**Всероссийский конкурс учебно-методических материалов,
способствующих реализации компетентного подхода
в профессиональном образовании медицинских и фармацевтических
специальностей**

Конкурсная номинация: Учебно-методическое сопровождение практических занятий

Учебная дисциплина: Психология

Название работы: Методическое обеспечение темы:

«Психологические особенности взаимодействия медработника с пациентом»

Автор работы: Лушникова Дарья Владимировна

Образовательная организация: краевое государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Красноярский медицинский техникум»

КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«КРАСНОЯРСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ТЕХНИКУМ»

РАССМОТРЕНО
на заседании ЦМК
общепрофессиональных
дисциплин
протокол № 2
«17» ноября 2016
Федотова Т.Ю.

УТВЕРЖДАЮ
зам. директора по УР
Корнева Н. М.

МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ТЕМЫ:

**«Психологические особенности взаимодействия медработника с
пациентом»**

дисциплины «Психология»

Специальность 34.02.01 Сестринское дело
31.02.02 Акушерское дело

Составила:
преподаватель
Лушникова Д.В.

г. Красноярск

1. Формируемые компетенции:
 ОК 3,6,7
 ПК 1.2, 2.1

2. С целью овладения ПК в ходе освоения данной темы студент должен (*проводим спецификацию компетенции - раскладываем на базовые умения и обеспечивающие эти умения знания*):

Уметь:	Знать:
1	2
находить подходы к разным группам пациентов, уметь слушать, эмоционально поддерживать, безоценочно воспринимать	техники активного слушания, понятия переноса, контрпереноса, психологические особенности общения медработника с пациентом.

3. Межпредметные связи: (дисциплина, раздел, тема)

Дисциплина	Раздел, тема
Биоэтика	«Культура общения медицинской сестры»
ПМ 04	«Общение с пациентом и его окружением в процессе профессиональной деятельности»

4. Распределение часов по теме (*в соответствии с программой ПМ, дисциплины*)

Вид занятия	Лекция	Семинар	Практическое занятие	Учебная практика
Кол-во часов	-	-	4	-
Методическое обеспечение	-	-	1. Учебно-методическая карта №1 2. ФОС	-

5. Информационное обеспечение темы:

Островская И.В. Психология – «ГЭОТАР-Медиа», 2008.

Полянцева О.И. Психология - Ростов-на-Дону, 2013.

Спринц А.М. Медицинская психология - СПб, 2005.

Творогова Н.Д., Медицинская психология, Москва, ВУНМЦ, 2002.

Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М.,2005.

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ КАРТА № 1

практического занятия

1. Тема: Психологические особенности взаимодействия медработника с пациентом.

2. Продолжительность занятия: 4 часа

3. Цели занятия:

Уч.цель: познакомить с особенностями общения с пациентами, изучить типичные причины, вызывающие психогении и ятрогении.

Воспит.цель: привить студентам доброжелательное, бесконфликтное отношение к пациентам.

Развивающая цель: формирование навыков самообразования, самореализации личности.

4. После изучения темы студент должен уметь находить подходы к разным группам пациентов, уметь слушать, эмоционально поддерживать, безоценочно воспринимать.

Знать: техники активного слушания, понятия переноса, контрпереноса, психологические особенности общения медработника с пациентом.

5. Методы обучения: упражнения, ролевые игры, диагностические процедуры.

6. Оснащение: таблица «Типы медицинской сестры» по И. Харди.

СТРУКТУРА ЗАНЯТИЯ

1. Организационная часть (проверка присутствующих, готовность обучающихся к занятию, наличие формы и т.д.).

2. Начальная мотивация учебной деятельности (название темы, ее цель, значение, связь с современностью, перспективы развития вопроса).

3. Актуализация опорных знаний (воспроизведение ранее усвоенных знаний и применение их в новых ситуациях).

4. Изучение нового материала (Приложение №1).

➤ Средства общения и использование их в психотерапевтических целях.

➤ Рекомендации для проведения беседы с пациентом.

➤ Перенос пациента. Контртрансфер.

➤ Эмоциональная идентификация. Эмпатия.

5. Самостоятельная работа (ФОС, Приложение № 2)

6. Ролевая игра «Пациент на приеме» (Приложение № 3)

7. Практические ситуации (Приложение № 4)

8. Вопросы, которые полезно задать пациенту (Приложение № 5)

9. Диагностические процедуры (Приложение № 6)

10. Памятка для студента «Искусство общения» (Приложение № 7)

11. Закрепление. Общие рекомендации по общению с пациентами (Приложение № 8):

12. Подведение итогов. Выводы:

➤ Эмпатия — это понимание любого чувства, переживаемого другим человеком (будь то гнев, печаль или радость) и ответное выражение своего понимания этих чувств.

➤ Общение с пациентом – важнейший элемент процесса лечения. Умение выслушать не только помогает определить – диагностировать заболевание, но и сам по себе процесс выслушивания оказывает благоприятное взаимодействие на психологический контакт медицинского работника и пациента.

➤ Общение с пациентом в медицинской сфере происходит чаще всего в виде диалога, в течение которого собеседники обсуждают жалобы, телесные ощущения, душевное состояние, лечение, исход болезни, иногда и диагноз.

➤ Диалог между медработником и пациентом предполагает и включает уникальность и равенство партнеров, различие и оригинальность точек зрения, ориентацию каждого на понимание и на активную интерпретацию его точек зрения партнером, ожидание ответа и его предвосхищение в собственном высказывании, соотнесение которых и является целью диалога.

➤ Общение врача и пациента должно быть не простой передачей информации, а выработкой общего смысла, взаимопонимания, построения диагностической и лечебно-реабилитационной беседы, единой точки зрения по поводу лечения.

13. Домашнее задание. Составить план интервьюирования с пациентом; описать особенности общения с пациентом в стационаре, различных возрастных групп, ятрогении, общение с родственниками.

Самостоятельная работа: «Особенности общения с пациентом в стационаре», «Тактика общения при встрече с разными группами пациентов», «Особенности психологического взаимодействия акушер-пациент», «Особенности общения среднего медицинского работника и пациента вне лечебного учреждения», «Общение с родственниками пациента».

Преподаватель _____

Председатель ЦМК _____

Лекарством, которым чаще всего пользуются в повседневной медицинской практике, является сам медицинский работник.

