

Психология общения медицинского работника



Преподаватель:
Евгения Александровна Хоцко

Общение медработника и пациента, в принципе можно назвать вынужденным общением. Так или иначе, но **основным мотивом** встреч и бесед больного человека с медработником становится появление у одного из участников такого взаимодействия проблем со стороны здоровья.

Со стороны врача и медсестры существует при этом вынужденность выбора субъекта общения, которая обусловлена его профессией, его социальной ролью.

И если обращение пациента к врачу, обусловлено, как правило, поиском мед помощи, то заинтересованность врача в пациенте объясняется соображениями его профессиональной деятельности.



Хорошие отношения медработника и пациента способствуют и большей эффективности лечения. И наоборот – положительные результаты лечения улучшают взаимодействие между пациентом и медработником.

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



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

СОДЕРЖАНИЕ ОБЩЕНИЯ - это информация, которая передается от одного человека к другому в межличностных контактах.

Три уровня общения:

- **Внутриличностный**
- **Межличностный** (между двумя и более людьми)
- **Общественный** (между большими группами)

ОБЩЕНИЕ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ

- обмен информации и (или) эмоциями между медсестрой и пациентом, процесс установления и развития контакта между ней и пациентом, порождаемый потребностями в совместной деятельности



ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБЩЕНИЕ МЕДСЕСТРЫ включает:

- **коммуникацию** (передачу информации);
- **интеракцию** (выработку стратегии взаимодействия);
- **перцепцию** (восприятие и понимание партнерами друг друга).



ФУНКЦИИ ОБЩЕНИЯ:

1. ИНФОРМАЦИОННАЯ – получение и сообщение необходимой инфс



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



2. ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ

Пациенты ждут от медсестры эмоционального отклика, сочувствия, душевного тепла.

