Министерство здравоохранения Ставропольского края государственное бюджетное образовательное учреждение среднего профессионального образования

Ставропольского края

«Ставропольский базовый медицинский колледж»

Методическая разработка практического занятия по теме:

**«Общение в сестринском деле»**

По Пм Выполнение работ по должности служащего 23242

Младшая медицинская сестра по уходу за больным

МДК 04.01 Теория и практика сестринского дела

По специальности

34.02.01 Сестринское дело

31.02.01 Лечебное дело

31.02.02 Акушерское дело

Разработана преподавателем ЦМК ОСД Колесникова О.И.

Ставрополь **СОДЕРЖАНИЕ**

1. Внутренняя рецензия
2. Внешняя рецензия
3. Пояснительная записка
4. Обоснование темы
5. Педагогическая характеристика
6. Схема интегративных связей
7. Требования к результатам освоения раздела профессионального модуля
8. Структура занятия:

* Цель занятия;
* Оснащение занятия;
* Хронологическая карта занятия;
* Этапы проведения занятия;
* Контроль и оценка результатов освоения профессионального модуля
* Теоретическое обоснование темы;
* Дидактический материал;
* Карта экспертной оценки

1. Литература.

**ВНУТРЕННЯЯ РЕЦЕНЗИЯ**

Методическая разработка практического занятия по теме «Общение в сестринском деле» разработана преподавателем ЦМК ОСД ГБОУ СПО «Ставропольский базовый медицинский колледж» Колесниковой О.И. Данная разработка предназначена для реализации требований Федерального государственного образовательного стандарта по программе профессионального модуля МДК 04 «Выполнение работ по должности служащего 24232 Младшая медицинская сестра по уходу за больными», раздел «Теория и практика сестринского дела». Данный раздел является частью профессионального модуля основной профессиональной образовательной программы в соответствии с ФГОС по специальностям СПО 34.02.01 Сестринское дело; 31.2.01 Лечебное дело; 31.02.02 Акушерское дело в части освоения основного вида профессиональной деятельности (ВПД): выполнение работ по должности служащего 24232 Младшая медицинская сестра по уходу за больным и соответствующих профессиональных компетенций.

Структура и содержание методической разработки полностью соответствует целям и задачам практической подготовки студентов и формированию профессиональных и общих компетенции. Теоретическое обоснование темы включает в себя все современные представления по данному разделу. План проведения занятия и хронология соответствуют современным дидактическим требованиям. Использован многоуровневый контроль знаний, предусмотрена возможность проведения интерактивного занятия. Методическая разработка практического занятия соответствует всем требованиям к методической литературе и рекомендована для использования в учебном процессе.

Рецензор:

Преподаватель высшей категории

ЦМК ОСД РепинаЛ.Е. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ВНЕШНЯЯ РЕЦЕНЗИЯ**

Методическая разработка практического занятия по теме «Общение в сестринском деле» разработана преподавателем ЦМК ОСД ГБОУ СПО «Ставропольский базовый медицинский колледж» Колесниковой О.И.

Данная разработка предназначена для реализации требований Федерального государственного образовательного стандарта по программе профессионального модуля МДК 04 «Выполнение работ по должности служащего 24232 Младшая медицинская сестра по уходу за больными», раздел «Теория и практика сестринского дела». Данный раздел является частью профессионального модуля основной профессиональной образовательной программы в соответствии с ФГОС по специальностям СПО 34.02.01 Сестринское дело; 31.2.01 Лечебное дело; 31.02.02 Акушерское дело части освоения основного вида профессиональной деятельности (ВПД): выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больным и соответствующих профессиональных компетенций.

Структура и содержание методической разработки полностью соответствует целям и задачам практической подготовки студентов и формированию профессиональных и общих компетенции.

Теоретическое обоснование темы включает в себя все современные представления по данному разделу. План проведения занятия и хронология соответствуют современным дидактическим требованиям. Использован многоуровневый контроль знаний, предусмотрена возможность проведения интерактивных занятий. Методическая разработка практического занятия соответствует всем требованиям к методической литературе и рекомендован для использования в учебном процессе.

Рецензор:

**ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА**

Методическая разработка практического занятия рассчитана на 6 учебных часов, в соответствии с учебным планом программы МДК 04 раздела «Теория и практика сестринского дела». Данный раздел включает в себя следующие части:

* Общение с пациентом и его окружением в процессе профессиональной деятельности. Соблюдение принципов профессиональной этики. Консультирование пациента и его окружения по вопросам ухода и самоухода;
* Осуществление ухода за пациентами различных возрастных групп в условиях учреждения здравоохранения и на дому. Осуществление сестринского процесса.

Представленная разработка направлена на изучение правил общения с пациентом и его родственниками, коллегами. В соответствии с требованиями государственного образовательного стандарта и программе модульного обучения, основной целью занятия является формирование соответствующего уровня общих и профессиональных компетенций. После изучения данной темы студент должен:

**иметь практический опыт:**

выявления нарушенных потребностей пациента;

оказания медицинских услуг в пределах своих полномочий;

планирования и осуществления сестринского ухода;

ведения медицинской документации

**уметь:**

- поддерживать связи с пациентами

- организовывать обучение

- оценивать эффективности обучения

**знать:**

- Типы общения: вербальное и невербальное.

- Каналы общения: устная речь, письменное общение (написанные слова, символы), неречевое общение (мимика, жесты).

- Элементы эффективного общения (отправитель, 3сообщение, канал, получатель, подтверждение).

- Факторы, способствующие и препятствующие эффективному общению. Стили общения.

- Факторы, способствующие эффективному обучению (умственное состояние обучаемого; установка на внимание); способность к обучению.

- Этапы учебного процесса.

- Факторы, способствующие эффективному обучению (умственное состояние обучаемого; установка на внимание); способность к обучению.

Каждое занятие комплекса включает в себя теоретическое обоснование темы, презентацию, блок контрольно-обучающих заданий, карты самостоятельной работы и карты контрольной оценки по итогам занятия. Для промежуточного контроля по разделу представлен тест в двух вариантах. Также представлена рабочая тетрадь по разделу для организации аудиторной самостоятельной работы студентов и проведения самоконтроля.

**ОБОСНОВАНИЕ ТЕМЫ**

Данная методическая разработка включает в себя практическое занятие по разделу «Теория и практика сестринского дела». Данный раздел рассматривает вопросы общение с пациентом и его окружением в процессе профессиональной деятельности; соблюдение принципов профессиональной этики; консультирование пациента и его окружения по вопросам ухода и самоухода.

Формирование профессиональных и общих компетенций по вопросам общения в сестринском деле являются основой для обучения специалистов сестринского дела.

**ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА**

Практические занятия являются самым важным звеном в системе среднего профессионального образования медицинских работников. Они являются самыми значимыми в процессе формирования профессиональных и общих компетенций у студентов медицинского колледжа.

Предусматривается проведение занятий на базах учреждений практического здравоохранения, что позволяет максимально приблизить учебный процесс к реальным условиям. Специфика проведения практических занятий подразумевает проведение контроля исходного и итогового уровня знаний, использование информационно-компьютерных технологий, закрепление лекционного материала и большой блок самостоятельной работы студентов (аудиторной и внеаудиторной). Дидактический материал представлен рабочими тетрадями и различными приемами контроля знаний на различных этапах занятия. Наглядность закрепляемого материала обеспечивают презентации по темам. Карта самостоятельной работы обеспечит четкую организацию учебного процесса на этом этапе, возможность самоконтроля и взаимоконтроля при отработке манипуляций.

Педагогам, приступающим к проведению занятий, представляется широкая возможность для использования самых различных приемов и методов личностно-ориентированного и активного обучения.

**СХЕМА ИНТЕГРАТИВНЫХ СВЯЗЕЙ**

**Тема: «Общение в сестринском деле».**

ВЫХОД

ИСТОКИ

СД В ХИРУРГИИ

## 

АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ

СД В ТЕРАПИИ

ФАРМАКОЛОГИЯ «ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ФОРМЫ»

СД В ПЕДИАТРИИ

СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

СД В АКУШЕРСТВЕ

ПРАКТИКА ПО ПРОФИЛЮ СПЕЦИАЛЬНОСТИ

ЛАТИНСКИЙ ЯЗЫК «МЕДИЦИНСКАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ»

«

ХИРУРГИЯ «АСЕПТИКА И АНТИСЕПТИКА»

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН

РАБОТА В ЛПУ

ОСД «СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС, ИНФЕКЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ»

**ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ РАЗДЕЛА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МОДУЛЯ**

Результатом освоения раздела профессионального модуля «Теория и практика сестринского дела» является овладение обучающимися профессиональными (ПК) и общими (ОК) компетенциями:

|  |  |
| --- | --- |
| **Код** | **Наименование результата обучения** |
| ПК 4.1 | Эффективно общаться с пациентом и его окружением в процессе профессиональной деятельности |
| ПК 4.2. | Соблюдать принципы профессиональной этики. |
| ПК 4.4. | Консультировать пациента и его окружение по вопросам ухода и самоухода. |
| ОК 1. | Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес. |
| ОК 2. | Организовывать собственную деятельность, исходя из цели и способов ее достижения, определенных руководителем |
| ОК 3. | Анализировать рабочую ситуацию, осуществлять текущий и итоговый контроль, оценку и коррекцию собственной деятельности, нести ответственность за результаты своей работы. |
| ОК 4. | Осуществлять поиск информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач. |
| ОК 5. | Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности. |
| ОК 6. | Работать в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями. |
| ОК 7. | Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям, уважать социальные, культурные и религиозные различия. |
| ОК 8. | Соблюдать правила охраны труда, противопожарной безопасности и техники безопасности. |

**«Общение в сестринском деле»**

**Время – 6 академических часов (270 минут)**

**Место проведения – кабинет доклинической практики**

**ПЛАН ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ.**

**Тип занятия:** практическое

**Место проведения:** кабинет доклинической практики

**Продолжительность:** 270 минут

**Содержание занятия:**

Типы общения: вербальное и невербальное. Каналы общения: устная речь, письменное общение (написанные слова, символы), неречевое общение (мимика, жесты). Элементы эффективного общения (отправитель, сообщение, канал, получатель, подтверждение).Факторы, способствующие и препятствующие эффективному общению. Стили общения. Поддержание связи с пациентами, неспособными к вербальному общению. Критерии эффективного общения.