Балинт

Актуальным вопросом на сегодняшний день является общение медработника и больного. Многим из нас приходилось бывать в больнице, поликлинике или в каком-либо лечебном учреждении, где каждый из нас общался с врачом или медсестрой. Но задумывался ли кто-нибудь, насколько это общение влияет на нас, а точнее на течение нашего заболевания, и каким образом медработник может улучшить наше состояние? Конечно, можно сказать, что всё зависит от лекарств, которые нам назначает врач и выдаёт медсестра, от лечебных процедур также назначаются врачом, но это ещё не всё, что необходимо для полного выздоровления. Самое главное это правильный настрой, который зависит от психического и от эмоционального состояния пациента. На состояние пациента огромное влияние оказывает отношение к нему медработника. И если пациент доволен, например, беседой с врачом, который его внимательно выслушал, в спокойной обстановке и дал ему соответствующие советы, то это уже первый шаг к выздоровлению.

Фазы общения с пациентом:

Фаза контактная, т.е. фаза установления контакта. Это довольно короткая по продолжительности фаза, однако она является очень важной, т.к. на 40% определяет дальнейший успех общения с больным. Диагностический процесс начинается уже с момента появления больного: его внешнего вида, особенностей речи, походки и т.д.

Фаза ориентации - фаза, в которой мед работник ориентируясь в установках, ожиданиях больного, стремится понять, в каком состоянии находится пациент и в какой помощи он нуждается. Задача - снижение эмоционального напряжения у пациента для установления с ним продуктивного контакта.

Фаза аргументации – период активного взаимодействия врача с больным, в течение которого врач задает дополнительные уточняющие вопросы, выясняя важные для понимания состояния пациента детали, проверяет гипотезы, выдвинутые в предыдущей фазе, формирует собственное мнение.

Фаза корректировки, или обратной связи - заключительная фаза общения с больным. Задача в этой фазе убедиться в том, что больной правильно понял, т.е. достижение комплайенса (согласия) во взглядах на болезнь и лечение.

Техники активного слушания, использование которых влияет на эффективность общения

1 Малый разговор

Это беседа на интересную и приятную для собеседников тему, которую ему приятно обсуждать. Цель малого разговора – создать благоприятную психологическую атмосферу, заложить основы симпатии и доверия. Или же – восстановить эмоциональное равновесие, симпатию и доверие. Медработнику

«полезно» иметь информацию о жизни своих пациентов, а не только ту, которая помогает установить диагноз.

2 Использование комплиментов

Комплимент – это подчеркивание достоинств собеседника. Следует отличать от комплимента похвалу и лесть. Похвала – это оценка личных качеств. Лесть – большое преувеличение достоинств человека или подчеркивание социально-желательных качеств, которых у человека нет. Практически все люди различают лесть и комплимент. Комплимент – это тренируемый навык.

3 Медработникам в силу специфики их профессии часто приходится вступать во взаимодействие с людьми, находящимися в состоянии сильного эмоционального возбуждения. В этом случае приемы активного слушания не срабатывают. Ваш собеседник и не является в полном смысле этого слова собеседником, так как уже не контролирует собственные эмоции, не способен улавливать содержание разговора, да он и не старается это делать. Не помогают и общепринятые в таких случаях слова-штампы: “Успокойся”. “Не плачь”, “Не надо нервничать”.

Ему надо только одно — успокоиться, наладить самоконтроль; только тогда он будет СЛЫШАТЬ то, что вы ему говорите. В таких случаях эффективно пассивное слушание.

Поэтому важно просто СЛУШАТЬ человека, просто давать ему понять, что он не один, что вы его слышите, понимаете и готовы поддержать. Лучше всего при этом действуют так называемые “угу-реакции”: «Да-да, угу-угу, ну, конечно». Не молчите, потому что глухое молчание вызывает раздражение у любого человека, а у возбужденного его усиливает.

Нерефлексивное, или нерефлексивное слушание является, по существу, простейшим приемом и состоит в умении молчать, не вмешиваясь в речь собеседника. Это активный процесс, требующий внимания. Нерефлексивное слушание больше всего подходит к напряженным ситуациям. Люди, переживающие эмоциональный кризис, часто ищут в нас “резонатора”, а не советчика. Тем не менее, этого приема бывает недостаточно, когда собеседник стремится получить руководство к действию, когда у него нет желания говорить, когда он боится быть непонятым, отвергнутым. В этих случаях используются другие приемы.

4. Наиболее общепринятыми приемами, характеризующими активное слушание, является постоянное уточнение правильности понимания информации, которую хочет донести до вас собеседник, путем задавания уточняющих вопросов типа: «Правильно я вас понял, что?..», парафразов: «Таким образом, ты хочешь сказать...» или «Другими словами, ты имел в виду...». Применение таких простых приемов общения позволяет достичь сразу две цели:

1. Обеспечивается адекватная обратная связь, у вашего собеседника появляется уверенность в том, что передаваемая им информация правильно понята.

2. Вы косвенным образом информируете собеседника о том, что перед ним не ребенок, которому можно указывать, и не «диктофон», в который можно диктовать свои мысли и рассуждения, а равный ему партнер. Занятие вами равной партнерской позиции означает, что оба собеседника должны нести ответственность за каждое свое слово. Эта цель достигается быстрее первой, особенно в тех случаях, когда вы имеете дело с авторитарным, жестким собеседником, привыкшим общаться с позиции «на пьедестале». Применение навыков активного слушания очень поможет вам, если вам свойственна позиция «жертвы», так как это применение не только сбивает с привычной позиции авторитарного собеседника, но и поднимает вас до уровня равного разговора, дает возможность сосредоточиться на существенных моментах разговора, а не на собственных переживаниях и опасениях.

Активное слушание незаменимо в деловых переговорах, в ситуациях, когда ваш партнер по общению равен вам или сильнее вас, а также в конфликтных ситуациях, когда собеседник ведет себя агрессивно или демонстрирует свое превосходство. Это очень хорошее средство успокоиться и настроиться самому (и настроить собеседника) на деловую волну, если у вас возникает желание надерзнуть вашему партнеру, развить начавшийся конфликт.