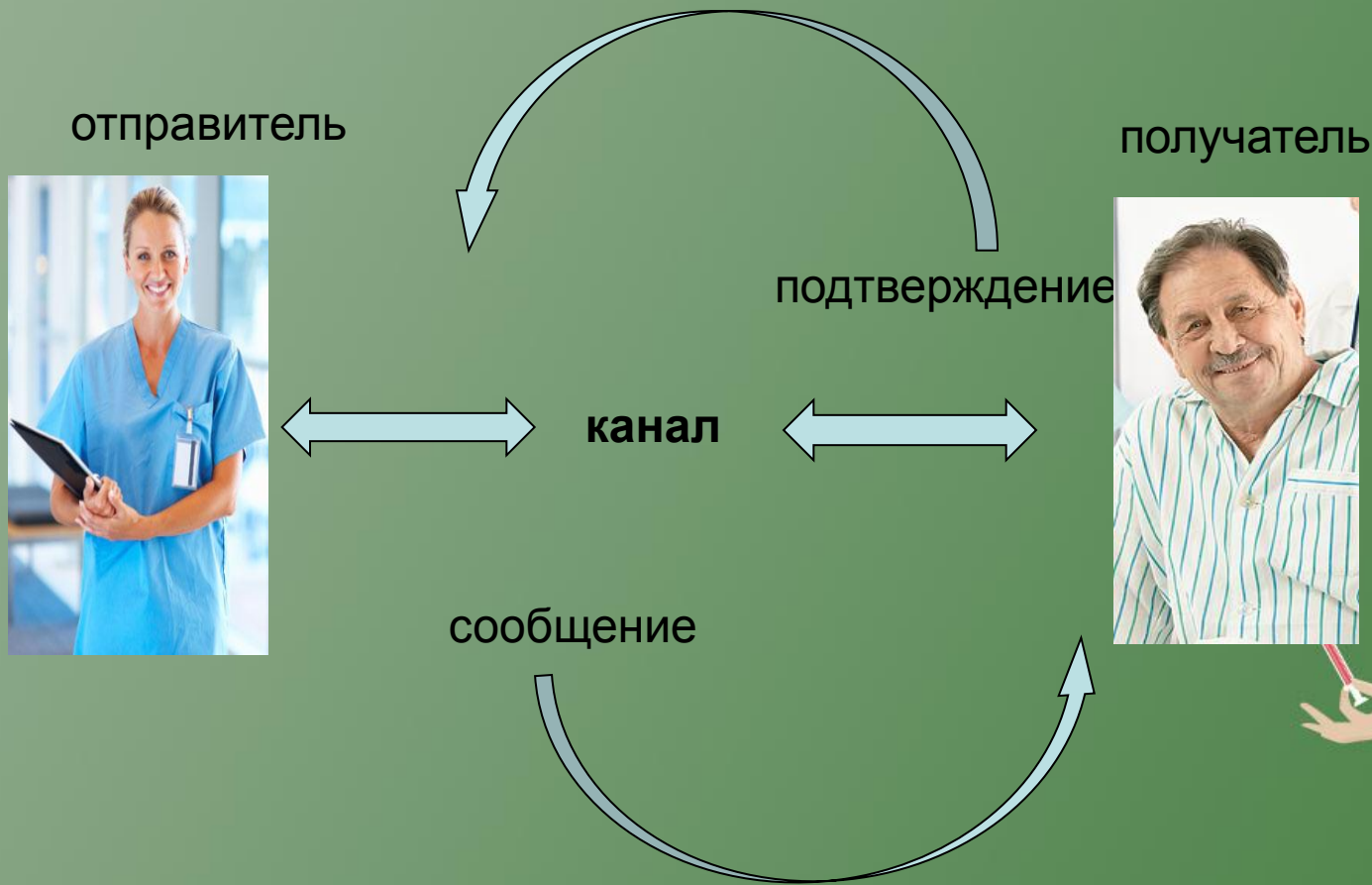


3. РЕГУЛЯТИВНАЯ.

В процессе общения медсестра воздействует на сознание и поведение пациентов, используя их жизненные ценности и интересы, эмоциональный фон и другие «рычаги управления» людьми. В свою очередь медсестра также испытывает влияние своих пациентов.



Элементы эффективного общения



ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ – реакция пациента на информацию, поступающая от медсестры и наоборот.

Коммуникативные барьеры:

- **Фонетический**
- **Смысловой**
- **Стилистический**
- **Логическое непонимание**
- **Социокультурные барьеры**
- **Барьеры отношений**



- **Фонетический барьер** может возникать, когда медсестра и пациент говорят быстро и невыразительно или на разных языках и диалектах, имеют дефекты речи и дикции.
- **Смысловой барьер** связан с проблемой жаргонов, свойственных людям определенных возрастных групп, профессий или социального положения (например, язык подростков, наркоманов, моряков, хакеров, жителей удаленных местностей и т.д.). Снятие такого барьера - актуальная проблема для представителей медицинской профессии, поскольку от его преодоления зависит успешность терапевтического контакта.



- Поэтому у медсестры должны быть навыки усвоения чужих семантических систем. Особенно это важно, на наш взгляд, для организации эффективного общения с подростками. С другой стороны, бывает, что медработник сам провоцирует возникновение смыслового барьера у пациента, без надобности используя профессиональные термины. В дальнейшем это может привести к развитию патологических реакций вследствие неблагоприятного сестринского воздействия на психику пациента.



- Возникновение **стилистического** барьера возможно при несоответствии речи медсестры ситуации общения, например при ее фамильярной поведении, когда она всех пациентов старше определенного возраста называет «бабуля» и «дедушка», не учитывает психологических особенностей людей и их психологического состояния (изменение сознания вследствие заболевания или приема лекарственных препаратов).



- Когда медсестра проводит психопрофилактические беседы с пациентами перед всевозможными вмешательствами, учит их навыкам приема лекарственных препаратов, использованию аппаратуры, знакомит с различными методиками здорового образа жизни, может возникнуть **барьер логического непонимания**, т.е. логика рассуждений медсестры может быть либо слишком сложна для пациента, либо казаться ему неверной или неубедительной. Логика доказательств пациента также может быть ошибочной с точки зрения сестры.



