© А.Ю. Соина, И.Б. Ханина, 2015

МЕДСЕСТРА ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА: ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ

А.Ю. Соина, И.Б. Ханина, канд. психол. наук
Психоневрологический диспансер Восточного административного округа Москвы,
Первый Московский медицинский университет им. И.М. Сеченова
E-mail: ann-soina@yandex.ru

Представлены результаты изучения психолого-педагогической деятельности медсестры одного из психоневрологических диспансеров Москвы.

Ключевые слова: медсестра в психиатрии, самоактуализация, пациенты, взаимный контакт.

Понятие личности многопланово. Личность развивается в течение всей жизни в той мере, в какой человек выполняет свои социальные роли, включен в разные виды деятельности, в социальное взаимодействие. Понятие «личность» включает в себя совокупность присущих индивиду социальных качеств, которые сформировались у него на основе природных свойств (пол, темперамент и т.д.), в процессе взаимодействия со средой (семья, школа и др.) и деятельности (игровой, трудовой, познавательной). О силе нервной системы человека свидетельствуют высокая работоспособность, сдержанность в выражении чувств, умение ждать и выслушивать других, инициативность и настойчивость в достижении цели, о слабости нервной системы – повышенная утомляемость, недостаточная инициативность, внушаемость, плаксивость, боязливость.

Общение – важнейшая потребность человека. Любой человек нуждается в общении, а больной – особенно. Для него доброжелательное, предупредительное, тактичное и чуткое общение имеет огромное значение. Общение может способствовать улучшению состояния пациента, а может стать причиной его ухудшения или даже смерти.

Суть обязанностей медсестры, работающей в психиатрии, состоит в наблюдении патологических проявлений пациентов, стремлении понять их, зарегистрировать, а также в умении выслушать пациента, понять его мысли, особенности реагирования, суметь разобраться в них. В учреждениях психиатрического профиля работа медсестры сопряжена с большими психологическими и физическими нагрузками, требует душевного напряжения, доброты, терпения, умения видеть в людях достоинства и не замечать недостатки. Поэтому медсестра должна быть своего рода психологом, педагогом и наставником. Главная ее цель – привить «ученикам» вкус к приобретению знаний и участию в общественной жизни, добиться, чтобы они захотели идти по лестнице знаний, собирая крохи в единое целое.

Мы поставили перед собой цель выявить психолого-педагогические компоненты деятельности медсестры в психоневрологическом диспансере. Были выдвинуты 2 гипотезы:

1. Общение является психолого-педагогическим компонентом деятельности медсестры психоневрологического диспансера.

2. Самооценка навыков общения зависит от гибкости и контактности.

Для решения этой цели были использованы методика самоактуализации личности (САМОАЛ) в адаптации Н.Ф. Калины и специально разработанная анкета «Принципы общения». В исследовании приняли участие медсестры психоневрологического диспансера (n=12) в возрасте от 19 до 60 лет со стажем работы в медицине от 1 года до 45 лет и стажем работы в психиатрии от 1 года до 26 лет.

Медсестра, работающая в психиатрии, должна уметь подойти к каждому пациенту, найти ключ к его личности, наладить контакт с ним. Чем выше уровень психологической подготовки медсестры, тем выше уровень ее работы в целом. Большое значение имеют и ее личность, отношения с коллегами, личность пациента. Продуктивный стиль обращения с пациентами, умелое владение техникой психологической работы с ними уже сами по себе могут оказать исцеляющее действие, а вот невротические особенности личности медсестры способны послужить причиной отчужденности пациентов.

Одно из важнейших условий для установления взаимопонимания между пациентом и медработником – ощущение пациентом поддержки. Если он осознает, что ему намереваются помогать, а не заставлять что-либо делать, он активнее участвует в лечебном процессе. Для установления полноценного сотрудничества с пациентом необходимо сочувствие ему. Медсестра должна понимать и учи-

тывать внутреннюю картину заболевания – все то, что испытывает и переживает пациент, его представление о своей болезни, ее причинах.