Организация и оценка обучения. Факторы, способствующие эффективному обучению (умственное состояние обучаемого; установка на внимание); способность к обучению. Этапы учебного процесса.

**Цели занятия:**

**Учебная:**

* Изучить определение общение
* Изучить типы общения: вербальное и невербальное
* Изучить элементы эффективного общения
* Изучить факторы, способствующие и препятствующие общению.
* Изучить стили общения
* Изучить критерии эффективного общения
* Изучить поддержание связи с пациентами, неспособными к вербальному общению
* Изучить организацию и оценку обучения
* Изучить факторы, способствующие эффективному обучению (умственное состояние обучаемого; установка на внимание); способность к обучению
* Изучить этапы учебного процесса.
* Изучить оценку эффективности обучения: определения уровня усвоения пациентом переданной информации необходимости повторения, достижения поставленной цели.
* Формирование профессиональных навыков компетенций при выполнении сестринского ухода

**Воспитательная:**

* Воспитать чувство ответственности при выполнении профессиональных обязанностей

**Развивающая:**

* Развить клиническое и логическое мышление
* Развить самостоятельность
* Развить профессиональные навыки
* Развить письменную и устную речь
* Развить навыки работы с документацией
* Развить навыки общения с пациентами и их окружением
* Развить организационные способности
* Развить положительные личностные качества

**Оснащение занятия:**

**Методическое обеспечение**: рабочая программа, поурочный план, методическая разработка, тесты, ситуационные задачи, дополнительная литература, слайды, лекционный материал, карта самостоятельной работы, карта экспертной оценки, учебно-методическая литература, карта экспертной оценки

**План проведения занятия и расчет времени:**

1.Организационный момент – 5 минут

2.Контроль уровня знаний – 20 минут

3.Изучение нового материала – 20 минут

4.Демонстрационная часть – 10 минут

5.Вводный инструктаж – 5 минут

6.Самостоятельная работа – 180 минут

7.Оформление дневников и манипуляционных тетрадей – 20 минут

8.Подведение итогов занятия, задание на дом – 5 минут

9.Заключительная часть – 5 минут

**ЭТАПЫ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ.**

1. **Организационный момент.**

Цель: оптимизация учебного процесса, создание рабочего настроя и условий выполнения задач занятия. Проводится проверка готовности кабинета к работе, оценка внешнего вида студентов, приветствие, проверка посещаемости и назначение дежурных, сообщение темы и плана проведения занятия, целей занятия и его значение в учебном процессе и практической деятельности. Студенты записывают занятия и дату проведения в дневники, осмысливают план проведения занятия.

1. **Контроль уровня знаний.**

Цель: выявление базовых знаний по теме, определения уровня подготовки, готовности к усвоению нового материала, и оценка качества знаний, выявление слабых мест в подготовке, оценка способности к логическому и клиническому мышлению, оценка письменной и устной речи. Оценивается качество самоподготовки и усвоения материала. Преподаватель оценивает уровень знаний лекционного материала и результатов самоподготовки, используя различные приемы: фронтальный опрос, терминологический диктант или тестовые задания, индивидуальный опрос.

**Вопросы для фронтального опроса:**

1. Что такое общение?
2. Что такое обучение?
3. Какие факторы, способствующие общению вы знаете?
4. Какие методы обучения вы знаете?
5. Что такое вербальное и невербальное общение?
6. Какие этапы обучения вы знаете?

**3. Изучение нового материала.**

Цель: выполнение требований образовательного стандарта, формирование профессиональной компетенции по разделу модуля, формирование профессиональных навыков по манипуляциям, закрепление теоретических знаний по теме занятия. Преподаватель обращает внимание на значение данной темы для практики, использует опорный конспект, дополнительные источники информации. Студенты знакомятся с алгоритмами, записывают основные положения и определения в дневники.

**4. Самостоятельная работа.**

Цель: формирование профессиональной компетентности, развитие логического и клинического мышления, выработка самостоятельности. Развитие навыков общения, педагогических способностей, навыков работы с документацией. Стимулировать мыслительную деятельность, вызвать познавательный интерес, привить профессиональные навыки, любовь к будущей профессии. Закрепить теоретические знания на практике.

**5. Оформление дневников.**

Цель: развить аккуратность, ответственность, умение работать с документацией, развитие письменной речи. Студенты документируют этапы занятия в дневники, отражая основные моменты самостоятельной работы, составляют краткий отчет о выполнении на проверку преподавателю.

**6. Подведение итогов занятия, задание на дом.**

Цель: оценить уровень знаний каждого студента, развить критику и самокритику, определить слабые места подготовки и нацелить студентов на восполнение дефицита знаний, обеспечить оптимальные условия для самоподготовки студентов, развить познавательный интерес. Преподаватель оценивает работу на всех этапах занятия, проверяет дневники, комментирует основные ошибки, отмечает отличившихся студентов, оглашает итоговые оценки и отвечает на вопросы студентов. Для объективности используются карты экспертной оценки. Сообщается тема следующего занятия, вопросы для самостоятельной подготовки, источники информации /учебные пособия, лекции и т.д

**7. Заключительная часть.**

Цель: развить ответственность и аккуратность, стремление к чистоте и порядку. Студенты прощаются с преподавателем, дежурные проводят проветривание и уборку рабочих мест и кабинета, сдают раздаточный материал и оборудование.

**Контроль и оценка результатов освоения профессионального модуля**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Профессиональные компетенции** | **Основные показатели оценки результата** | **Формы и методы контроля и оценки** | **Уровень усвоения компетенции** |
| Эффективно общаться с пациентом и его окружением в процессе профессиональной деятельности. | - Уметь поддерживать связи с пациентами  - Уметь организовывать обучение  - Уметь оценивать эффективности обучения  - Знать типы общения: вербальное и невербальное.  - Знать каналы общения: устная речь, письменное общение (написанные слова, символы), неречевое общение (мимика, жесты).  - Знать элементы эффективного общения (отправитель, 3сообщение, канал, получатель, подтверждение).  - Знать факторы, способствующие и препятствующие эффективному общению. Стили общения.  - Знать факторы, способствующие эффективному обучению (умственное состояние обучаемого; установка на внимание); способность к обучению.  -Знать этапы учебного процесса.  - Знать факторы, способствующие эффективному обучению (умственное состояние обучаемого; установка на внимание); способность к обучению. | * Фронтальный опрос * Индивидуальный опрос * Тестовый контроль * Решение ситуационных задач | 2 |
| Соблюдать принципы профессиональной этики. | --уметь соблюдать правила профессионального сестринского поведения;  - уметь соблюдать принципы профессионального сестринского поведения | * Фронтальный опрос * Индивидуальный опрос * Тестовый контроль * Решение ситуационных задач | 2 |
| Консультировать пациента и его окружение по вопросам ухода и самоухода. | -Уметь организовать терапевтическое общение с пациентом,  - Уметь использовать вербальные и невербальные типы общения,  - Уметь использовать общение, как средство социальной поддержки. | * Фронтальный опрос * Индивидуальный опрос * Тестовый контроль * Решение ситуационных задач | 2 |

**ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ТЕМЫ**

Общение в сестринском деле - одно из важных умений, необходимых для качественной деятельности медицинской сестры. Сестринское дело, наряду с доброжелательным, технически грамотным выполнением лечебных процедур и манипуляций, подразумевает общение медицинской сестры с пациентом, испытывающим порой физические и психологические трудности, подавленным, испуганным или агрессивным. У пациентов могут быть самые различные потребности в общении, им могут понадобиться совет, утешение, поддержка, консультация или просто возможность поделиться своими переживаниями.  
 Значение психотерапевтического воздействия, возможного при эффективном общении, хорошо известно, его результат иногда превосходит все другие методы лечения. Навыки общения необходимы медсестре для завоевания доверия пациента, его семьи, взаимодействия с врачами и другими специалистами, участвующими в лечебном процессе. На собственном опыте многие знают, как часто люди недопонимают друг друга. Навыки эффективного общения помогут устранить эту проблему.  
 Что же такое общение?