- Причиной возникновения **социально-культурных** барьеров может выступать восприятие пациента как лица определенной профессии, определенной национальности, пола, возраста, социального статуса. Медсестра должна быть готова к возникновению этого барьера, к тому что для определенной части больных ее авторитет недостаточен.



- В процессе общения медсестры и пациента могут возникать и **барьеры отношений**. Речь идет о негативных эмоциях, которые вызывает человек, причем причину этого часто трудно осознать.



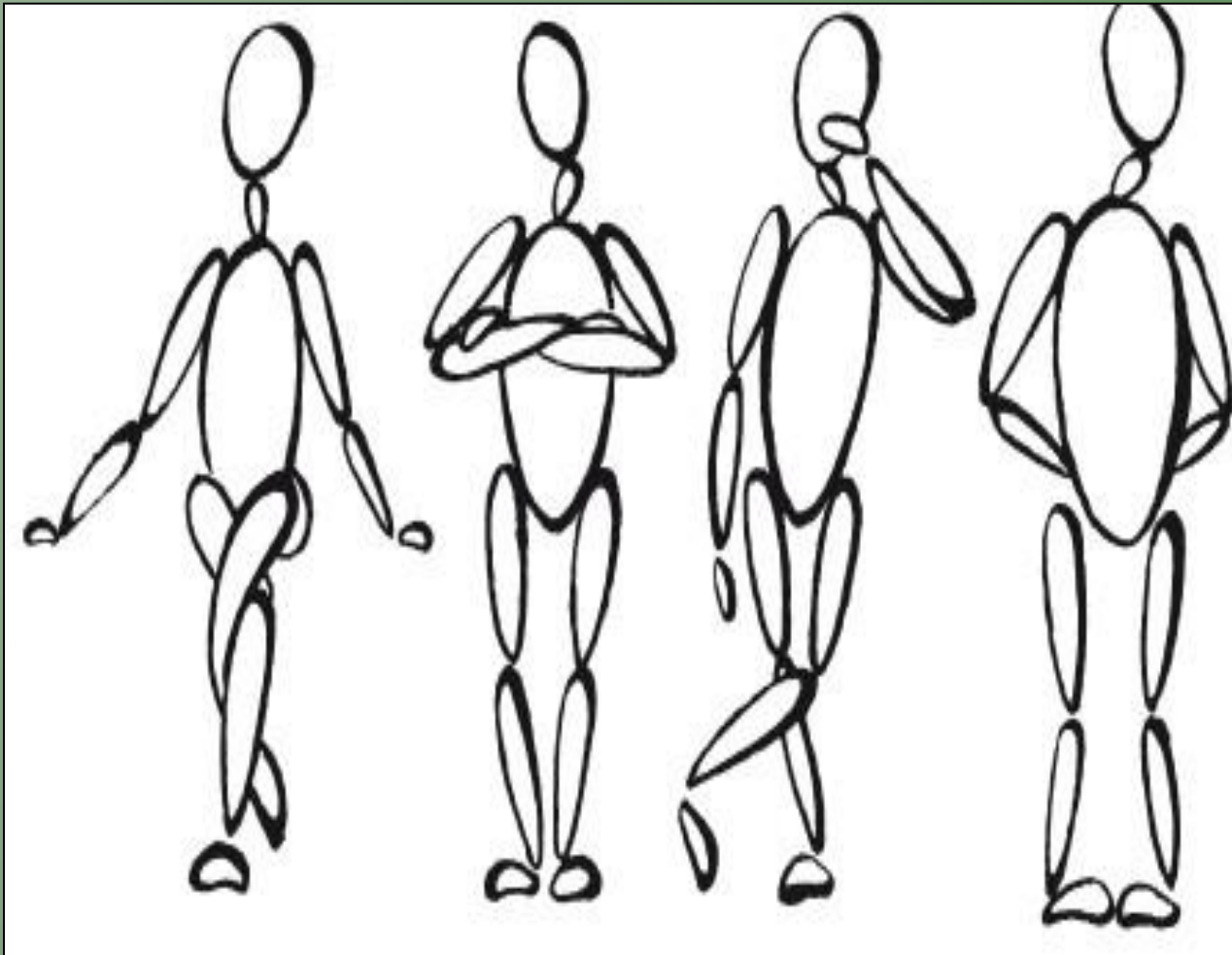
Выделяют два типа общения:

1. Словесный (вербальный) - общение между людьми с помощью речи.
2. Бессловесный (невербальный)

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 («язык тела»).