При контакте с пациентами, особенно в ситуациях угрозы жизни, необходимо учитывать, что одно и то же заболевание переносится в разном возрасте неодинаково. Чем старше пациент, тем трагичнее воспринимает он свое состояние, тем серьезнее для него психологическая травма, что связано с познавательным уровнем пациента, его психосоциальным развитием, опытом.

Работа с агрессивными больными требует определенных профессиональных навыков. Прежде всего следует разобраться в том, что скрывается за агрессивностью, является ли она проявлением изменившегося психического состояния (например, следствием галлюцинаций, бредовых идей и др.) или в возникновении агрессивности играют роль субъективные факторы. Уметь вовремя распознавать предвестники агрессивного поведения (волнение, беспокойство, повышенную требовательность, раздражительность) – одна из задач медсестры.

В системе «медсестра–пациент» существует важнейшее промежуточное звено – ближнее окружение пациента, или как принято говорить в психиатрии, – потребители психиатрической помощи. К сожалению, пациент в силу своего психического состояния часто не может самостоятельно описать свои жалобы, время начала заболевания. Поэтому врач или медсестра составляют представление о болезни пациента на основании сведений, собранных от родственников, данных объективного осмотра и характерологических особенностей пациента.

В своем стремлении помочь пациенту семьи сталкиваются со сложными психологическими проблемами. Психическое заболевание причиняет страдание не только пациенту, но и его родным, в большей или меньшей степени затрагивая всех членов семьи, меняя их жизнь, планы на будущее и отношения между ними, часто порождая трудноразрешимые конфликты. К сожалению, большинство семей лишены необходимой поддержки, не имеют достаточной информации о том, как справляться с навалившимися на них сложностями, остаются наедине со своими переживаниями. Для решения многочисленных психологических проблем требуется помощь специалистов – психологов, психотерапевтов. Основные формы психологической помощи – психообразование, психотерапия, тренинг навыков.

Чтобы пациент и его близкие лучше ориентировались в происходящем, понимали, какие особенности поведения и состояния связаны с болезнью, а какие нет, когда нужно бить тревогу, а когда можно справиться самим с помощью самых банальных средств, на что можно надеяться, а на что нет, как правильно себя вести в тех или иных ситуациях, – в общем, как быть хозяевами своей жизни, необходимы соответствующие знания. Психообразовательная программа – важный первый шаг в оказании помощи семье, что подтверждено результатами опроса слушателей курсов психиатрической грамотности и врачей диспансеров: все слушатели подтвердили, что полученные знания помогают им в практической жизни; 95% готовы повторно пройти курсы; образование позволяет эффективно решить проблему сотрудничества лечащего врача и семьи пациента, создать нормальные взаимоотношения в семье. Обучение способствует формированию грамотного контингента потребителей психиатрической помощи.

Чтобы правильно обучать пациента, необходимо перенести в медицину принципы педагогики: доступное изложение материала; активное участие пациента в тренировке и повторении узнанного; создание открытой, доверительной атмосферы, в которой пациент ни в коем случае не ощущает себя недостаточно умным или слишком медлительным. Обучение пациентов может быть групповым и индивидуальным. Групповое обучение имеет ряд ощутимых преимуществ, создает определенную атмосферу, помогающую воспринять болезнь в нужном свете, уменьшает чувство одиночества. Пациенты имеют возможность обменяться опытом, получить поддержку, наблюдать положительную динамику течения заболевания на примере других людей.

Обучающему персоналу всегда надо учитывать следующее:

- когда на занятии медсестра что-то говорит, пациент не обязательно услышит сказанное;
- если пациент услышал, это не означает, что он наверняка понял;
- если же пациент понял, это не гарантирует того, что он автоматически принял сказанное и согласился с ним;
- если пациент согласен с услышанным, он не всегда соответственно меняет свое поведение;
- если пациент 1 раз правильно выполнит рекомендацию, это не означает, что он будет постоянно следовать ей в повседневной жизни.