Приемы активного слушания работают только тогда, когда вы учитываете ситуацию, содержание разговора и эмоциональное состояние собеседника. Активное слушание имеет смысл применять только в тех случаях, когда ваш партнер, как минимум, равен вам.

Бывает, однако, что приходится слушать человека, находящегося в состоянии эмоционального аффекта или сильного эмоционального возбуждения, и в этом случае приемы активного слушания не сработают. Ваш собеседник и не является в прямом смысле собеседником, он сейчас всего лишь человек, который не контролирует свои эмоции, не способен улавливать содержание разговора. Ему надо только одного — успокоиться, прийти в состояние нормального самоконтроля, только после этого с ним можно общаться «на равных». В таких случаях эффективно работает так называемое пассивное слушание.

Тут важно просто слушать человека, давать ему понять, что он не один, что вы его слушаете, понимаете и готовы поддержать. Лучше всего при этом действует так называемая «угу-реакция»: «да-да, угу-угу, ну конечно» и т. п. Дело в том, что эмоциональное состояние человека подобно маятнику: дойдя до высшей точки эмоционального накала, человек начинает «спускаться», успокаиваться; затем сила его чувств опять увеличивается, дойдя до высшей точки, она снова падает и т. д. Если не вмешиваться в этот процесс, не «раскачивать» маятник дополнительно, то, выговорившись, человек успокоится, и, почувствовав это, вы уже можете общаться с ним нормально. Глухое молчание у любого человека вызывает раздражение, а у возбужденного человека это раздражение будет усилено. Лучше не задавать ему уточняющих вопросов, потому что вопрос: «Ты хочешь сказать, что она тебе сказала то-то и то-то?», заданный в ответ на реплику: «И ты представляешь, тут она мне говорит... а я ей отвечаю...», только вызовет взрыв негодования у партнера.

Иногда в таких случаях полезно «пристроиться» к партнеру, повторять его слова, эмоции, движения, т. е. вести себя как он, быть как бы им, разделять его чувства. Но, если сложно сделать это естественно, лучше и не пытаться повторять действие, слова эмоционального партнера, т.к. он, заметив неискренность, оценит эти действия как издевательство над его чувствами.

Давайте подумаем, зачем человек рассказывает кому-то о своих проблемах? Может быть, чтобы выслушать совет, как вести себя в сложившейся ситуации? Или для того, чтобы его оценили, сказали, правильно ли он ведет себя? Или, может быть для того, чтобы услышать, как вел себя собеседник в аналогичной ситуации? Наверно, все же нет. Если вы посмотрите на себя откровенно, то поймете, что главное в таких случаях — желание, чтобы вас поняли, разделили с вами те чувства, те переживания, которые вы испытываете. Так главное, видимо, именно в этом — в понимании чувств собеседника и сопереживании ему. Именно в этом и состоит секрет хорошего слушания, такого, которое дает другому человеку облегчение, и, как это ни неожиданно, открывает ему новые пути для понимания самого себя.

Эмпатическое слушание позволяет переживать те же чувства, которые переживает собеседник, отражать эти чувства, понимать эмоциональное состояние собеседника и разделять его. При эмпатическом слушании не дают советов, не стремятся оценить говорящего, не морализуют, не критикуют, не поучают.

Существует несколько правил эмпатического слушания:

1. Необходимо настроиться на слушание: на время забыть о своих проблемах, освободить душу от собственных переживаний и постараться отстроиться от готовых установок и предубеждений относительно собеседника. Только в этом случае вы сможете понять то, что чувствует ваш собеседник, «увидеть» его эмоции.

2. В своей реакции на слова партнера нужно в точности отразить переживание, чувство, эмоцию, стоящие за его высказыванием, но сделать это так, чтобы продемонстрировать собеседнику, что его чувство не только правильно понято, но и принято.

3. Необходимо помнить, что эмпатическое слушание — не интерпретация скрытых от собеседника тайных мотивов его поведения. Надо только отразить чувство партнера, но не объяснять ему причину возникновения у него этого чувства. Замечания типа: «Так это у тебя оттого, что ты просто завидуешь своему другу» или «На самом деле тебе хотелось бы, чтобы на тебя все время обращали внимание» не могут вызывать ничего, кроме отторжения и защиты.

4. В тех случаях, когда партнер возбужден, когда беседа складывается таким образом, что говорит, «не закрывая рта», а ваша беседа носит уже достаточно доверительный характер, вовсе не обязательно отвечать развернутыми фразами, достаточно просто поддерживать партнера междометиями, короткими фразами типа «да-да», «угу», кивать головой или же повторять его последние слова.

Методику эмпатического слушания имеет смысл применять только в том случае, когда человек сам хочет поделиться какими-то переживаниями. В

случае же, когда он задает обычные вопросы («А вы не знаете, что означает то-то?»), или же просто не он хочет говорить с вами, а обсудить с ним что-то хотели бы вы, применение эмпатического слушания просто невозможно.

ТИПИЧНЫЕ ПРИЕМЫ СЛУШАНИЯ:

1. ГЛУХОЕ МОЛЧАНИЕ

2. УГУ-ПОДДАКИВАНИЕ ("ага", "угу", "да-да", "ну", кивание подбородком и т.п.).

3. ЭХО - повторение последних слов собеседника.

4. ЗЕРКАЛО - повторение последней фразы с изменением порядка слов.

5. ПАРАФРАЗ - передача содержания высказывания партнера другими словами.

6. ПОБУЖДЕНИЕ - междометия и другие выражения, побуждающие собеседника продолжить прерванную речь ("Ну и...", "Ну и что дальше ?", "Давай-давай" и т.п.).

7. УТОЧНЯЮЩИЕ ВОПРОСЫ - вопросы типа "Что ты имел в виду, когда говорил "эсхатологический".

8. НАВОДЯЩИЕ ВОПРОСЫ - вопросы типа "Что-где-когда-почему-зачем", расширяющие сферу, затронутую говорящим, нередко такие вопросы являются по существу уводящими от линии, намеченной рассказчиком.

9. ОЦЕНКИ, СОВЕТЫ

10. ПРОДОЛЖЕНИЯ - когда слушающий вклинивается в речь и пытается завершить фразу, начатую говорящим, "подсказывает слова".

11. ЭМОЦИИ - "ух", "ах", "здорово", смех, "ну-и-ну", "скорбная мина".