Радость



Гнев



Удивление



Отвращение



Страх



Грусть



в) ПОЛОЖЕНИЕ ТЕЛА В ПРОСТРАНСТВЕ ПО ОТНОШЕНИЮ К ПАЦИЕНТУ.

Соблюдайте дистанцию «психологического комфорта»

Обычно выделяют четыре психологических расстояния:

- Интимное - менее 40 см,
- Личное - 40 см - 2 м,
- Социальное - 2 м - 4 м,
- Открытое - более 4 м.



ЗОНЫ КОМФОРТА

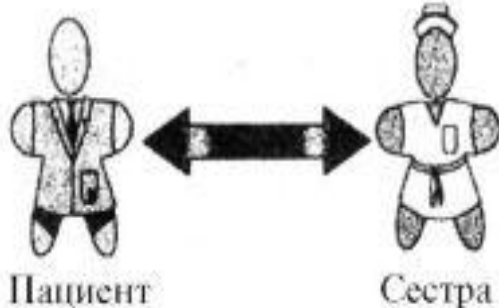
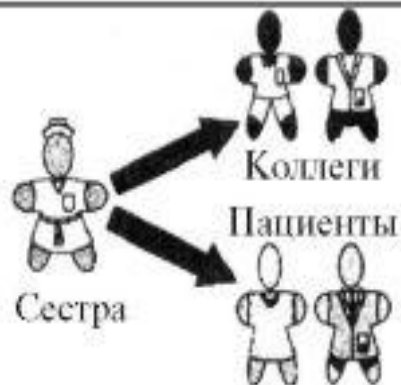
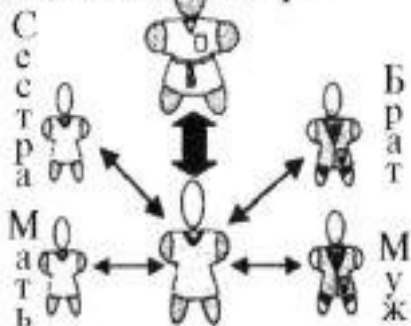
Сверхинтимная

Интимная

Личная



Медицинская сестра



Преподаватель сестра



При установлении психологического контакта с пациентом, нельзя «вламываться» 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 впустить друг друга в свою личную зону.



Если пациент подвигается к вам или отодвигается, то это важный признак того, насколько успешна ваша попытка осуществить процесс понимающего общения. Беседуя с пациентом, «не нависайте» над ним, лучше присядьте возле кровати. Полезно расположиться так, чтобы ваши глаза с пациентом были на одном уровне, ни один не доминировал над другим.



г) ВРЕМЯ ОБЩЕНИЯ.

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



К ВЕРБАЛЬНОМУ ТИПУ ОБЩЕНИЯ относятся ПАРАЛИГВИСТИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ:

- Пауза
- Интонация
- Возгласы и восклицания
- Тон, звучность, тембр голоса
- Дикция
- Скорость речи



ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЩЕНИЯ:



ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЩЕНИЯ:

- Тишина.
- Конфиденциальность.
- Адекватное освещение, отопление и вентиляция.
- Удобная поза.

На процесс восприятия людьми друг друга влияет:

- Степень знакомства.
- Предшествующая информация о человеке.
- Личный жизненный опыт общения.
- Эмоциональный фон.



- Для пациента очень важно, чтобы сестра **поняла его и умела разделить его чувства**. Именно это дает ему чувство **облегчения**.