**Общение** — это «передача информации от человека к человеку», сложный многоплановый процесс установления и развития контактов между людьми (межличностное общение) и группами (межгрупповое общение), порождаемый потребностями совместной деятельности и включающий в себя как минимум три различных процесса: коммуникацию (обмен информацией), интеракцию (обмен действиями) и социальную перцепцию (восприятие и понимание партнера).

Профессиональное общение медсестер - процесс установления контакта между ней и пациентом, порождаемый потребностям в совместной деятельности, и включающий передачу информации(коммуникативную), выработку стратегии взаимодействия (интеракцию), восприятие и понимание партнёрами друг друга (перцепцию).

Через общение медсестра определяет, что для пациента быть здоровым, насколько он стремится быть таковым, что готов для это сделать. Часть работы медсестра основывает только на профессиональном общении. Это мероприятия по обучению больного различным умениям и навыкам, укреплению и поддержанию здоровья. Профилактики заболевания, защите прав пациента.

Для того, чтобы общение было эффективным (т.е. сообщение было понято и принято) необходимо учитывать все составляющие элементы.

1. отправителя – тот, кто предает информацию;  
2. сообщение – посылаемая информация;  
3. канал – форма оправки сообщения;  
4. получателя – тот/те, кому посылается сообщение;  
5. подтверждение - информация о получении сообщения.

**Существуют два способа передачи информации**: вербальный (устная или письменная речь) и невербальный (поза, жест, мимика и т.д.). Выбор способа передачи информации зависит от содержания сообщения и индивидуальных качеств получателя сообщения. Например, для слепого человека можно использовать устную речь, для глухого - как устную (многие глухие могут читать по губам), так и письменную (памятка) речь. Часто для передачи сообщения одновременно используют несколько каналов, например устная речь сопровождается мимикой и жестами.  
 *Вербальная коммуникация* предполагает два важных элемента: смысл и форму высказывания. Сообщение должно быть ясным и чётким.  
Правильно задавая вопросы, можно сделать общение более эффективным. Вопросы могут быть закрытые, на которые можно ответить односложно «Да» или «Нет», и открытые (специальные), на которые можно получить более или менее подробный ответ. Закрытые вопросы начинаются со слов: «Вы можете..?», «Вы хотите..?», «Вам нужно..?», «У Вас есть..?» и т.п.  
Открытые вопросы начинаются со слов: «Скажите мне..?», «Что..?», «Где..?».   
Неправильно заданный вопрос может сделать сообщение неэффективным. Так, обучая пациента каким-то необходимым навыкам, на вопрос: «Вы поняли меня?», можно получить ответ: «Да», в то время как человек просто не хочет признаться в том, что он не всё понял. Если сказать: «Я бы хотела убедиться, что вы меня правильно поняли», можно получить подтверждение полученного сообщения.

**Эффективность вербального сообщения можно повысить, если:**  
- привлечь внимание получателя сообщения (если человек чем-то занят, а ваше сообщение не является срочным, лучше всего на некоторое время отложить разговор с ним);  
- говорить медленно, с хорошим произношением, простыми короткими фразами;

- не злоупотреблять специальной терминологией;

- менять скорость и темп речи при общении с конкретным пациентом: если медицинская сестра говорит слишком медленно, то пациент может подумать, что она недооценивает его возможности воспринимать информацию. Если медицинская сестра говорит слишком быстро, пациент может подумать, что она торопится, и не захочет дальше слушать;

- правильно выбирать время для общения: тот, кому адресована информация, должен иметь интерес к беседе. Лучшее время для общения - когда пациент сам задаёт вопросы о своем состоянии, плане ухода;

- не начинать беседу сразу после информации врача о неблагоприятном исходе или неизлечимом заболевании (в этот момент поддержите пациента морально);  
- следить за интонацией своего голоса, убедиться, что она соответствует тому, что вы собираетесь сказать. Тон может выражать интерес, заботу, доброжелательность, безразличие и раздражение, страх, гнев;  
- выбирать нужную громкость: говорить так, чтобы вас слышали, но не кричать;  
- юмор способствует эффективному вербальному общению, но он должен быть осторожным, особенно при манипуляциях, связанных с личной гигиеной;  
- убедиться в том, что вас поняли, задавая человеку открытые, а не закрытые вопросы. Следует задать вопрос: «Как Вы будете готовиться к обследованию?», но не «Вы поняли, как готовиться к обследованию?» Пациент может на второй (закрытый) вопрос сказать «Да», даже если не понял сообщения. Чтобы убедиться, что вас правильно поняли нужно уметь слушать.  
 Для любого человека важно, чтобы его слушали, когда он что-то говорит. И он получает этому подтверждение как через вербальные, так и через невербальные каналы общения, а также через вербальное молчание.  
 Существует 3 элемента активного выслушивания: поощряющие невербальные компоненты, поощряющие вербальные компоненты, молчание.  
 К поощряющим невербальным компонентам активного выслушивания относятся зрительный контакт, поза, свидетельствующая о внимании и готовности слушать, расстояние между собеседниками, кивки головой и т.д..  
 К поощряющим вербальным компонентам активного слушания относятся короткие восклицания, уточняющие вопросы, которые показывают говорящему, что его слова вызывают интерес.  
 Молчание может служить очень важной паузой в разговоре: оно позволяет говорящему собраться с мыслями в трудной ситуации, найти слова, которые соответствуют чувствам, и обдумать свою точку зрения. Молчание может быть неловким, если говорящий затрагивает трудную тему, можно пойти навстречу собеседнику и сменить тему.  
 Умение слушать означает открытость миру, мыслям и чувствам других людей, открыто выраженным или подразумеваемым. Умение слушать - это не пассивное восприятие информации, а активные, сознательные усилия по формированию участия к собеседнику. Для этого помимо простого понимания смысла произносимых слов требуются сосредоточенность, отсутствие предубеждённости и заинтересованное отношение к тому, о чём рассказывается. Чтобы быть хорошим слушателем, нужно полностью сосредоточить своё внимание на другом человеке, а значит, подавить собственные предрассудки, чувство озабоченности и другие отвлекающие факторы.  
 ***Письменная (вербальная) коммуникация* является исключительно важной для медицинской сестры**. Она может быть эффективной, если учесть следующие рекомендации: пишите аккуратно (если у вас плохой почерк, пишите печатными буквами); выбирайте правильный размер и цвет букв (человеку со слабым зрением пишите синей или чёрной ручкой печатными буквами на белой бумаге); убедитесь, включена ли в записку вся необходимая информация; пишите грамотно. Ошибки подрывают авторитет медсестры; выбирайте понятные и простые слова; обязательно подписывайте ваше сообщение. **Эффективность письменной коммуникации зависит от многих факторов**: умеет ли человек читать; видит ли написанное; знает ли язык, на котором написано сообщение; понимает ли написанное.  
 **В связи с этим сестринскому персоналу для эффективной письменной коммуникации следует придерживаться следующих правил:** человеку, не умеющему читать, рисуйте картинки; будьте точны, называя время (утро, вечер); будьте внимательны (проверяйте, включили ли вы всю необходимую информацию).  
 ***Невербальная коммуникация*** осуществляется с помощью символов, жестов, мимики, поз, прикосновения. Исследователями установлено, что 55% информации во время беседы воспринимается её участниками через выражение лица, позы и жесты, 38% - через интонации и модуляции голоса. Следовательно, всего 7% информации передаётся устной речью. Причём считается, что с помощью слов (вербальный канал) транслируется только информация, а по невербальному каналу передаётся отношение к собеседнику.  
 Как правило, люди в меньшей степени способны сознательно контролировать канал невербального общения. Изучением его занимается новая наука - кинесика. Исследователи кинесики доказали, что устную речь контролировать легче, чем язык мимики и жестов, поскольку невербальная информация тесно связана с психическим состоянием человека. Именно невербально люди выражают своё психическое состояние.  
Иногда всё тело человека участвует в передаче сообщения. Походка человека - тоже способ передачи сообщения и самовыражения. Например, человек, смело и уверенно входящий в комнату, демонстрирует либо своё благополучие, либо гнев. Медленно входящий демонстрирует сдержанность, страх или тревогу. В данных примерах, для того чтобы правильно понять сообщение, необходима дополнительная информация. Следует учесть, что медицинской сестре часто приходится ухаживать за пациентами, неспособными использовать устную речь как канал общения, поэтому навык невербального общения медицинской сестре необходим.  
 Когда вы смотрите на человека, то получаете много информации по выражению его лица, по мимике, жестам.

*Мимика* – движения мышц лица, которые отражают внутреннее эмоциональное состояние человека и несут более 70% информации о переживаниях человека. Мимика человека является очень богатым источником информации о его эмоциональном состоянии. Все люди независимо от национальности и культуры, в которой они выросли, почти одинаково понимают эмоциональное состояние, выраженное мимикой на лице собеседника. Например, когда человек страдает, его рот закрыт, уголки рта опущены, глаза сужены, тусклые, брови сдвинуты к переносице, внешние уголки бровей подняты вверх, на лбу и переносице вертикальные складки, лицо застывшее.