Методы и средства просветительской работы медсестры. Различают устные, наглядные и комбинированные методы. В рамках ***устного метода*** наиболее часто медицинские работники используют *лекции*: за небольшое время (45–60 мин) можно осветить значительный по объему материал. Эпизодические (разовые) публичные лекции по-

священы какой-либо одной теме. *Беседа* дает более качественные результаты. Достоинство беседы – активность всех участников — и ведущего, и слушателей. Интересно и оживленно проходят встречи в *форме вопросов и ответов*. Это та же беседа, но вопросы задает аудитория, а отвечает ведущий. Такие встречи требуют соблюдения 2 условий: объявления общей темы и сбора вопросов заранее. Индивидуальные беседы с пациентами могут быть спланированы заранее и так же хорошо подготовлены, как и групповые, но могут быть и стихийными. Чаще всего они проводятся при амбулаторном приеме, патронаже или в процессе общения в стационаре.

Изобразительный (или наглядный) метод профилактической работы предполагает использование графических, живописных и прочих средств. Зрительный образ помогает получить представление о предмете одномоментно и в целом. *Плакаты* привлекают внимание к теме, проблеме или отдельному вопросу, связанному со здоровьем, и должны хорошо восприниматься даже на расстоянии. Как правило, основная площадь плаката занята рисунком, к которому добавлен небольшой текст. *Брошюры* представляют собой малоформатные текстовые издания, в популярной форме освещающие вопросы охраны и укрепления здоровья, профилактики заболеваний. Они носят просветительский характер, сообщают новые факты и сведения. *Буклеты (листовки)* — печатные издания, в которых текст и иллюстрации располагаются на 1 листе. *Памятки* содержат рекомендации по узкому вопросу для отдельных групп здоровых людей или пациентов; цель памятки – дать конкретную информацию.

Применяя разные средства обучения и воспитания населения, медсестрам необходимо помнить, что степень усвоения информации зависит от методов обучения: 5% обучающихся лучше воспринимают лекции, 10% – чтение, 20% – аудиовизуальные средства, 30% – использование наглядных пособий, 50% – обсуждение в группах, 70% – обучение практикой действия, 90% – выступление медработника в роли обучающего.

При эмпирическом исследовании психолого-педагогической деятельности медсестры психоневрологического диспансера были выдвинуты 2 гипотезы (см. выше). Респондентам предложены методика САМОАЛ в адаптации Н.Ф. Калины (ее можно найти в интернете) и бланки ответов. Респонденты отвечали на вопросы методики (методика включает 100 парных утверждений, из которых в процессе опроса необходимо выбрать одно, распределенных по 11 шкалам. Шкалы № 1, 3, 4, 8, 10 и 11 содержат по 10 пунктов, в то время как остальные по 15. Для получения сопоставимых результатов количество баллов по указанным шкалам следует умножить на 1,5). Ответы обрабатываются при помощи ключа шкалы вопросника САМОАЛ. По результатам ответов составлена сводная таблица (табл. 1), включающие следующие шкалы «Ориентация во времени», «Взгляд на природу человека», «Потребность в познании», «Самопонимание», «Контактность», «Гибкость в общении». Мы разбили все ответы на 3 группы: от 0 до 3 – низкие значения, от 4 до 6 – средние, от 7 до 10 – высокие. Шкалы «Ценности», «Креативность», «Автономность», «Спонтанность», «Аутосимпатия» также включают ответы, которые разбиты на: от 0 до 4 – низкие значения; от 5 до 10 – средние; от 11 до 15 – высокие. Анализируя результаты, мы будем рассматривать только значения 2 шкал – «Контактность» и «Гибкость в общении» и только низкие и высокие значения, так как нас интересует выраженность/невыраженность шкал.

1. По шкале «Контактность» низкие значения имеют 3 человека, что характеризует отсутствие предрасположенности к взаимополезным и приятным контактам. Высоких значений нет.

2. По шкале «Гибкость в общении» низкие значения имеют 4 человека; такие показатели характерны для людей, не уверенных в себе, в своей привлекательности, в том, что они интересны собеседнику и общение с ними может приносить удовольствие. Высокие значения имеет 1 человек, что свидетельствует об аутентичном взаимодействии с окружающими, способности к самораскрытию. Люди с высокой оценкой по этой шкале ориентированы на личностное общение, не склонны прибегать к фальши или манипуляциям, не смешивают самораскрытие личности с самопредъявлением – стратегией и тактикой управления производимым впечатлением.