- Поэтому, когда медсестра проводит беседы с пациентом, для нее, **в первую очередь, должна быть важна не столько информация, которую пациент сообщает, сколько чувства, которые он переживает из-за этого.**



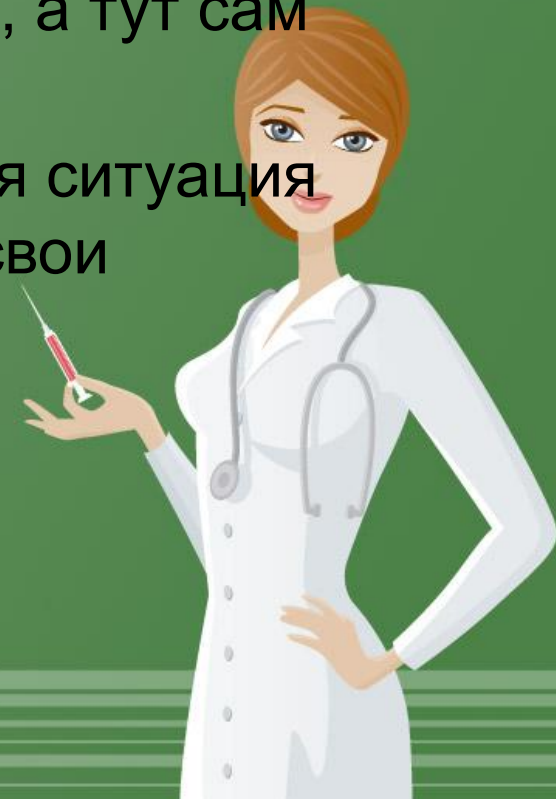
- Вот почему медсестре так необходим **навык эмпатического слушания**, т.е. такого, при котором она способна в какой-то мере испытывать те же чувства, что и пациент, и, подобно зеркалу, отражать их, чтобы он стал лучше понимать себя. В качестве примеров эмпатического слушания можно привести следующие ситуации:



- **Пациент:** «Завтра операция, а я никак не могу приготовить себе.
- **Сестра:** «Вас это огорчает?»
- **Пациент:** «Вообще-то да. Я считал себя сильным человеком. »
- **Сестра:** «И теперь вас расстраивает то, что вы оказались не таким ...»



- **Пациент:** «Нет. Просто удивительно, что я никогда не задумывался над подобными вещами ... »
- **Сестра:** «А теперь Вы не знаете, как ко всему этому относиться ...»
- **Пациент:** «Вот именно. Тем более, что я всегда учил своих сыновей быть сильными, а тут сам оказался ... »
- **Сестра:** «Это стрессовая, непростая ситуация ... Сила человека - уметь признать свои слабости».



- Представить себе эмоциональную жизнь пациента может медсестра, обладающая развитой способностью к переживанию и сопереживанию, т.е. имеет достаточно высокий уровень **ЭМПАТИИ** - понимания эмоционального состояния другого человека, сопереживания, проникновения в его субъективный мир. Следует различать жалость («мне жаль вас»), симпатию («я сочувствую») и эмпатию («я - с вами»).



- Оценка эмпатии тесно связанной с такими характеристиками хорошего врача, как **профессиональное искусство, теплота, доброжелательность, надежность, опытность, сила, искренность** и др.. Таким образом, терапевтический эффект зависит от того, насколько пациент чувствует себя объектом заботы, чуткости и понимания, то есть от эмпатического связи с медицинским работником.

- В условиях дефицита времени необходимо развивать «профессиональную эмпатию», что позволяет сестре на основе «чтения» экспрессивных элементов поведения пациента проникать в его эмоциональное состояние, а затем **всем своим видом и высказываниями показывать ему, что его чувства понятны.**

ТРЕНИНГ ЭМПАТИИ



ФАКТОРЫ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ ОБЩЕНИЮ:

- Резкая смена предмета разговора.
- Защита людей, которых критикует пациент.
- Преуменьшение чувств пациента.
- Обещания пациенту, отрицающие реальность ситуации.
- Поспешные заключения.
- Культурные отличия: язык, нормы поведения.
- Стили общения.
- Разница в возрасте.