*Взгляд* человека дополняет то, что недосказано словами и жестами, и часто именно взгляд придает подлинное значение произнесённой фразе. Выразительный взгляд способен передать смысл не только сказанного, но и недосказанного или невысказанного. В некоторых случаях взглядом можно сказать больше, чем словами. Следовательно, взгляд «глаза в глаза» - важнейший канал невербального общения. Взгляд запускает и поддерживает общение на всех его этапах; значимость его особенно возрастает при доверительном общении "глаза в глаза".

Визуальный контакт свидетельствует о расположенности к общению. С помощью глаз передаются самые точные сигналы о состоянии человека, поскольку расширение или сужение зрачков не поддаётся сознательному контролю. Например, если человек возбуждён, его зрачки вчетверо больше, чем обычно, а если он сердит, зрачки суживаются.  
Лицо достаточно долго сохраняет устойчивое выражение (печальное, безразличное, злое, доброе и т.п.). Причём центром, позволяющим собеседнику определить выражение лица, являются именно глаза. По данным исследований, более 50% времени общения собеседники смотрят в глаза друг другу.

*Жесты* – это социально отработанные движения тела человека, его рук, головы, туловища, передающие психологическое состояние человека.  
 В языке жестов большую роль играют руки, причём не только когда говорящий показывает руками форму обсуждаемого предмета, указывает направление или комментирует какое-либо событие. Жесты можно интерпретировать на основании внутреннего психологического содержания, которое стоит за ними. Чаще всего выделяют:

1) жесты открытости — свидетельствуют об искренности и желании говорить откровенно. К этой группе относится жест «раскрытые руки, направленные вперед». Его особенно часто наблюдают  
у детей. Когда дети гордятся своими достижениями, они открыто показывают свои руки, а когда чувствуют свою вину, прячут руки за спину либо в карманы;

2) жесты несогласия — проявляются вследствие сдерживания своего мнения или неодобрения; например, собирание несуществующих ворсинок с одежды и устремление взгляда в пол;

3) жесты защиты — являются знаками того, что собеседник чувствует опасность или угрозу; например, руки, скрещенные на груди, сжимание пальцев в кулак;

4) жесты сомнения и неуверенности, например, потирание кончика носа, подбородка или почесывание затылка и т.п.;

5) жесты подозрительности и скрытности — свидетельствуют о недоверии к собеседнику, сомнения в его правоте, о желании что-то утаить; например, прикрывание глаз или рта рукой, потирание лба, взгляд направлен в сторону;

6) жесты размышления и оценки — отражают состояние задумчивости и стремление найти решение проблемы; например, рука у щеки, пощипывание переносицы, которое сочетается с закрытыми глазами, кулак подпирает подбородок;

7) жесты, свидетельствующие о нежелании слушать и стремлении закончить беседу; например, собеседник опускает веки, почесывает ухо, поворачивается в сторону двери, его ноги обращаются к выходу;

8) жесты, свидетельствующие о желании преднамеренно затянуть время; например, собеседник постоянно снимает и надевает очки, протирает линзы, расхаживает по комнате, что служит знаком того, что не следует спешить, нужно обдумать ситуацию;

9) жесты уверенных в себе людей с чувством превосходства над другими; например, собеседник закладывает руки за спину с захватом запястья;

10) жесты готовности — сигнализируют о желании закончить разговор или встречу; выражаются в подаче корпуса вперед, при этом обе руки лежат на коленях или человек держится ими за боковые края стула.  
 Одним из важных аспектов невербальной коммуникации является *внешний вид* медицинской сестры. Если она одета профессионально, пациент будет больше доверять ей. Естественно, в разных странах в зависимости от уровня экономического развития, культуры и религии у общества складываются определённые ожидания и требования как к сестринскому делу в целом, так и к внешнему виду медицинской сестры. Даже в одной стране каждый пациент имеет собственное, заранее составленное представление о медицинской сестре.

*Выражение лица* медицинской сестры значительно влияет на эффективность общения с пациентом. Пациенты смотрят, как правило, на выражение лица медсестры, когда она делает перевязку, отвечает на вопросы о тяжести и прогнозе заболевания. В связи с этим следует научиться контролировать выражение своего лица, особенно в случаях, вызывающих неприятные эмоции, чтобы смягчить чувство страха у пациента.  
 *Положение тела* пациента, его движения свидетельствуют как о физическом, так и об эмоциональном его состоянии.  
 Вербальная и невербальная коммуникации могут существовать одновременно. Например, беседа (вербальное общение) может сопровождаться улыбкой, жестами, плачем и т.д. (невербальная информация). При этом следует отметить, что восприятие сообщения во многом зависит от невербальной информации. Умение «читать» невербальное сообщение поможет медицинской сестре понять истинные чувства, настроение и проблемы пациента. Например, если пациент говорит медсестре, что у него всё в порядке и его ничего не беспокоит, но при этом он не смотрит в глаза, сидит, крепко сжав руки в кулаки, медицинская сестра должна увидеть позу недоверия, испуга, растерянности и, конечно, не оставить такого пациента без помощи.

На процесс общения во многом влияют предыдущий опыт человека и его память. Каждый участвующий в общении привносит в разговор свою позицию и убеждения. Хотя оба способа коммуникации (вербальная и невербальная) и являются взаимодополняющими, многие исследователи полагают, что невербальные сигналы используются более эффективно, особенно когда нужно передать эмоциональное состояние человека. С другой стороны, вербальное общение - обычное средство передачи фактической информации. Эффективность вербального общения во многом зависит от умения думать, говорить, слушать, читать и писать.  
 **Невербальные способы** - прикосновение рукой к плечу, похлопывание по спине или объятия - позволяют медицинской сестре сообщить человеку о привязанности к нему, эмоциональной поддержке, одобрении, сопереживании.

**Зоны комфорта в общении в сестринском деле.**

Специалисты сестринского дела свидетельствуют, что мастерство проведения оценки состояния пациента базируется на многих навыках бессловесного (невербального) общения, в частности на прикосновении. Прикосновение часто действительно успокаивает людей при сильных душевных страданиях. Однако нужно быть очень внимательным в отношении физических контактов, поскольку в некоторых культурах прикосновения и близкие контакты с посторонними людьми могут быть неприемлемы. Медсестре следует учитывать, что общение будет более успешным, если оно происходит в зоне комфорта.  
У каждого человека размер зон комфорта свой. Как правило, человек не думает о зоне комфорта или размере личного пространства вокруг него, пока кто-нибудь не вторгнется в эту зону. Человек сразу же чувствует себя некомфортно и, если есть возможность, делает шаг назад, чтобы восстановить комфортное личное пространство вокруг себя. Дискомфорт, который появляется у человека, если кто-то попал в его личное пространство, может быть связан с понятиями интимности, угрозы, превосходства. Человек допускает в своё личное пространство только близких ему людей и друзей.

У большей части людей размер личной зоны 0,45-1,2 м. Как правило, комфортное общение возможно на расстоянии 1 м. Обычно это расстояние регулируется нормами культуры. В то же время при выполнении тех или иных процедур медицинская сестра вторгается не только в личную, но и в интимную (16-45 см) и сверхинтимную (0-15 см) зону. Медицинская сестра, зная и понимая трудности, которые при этом может испытывать пациент, должна быть особенно внимательной и деликатной. Например, размер комфортной зоны медицинской сестры позволяет ей стоять близко к другим людям, но они испытывают при этом неудобство и отодвигаются, поскольку размер их комфортной зоны может быть меньше. И наоборот, медицинская сестра может чувствовать себя комфортно только в том случае, если вокруг неё большое пространство, а человек думает при этом, что он ей неприятен и поэтому она стоит (сидит) так далеко от него.  
 Нужно помнить о том, что часто медицинские работники настолько привыкают к общению с людьми в различных ситуациях, в том числе, когда пациенты раздеты, что их восприятие дискомфорта людей и их замешательства в таких ситуациях притупляется. В связи с этим нужно внимательно относиться к зоне комфорта каждого и находить взаимоприемлемое для сестры и пациента расстояние.  
Нужно быть очень внимательным к проявлению пациентом и/или его близкими чувства дискомфорта, связанного с вторжением в зону комфорта.

