным медицинским персоналом с использованием эффективных учебных программ по долговременному ведению хронических больных. Таким образом, обучение является важной **функцией**сестринского дела, помогающей пациентам адаптироваться к своему состоянию, сохранить максимально возможный комфортный уровень жизни.

Медицинская сестра, занимающаяся обучением пациента и его родственников, должна соответствовать довольно высоким требованиям.

1. Ей должны быть присущи лучшие общечеловеческие качества: отзывчивость, сердечность, способность понять проблемы пациента и сопереживать ему, доброта, терпимость.

2. Она должна иметь соответствующий уровень интеллектуального и культурного развития, т.е. обладать грамотной речью, внутренней и внешней культурой, чувством юмора, профессиональными знаниями и умениями, широким кругозором.

3.От медицинской сестры требуется высокая внутренняя дисциплина, умение работать над собой, что проявляется в умении контролировать свои эмоции, настроить себя на задушевность, конфиденциальность, самостоятельностью в действиях, настойчивостью, самообладанием, активностью, трудолюбием и ответственностью.

4. Медицинская сестра должна обладать педагогическими способностями: умением выбрать оптимальный метод воздействия на пациента, мотивировать обучение, используя жизненные ценности, организовать учебный процесс; иметь педагогический такт.

**Педагогический такт** - это мера педагогически целесообразного воздействия преподавателя на обучаемого; умение устанавливать продуктивное общение (требовательность в сочетании с уважением, душевной теплотой). Он проявляется в уравновешенности поведения преподавателя (выдержка, самообладание в сочетании с непосредственностью в общении).

Другими словами, медицинская сестра должна:

* иметь организаторские способности — способность организовать обучающий процесс, быть лидером;
* быть коммуникабельной — уметь налаживать взаимоотношения с пациентом и его близкими, учитывая их индивидуальные и возрастные особенности;
* быть конструктивной — уметь проектировать развитие обучающего процесса (как преподнести тот или иной материал, в каком объеме и т.д.);
* обладать экспрессивностью — уметь выражать свои мысли, чувства, взгляды или скрывать их. Таким образом, поведение и внешний вид медицинской сестры должны внушать пациенту уверенность в том, что она все знает и умеет, готова передать ему свои знания и умения.

**Задачи и сферы обучения в сестринском деле**

**Задачами**обучения являются пропаганда здорового образа жизни, позволяющего сохранить и укрепить здоровье и подготовка пациента к максимальной адаптации в болезни.

Обучение, как правило, происходит в **трех сферах*:***

- познавательной,

- эмоциональной

- психомоторной.

**Познавательная сфера** подразумевает, что человек получает информацию, узнает новые факты. Эту информацию он анализирует, отделяет важную, значимую для него, от второстепенной. Например, человек узнает о сущности заболевания, его причинах, факторах риска, течении и возможных исходах, принципах организации здорового образа жизни, рациональном питании, диете, способах закаливании, профилактических мероприятиях.

**Эмоциональная (чувственная сфера)** заключается в том, что человек, получив информацию, реагирует на это чувствами (эмоциями), переживаниями, мыслями, мнениями. Он оценивает полученные знания и изменяет свое поведение. Например, человек активно слушает и реагирует на новую информацию (удивляется, тревожится, задумывается) и меняет свое поведение: начинает соблюдать диету, рационально питаться, заниматься физической культурой, одеваться по сезону, соблюдать правила безопасности жизнедеятельности.

**Психомоторная сфера** означает, что человек, используя умственную и мышечную деятельность, обучается новым видам движений, уверенно выполнит необходимые действия, приобретает стойкие навыки, например, чистит зубы, завязывает шнурки, передвигается с помощью костылей, вводит себе инсулин, определяет пульс и т.д.

Сестринское обучение требует от медицинской сестры специальных знаний и профессионализма. Она должна владеть методами и приемами обучения.

**Методы обучения**

1) словесный — информация излагается в устной форме: рассказ, беседы, лекции;

2) наглядный (иллюстративный) — используются медицинские атласы, картинки, видеофильмы, показываются предметы ухода, инструментарий и т.д.;

3) практический — проводится отработка практических манипуляций: измерения артериального давления (АД), смены повязки, введения инсулина, применения карманного ингалятора.