Респондентам выданы анкеты (см. приложение) и бланк ответов. По результатам ответов составлена сводная таблица (табл. 2).

За каждый ответ, совпавший с ключом к анкете (см. в приложении), ставится 1 балл. Мы разбили весь интервал полученных значений на 3: от 0 до 8 – низкие значения, от 9 до 18 – средние, от 19 до 27 – высокие.

Низких значений не имела ни одна медсестра, прошедшая анкетирование в психоневрологическом диспансере, средние значения – 3 респондента, высокие – 9.

Таким образом, медсестре, работающей в психиатрии, для повышения качества медицинской помощи населению, необходимо:

- иметь не только глубокие теоретические знания, умело использовать практические навыки, но и тонко понимать психологию пациента и его родных, четко представлять

Таблица 1

Сводная таблица результатов опроса по методике самоактуализации личности

Ориентация во времени	Ценности	Взгляд на природу человека	Потребность в познании	Креативность	Автономность	Спонтанность	Самопо-нимание	Аутосимпатия	Контакт-ность	Гибкость в общении
7	7	8	4	6	5	5	5	5	4	4
6	7	7	3	7	8	9	6	9	5	5
5	8	6	7	9	11	10	8	10	6	7
4	10	7	3	8	5	5	3	3	4	2
5	5	6	5	4	5	7	5	3	6	3
7	7	4	5	10	8	7	3	8	4	3
6	10	2	6	10	11	10	8	10	5	5
6	6	6	7	8	9	7	5	8	5	5
6	7	7	6	6	11	10	6	9	6	5
6	5	3	6	8	9	10	7	11	6	4
6	9	5	6	10	10	9	5	7	6	4
6	7	7	6	6	5	7	6	2	6	3

Таблица 2

Сводная таблица результатов исследования по анкете

Число баллов	Пол опрошенного	Возраст, годы	Стаж работы в медицине, годы	Стаж работы в психиатрии, годы
19	Женский	34	13	5
18	«–»	28	6	2
27	«–»	51	33	12
19	«–»	43	22	9
26	«–»	56	36	22
18	«–»	21	3	2
25	«–»	65	45	18
16	«–»	19	1	1
23	«–»	49	27	16
22	«–»	37	17	7
27	«–»	55	36	26
26	«–»	61	40	15

себе существующие в этой области этические проблемы;
- заниматься психиатрическим просвещением населения для снижения частоты рецидивов заболевания и эмоционального напряжения в семье;
- помнить, что пациент почти всегда ждет от медработника не только профессиональной помощи, но и человеческой поддержки, которая не в последнюю очередь связана с передачей опыта в формировании умений.

Педагогические принципы обучения строятся на доступном изложении материала, активном участии пациента в тренировке и повторении узнанного, создании открытой и доверительной атмосферы, в которой пациент ни в коем случае не ощущает себя недостаточно умным или слишком медлительным.

Анализируя выдвинутые нами гипотезы, следует отметить:
- если рассматривать всю группу медсестер, то самоактуализации не достиг никто; однако большое число средних значений (см. табл. 1) в шкалах по методике САМОАЛ свидетельствует о том, что респонденты находятся на пути к самоактуализации;
- опрос по анкете «Принципы общения» показал, что у 75% респондентов выработаны коммуникативные навыки, что может свидетельствовать о наличии благоприятного климата в группе медсестер, индивидуально-личностной совместимости многих сотрудников, компетентном руководстве; 25% медсестер имеют средние значения (небольшой стаж работы в системе здравоохранения и в учреждении психиатрического типа, что свидетельствует о том, что для выработки коммуникативных навыков требуется определенное время); вновь пришедших сотрудников необходимо специально обучать общению с пациентами;.
- гипотеза № 2: самооценка навыков общения зависит от гибкости и контактности; гипотеза не подтвердилась; возможно, выборка респондентов не является репрезентативной; может быть, некорректно составлена анкета.