Рассмотрим понятия, предложенные Фрейдом и его сторонниками для понимания сути лечебных взаимодействий.

З.Фрейд одним из первых обратил внимание на некоторые общие механизмы и закономерности, которым подчиняются взаимоотношения врача и больного. Теоретические основы этих взаимоотношений, по З.Фрейду, опираются на два основных понятия - два механизма, включенных в, практически, любую ситуацию взаимоотношений врача с его пациентами.

Механизм трансфера (перенос) заключается в актуализации у пациента прежнего опыта эмоциональных взаимоотношений со значимыми людьми и в переносе этих чувств на врача. По мнению Фрейда, врач подсознательно напоминает больному эмоционально значимую личность из его детства. Если рассматривать механизм переноса более широко, то отношение больного к врачу во многом обусловлен его прежним опытом общения с другими врачами, их отношением к нему, воспоминаниями детского возраста о первом опыте общения с «людьми в белых халатах». Если со стороны врачей человек видел к себе доброе, эмпатичное, участливое, высоко профессиональное отношение, то врач в сознании больного будет восприниматься положительно. В случае же равнодушного отношения, некорректного поведения, непрофессионального подхода больной будет склонен относиться ко всем врачам довольно негативно, враждебно.

Механизм антитрансфера (контрпереноса) состоит в актуализации у врача прежнего опыта эмоциональных взаимоотношений с другими больными,

подчиненными, детьми и в переносе этого опыта на данного больного. Если больной ассоциирует врача, прежде всего, с родителем, опытным, знающим человеком, призванным облегчить его страдания, то врач ассоциирует больного с «ребенком», зависимым от него, нуждающимся в его помощи и поддержке. В зависимости от того, как складывались предшествующие эмоциональные отношения, врач переносит на больного положительные (положительный контрперенос) или отрицательные (отрицательный контрперенос) чувства.

При более общем рассмотрении этого механизма следует отметить, что у врача могут существовать стереотипы восприятия определенных категорий больных в зависимости от: нозологической принадлежности, возраста, пола, внешнего вида и т.д., что будет определять характер отношения к ним.

Самым оптимальным вариантом соотношения этих двух психологических механизмов является сочетание положительных переноса, с одной стороны, и положительного контрпереноса, с другой. В этом случае между врачом и пациентом будут складываться отношения взаимопонимания, уважения и доверия, терапевтического сотрудничества. Если же во взаимоотношениях имеет место отрицательный перенос или контрперенос, то, в первом случае, врачу следует попытаться понять, чем вызвано негативное отношение к нему со стороны больного (опыт прошлого общения с врачами; эмоциональное, психофизиологическое состояние пациента; тяжесть его соматического состояния и т.д.) и, по возможности, скорректировать его в позитивную сторону. Во втором случае, доктор должен справиться со своим отрицательным отношением к больному, разобравшись в его причинах, и если оно вызвано поведением или отношением самого больного, постараться отнестись к этому, как к одному из проявлений, симптомов болезни и, таким образом, восстановить свое душевное равновесие.

Успех медицинского работника зависит от профессионализма, человеческих и личностных качеств, поведения. На настроение оказывает влияние ситуация, состояние организма, прошлый опыт, оценка человеком ситуации. Хроническому плохому настроению способствуют:

- ✓ Максимализм (все видит в черно-белых тонах)
- ✓ Общий вид на единичные факты (единственное отрицательное событие представляется непрерывной черной полосой)
- ✓ Психологическая фильтрация событий (из случившегося выдергиваются только отрицательные события)
- ✓ Дисквалификация положительного (отвергаются положительные факты, утверждается их невозможность)
- ✓ Скачущие умозаключения (негативная интерпретация реалий из-за незнания их подоплеки)
- ✓ Преувеличение значимости плохих событий и преуменьшение значимости хороших
- ✓ Выводы основаны на собственных эмоциях (вера, что отрицательные эмоции отображают действительное отрицательное положение вещей)

- ✓ Попытка оценить настоящее с позиции «могло бы быть» или «не могло бы быть» может привести к озлобленности
- ✓ Ярлыки – вместо описания своих или чужих ошибок вешаются ярлыки
- ✓ Принятие ответственности за независимые от тебя события.

Сестринское дело представляет собой диалог – межличностное общение человека с человеком, медсестры с пациентом. При госпитализации пациента, его переводе или выписке из больницы, в процессе до- и послеоперационного ухода, обучения и подготовки пациента к различным процедурам медсестре необходимо уметь налаживать, поощрять и поддерживать соответствующее общение с пациентом.

У пациентов могут быть самые различные потребности в общении. Они могут нуждаться в совете, утешении, консультации или обычном разговоре. То, насколько медсестра способна удовлетворять эти потребности, зависит от ее навыков общения и опыта. Важно понимать, когда пациент нуждается в информации, социальном контакте или каком-то ином общении. Устанавливать эффективное общение нелегко, для этого требуются специальные навыки, умение слушать, задавать вопросы, поддерживать и проявлять теплоту и заботу.

Любая встреча медицинской сестры с пациентом имеет важное значение для установления и поддержания оптимального психологического контакта. Особенно важно психологически обосновано провести с пациентом первую встречу и беседу, с которой и начинается осуществление сестринского ухода. К первой встрече с пациентом необходимо готовиться и организовать ее обдуманно. Она имеет не только диагностическое значение, но важна как психотерапевтический фактор. Пациент должен увидеть внимательное отношение к себе и искреннее желание помочь ему.

Очень важно уметь выслушать пациента и отметить, что для него является самым важным, что впоследствии будет необходимо для постановки и формулировки внутренней картины болезни. В беседе следует избегать требовательности тона голоса и игнорирования жалоб. Отличительной чертой профессиональной деятельности медицинской сестры является насыщенный психологический фон, затрудняющий какую-либо технологическую регламентацию деятельности. Поэтому в каждом конкретном случае наиболее удобный способ избирается медицинской сестрой в зависимости от состояния пациента и ее профессионального опыта.