В процессе общения очень важен СТИЛЬ ОБЩЕНИЯ

Различают 5 стилей общения:

1. давление (авторитарный);
2. уступки;
3. компромисса;
4. сотрудничества;
5. уход, избегание.



Давление, принуждение

Тот, кто выбирает данную стратегию поведения, прежде всего исходит из оценки личных интересов в конфликте как высоких, а интересов своего соперника — как низких. Выбор стратегии принуждения в конечном итоге сводится к выбору: либо интерес борьбы, либо взаимоотношения. Выбор в пользу борьбы отличается стилем поведения, характерным для деструктивной модели. При такой стратегии активно используются власть, сила закона, связи, авторитет и т.д. Она является целесообразной и эффективной в двух случаях. Во-первых, при защите интересов дела от посягательств на них со стороны конфликтной личности. Например, конфликтная личность неуправляемого типа часто отказывается от выполнения непривлекательных заданий, «сваливает» свою работу на других. Во-вторых, при угрозе существованию организации, коллектива.

В этом случае складывается ситуация «кто кого».



Уступка

Человек, придерживающийся данной стратегии, также стремится уйти от конфликта. Но причины «ухода» в этом случае иные. Направленность на личные интересы здесь низкая, а оценка интересов соперника высокая, т. е. человек, принимающий стратегию уступки, жертвует личными интересами в пользу интересов соперника.

При анализе данной стратегии следует учитывать, что:

- иногда в такой стратегии отражается тактика решительной борьбы за победу. Уступка здесь может оказаться лишь тактическим шагом на пути достижения главной стратегической цели;
- уступка может стать причиной неадекватной оценки предмета конфликта (занижение его ценности для себя). В этом случае принятая стратегия является самообманом и не ведет к разрешению конфликта;
- данная стратегия может быть доминирующей для человека в силу его индивидуально-психологических особенностей. В частности, это характерно для конформистской личности, конфликтной личности «бесконфликтного» типа. В силу этого стратегия уступки может придать конструктивному конфликту деструктивную направленность.

Важно иметь в виду, что стратегия уступки оправдана в тех случаях, когда условия для разрешения конфликта не созрели. В этом случае она ведет к временному перемирию, является важным этапом на пути конструктивного разрешения конфликтной ситуации.

Компромисс

Компромиссная стратегия поведения характеризуется балансом интересов конфликтующих сторон на среднем уровне. Иначе ее можно назвать стратегией взаимной уступки.

Стратегия компромисса не только не портит межличностные отношения, но и способствует их положительному развитию.

При анализе данной стратегии важно иметь в виду следующие существенные моменты:

- компромисс нельзя рассматривать как способ разрешения конфликта. Взаимная уступка часто является этапом на пути поиска приемлемого решения проблемы;
- иногда компромисс может исчерпать конфликтную ситуацию. Это возможно при изменении обстоятельств, вызвавших напряженность. Например, два сотрудника претендовали на одну и ту же должность, которая должна освободиться через полгода. Но через три месяца ее сократили, и предмет конфликта исчез;
- компромисс может принимать как активную, так и пассивную форму. Активная форма компромисса может проявляться в заключении четких договоров, принятии каких-либо обязательств и т.п. Пассивный компромисс — это не что иное, как отказ от каких-либо активных действий по достижению определенных взаимных уступок в тех или иных условиях.