Приложение

Анкета «Принципы общения»

Инструкция: Вам предлагается ответить на 27 вопросов. Из 2 вариантов утверждений – «Да» и «Нет» – выберите тот, который точнее отражает Ваше мнение. Здесь нет хороших или плохих, правильных или неправильных ответов, самым лучшим будет тот, который дается по первому побуждению.

Текст анкеты

1. Я всегда создаю комфортную для пациента обстановку.
2. Перед началом разговора я всегда привлекаю внимание пациента.
3. В разговоре я всегда использую только понятные для пациента слова.
4. При общении с пациентом не злоупотребляю медицинской терминологией.
5. Я всегда даю пациенту только четкие инструкции.
6. В разговоре я стараюсь избегать двусмысленностей.
7. Я не обещаю невозможного.
8. Я старюсь пояснять свои действия, чтобы участие пациента в лечении и уходе было осознанным.
9. Я всегда пытаюсь убедиться, правильно ли меня понял пациент.
10. Я говорю достаточно громко для того, чтобы пациент слышал меня, но не кричу.
11. Если пациент плохо слышит, подхожу поближе.
12. Я всегда говорю медленно, четко выговаривая слова.
13. Мои интонации всегда соответствуют тому, что я говорю.
14. Я не боюсь повторяться.
15. Я проверяю, правильно ли меня понял пациент.
16. Я всегда проверяю, не осталось ли у пациента неразрешенных вопросов.
17. Я всегда показываю пациенту заинтересованность в общении с ним своей позой, выражением лица, жестами.
18. Я никогда не начинаю разговор с пациентами «на бегу».
19. Во время общения с пациентом я стараюсь поддерживать контакт с помощью взгляда.

20. Чтобы поощрить собеседника к разговору, стараюсь использовать кивание головой, улыбку и т.д.
21. Я никогда не оцениваю пациента.
22. Я стараюсь понять чувства пациента в разговоре со мной.
23. Я стараюсь одобрять все, что пациент и его родственники делают правильно.
24. Я всегда оказываю практическую помощь пациентам и его родственникам.
25. Я стараюсь давать пациенту только необходимую ему информацию.
26. Я всегда объясняю доступно, пользуясь простым языком.
27. В общении с пациентом я всегда предлагаю, а не приказываю.

Подведем итоги: вывод делается путем подсчета показателей. За каждый ответ, совпавший с ключом к анкете, ставится 1 балл. Мы разбили все полученные значения на 3 группы: от 0 до 8 – низкие значения; от 9 до 18 – средние; от 19 до 27 – высокие.

Ключ к анкете

№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ
1	Нет	10	Да	19	Да
2	Нет	11	Да	20	Да
3	Нет	12	Нет	21	Нет
4	Да	13	Нет	22	Да
5	Нет	14	На	23	Да
6	Да	15	Да	24	Нет
7	Да	16	Нет	25	Да
8	Да	17	Нет	26	Нет
9	Нет	18	Нет	27	Нет

Рекомендуемая литература

Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. – М.: Академ. проект, 1999. – 364 с.

Гребенюк О.С., Гребенюк Т.Б. Основы педагогики индивидуальности. – М: Экспо, 2004. – 572 с.

Громкова М.Т. Психология и педагогика профессиональной деятельности. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2003. – 415 с.

Зимняя И.А. Педагогическая психология. – М.: Логос, 2004. – 384 с.

Ротштейн В.Г., Богдан М.Н.. Основы психиатрической грамотности. – М.: Качество жизни, 2008. – 124 с.

Творогова Н.Д. Психология управления. Лекции – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 528 с.

Творогова Н.Д. Психология управления. Практикум. – М.:ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 496 с.

Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. – Будапешт, 1981. – 286 с.

http://www.psychology.ru/Library

http://explorateur.narod.ru/library.htm

A PSYCHONEUROLOGICAL DISPENSARY NURSE'S WORK: PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL ASPECTS

A.Yu. Soina, I.B. Khanina, Cand. Psych. Sci.

[1]Psychoneurological Dispensary, Eastern Administrative District, Moscow;

[2]I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

The paper presents the results of studying the psychological and pedagogical activities of a nurse from one of the psychoneurological dispensaries of Moscow.

Key words: nurse in psychiatry; self-actualization; patients; mutual contact.