Психологический контакт означает встречу одной личности с другой. Такая встреча волнует, в чем-то она неожиданна, содержит какую-то тайну. Если медсестра занимает строго ролевую позицию, не проявляя себя как личность, то установление психологического контакта будет затруднено, встреча не состоится и рассчитывать можно только на формально ролевое общение. Раскроются ли партнеры друг другу – зависит от того, насколько между ними успешно создается атмосфера доверия и безопасности. наличие психологического контакта между медсестрой и пациентом – одно из

важнейших условий эффективного сотрудничества. Чтобы психологический контакт состоялся необходимо применять ряд психологических технологий:

1. Понимающее общение

ориентировано на установление и развитие контакта, положительных взаимоотношений и на выявление точки зрения собеседника. В первую очередь, внимание обращается на внутреннюю «систему отчета» собеседника, а не на собственную: его критерии оценок, ценности, мотивы поведения, проблемы, образы, картину мира. Это необходимо для получения информации о том, как пациент сам себе представляет свою ситуацию, какие переживания испытывает в связи с этим, как прогнозирует свое будущее. Понимающее общение возможно только тогда, когда медсестра проявляет уважение к личности пациента и может не оценочно реагировать на его высказывания и эмоциональные состояния. Главное в психологическом контакте – увидеть другого таким, какой он есть, начать общаться с ним реальным, не пытаясь его «переделывать». Важно, чтобы медработник был в хорошей физической и психологической форме, постоянно рос как личность. Иначе свои психологические проблемы она будет переносить на общение с пациентом.

2. Отношение к партнеру.

В процессе возникновения контакта отношение к партнеру оценивается как «нравиться - не нравится». Оценка зависит: от партнера, от установок и взглядов самого человека, мотивов и эталонов. Реакция приятия или неприятия проявляется в мимике, жестах, позе, взгляде: если человек вам нравится, то ему легко общаться с вами, если – нет – ему придется преодолеть ваше отрицательное отношение. Чтобы добиться взаимного доверия, поддерживайте у себя установку на общение, доверяйте своему собеседнику. Если хотите добиться более высокого уровня доверия, старайтесь говорить на языке собеседника, умеете слушать, обратите внимание на ваше взаимное расположение в пространстве, дайте собеседнику подкрепление (имя, улыбка, комплимент).

3. Искусство слушать собеседника.

Внимательное слушание способствует установление психологического контакт, снижает у партнера напряжение, поощряет сотрудничество. Если кто-то тебя внимательно слушает, значит, что тебя ценят, ты достоин внимания. Такие отношения вызывают положительные эмоции. Медсестра слушает внимательно, глядя на собеседника, ее поза свидетельствует об открытости, интересе, поощряет к разговору. Умение слушать требует дисциплины и затрат энергии. У слушающего могут возникнуть психологические барьеры, мешающие правильному, четкому восприятию информации:

-Отключение внимания

-Предвзятое слушанье

-Влияние слов и фраз говорящего, которые обладают негативным зарядом

-Затрагиваются темы, которые эмоционально затрагивают слушающего, возвращают его к собственным проблемам

-Каждый человек придает словам собственный смысл – медсестра должна четко своими словами подвести итог услышанного и получить от пациента подтверждение или уточнение;

-Физиологические барьеры: на процесс слушания влияет свойство слухового внимания, время, суток, усталость

-Внешние отвлекающие моменты: собеседник говорит громко, плохая акустика, шум, некомфортная температура, телефонные звонки, ограниченность времени, загрузка по работе.

4. Пространственная организация общения.

Самое важное при разговоре, чтобы собеседники чувствовали себя комфортно. Если предпринимается попытка установить психологический контакт с пациентом, нельзя «вламываться» в его интимную зону (0,5 м) без разрешения, как нельзя терпеть и этого по отношению к себе, без видимых на то оснований. В личную зону (0,5-1,2 м) мы допускаем тех, с кем охотно общаемся. Медсестра и пациент должны общаться в личной зоне. Сближаться нужно постепенно и согласованно. При выборе пространственной позиции необходимо учитывать, чтобы ваши глаза были на одном уровне с партнером.

5. Эмпатия.

Быть в состоянии эмпатии - значит, на какое-то время войти в мир другого. При этом сохраняется способность в любой момент вернуться в свой реальный мир. Если такая способность теряется, и у медсестры возникает состояние, схожее эмоциональному состоянию пациента, то она теряет способность профессионально работать и ей самой потребуется психологическая помощь. Это может привести к различным видам психологических и неврологических заболеваний, вызванных эмоциональным напряжением.

6. Самовыражение.

Психологический контакт предполагает равноправие психологических позиций партнеров. Если уважение, то взаимное, если доверие, то тоже взаимное. И взаимное право выражать свои чувства. Чтобы психологический контакт состоялся, медсестра должна научиться свободно выражать свое «Я» (в определенных границах). Это будет повышать уровень доверия пациентов к ней. Обычно открытому самовыражению мешают страхи: «Ко мне станут относиться хуже», «Меня раскритикуют». Эти страхи вынуждают медсестру оставаться узницей закрытого чисто ролевого общения. Чтобы контакт был искренним, открытым с медсестрой, он должен видеть искренность и с ее стороны. Медсестра завоюет доверие пациента, демонстрируя свою аккуратность, пунктуальность, осведомленность о положении дел пациента, опыт, подготовленность, честность, способность работать в его интересах, свою энергичность, решимость, добиться поставленной цели. Медсестра, установив с пациентом психологический контакт, оказывает ему помощь. Предварительно она определяет его внутреннюю картину болезни. Основными методами психологической диагностики являются наблюдение и беседа.

Осуществляя уход за пациентом, медсестра слушает и наблюдает, реагируя на наличие у пациента психологической напряженности в отношениях с самим собой (неудовлетворенность собой, чувство стыда и т.д.). Медсестра также

отмечает динамику эмоциональной сферы пациента в процессе лечения, поскольку эмоции влияют не только на настроение и поведение, но и на состояние организма, в частности на иммунитет. Такая информация передается лечащему врачу, который сам оказывает психологическую помощь, или дает предписание по психологическому уходу за пациентом, или вызывает психолога для оказания профессиональной психологической помощи. Работать с пациентом должна команда единомышленников – врач, медсестра, психолог. Руководствоваться профессиональными кодексами, а возглавляет эту работу врач.