Сотрудничество

Стратегия сотрудничества характеризуется высоким уровнем направленности как на собственные интересы, так и на интересы соперника. Данная стратегия строится не только на основе баланса интересов, но и на признании ценности межличностных отношений. Особое место в выборе данной стратегии занимает предмет конфликта. Если предмет конфликта имеет жизненно важное значение для одного или обоих субъектов конфликтного взаимодействия, то о сотрудничестве не может быть и речи. В этом случае возможен лишь выбор борьбы, соперничества. Сотрудничество возможно лишь в том случае, когда сложный предмет конфликта допускает маневр интересов противоборствующих сторон, обеспечивая их сосуществование в рамках возникшей проблемы и развитие событий в благоприятном направлении. Стратегия сотрудничества включает в себя все другие стратегии (уход, уступка, компромисс, противоборство). При этом другие стратегии в сложном процессе сотрудничества играют подчиненную роль, они в большей степени выступают психологическими факторами развития взаимоотношений между субъектами конфликта. Например, противоборство может быть использовано одним из участников конфликта как демонстрация своей принципиальной позиции в адекватной ситуации. Являясь одной из самых сложных стратегий, стратегия сотрудничества отражает стремление противоборствующих сторон совместными усилиями разрешить возникшую проблему.

Уход, избегание

Стратегия ухода отличается стремлением уйти от конфликта. Она характеризуется низким уровнем направленности на личные интересы и интересы соперника и является взаимной. Межличностные отношения при выборе данной стратегии серьезным изменениям не подвергаются.



Одно из важнейших условий для установления взаимопонимания между пациентом и медработником – **ощущение поддержки.**
Сочувствие – ключ к установлению сотрудничества с пациентом.

- **Психотерапевтическая** роль медсестры очень велика, где бы она не работала. Не случайно вначале, когда институт медсестер только создавался, они назывались сестрами милосердия, поскольку заботились **не только о теле, но и о душе больных.**



Различают ДВА ВИДА ОБЩЕНИЯ:

1. Терапевтическое, эффективное.
2. Нетерапевтическое, неэффективное.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОБЩЕНИЕ -
благоприятное воздействие,
оказываемое на психику пациента.

ЗАПОМНИТЕ!

ФУНДАМЕНТ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО
ОБЩЕНИЯ - ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНОЕ
ОТНОШЕНИЕ К ЛЮДЯМ.



Медсестра ставит ЦЕЛИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБЩЕНИЯ:

1. Предоставление пациенту **информации** о его состоянии в согласованных с врачом и близких пределах. Медсестра должна быть готова ответить на многочисленные вопросы пациента. Например:

- *Что со мной случилось?*
- *Могу ли я ознакомиться со своей историей болезни?*
- *А не вредно ли принимать это лекарство так долго?*



2. Снятие страха перед заболеванием и его лечением.

Страх - это отрицательная эмоция, возникающая в результате реальной или воображаемой опасности, угрожающей жизни.

Пациент страдает не только от неприятных ощущений (боль, одышка, тошнота, озноб и т.д.), он страдает так же от страха, тревоги, уныния, тоски, бессилия и прочих тягостных чувств. Внешние проявления страха различны: от взволнованности и возбуждения - до внутреннего оцепенения и кажущегося безразличия («ушел в себя»).



3. Вселение надежды и уверенности в улучшении самочувствия.

Таким образом, **ГЛАВНАЯ ЦЕЛЬ ОБЩЕНИЯ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ**, его сверхзадача, центральная идея - помочь пациенту в преодолении дезадаптации, связанной с болезнью.



ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА ОБЩЕНИЯ:

1. ПРИСТАЛЬНОЕ ВНИМАНИЕ

Вы должны хорошо знать пациента. Не только ФИО. Важно узнать его как личность. Как можно больше общайтесь с пациентом; особенно в первое время не оставляйте его одного, рассказывайте ему обо всем, что с ним происходит и будет происходить в ближайшее время, успокаивайте, одобряйте его.



2. 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.



3. КОНТАКТ ГЛАЗ

Вы смотрите прямо в глаза
другому человеку. Контакт глаз
должен нести только
положительные эмоции!