**Виды учебных занятий**

* лекция — пациентам даются готовые знания, например о симптомах заболевания, способах предохранения от беременности;
* проблемная лекция — сообщение пациенту информации, которая заставляет его задуматься и сделать выводы;
* беседа — обучение проводится в форме ≪вопрос — ответ≫;
* ролевые игры — пациент получает практические навыки, учится вести себя в конкретной ситуации (например, оказанию само и взаимопомощи).

**Средства обучения**

Важным компонентом обучения являются **средства обучения.**

Учебно-наглядные пособия дополняют и иллюстрируют объяснение. Пособиями могут служить:

* натуральные препараты (объекты живой и неживой природы);
* средства обучения, являющиеся предметами профессиональной деятельности (медицинские инструменты, перевязочный материал, приборы и т.д.);
* изобразительные средства (рисунки, плакаты, фотографии, слайды, таблицы, диаграммы, схемы, графики, планы, карты).

Вербальные средства включают в себя справочную, учебную и методическую литературу.

Технические средства обучения являются техническими устройствами. К ним относятся видеофильмы, аудиозаписи, компьютеры, мультимедийные системы.

Таким образом, знание разнообразных методов, форм и способом обучения позволяет медицинской сестре выбрать оптимальный **способ обучения**пациента.

**Способ обучения пациента**

**Формальное обучение** пациента проводится в ЛПУ или домашней обстановке. Медицинская сестра обучает пациента, прививает навыки повседневных действий (введение инсулина, измерение АД) или закрепляет навыки, полученные у других специалистов: инструктора по лечебной физкультуре (ЛФК), массажиста, диетолога.

**Неформальное обучение** проводится, когда медицинская сестра, выполняя свои обязанности, беседует с пациентом о волнующих его проблемах: как правильно питаться, к чему приведет частое употребление алкоголя, какие побочные действия может оказать лекарство и т.д. Используя формальное и неформальное обучение, медицинская сестра может значительно увеличить объем знаний и умений пациента и ею родственников.

Кроме того, обучение может быть индивидуальным и коллективным (групповым). Групповое обучение больных имеет ряд преимуществ. Оно создает определенную атмосферу, помогает воспринять информацию в нужном свете, уменьшает чувство одиночества. Пациенты получают возможность обменяться опытом, получить поддержку, что способствует положительному восприятию процесса лечения. Для более активного вовлечения пациентов в учебный процесс целесообразно применять активные методы обучения: анализ конкретных ситуаций, решение задач, дискуссии, деловые игры, которые активизируют мышление, повышают мотивацию к обучению.

Деловая игра ставит участников в реальные жизненные ситуации, формирует умения и навыки решения конкретных проблем. Однако групповое обучение не всегда эффективно и напрямую зависит oт количества обучаемых: чем больше группа, тем ниже эффективность. Лучше всего проводить обучение индивидуально или небольшой группой (2 — 3 чел.).

**Условия эффективного обучения**

Для того чтобы обучение пациента или его близких было максимально эффективным, медицинской сестре необходимо учитывать множество факторов. В первую очередь ей требуется правильно оценить потребность пациента и/или его семьи в обучении, мотивировать их, оценить исходный уровень знаний и умений пациента, учесть факторы, влияющие на способность к обучению. Затем медицинской сестре необходимо разумно организовать обучение: продумать его содержание, выбрать место и время обучения, создать благоприятную обстановку, использовать разнообразные педагогические приемы и, наконец, оценить качество обучения.

Каждый человек испытывает потребность иметь жизненные ценности (карьера, семья, материальное благополучие). Но потребности в жизни и здоровье присущи всем людям. Сестринское обучение позволяет во многом удовлетворить их. При обследовании медицинская сестра выявляет, что именно пациент знает о своем заболевании, какие повседневные манипуляции он не умеет выполнять. Однако чтобы простимулировать пациента или его близких к обучению, его необходимо мотивировать.

Для каждого обучаемого мотивация индивидуальна. Но в каждом случае должен присутствовать познавательный интерес, без которого эффективное обучение невозможно. Например, обучение человека, не страдающего сахарным диабетом и не имеющего больных родственников, технике введения инсулина не будет успешным, так как он не испытывает интереса к обучению, ему это просто не нужно. Мотивами к обучению могут быть сохранение и укрепление здоровья, восстановление утраченного здоровья, облегчение состояния (своего или близких), необходимость осуществлять самоуход. Для медицинской сестры важно суметь заинтересовать пациента в необходимости получения тех или иных знаний, умений и навыков и правильно выбрать момент, когда пациент готов усвоить нужную информацию.