Медсестра обобщает психологическую информацию в виде ВКБ – указывает на те сферы жизни пациента, которые вызывают эмоциональную напряженность – это может быть причиной заболевания или отрицательно сказывается на его течение. Собирает информацию медсестра о психологическом равновесии, балансе у пациента, приобретенных нервно-психологические или психологические расстройства. Именно на выявлении таких проблем и направлена психологическая диагностика, проводимая медсестрой.

Наблюдает медсестра за словами, фразами, сменой настроения пациента, неадекватность реакции, специфическими жестами, мимикой, несоответствие содержания и эмоциональной стороны беседы. Наблюдательность – профессионально значимая черта специалиста, которую полезно тренировать. Наблюдая за пациентом, медсестра соотносит его действия и эмоции с известными ей нормами: возраст, пол, профессия, которые у нее сформировались на основании личного опыта. Сбор информации начинается с восприятия другого человека и наблюдая за ним в ходе обследования или оказания помощи. Движения человека, его мимика, тембр голоса, темп речи, словарный запас дают много разнообразной психологической информации нем. Известно, что необычайные изменения цвета кожи отражают происходящее в организме физиологические изменения. Испуг - бледность. Состояние нерешительности – движение руки к носу. Люди часто касаются своих волос – смущение. Желание что-либо скрыть – рука ко рту. Существует и язык красок. Люди предпочитающие серый цвет – отражают себя от окружающего мира. Синий цвет способствует снижению кровяного давления – потребность в этом цвете возникает в случае болезни, упадка сил, при повышенной чувствительности. Тот кто отдает предпочтение красному цвету, перевозбужден, легко раздражается, чувствует, что окружение – это опасность. Следует помнить о культурных традициях (различиях) при расшифровке невербальных знаков. Так же человек может сознательно подавать себя (имидж), вместо того, чтобы быть собой. Контроль достоверности получаемой информации опирается на множество поступающих сигналов о той или иной эмоциональной реакции пациента. Один сигнал – не доказательство.

1. Что мешает, что помогает людям в общении?

Что мешает	Что помогает

Эталон заполнения таблицы

Что мешает	Что помогает
<p>Специфическая терминология, стилистические барьеры, неумение (нежелание) слушать (слышать) партнера, сосредоточенность на собственных мыслях и желаниях, негативная оценка высказываний партнера, игнорирование, пренебрежение высказываниями партнера.</p>	<p>Персонификация, грамотная речь, использование техник, способствующих эффективности общения</p>
<p>Монотонный голос, быстрый или чрезмерно медленный темп речи, нарушение интимной дистанции или увеличение дистанции, закрытая поза, отсутствие контакта глаз</p>	<p>Совпадение невербальных и вербальных проявлений, открытая поза, динамичная жестикуляция, контакт глаз, соблюдение личной (интимной) дистанции</p>

2. Придумайте несколько примеров комплиментов. Какой комплимент можно было бы сделать пациенту?

3. Придумайте 2-3 фразы «малого разговора», которые можно использовать в ситуации общения с пациентом. Упражнение выполняется сначала письменно, затем обсуждается в группе.

Эталоны ответов

1. Подчеркивание достоинства пациентов – прическа, маникюр, какое – либо украшение и т. д.

2. Это непринужденная беседа о семейных делах, хобби, забавных событиях, увлечениях, погода, глобальные новости, профессия, семейные традиции и пр.

Приложение № 3

3. Ролевая игра. «Пациент на приеме у врача». Запишите в конспекте ваши предположения о том, в каком состоянии находится пациент, и каков должен быть верный ответ медработника. Распределить роли пациента и медработника.

Вариант реплик пациента	Что чувствует пациент, каков его мотив, желание	Ответ медработника (в виде открытого вопроса)
<p>Мне так плохо, даже жить не хочется!</p> <p>У меня такие же симптомы как у дедушки, он умер недавно.</p> <p>По какому праву Вы продержали меня в коридоре так долго, я записан на 11 часов!</p> <p>Ничего у меня не болит, мама все придумывает.</p> <p>У меня это....., в общем, плохое мое здоровье.</p> <p>Вы такой чудесный человек, к Вам на прием идешь как на праздник!</p>		

заполнения таблицы

Ном ер	Что чувствует пациент, каков его мотив, желание	Ответ, принципы работы медработника
1	Тоска, уныние, депрессия, сожаление	Подводить больного к решению проблемной ситуации так, чтобы он сам, без подсказок и видимой помощи, но всё-таки незаметно руководимый, решил их. «Что вы делаете в стрессовых ситуациях?»
2	Страх, испуг,	Не переубеждать пациента в том, что "у него не могут быть те признаки, на которые он жалуется", а наоборот, ободряюще и понятно объяснить ему механизм возникновения этих признаков. «Замечали ли вы какие -нибудь другие симптомы?»
3	Негодование, злость, нетерпение, чувство оскорбленности	Отнеситесь с уважением к реакции пациента
4	Недоверие, сомнение,	При объяснении использовать легко понятные примеры из повседневной жизни.

	растерянность, страх	Предложить поддержку и сотрудничество.
5	Отчаяние, безразличие, растерянность, страх	Внимательно слушайте, проявляйте сочувствие, искренний интерес и участие, поощряйте вопросы. «Что именно вас волнует?»
6	Восхищение, предвкушение, нетерпение, самодовольство	Отразить эмоции. «Я вижу у вас прекрасное настроение»

Решите практические ситуации

1. У Вас создались натянутые отношения с коллегой. Допустим, что причины этого Вам не совсем ясны, но нормализовать отношения необходимо, чтобы не страдала работа. Что бы Вы предприняли в первую очередь?

А. Открыто вызову коллегу на откровенный разговор, чтобы выяснить истинные причины натянутых взаимоотношений.

Б. Прежде всего попытаюсь разобраться в собственном поведении по отношению к нему.

В. Обращусь к коллеге со словами: «От наших натянутых взаимоотношений страдает дело. Пора договориться, как работать дальше».

Г. Обращусь к другим коллегам, которые в курсе наших взаимоотношений и могут быть посредниками в их нормализации.

2. Вы понервничали дома, по дороге на работу, а больной, придя на прием в поликлинику, сообщает Вам, что потеряна его история болезни (амбулаторная карта), которую относили в регистратуру Вы. Назревает конфликт. Что делать?