Виды взглядов, их трактовка и рекомендуемые действия

Взгляд и сопутствующее движение	Трактовка	Необходимое действие
Подъем головы и взгляд вверх	Подожди минуту, подумаю	Прервать контакт
Движение головой и насупленные брови	Не понял, повтори	Усилить контакт
Улыбка, возможно, легкий наклон головы	Понимаю, мне нечего добавить	Продолжить контакт
Ритмичное кивание головой	Ясно, понял, что тебе нужно	То же
долгий неподвижный взгляд в глаза собеседнику	Хочу подчинить себе	Действовать по обстановке
Взгляд в сторону	Пренебрежение	Уйти от контакта
Взгляд в пол	Страх и желание уйти	То же

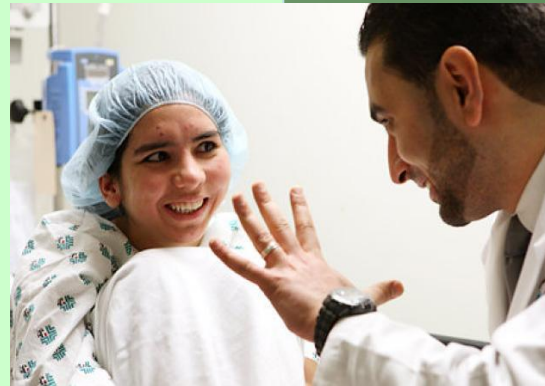
НЕТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА ОБЩЕНИЯ

- избирательное или невнимательное выслушивание;
- констатированное заключение;
- безразличное отношение;
- неоправданное доверие;
- стойкое или испуганное молчание;
- фальшивое успокоение;
- морализирование;
- критика, насмешка, угроза.

ПОДДЕРЖАНИЕ СВЯЗИ С ПАЦИЕНТАМИ, НЕСПОСОБНЫМИ К ВЕРБАЛЬНОМУ ОБЩЕНИЮ

Вы можете общаться с ним:

- Письменно;
- Посредством карточек с рисунками, на которых изображены: стакан с водой или мочеприемник и т.д.,
- Через физический контакт (предложите Вашему пациенту закрыть глаза или пожать Вашу руку каждый раз, когда он хочет ответить на ваш вопрос «Да»).



Существенно улучшить и оптимизировать свои отношения с пациентом, выработать свой индивидуальный стиль общения можно, развивая такие качества, как **аттракция, эмпатия и рефлексия**.

Аттракция – это умение нравиться другим людям, производить на них приятное впечатление.

Эмпатия - это умение сопереживать другому человеку, способность понимать его не столько умом, сколько сердцем, т.е. постижение эмоционального состояния другого человека.

Рефлексия - это процесс логического анализа проблем, поступков и состояний собеседника, приводящий к определенным обобщениям и выводам о нем.



Подведем итог...

1. Обращайтесь к пациенту по имени-отчеству и на «Вы», к ребенку - **по имени**
2. Начинайте беседу с указания вашего имени-отчества и должности.
3. Смотрите пациенту **в глаза**, улыбайтесь; если пациент лежит, присядьте на стул, стоящий рядом.
4. Обеспечьте **конфиденциальность** вашей беседы. Помните, что конфиденциальность является условием создания доверительных отношений с пациентом.



5. Поощряйте вопросы вашего пациента.
6. Говорите неторопливо, доходчиво, пользуйтесь исключительно положительной интонацией вашего голоса.
7. Соблюдайте принципы эффективного умения слушать.
8. Будьте естественны при разговоре, создайте атмосферу взаимопонимания, доверия.

9. Доверие к медработнику вызывается его поведением, личным примером, человеческими качествами. Спокойная, внимательная, оптимистичная, аккуратная медсестра, сохраняющая здоровый цвет лица, правильную осанку, не курящая служит **примером**, внушающим доверие;

10. Убежденное и четкое изложение сведений в **доброжелательной и мягкой** форме, свидетельствует о высоком профессиональном уровне медсестры, вызывает доверие к ней лично и к учреждению, которое она представляет;
11. **Соблюдение известной дистанции** при условии предельной доброжелательности облегчает взаимопонимание в сложных ситуациях;
12. **Проявление таких душевных качеств**, как внимание, доброта, ласка, вносит успокоение в сознание больного, ближайших родственников.