Готовность пациента к обучению зависит:

* от состояния здоровья — при тяжелом состояния пациента обучение лучше отложить;
* состояния сознания — обучение должно проводиться только при ясном сознании пациента и совершенно невозможно, если пациент находится без сознания;
* умственных способностей (интеллекта), образования обучаемого — при низких умственных способностях процесс обучения возможен, но потребует от медицинской сестры значительных физических и эмоциональных затрат;
* возраста - чем младше пациент, тем меньший объем информации он может усвоить и овладеть только самыми несложными действиями; преклонный возраст также не способствует эффективному обучению.

Особое значение имеет оценка исходного уровня знаний и умений пациента. Если человек уже имеет представление о своем заболевании, режиме активности, диете, профилактике, рецидивах, то его обучение будет более успешным. Но в то же время если имеющаяся информация не будет совпадать с той, которую ему сообщает медицинская сестра, то эффективность обучения снижается. Важно учитывать мнение пациента о новой информации и его отношение к тому, что нужно изменить в своем поведении.

Например, если пациент всегда был уверен в том, что питание является признаком здоровья, то ему трудно будет принять информацию о разгрузочных диетах.

На усвоение информации влияет и прошлый опыт пациента. Если у человека на фоне приема гипотензивных препаратов часто возникают гипертонические кризы, то ему трудно будет изменить свое отношение к ним, чтобы добиться успеха, и наоборот, если противорецидивное лечение ранее было успешным, то больного будет легче научить правильно питаться и выполнять адекватную физическую и эмоциональную нагрузку.

Обучение должно удовлетворять нескольким условиям: быть доступным, последовательным, интересным, научным (т.е. отражать современные официальные взгляды на изучаемый вопрос).

Необходимую информацию медицинская сестра должна давать небольшими блоками от простого к более сложному. Желательно проводить занятия в отдельной проветренной комнате в тишине при достаточном освещении и оптимальной температуре. Задания должны быть понятными и однозначными, например наложить манжетку на плечо, набрать в шприц 12 ЕД инсулина, опереться правой рукой на плечо медицинской сестры.

Темп обучения подбирают индивидуально. Для человека с высокими способностями к обучению и знакомого с изучаемой манипуляцией он будет гораздо выше, чем для человека, совершенно несведущего в изучаемых вопросах. В любом случае переходить к следующему блоку информации медицинская сестра может только после того, как пациент полностью усвоил предыдущий. Обучение всегда начинается с более простых повседневных навыков (перемещение в постели, по палате, прием пиши, умывание, пользование мочеприемником), затем переходят к более сложным (измерение АД, введение инсулина, пользование индивидуальной коляской). Необходимо избегать сложных медицинских терминов. Если их необходимо использовать, термины разъясняют и рекомендуют пациенту записывать в виде словарика. Объяснения желательно подкреплять большим количеством примеров.

Можно и желательно использовать в обучении специальную медицинскую литературу, инструменты. Кроме того, медицинская сестра может обучить пациентов вести дневник наблюдения, в котором они будут отражать показатели своего здоровья: пульс, АД, массу тела, количество выпитой и выделенной жидкости. Если пациенту трудно запоминать даты и сроки, его обучают отмечать их в календаре. Чтобы пациент усвоил необходимую информацию, медицинская сестра должна правильно определить продолжительность занятия. Процесс обучения не должен наслаиваться на время обхо*да,*выполнения процедур, приема пищи, посещения родственников. Пациент должен быть отдохнувшим, сытым, его не должны беспокоить чрезмерные неприятные ощущения (боли, рвота, лихорадка). Нецелесообразно увеличивать длительность занятий более *М) — 25*мин, так как после этого периода внимание обучаемого значительно ослабевает.

В течение всего процесса обучения медицинская сестра должна поощрять активное участие и заинтересованность пациента в обучении, что может выражаться похвалой, одобрением, перспективой (например, возможным снижением дозы лекарства при скрупулезном соблюдении диеты или питьевого режима).