А. Предложить больному присесть и, получив разрешение врача, отправиться на поиски истории, предварительно успокоив больного тем, что история «пропасть не могла» и Вы сделаете все возможное, чтобы ее вернуть.

Б. Отправить больного в регистратуру, сказав, что Вы вернули его историю болезни и поиски ее — не Ваша обязанность. Попробуйте улыбаться, улыбка украшает лицо, облегчает поиски взаимных контактов сестры и больного. Улыбка — путь к взаимопониманию.

3. У Вас плохое настроение. Вы дежурите в районной больнице. Женщина, находящаяся на лечении по поводу гипертонической болезни, просит у Вас гипотензивный препарат, не назначенный врачом. Вы измерили артериальное давление и убедились, что динамики в сторону повышения нет. Больная продолжает требовать лекарство. Как быть?

А. Вызвать в отделение врача, предупредив (объяснив) больной, что Вы не можете без назначения врача давать этот препарат, что артериальное давление у больной не повышено и после консультации врача Вы сразу выполните все назначения. Самовольная Ваша выдача лекарства может ухудшить состояние больной.

Б. Отправить больную в палату, сказав, что Вы не дадите лекарство, так как оно не назначено и все вопросы пусть решает завтра. Дать лекарство без ведома врача — возможны непредсказуемые осложнения!

4. Вы операционная сестра. Во время операции случилось непредвиденное — расстерилизован столик с инструментами. Дорога каждая минута. Врач, не сдержав эмоций, накричал на Вас. На глазах слезы. Что делать?

А. Сохранив стерильность, быстро подготовить второй столик с инструментами и продолжать работу. Не вступать в переговоры с врачом и не плакать во время операции (владейте собой). Помните: главное в работе — помощь больному. Врач сам извинится перед Вами, но после операции. Не обостряйте конфликт. Щадите друг друга.

Б. Попытайтесь все собрать и заменить, но при этом потребуются вновь переодеться. Пройдет 2-5 минут, для больного это не просто время. Иногда от этого времени зависит жизнь. «Выяснение отношений» с хирургом не будет способствовать хорошему ходу операции.

5. Вы — палатная сестра. Во время проведения термометрии у больного 46 лет на фоне полного благополучия наступила остановка сердца и дыхания. В палате — 6 человек. Что делать? Вы никогда не видели смерти. Вы испуганы. Что предпринять?

А. Начать непрямой массаж сердца и вентиляцию легких, попросив любого из больных позвать Вам на помощь любого медицинского работника. Не кричите в палате и не спешите на поиски врача. Не оставляете больного без медицинской помощи. Пришедший врач или вторая медсестра помогут Вам и делом и советом. Постарайтесь держать себя в руках, не суетитесь.

Б. Быстро отправиться на поиски врача, оставив больного.

Вопросы, которые полезно задать пациенту

«Когда у нас есть проблемы, когда мы живем в постоянном напряжении или не видим смысла своей жизни, мы часто прибегаем (большей частью неосознанно) к одному из следующих способов справиться с этой сложной психологической ситуацией: заболеваем (реагируем телом), уходим с головой в работу, начинаем активно общаться (или избегаем контактов, замкнувшись в себе), погружаемся в философию, религию, мир фантазий» (Н. Пезешкиан).

Чтобы узнать, как данный пациент обычно справляется со своими психологическими проблемами, полезно ему задать следующие вопросы:

- Каковы Ваши физические ощущения, когда Вы, например, злитесь?
- Как болезни влияют на Ваше ощущение жизни и планы на будущее?
- Сопровождаются ли обычно телесными страданиями (обострениями тех или иных заболеваний) Ваши душевные невзгоды?
- Удовлетворены ли Вы своей профессией?
- Когда Вы расстроены, то обычно начинаете больше работать или вообще перестаете что-либо делать?
- Сильно ли Вас беспокоит, что могут сказать другие?
- Что для Вас значит семейная традиция?
- Тяжело ли Вам отказываться от своих привычек?
- Легко ли Вы устанавливаете контакт с другими?
- С какими людьми Вам трудно общаться?
- Когда Вы расстроены, то начинаете больше общаться (чтобы поделиться своими переживаниями) или замыкаетесь в себе?
- Любите ли Вы читать фантастику, смотреть фантастические фильмы?
- Помните ли Вы свои детские фантазии?
- Часто ли Вы думаете о том, какой бы была Ваша жизнь, если бы у Вас был другой партнер, другая профессия и т.д.?
- Считаете ли Вы себя оптимистом или пессимистом?
- Озабочены ли Вы вопросами смерти и жизни после смерти?

Приложение № 6

1. Задание – оценка коммуникабельности.

Чтобы оценить свою коммуникабельность, полезно задать себе следующие вопросы:

1. Умеете ли Вы так поздороваться или о чем-то спросить, чтобы человеку было приятно ответить вам?

2. Способны ли Вы вызвать интерес и чувство доверия?

3. Если с вами грубы, находите ли Вы ответную реакцию, помимо собственной грубости?

4. Есть ли у Вас способность спокойно осадить грубияна, сделать его поневоле вежливее?

5. Умеете ли Вы вовремя пошутить, разрядить накалившиеся страсти?

6. Умеете ли Вы прервать разговор, но так, чтобы собеседник не обиделся на Вас?

7. Умеете ли Вы отказать в чьей-либо просьбе, но не вызвать при этом враждебности?

8. Умеете ли Вы попроситься, но так, чтобы Вас хотели видеть еще раз?

Следует проанализировать, в каких ситуациях Вы чувствуете себя скованно, неуверенно: при публичных выступлениях, попадании в общество - малознакомых людей, беседах с начальством, при знакомстве с представителем другого пола и т.д. Что в этих ситуациях Вас смущает: отсутствие ли общей темы разговора, косноязычие, тягостные паузы, боязнь покраснеть или показаться неумным и т.д.

Тест НАСКОЛЬКО ВЫ ТЕРПИМЫ?

Допускаете ли Вы существование мнения, отличного от Вашего, относитесь ли Вы к нему с уважением, терпимы ли Вы? Перед Вами тест, который, надеюсь, хотя бы приблизительно поможет определить степень Вашей терпимости. Но одно условие: отвечайте быстро, не задумываясь.