Независимо от того, какой канал общения использует человек, он должен стремиться к тому, чтобы задуманное им сообщение передавалось наиболее точно. Этому способствует уверенная манера общения. Если сообщение передано твёрдо и уверенно, вероятность того, что получатель сообщения согласится с ним, возрастает. Некоторые люди путают уверенную манеру общения с агрессивностью и грубостью, поэтому следует использовать её избирательно и всегда думать о том, как это воспримут.  
В тех случаях, когда человек ведёт себя агрессивно (не путать с уверенным поведением!) по отношению к медсестре, воспользуйтесь следующими рекомендациями:  
- не следует воспринимать чьё-то агрессивное поведение как личное оскорбление; чаще всего люди выплёскивают свои отрицательные эмоции на тех, кого чаще видят, даже если их расстроил кто-то другой;  
- нужно глубоко подышать: сделать глубокий вдох и посчитать вслух;  
- можно выйти из комнаты, если есть опасение сказать или сделать что-то неприятное;  
- можно сделать перерыв, совершив небольшую прогулку, выпив глоток воды;  
- можно рассказать о случившемся тому, кто пользуется вашим уважением;  
- следует вновь поговорить с человеком, проявившим неуважение к сестре: дать понять, что сестра всё равно будет продолжать выполнять свои обязанности.  
 Медицинскому персоналу очень важно оставлять каналы общения открытыми (смотреть, слушать) даже в тех случаях, когда полученное сообщение вызывает ощущение неловкости.  
 Ниже приведены несколько рекомендаций, позволяющих продолжать общение, несмотря на неловкость. Для этого следует:  
- сделать паузу на несколько секунд, чтобы успокоиться, перестать думать о своих чувствах и сконцентрироваться на сообщении собеседника;  
- проявить интерес к собеседнику, используя мимику, жест, прикосновение; если человек почувствует заинтересованность медсестры, то эта молчаливая поддержка может быть эффективнее, чем любые слова;  
- вновь пригласить человека к разговору, задав вопрос: «Как Вы себя чувствуете?», «Вы уверены, что Вам сейчас лучше побыть одному?» Иногда можно повторить сообщение собеседника своими словами: «Вы действительно скучаете по семье?»;  
- просто слушать собеседника, поскольку иногда это единственное, что нужно человеку. Если медицинская сестра считает, что пациент нуждается в ответах на вопросы, а она не может этого сделать, следует найти того, кто ответит на вопросы и выслушает пациента;  
- говорить о своих переживаниях, о возникших недоразумениях с другим человеком, пользующимся доверием медицинской сестры.

**Влияние различных факторов на процесс общения**

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

*Аттракция* обозначает возникновение привлекательности при восприятии одного человека другим, т.е. это умение нравиться другим людям, производить на них приятное впечатление.

*Эмпатия*(позиции душевного сочувствия) — 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. Отмечено, что при общении двух человек в сознании каждого из собеседников происходят следующие рефлексивные процессы:

* «то, что я думаю о вас»;
* «то, что вы думаете о себе»;
* «то, что я думаю о самом себе»;
* «то, что вы думаете обо мне»;
* «то, что я думаю, что вы думаете обо мне»;
* «то, что вы думаете, что я думаю о вас».

В процессе коммуникации человек является ее самым подверженным помехам каналом. Тем не менее информация чаще всего передается именно через людей, что предполагает определенные искажения в информационном процессе. Адекватность восприятия информации во многом зависит от наличия или отсутствия в процессе общения [коммуникативных барьеров](http://sestrinskoedelo.ru/obschenie_v_sestrinskom_dele/kommunikativnye_bar_ery_v_protsesse_obscheniya).

**Коммуникативные барьеры в процессе общения.**

**1.Информационные барьеры.**

Механический обрыв информации и возникающее от этого ее искажение (например, палатную медицинскую сестру, объясняющую пациенту правила самоухода, срочно вызывают в операционную  
и она, не изложив до конца информацию, уходит).

Неясность передаваемой информации, в силу чего искажается изложенная Непереданная мысль (например, медицинская сестра рассказывает о режиме образа жизни пациентке в послеоперационный период и использует при этом в разговоре такое выражение, как «в течение 3 месяцев вам нельзя носить тяжести» — фразу, которая не уточняет какую массу может поднимать пациентка после 3 месяцев и не объясняет правила ношения тяжестей). Информационная перегрузка (слишком большой объем информации, слишком сложная информация или недостаток времени для восприятия информации).

**2. Замещающе-искажающие барьеры.**

Принимающие информацию ясно слышат передаваемые слова, но придают им иное значение (например, [медицинская сестра](http://www.sestrinskoedelo.ru/) говорит пациенту о необходимости сдать кровь на реакцию Вассермана для подготовки к операции, а пациент начинает думать, что у него венерическое заболевание).

1. **Эмоциональные барьеры.**

  Люди, получая какую-либо информацию, больше заняты своими чувствами, предположениями, чем реальными фактами. Слова в данном случае являются сильным эмоциональным зарядом, который порождает разнообразные ассоциации, оказывающие влияние на восприятие информации (например, женщина очень трогательно относится к своей беременности и будущему ребенку; сообщение врача о том, что необходимо делать аборт по медицинским показаниям, вызывает у нее активный протест, она не желает ничего слушать по этому поводу).

**4.Барьеры непонимания.**

Фонетическое непонимание возникает, когда участники общения говорят на разных языках, диалектах или имеют дефекты речи и дикции либо у них невыразительная быстрая речь, речь-скороговорка или речь с большим количеством слов-паразитов. Семантическое непонимание связано с различиями в системах значений участников общения — это проблема жаргона и сленга. Известно, что даже в рамках одной и той же культуры существует множество микрокультур, каждая из которых создает свое «поле значений» (например, медицинские работники в разговоре с пациентами употребляют такую фразу, как «глотать лампочку»).

5.**Стилистические барьеры.**

Несоответствие стиля речи коммуникатора и ситуации общения или стиля речи и психологического состояния другой стороны (например, пациент может не принять критическое замечание в свой адрес, так как оно будет высказано в несоответствующей ситуации панибратской манере).

**6.Логические барьеры.**

Логика рассуждения, предлагаемая коммуникатором, либо слишком сложна для восприятия, либо кажется другой стороне неверной, либо противоречит присущей ему манере аргументирования (можно говорить о «женской», «детской» или «мужской» логике).

1. **Барьеры социально-культурных различий.**

 Социальные, политические, религиозные, профессиональные различия приводят к разной интерпретации тех или иных понятий, употребляемых в процессе коммуникации (например, чем выше авторитет медицинского работника, тем меньше преград на пути понимания и усвоения предлагаемой им информации пациентом).

**8.Сенсорные барьеры:**

Физические помехи (шум, большое расстояние, физические преграды);  
отвлекающие моменты (телефонные звонки, посетители, плохое самочувствие, все новое и неожиданное, что вызывает реакцию «что такое?»); дефекты органов чувств у кого-либо из собеседников (плохой слух, плохое зрение).

**9.Психологические барьеры:**

Недоверие к собеседнику; незаинтересованность в предмете разговора; погруженность в другие дела; убежденность в собственной правоте; предубеждение; неуверенность в себе; самоуверенность; стремление настоять на своем; неумение слушать; неумение выражать свои мысли; привычка перебивать собеседника.  
**10.Социальные барьеры:**

Разный статус собеседников; ролевые ожидания (неудовлетворенные надежды человека на определенную роль в социуме, которая помогает самоутвердиться, например иметь авторитет среди знакомых).

**11.Организационные барьеры:**

Передача информации сверху вниз («размножение» информации, эффект «испорченного телефона», задержка информации); передача информации снизу, вверх (искажение, потеря, задержка информации).  
 Организационные барьеры преодолеть труднее всего, поскольку они связаны с политикой учреждения, стилем управления, т.е. факторами, очень мало зависящими от усилий отдельных специалистов.

**Уровни (стили) общения.**

Различают несколько уровней общения (А. К. Хетагурова, 2003).   
      1. Общение на уровне контакта *«масок».* Это уровень формального общения, при котором у собеседника отсутствует потребность и стремление к глубокому пониманию партнера по общению. В процессе такого общения используется набор стандартных социально-психологических «масок»: вежливости, участия, почтительности, строгости, безразличия, нейтральности и т.п. (например, сбор паспортных данных у пациента).   
      Под «маской» подразумевается определенный стандартный набор жестов, мимики, слов, интонаций, помогающих человеку, во-первых, скрыть свое истинное отношение к собеседнику, во-вторых, защититься от нежелательного вторжения других в" свой внутренний мир, в-третьих, при необходимости сгладить «острые углы» в отношениях.

     2. *Примитивный* уровень общения. На данном уровне общения другой человек оценивается с точки зрения нужности или ненужности, полезности или бесполезности и т.п. При нужности и полезности с человеком вступают в контакт, при ненужности — не вступают или грубо отталкивают, если он мешает достижению какой-либо цели. В данном случае человек фактически используется как вещь, так как после получения желаемого результата интерес к нему, как правило, быстро исчезает. При общении с пациентом данный вариант недопустим.

   3. *Манипулятивный* уровень общения. Данный уровень общения близок к примитивному, так как также предполагает лишь получение какой-либо выгоды от собеседника, но при этом истинная цель всячески от него скрывается. При манипулятивном общении активно используются самые разнообразные способы психологического воздействия на человека и управления им, такие как лесть, проявление расположенности, покровительства, запугивание, неявный шантаж, «пускание пыли в глаза», обман и др. Данный уровень общения также недопустим в медицинской практике.