**Принципы обучения пациентов и членов их семей**

Обучение пациента и/или ею близких только тогда может быть эффективным, когда медицинская сестра знает и понимает значимость каждого его этапа. Процесс обучения, как и сестринский процесс, состоит из пяти этапов.

**1. Сбор информации о пациенте (обследование) и оценка исходного уровня знаний и умений пациента или его родственников.**При каждом контакте с пациентом, начиная с первичного, медицинская сестра получает о нем какую-либо информацию. Таким образом, сбор информации о пациенте является непрерывным. Всю эту информацию медицинская сестра анализирует и оценивает. Она определяет, имеются ли у пациента знания и умения, касающиеся его состояния, желает ли он или его близкие получить соответствующие знания и умения, способен ли пациент к обучению, в состоянии ли он обучаться и т.д. Приведем пример сбора информации о пациенте. Больная, Нина Петровна Иванова, 66 лет, пенсионерка, страдает ишемической болезнью сердца. При беседе медицинская сестра выяснила, что последние 2 недели пациентка отмечала появление отеков на ногах, которые увеличивались к вечеру и уменьшались по утрам. Вызванный на дом участковый врач назначил лечение и рекомендовал в течение нескольких дней определять водный баланс. Пациентка принимала назначенные медикаменты, в том числе и мочегонные препараты, но особого улучшения не было. Она стала чаще и обильнее мочиться. Кроме того, ей часто хотелось пить, и она в больших количествах употребляла чай, молоко, компоты и воду. Что такое водный баланс и как его определить, больная не знает.

**2. Определение проблем пациента.**Собрав и оценив информацию, медицинская сестра выделяет сестринскую проблему: дефицит знаний о водном балансе и технике его определения. После этого она должна определить способы решения данной проблемы, что и будет являться содержанием следующих этапов обучения.

**3. Определение целей обучения, планирование его содержания***.*Перед составлением плана обучения медицинская сестра должна поставить перед собой определенные цели. Формулировка целей обучения должна быть ориентирована на три сферы: познавательную, эмоциональную и психологическую. Цели отражают то, что необходимо сделать пациенту, чтобы достичь результата. Грамотно поставленная цель должна содержать три компонента (аспекта):

1) то, что необходимо сделать пациенту (то, что он должен суметь сделать, понять и т.д.), т.е. результат обучения;

2) временные рамки — интервал времени (или конкретная дата), в течение которого будет достигнута цель обучения (к 3-м суткам, через неделю, к концу месяца);

3) с помощью кого или чего цель будет достигнута (самостоятельно, с помощью родственников, при помощи костылей).

Формулировка целей в приведенной ситуации может быть следующей:

* в познавательной сфере — Нина Петровна будет знать и понимать суть определения водного баланса через 2 сут;
* в психологической сфере — Нина Петровна будет психологически готова самостоятельно определять водный баланс через 6 сут;
* в эмоциональной сфере — Нина Петровна будет правильно понимать важность контроля за водным балансом ко 2-м суткам.

В любом случае цели должны быть конкретными, реальными и достижимыми.

После определения обучения медицинская сестра планирует содержание и методы обучения. В план включаются время (утром, перед обедом, после ужина) и продолжительность обучения (по 10 мин в течение 3 сут, по 20 мин через сутки и т.д.).

Содержание обучения может быть различным: сохранение здоровья, поддержание определенного уровня здоровья, поддержание определенного уровня качества жизни.

Медицинская сестра должна привлекать пациента и/или его близких к составлению индивидуального плана обучения, учитывая его личностные особенности, социальные условия, интерес к изучаемым вопросам и физическое состояние. В рассматриваемой ситуации план обучения может быть следующим:

1) в течение 20 мин пациентке объясняют значение и суть определения водного баланса, чтобы убедить больную в необходимости его самостоятельного определения;

2) в течение 15 мин пациентке рассказывают о диурезе, правилах сбора мочи и подсчета ее суточного количества;

3) в течение 15 мин пациентке объясняют правила измерения и подсчета количества выпитой жидкости; подсчитывать водный баланс в процентах;

5) в течение 3 сут медицинская сестра контролирует правильность заполнения дневника самонаблюдения и проводит коррекцию знаний и умений пациентки;

6) на 6-е сутки медицинская сестра оценивает результаты обучения.