1. Неприятна ли Вам ситуация, в которой приходится отказаться от плана, придуманного Вами, потому что точно такой же план предложили Ваши друзья;

а) да; б) нет.

2. Вы встречаетесь с друзьями, и кто-то предлагает начать игру. Что Вы предпочтете:

а) чтобы участвовали только те, кто хорошо играет;

б) чтобы играли те, кто еще не знает правил.

3. Вы спокойно воспринимаете неприятные для Вас новости:

а) да; б) нет.

4. Вызывают ли у Вас неприязнь люди, которые в общественных местах появляются в нетрезвом виде;

а) если они не переступают допустимых границ, Вас это вообще не интересует;

б) Вам всегда были неприятны люди, которые не умеют себя контролировать.

5. Можете ли Вы легко найти контакт с людьми, у которых иные, чем у Вас, профессия, положение, обычаями:

а) Вам очень трудно было бы сделать;

б) Вы не обращаете внимания на такие вещи.

6. Как Вы реагируете на шутку, объектом которой становитесь:

а) Вам не нравятся не сами шутки, не шутники;

б) если даже шутка и будет Вам неприятна, то Вы постараетесь ответить в такой же шутливой манере.

Тест-шутка «Умеете ли вы ухаживать а больным?»

1. Буду исполнять все капризы больного — 2 балла.

2. Скажу, что не следовало доводить себя до такого состояния — 0 баллов.

3. Буду страдать вместе с ним — 2 балла.

4. Не буду обращать внимания на его страдания — 0 баллов.

5. Буду за ним ухаживать — 3 балла.

6. Буду подшучивать над его болезнью — 0 баллов.

7. Скажу ему, чтобы не притворялся — 0 баллов.

8. Продумаю, действительно ли он нуждается в столь заботливом уходе — 4 балла.

9. Применю соответствующие средства для излечения болезни — 9 баллов.

10. Буду его баловать — 1 балл.

11. Немедленно вызову врача — 3 балла.

12. Возложу заботы по уходу за ним на третье лицо — мать, свекровь, соседку — 0 баллов.

Ответы:

7 баллов и больше — с вами больной не пропадет. Поступаете правильно — с нежностью и в то же время по-деловому.

3-6 баллов — при болезнях следует лечить больное тело и больную душу (больному необходима любовь). Оба аспекта важны в равной степени.

2 балла и меньше — или Вашему пациенту настолько «понравится» болеть, что он вообще не захочет выздоравливать, или же Вы применяете лечение «лошадиными дозами», после которого у Вашего пациента останется неприятный осадок от Вашей холодности, отсутствия заботы, от бесчувственности с Вашей стороны.

Памятка для студента «Искусство общения»

Следующие советы помогут Вам произвести наиболее благоприятное впечатление:

- ▶ следите за осанкой, никогда не сутультесь;
- ▶ походка должна быть свободной, без суеты, лености и усталости;
- ▶ поза, в которой сидите или стоите, должна говорить о Вашей уверенности и доброжелательном спокойствии (не следует скрещивать руки, подобострастно наклонять голову набок или высокомерно откидываться на спинку сиденья);
- ▶ смотрите в глаза собеседнику большую часть времени беседы, это признак Вашей внимательности, открытости и искренности;
- ▶ низкий спокойный тембр голоса свидетельствует о продуманности и прочувствованности сообщения, поэтому вызывает больше доверия, чем высокий тон, визгливый и громкий;
- ▶ темп речи должен быть спокойным и размеренным (быстрый темп выдает неуверенность или легкомысленность, болтливость; слишком медленный считается признаком тугодумия);
- ▶ паузы позволяют подчеркнуть ключевые фразы, придают весомость главным мыслям, дают время подумать и лучше запомнить сказанное;
- ▶ одежда должна соответствовать Вашей профессиональной компетентности и желаемому статусу (одевайтесь в соответствии с той должностью, на которую претендуете).

Приложение № 8

Общие рекомендации по общению с пациентами

1. Будьте внимательны. Создайте своим невербальным поведением атмосферу сопереживания. Если вы будете внимательны, чутки, сосредоточены, если будете смотреть на говорящего, он почувствует свою значимость и станет относиться к вам более позитивно

2. Проявляйте интерес к потребностям собеседника. Помните, что вы должны слушать с пониманием.

3. Слушайте на основе установки “Я — о'кей, ты — о'кей”:

а) вызовите в себе отклик на слова говорящего; пусть ваши идеи и чувства дойдут до него, причем выражать их следует доброжелательно, не критикуя говорящего;

б) не задавайте слишком много вопросов. Помните, что вопросы могут выйти “боком”, так как у говорящего может возникнуть ощущение, что он “попал на горячую сковороду”;

в) станьте своего рода “зеркалом”: отражайте то, что, по вашему мнению, чувствует и/или говорит ваш собеседник;

г) не стоит использовать ничего не значащие “успокаивающие” фразы типа “ну, все это не так плохо”, “завтра тебе будет лучше”, “все перемелется, не стоит так переживать”, “нельзя все принимать так близко к сердцу, это все мелочи”, “не надо делать из мухи слона”.

4. Не допускайте, чтобы собеседник “подцепил вас на крючок”. Такое может случиться, если вы разозлитесь, обидитесь или выйдете из себя, позвольте себе вступить в перепалку, делать скоропалительные выводы или заведомо осуждать собеседника.

5. Старайтесь показать свое внимание следующими способами:

а) поощряя говорящего с помощью таких междометий и слов, как “Угу”, “М-да”, “Понятно”, “Да, верно”, “Ото!”, “Интересно!”;

б) поощряя говорящего с помощью невербальных сигналов: кивка головой; соответствующего выражения лица; жестикуляции, непринужденных и естественных движений; прикосновений;

в) произнося фразы поощрительного содержания, например: “расскажи-ка мне...”, “мне интересно было бы услышать, что ты об этом думаешь”, “не хотел (а) бы ты об этом поговорить?”, “давай-ка это обсудим”, “звучит так, будто тебе кое-что пришло в голову!”, “меня очень интересует, что ты скажешь по этому поводу!”.

6. Основные правила:

а) не перебивать;

б) не переводить обсуждение на другую тему;

в) не давать себе отвлекаться;

г) не задавать лишних вопросов (“не допрашивать”);

д) не пререкаться;

е) не навязывать своих советов.