      4. *Формально-ролевой* уровень общения. На данном уровне общения каждый участник действует строго в соответствии со своей социальной ролью и положением. Индивидуальные личностные качества человека, его внутренний мир, проблемы фактически не учитываются. В медицинской практике такой уровень допустим в редких случаях — экстремальных ситуациях, когда пациенту необходимо оказать неотложную помощь.   
      5. *Светский* уровень общения. Для этого уровня общения характерны поверхностность и беспредметность. Люди при светском уровне общения обмениваются фразами, словами, восклицаниями, знаками внимания в строгом соответствии с общепринятыми правилами данного общества. В редких случаях такой уровень допустим при общении с коллегами и пациентами.   
      6. *Деловой (профессиональный)* уровень общения. Деловое общение возникает у людей, как правило, в связи с их участием в определенной общей деятельности и имеет целью достижение общего результата. При этом учитываются индивидуальные особенности личности собеседника, но интересы дела и само действие оказываются гораздо важнее, чем личные (межличностные) отношения. Даже возможные расхождения во взглядах или мнениях, как правило, уходят на второй план. Данный уровень общения сближает людей и сплачивает коллектив, он желателен в рабочей обстановке (например, процесс внедрения новых сестринских технологий в деятельность ЛПУ).   
      7. *Творчески* активный уровень общения. Этот уровень общения характерен, как правило, для творческих групп и коллективов, т.е. для людей, связанных какой-либо совместной творческой деятельностью и заинтересованных в общем результате работы. Он предполагает открытый, доверительный стиль общения, а также продуктивный обмен мыслями, идеями, мнениями, суждениями, разработками.   
      Такое общение, как и деловое, сближает, объединяет людей, сплачивает коллектив в творческую группу (например, организация медицинскими сестрами терапевтического и хирургического отделений конкурса «Лучший по профессии»). Данный уровень общения является одним из самых интересных и продуктивных и очень важен при контактах как с коллегами, так и с пациентами, поскольку дает возможность перехода к следующему уровню общения.

   8. *Дружеский* уровень общения. Данный уровень общения характеризуется максимальной открытостью, искренностью, доверием, эмоциональным сопереживанием, сочувствием к проблемам другого человека, а также готовностью к взаимной поддержке и взаимопомощи. Дружеский уровень более приемлем при общении с коллегами и близкими друзьями.   
      9. *Доверительный* уровень общения. Этот уровень максимальной открытости и близости между людьми требует предельной искренности и доверия друг к другу. Он также предполагает ответственность перед другим человеком, ведь на таком уровне общения партнеры допускают друг друга в самые сокровенные области души.  Данный уровень общения возможен только при наличии очень грамотного сестринского персонала, обученного всем тонкостям психологии общения (например, особенности общения с умирающим пациентом, который долгое время находится под наблюдением конкретной медицинской сестры).

 10. *Духовный* уровень общения. На данном уровне общения находятся, как правило, люди, связанные общими высокими нравственными целями и возвышенными гуманистическими идеалами, а также люди, стремящиеся к духовному развитию и самосовершенствованию. Такое общение духовно обогащает людей, но невозможно без предельной честности и требовательности прежде всего к самому себе. Этот уровень является наиболее совершенным. Как правило, он возникает при общении с яркими личностями, обладающими выраженной харизмой — способностью человека привлекать к себе других людей и увлекать их своими личностными особенностями и творческим потенциалом.

**Функции общения.**

1. *Информационная.*

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

      2. *Экспрессивная (эмоциональная).*

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

    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.

**Различают два вида общения:**

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

Терапевтическое общение.

1. Обращаться к пациенту по имени-отчеству и на «Вы».
2. Начинать беседу со своего имени-отчества.
3. Смотреть пациенту в глаза на одном уровне, улыбаться.
4. Обеспечить конфиденциальность.
5. Поощрять вопросы пациентов.
6. Говорить неторопливо, доходчиво, пользоваться исключительно положительными интонациями.
7. Соблюдать принцип эффективного умения слушать.
8. Проявлять непрерывную инициативность в создании психологического микроклимата при общении с пациентами.
9. Быть естественным при разговоре, создавать атмосферу взаимопонимания и доверия.

Нетерапевтическое общение:

1. Избирательное или невнимательное выслушивание.
2. Констатированное заключение.
3. Безличное отношение.
4. Неоправданное доверие.
5. Стойкое или испуганное молчание.
6. Фальшивое успокаивание.
7. Морализирование.
8. Критика, насмешка, угроза.

**Поддержания связи с пациентом,**

**Неспособным к вербальному общению.**

      В практике медицинской сестры могут встретиться пациенты, глухонемые от рождения или потерявшие речь в результате заболевания (инсульт, следствие травмы черепа и т.д.). Поддержать общение можно:

• Письменно;

• Посредством карточек с рисунками, на которых изображены: стакан с водой или мочеприемник и т. д., например ДАТЬ СУДНО?

• Через физический контакт (предложить пациенту закрыть глаза или пожать руку каждый раз, когда от хочет ответить на ваш вопрос «Да»),

Таким образом, можно сделать выводы, что владение техникой профессионального общения может служить эффективным средством помощи людям в адаптации к жизни в связи изменениями в состоянии их здоровья.

**Организация и оценка обучения.**

Одной из функций медсестры по определению ВОЗ, является обучение.

Обучение в сестринском деле - это организованный медицинской сестрой процесс для решения проблем пациента, связанных с дефицитом знаний, умений.

Оно включает в себя обеспечение пациента информацией с целью достижения здоровья, санитарное просвещение, оценку результатов просветительских программ, оказание помощи коллегам в приобретении новых знаний и навыков.

В роли обучаемых могут быть:

1. Пациент и его родственники. Важно научить больного и его родственников удовлетворять частично или полностью потребности первого.
2. Коллеги, особенно при наличии подчиненных.
3. Студенты и школьники. Медсестра должна помнить, что оказывает воздействие на практикантов, даже не вступая с ними в непосредственный контакт. Своим поведением она формирует представление о будущей профессии.
4. Родственники, друзья, знакомые, соседи. Они всегда стремятся получить информацию о проблемах, связанных со здоровьем. Так же поведение медсестры способствует формированию отношение к собственному здоровью и образу жизни.

   Чтобы научить пациента выполнять действия, направленные на развитие утраченных в связи с болезнью способностей обслуживать себя, если нет для этого противопоказаний, медсестре необходимы знания сфер обучения человека (пациента), на которые она сможет профессионально воздействовать.

 1*. Познавательная* - направленная на умение пациента анализировать и синтезировать, а также абстрактно мыслить, используя полученные из окружающей среды знания, впечатления.

1. *Эмоциональная* - характеризует настроение, зависит от эмоциональных свойств личности: впечатлительности, сентиментальности, отзывчивости, черствости и т.д.
2. *Психомоторная сфера* - характеризует изменение настроения, чувств, двигательную активность пациента, зависит от психомоторного развития личности, общего самочувствия, нервно-психических и соматических заболеваний**.**
3. *Социально-психологическая* сфера отражает гражданскую позицию пациента, его личностные и деятельные особенности, то есть способности, интеллект, самооценку, ориентацию, работоспособность отношение к обучению и другое. Развитие личности получает свое начало в семье. Семья влияет на формирование психического состояния пациента. Семья в современной социальной ситуации - это ценность, потеря которой дорого обходиться людям, деформируя их жизнь и судьбу и может привести к тяжелым болезненным состояниям. Медсестра, оценивая социально-психологическую сферу пациента, определяет его самооценку.

**Виды учения и способы обучения.**

       Учение складывается из определенных действий, зависящих от того, какую функцию выполняет обучаемый (пациент или члены его семьи) в педагогической ситуации:

* пассивного восприятия и освоения извне информации;
* активного самостоятельного поиска и использования информации;
* организуемого из вне направленного поиска и использования информации.

   В первом случае в основе научения лежит преподавание пациенту готовой информации, готовых знаний и умений на основе методов: сообщение, разъяснение, показ и требование к определенным действиям пациента.   
      Учение складывается из таких действий, как подражание, дословное или смысловое восприятие и повторение, воспроизведение, тренировка, упражнение по стандартам и правилам.

Во втором случае пациент (или члены его семьи) рассматриваются как субъект, формирующийся под воздействием собственных интересов и целей. Это вид естественного самонаучения, направленного на удовлетворение своих потребностей и интересов.

  В третьем случае медсестра организует внешние источники поведения (требования, ожидания, возможности) так, что они формируют необходимые интересы пациента (или члена его семьи), а уже на основе этих интересов пациент и (или) члены его семьи осуществляют активный отбор и использование необходимой информации.

  В основе научения в третьем случае лежит руководство процессом с помощью следующих методов: постановка сестринских проблем, обсуждение поставленных целей вместе с пациентом и членами его семьи, дискуссия, совместное планирование, действия пациента, оценка результатов, обсуждение проб и ошибок.

 Под сестринскими методами (способами) обучения понимают последовательное чередование способов взаимодействия медсестры и пациента, направленное на достижение целей сестринского процесса посредством проработки учебного материала.

 Метод (по-гречески - «путь к чему- либо») - способ достижения цели, способ приобретения знания. В сестринской педагогике используются в основном методы традиционного обучения: объяснительно-иллюстративный и репродуктивный, основная сущность которых сводится к процессу передачи готовых известных знаний пациентам или членам их семей с целью обучения. Выбор методов зависит от следующих условий: содержания обучения, задач обучения, времени, которым располагает медсестра и пациент, особенностями пациента, наличия средств обучения. Медсестра выбирает из общего набора методов те, которые наиболее способствуют решению конкретной обучающей задачи на конкретном этапе обучения.   
      Особенностью сестринской педагогики является индивидуальный подход развития утраченных, в связи с болезнью, способностей пациента обслуживать себя, если нет для этого противопоказаний.   
      На формирование умений и навыков, необходимых для восстановления здоровья пациента и должны быть направлены практические действия медсестры

*Средства обучения* - материалы, с помощью которых преподаватель проводит педагогическую работу. Это учебный и наглядный пособия, оборудование, медицинский инструментарий.