**4. Реализация плана обучения***.*Для реализации намеченного плана медицинская сестра совместно с пациентом и/или его родственниками создают благоприятную для обучения обстановку, выбирают время его проведения. Если микроклимат помещения неблагоприятен (плохое освещение, низкая температура, наличие посторонних) или состояние пациента оставляет желать лучшего (больной расстроен, у него усилились боли, одышка), то обучение лучше отложить.

Для успешного обучения можно использовать следующие методы:

* демонстрация — медицинская сестра показывает навыки самоухода или взаимоухода (чистка зубов, использование костылей, инъекции, измерение АД и т.д.); четкая повторяющаяся демонстрация каждого этапа навыка является важным средством достижения целей обучения;
* консультирование — медицинская сестра наблюдает со стороны, как пациент выполняет конкретный навык и при затруднении или на сложных этапах оказывает ему консультативную помощь;
* разыгрывание ролей — очень эффективный метод обучения, особенно социальным навыкам; при этом методе лучше осознаются возможности пациента и трудности самоухода в бытовой обстановке, вырабатываются новые навыки (умение завести разговор, уверенно вести себя в конкретной обстановке), повышается уровень самосознания, находятся новые решения проблемы.

**Схема обучения состоит из пяти этапов:**

1) изложение необходимой информации;

2) повторение пациентом всего, что он запомнил;

3) показ (демонстрация) того, что пациент должен освоить;

4) повторение пациентом самостоятельно или вместе с медицинской сестрой навыка;

5) самостоятельное объяснение и демонстрация пациентом навыка от начала до конца.

Каждая ступень этой схемы может повториться по несколько раз, пока пациент не усвоит запланированный материал. Медицинская сестра должна стремиться перейти от передачи знаний к выработке умений, а затем и к устойчивому навыку.

В процессе обучения необходимо постоянно поддерживать у обучаемых интерес, задавать им наводящие вопросы или строить беседу по принципу ≪вопрос — ответ≫, подчеркивать информацию важную для пациента. В конце беседы важно коротко повторить всю основную информацию.

Медицинской сестре нужно убедиться, что обучаемые правильно поняли передаваемую информацию. Для этого она систематически проверяет и оценивает их знания и умения.

**5. Оценка результатов обучения***.*После реализации плана обучения медицинская сестра оценивает результат, т.е. соотносит его с поставленными целями. Оценка может быть следующей:

1) папист хорошо усвоил информацию и приобрел устойчивые (осознает важность и значение информации и может самостоятельно выполнить навык);

2) пациент недостаточно усвоил информацию и навыки (путает показатели,неуверен в ответах и действиях, последовательности манипуляций); в этом случае медицинской сестре необходимо проанализировать правильность постановки целей и планирования, внести соответствующие коррективы;

3) папист не усвоил информацию и/или не выработал навыки.

В последнем случае медицинская сестра неправильно построила

весь процесс обучения, не учла состояние пациента, его интерес, не определилась с целями или составила нереальный и невыполнимый план обучения. Необходимо заново пересмотреть весь процесс обучения.

В любом случае медицинская сестра сообщает пациенту о результатах обучения, потому что он должен знать, насколько успешно справился с поставленной задачей. В свою очередь важно и то как пациент сам оценивает результат обучения. Самооценка может быть:

* адекватной, совпадающей с оценкой медицинской сестры;
* завышенной;
* сниженной;
* нестабильной (вчера был недоволен, сегодня доволен, или наоборот).

При любой опенке следует поощрить, пациента и тем самым поддержать его интерес к обучению. Таким образом, для достижения высоких результатов обучения необходимы:

1) четко сформулированная цель обучения;

2) убедительная мотивация к получению знаний пациентом;

3) доброжелательное отношение к пациентам и их близким;

4) создание ассоциативной связи между новой информацией и прошлым опытом и знаниями пациента и его семьи;

5) обязательная практическая отработка полезных знаний;

6)эффективное (терапевтическое) общение;

7) умение слушать;

8) терпеливость и настойчивость;

9) поощрение за успехи в обучении;

10) учет состояния пациента во время обучения.

Из этого следует, что понимание медицинской сестрой целей, задач и принципов обучения, умение использовать разнообразные методы, способы и средства обучения будут способствовать эффективному обучению больных и их близких и, следовательно, повышению качества их жизни.