Среди способов обучения выделяют индивидуальный, индивидуально-групповой, групповой и коллективный.

*Приёмы обучения –* составная часть метода обучения. Это персональный вид работы с информацией как преподаватель, так и обучаемого при заданных условиях деятельности. Педагог может читать лекцию, использовать для иллюстраций доску. Сидеть за столом, ходить по аудитории и.т.д.

Обучаемый также используют разные приемы. Одним достаточно прочитать инструкцию. Другим необходимо прочитать и повторить вслух, третьим- просто выслушать.

Для повышения эффективности обучения людей пожилого возраста рекомендуют использовать медленный темп речи и низкий тон голоса, частое повторение информации. Демонстрировать печатный материал более крупным шрифтом, снижать количество отвлекающих факторов, предоставлять новую информацию на базе уже имеющихся.

**Терапевтическое обучение как элемент лечебного процесса.**

Терапевтическое обучение – это комплекс мероприятий, призванных помочь пациенту управлять своим лечением. Предотвращать или отсрочить развитие возможных осложнений. Обучение пациентов с сахарным диабетом, ГБ, бронхиальной астмой приводит к улучшению качества их жизни, позволяет снизить расходы как медицинских учреждений, так и самого больного.

Следует подчеркнуть, что терапевтическое обучения не имеет ничего общего с санпросвет работой в виде лекций для населения и беседы врача с пациентом об отдельных рекомендаций. Обучения является принципиально иным способом воздействия на пациента в целом. Его проводят не для того, чтобы информировать больного об особенностях его заболевания и подходах к лечению, а для получения конечный результат у большинства обученных.

Терапевтическое обучение влияет также на различные стороны личности пациента. Формирование мотивации и новых психологических установок позволяет взять на себя большую часть ответственности за грамотное, самостоятельное лечение своего заболевания, является одной из основных целей обучения больных. Следовательно, направленность педагогического процесса должна быть строго практической. Отвечающей принципу «разумной достаточности». Не следует углубляться в биохимию и патогенез, использовать медицинскую терминологию; их затрагивают только по мере необходимости. Информационная перегруженность выключает внимание больных и формирует негативное отношение.

Очень важна обратная связь – реакция обучающегося на вопросы и ответы больного. Они должны всякий раз понимать, являются ли их ответы правильными, включать элементы похвалы, корректировка неправильных ответов.

Эффективность будет удовлетворительной только в том случае если обучение будет 10-20 ч. В специализированной школе.

Основные критерии качества обучения.

1. Формулировка чёткой программы.
2. Наличие специально обученного мед персонала, владеющих программой.
3. Выбор адекватной формы обучения.
4. Контроль эффективности обучения.
5. Оснащение учебного класса.

**Сестринский процесс как основа обучения в с.д.**

Сестринский процесс включает в себя 5 этап. Тогда и обучение можно рассматривать как последовательность определенных этапов:

На 1 этапе медсестра – предварительно собирает информацию об обучаемом, выявляет уровень имеющихся знаний и умений, наличие желания приобрести новые навыки. Например, м/с выясняет, что пациент неправильно измеряет АД, либо нарушает правила введения инсулина; имеется дефицит знаний и умений по уходу за тяжелобольным родственником и др. Старшая м/с обнаруживает незнание приказа по утилизации отходов процедурной и перевязочной и др.

На 2 этапе формируется сестринский диагноз. Например:

- дефицит знаний и умений по измерению АД;

- отсутствие знаний о правилах поведения при сахарном диабете;

- отсутствие информации о новом приказе по профилактики ВБИ у м/с.

На 3 этапе формируются цели обучения, которые предполагают усвоение полученных знаний и приобретение навыков. При планировании 3 этапа цели должны быть конкретными, реальными и согласованы с обучаемым. Например:

- навык измерения АД, который пациент должен продемонстрировать ко дню выписки из больницы.

- знания об утилизации отходов, которые должна продемонстрировать м/с процедурного кабинета через неделю, 31 октября.

Далее м/с приступает к планированию обучения 3 этап. Здесь необходимо учитывать пол, возраст. Профессию, образование, мотивацию, а также имеющие нарушения зрения, слуха и т.д.. Например:

- 11 мая 10.00- беседа с пациентом о важности соблюдения правил приёма лекарственных среддств. Необходимо обратить внимание на развития осложнении при халатном отношений к приё1му лекарственных средств. Во время беседы нужно удостоверится, что пациент может читать название лекарственных препаратов.

- 12 мая, 10.00 – беседа с пациентом о правилах приема (доза. Кратность, время, способ, действия на организм). Нужно пациенту помочь завести дневник – памятку для контроля за приёмом лекарств.

- 13 мая, 10.00 – беседа о важности регулярного приема и личной ответственности за этими действиями. Контроль записей в дневнике.

На 4 этапе м/с совместно с пациентом выполняет намеченный план и на 5 этапе оценивает результат. Если результат не достигнуть необходимо провести корректировку уточнить диагноз, план, цели.

Таким образом можно сделать вывод, что обучение целенаправленный процесс взаимодействия медсестры с обучаемым, в ходе которого последний получает определенные теоритические знания, овладевает практическими навыками. Основной задачей обучения в с.д. является информирование обучаемых, воспитание ответственности за своё здоровье; формирование мотивации к личностным изменениям; усвоение практических навыков. В процессе обучения воздействуют на познавательную, эмоциональную, мотивационную, волевую, поведенческую стороны человека. Обучение строится на одном или нескольких методов.

**КАРТА ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Ф.И.О. | ВНЕШН.  ВИД | ТЕСТ | СИТУАЦ. ЗАДАЧА | ФРОНТ.  ОПРОС | ТЕРМ.  ДИКТАНТ | САМОСТ.  РАБОТА | ДЕЛОВАЯ ИГРА | ИТОГ |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

дата проведения занятия:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Преподаватель:\_\_\_\_\_\_\_

**ДИДАКТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ.**

Тест.

Вариант№1.

Выберите один правильный ответ.

1. На пятом этапе обучения:

а) формируются цели;

б) планируется план реализации обучения;

в) собирается информация о обучаемом.

г) оценка результатов.

1. К вербальным методам общения относиться:

а) письмо;

б) мимика;

в) тембр голоса.

1. К невербальным средствам общения относится:

а) речь

б) письмо

в) взгляд.

1. Информационная функция общения заключается:

а) в получении эмоционального тепла и сочувствия

б) в получении нужной информации

б) в корректировки поведения.

1. Терапевтическое обучение пациента направлено на :

а) снижение осложнений заболевания;

б) обучение управлением своим лечением;

в) улучшение качества жизни пациентов;

г) все ответы верные.

1. На четвертом этапе обучения медсестра:

а) формируются цели;

б) реализует план обучения;

в) собирается информация о обучаемом.

г) оценка результатов.

7. К вербальному типу общения относятся:

а) выражение лица

б) речь

в) манеры

г) дистанция

8. Эмпатия – это

а) умение выслушать

б) умение сопереживать

в) злобность.

9. К средствам обучения относится:

а) учебники, оборудование, класс;

б) мотив, воля обучаемого;

в) чтение лекции.

10. К невербальным методам общения относятся

а) речь;

б) письмо;

в) поза тела;

Тест.

Вариант №2.

Выберите один правильный ответ.

1. На первом этапе обучения:

1. формируются цели;
2. планируется план реализации обучения;
3. собирается информация о обучаемом.

2. К вербальному общению относят:

1. устную речь
2. громкий голос
3. жесты

3. На какие вопросы медсестра может получить ответ «Да» или «Нет»:

1. открытий
2. закрытий
3. Смешанный

4.Этот уровень общения характерен, как правило, для творческих групп и коллективов, т.е. для людей, связанных какой-либо совместной творческой деятельностью и заинтересованных в общем результате работы:

1. Деловой
2. Светский
3. Творческий

5.Сфера обучения отражает гражданскую позицию пациента, его личностные и деятельные особенности, то есть способности, интеллект, самооценку, ориентацию, работоспособность отношение к обучению и другое:

1. Эмоциональная.
2. Социально-психологическая.
3. Познавательная
4. Сверхинтимная зона равна:
5. От 0 до 15см.
6. От 16 до 45 см.
7. От 46 до 1.2 м.
8. К средствам обучения относится:
9. учебники, оборудование, класс;
10. мотив, воля обучаемого;
11. чтение лекции.
12. Движения мышц лица, которые отражают внутреннее эмоциональное состояние человека и несут более 70% информации о переживаниях человека- это…
13. Жесты
14. Поза тела
15. Мимика
16. Уровень общения характеризуется максимальной открытостью, искренностью, доверием, эмоциональным сопереживанием, сочувствием к проблемам другого человека, а также готовностью к взаимной поддержке и взаимопомощи:
17. Дружеский
18. Духовный
19. Примитивный
20. Элемент общения, который передает информацию:
21. Отправитель
22. Канал
23. Сообщение

Тест

Вариант №3

Выберите один правильный ответ.

1. На 3 этапе обучения медсестра:
2. Собирает информацию о пациенте.
3. Составляет план обучения.
4. Реализует план обучения
5. Интимная зона равна:
6. От 0 до 15см.
7. От 16 до 45 см.
8. От 46 до 1.2 м.

3. На какие вопросы медсестра может получить полный, развернутый ответ:

1. открытий
2. закрытий
3. Смешанный

4.Для этого уровня общения характерны поверхностность и беспредметность:

1. Примитивный
2. Светский
3. Деловой

5. Регулятивная функция общения заключается:

1. в получении эмоционального тепла и сочувствия
2. в получении нужной информации
3. в корректировки поведения.

6. К невербальному общению относя:

1. Устную речь
2. Письмо
3. Тембр голоса
4. К вербальному общению относят:
5. Устную речь
6. Жесты
7. Тембр голоса
8. К средствам обучения относится:
9. учебники, оборудование, класс;
10. мотив, воля обучаемого;
11. чтение лекции

9. Эмпатия – это

1. умение выслушать
2. умение сопереживать
3. злобность.

10.На четвертом этапе обучения медсестра:

1. формируются цели;
2. реализует план обучения;
3. собирается информация о обучаемом.
4. оценка результатов

Кроссворд №1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Горизонталь:*

1. Способ достижения цели, способ приобретения знания.

4.Уровень общения возникает у людей, как правило, в связи с их участием в определенной общей деятельности и имеет целью достижение общего результата.

5. Функция общения, которая заключается в передаче информации.

6.Способ передачи информации при помощи устной речи.

*Вертикаль:*

2.Сложный многоплановый процесс установления и развития контактов.

3.Организованный медицинской сестрой процесс для решения проблем пациента, связанных с дефицитом знаний, умений.

7.Сфера обучения, направленная на умение пациента анализировать и синтезировать, а также абстрактно мыслить, используя полученные из окружающей среды знания, впечатления.

8.Способ передачи информации при помощи жестов, мимики, позы тела и т.д.

Кроссворд №2

8

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Горизонталь:*

1. Сложный многоплановый процесс установления и развития контактов.

3. Функция общения которая заключается в обмене чувств и эмоций.

5. Организованный медицинской сестрой процесс для решения проблем пациента, связанных с дефицитом знаний, умений.

6. Функция общения которая заключается в воздействии на сознание и поведение человека.

7. Уровень общения. который предполагает лишь получение какой-либо выгоды от собеседника, но при этом истинная цель всячески от него скрывается.

*Вертикали:*

1. Умение сострадать.

4.Сфера обучения, направленная на умение пациента анализировать и синтезировать, а также абстрактно мыслить, используя полученные из окружающей среды знания, впечатления

8.Умение нравиться другим людям, производить на них приятное впечатление.

Кроссворд№3

  4

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **2** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **8** |  |
|  |  |  |  | **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **7** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Горизонталь:*

1. Социально отработанные движения тела человека, его рук, головы, туловища, передающие психологическое состояние человека.

3.Способ передачи информации при помощи устной речи.

5.Сложный многоплановый процесс установления и развития контактов.

6. Зона общения которая составляет 16-45 см.

*Вертикаль:*

1. Процесс логического анализа проблем, поступков и состояний собеседника, приводящий к определенным обобщениям и выводам о нем.

4.Организованный медицинской сестрой процесс для решения проблем пациента, связанных с дефицитом знаний, умений.

7.Движения мышц лица, которые отражают внутреннее эмоциональное состояние человека и несут более 70% информации о переживаниях человека

8. Зона общения которая составляет 46см.-1.2 м.

**Ситуационные задачи.**

Задача №1.

Пациент обратился к постовой медсестре с просьбой объяснить ему как собрать мочу по «Нечипоренко».

Медсестра не поднимая головы, что-то пишет и отвечает: «Я Вам уже все рассказала, что Вам не понятного, соберете среднюю порцию мочи и отнесете вон туда (вытянула руку в направлении выхода). Все не мешайте. Я занята?». Пациент в растерянности пошел в палату.

Правильно ли поступила медсестра? Как бы вы поступили на месте медсестры?

Задача №2.

В больницу поступила ребенок с диагнозом передозировка лекарственными препаратом. До поступления родители пациента обратилась в поликлинику, где ему был назначен курс антибиотиков. Медсестра на листочке написала название лекарственного препарата и дозу. Родители приобрели лекарственный препарат, стали давать малышу по три раза в день, когда данный препарат должен был приниматься один раз в сутки.

Правильно ли медсестра составила письменное сообщения для родителей малыша? Как бы Вы его составили?

Задача №3

В приемный покой привезли пациентку 49 лет. Медсестра, собирая информацию, постоянно обращается к женщине «Бабушка». Пациентка с отчаяньем посмотрела на медсестру и сказала: «Уважаемая девушка, скажите пожалуйста, не ужели я так плохо выгляжу, мне всего на всего 49 лет и дочери моей всего 15 лет. Так почему же Вы меня постоянно зовете бабушкой, я Мария Ивановна».

Правильно ли медсестра вела беседу с пациенткой? Как бы Вы вели беседу с пациенткой?

Задача №4.

В отделений терапии пациентка 78 лет жалуется медсестре на боли в правом локтевом суставе. Медсестра спокойным, доброжелательным голосом, смотря в глаза и улыбаясь, отвечает пациентке: «Людмила Ивановна правильно сделали, что обратились к нам. Мы Вас полечим и станет легче вашему суставчику. Я сейчас с хожу к врачу и узнаю, что можно сделать для того, чтобы облегчить боль».

Правильно ли поступила медсестра? Как бы Вы поступили?

Задача №5.

В отделении реанимации находится пациент с диагнозом геморрагический инсульт. Пациент не может говорит, но понимает, не может шевелить правой рукой и ногой. Медсестре нужно наладить общения с пациентом.

Какие методы Вы можете предложит для общения с таким пациентом?

Задача №6.

На смену пришла медсестра и вдруг обнаружила под стеклом записку красной пастой, в письменном сообщении было написано: «Валя, пожалуйста, отведите Мальцева Александра, из 7 палаты, На УЗИ почек в 10.00 22.10.2014г. в 28 кабинет (2 этаж). Сделайте ОБЯЗАТЕЛЬНО. М/с Иванова».

Правильно ли составлено письменное сообщение?

Задача №7.

Пациент пришел в поликлинику к терапевт. Доктор назначил сдать ОАК, ОАМ, кровь на сахар. Медсестра вынесла направления и отдала пациенту. Мужчина спросил есть ли правила сбора анализов. Медсестра ответила: «Там все написано» и зашла в кабинет. Пациент посмотрев на направления увидел, что там написано время сдачи и кабинет, ФИО пациента, год рождения и место жительство. На утро пациент выпивает сладкий чай и съедает бутерброд с колбасой и сыром. Сдает анализы.

На следующий день получив результаты было обнаружено, что показатели сахара превышены практически в двое. Доктор задает вопрос: «А Вы не завтракали». Пациент отвечает: «Завтракал». Доктор «Ну тогда понятно, надо пересдать. Результат не точен, были нарушены правила сдачи».

Кто допустил ошибку в данной ситуаций, что нужно было сделать для предотвращения данной ситуации?

Задача №8.

В отделение гастроэнтерологии поступил пациент. Какие правила терапевтического общения медсестры должны использовать для установления доверительных отношений между пациентом и медсестрой?

**Эталон ответов.**

Тест

Вариант №1

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1-г** | **2-а** | **3-в** | **б** | **5-г** |
| **6-б** | **7-б** | **8-б** | **9-а** | **10-в** |

Тест

Вариант №2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1-a** | **2-a** | **3-b** | **4-c** | **5-b** |
| **6-a** | **7-a** | **8-c** | **9-a** | **10-a** |

Тест

Вариант №**3**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1-b** | **2-b** | **3-a** | **4-b** | **5-c** |
| **6-c** | **7-a** | **8-a** | **9-b** | **10-b** |

Кроссворд №1.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **4** | д | е | л | о | в | о | е |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | б |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | **7** |  |  |  |  | у |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | п |  |  |  |  | ч |  | **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | о |  |  | **1** | м | е | т | о | д |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | з |  |  |  |  | н |  | б |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | н |  |  | **8** |  | и |  | щ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** | в | е | р | б | а | л | ь | н | о | е |  | е |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | в |  |  | е |  |  |  | н |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | а |  |  | в |  |  | **5** | и | н | ф | о | р | м | а | ц | и | о | н | н | а | я |
|  |  |  |  |  | т |  |  | е |  |  |  | е |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | е |  |  | р |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | л |  |  | б |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | ь |  |  | а |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | н |  |  | л |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | а |  |  | ь |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | я |  |  | н |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | о |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | е |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Кроссворд №2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | а |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | т |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | т |  |  | **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | р |  |  | п |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | а |  | **5** | о |  | б | у | ч | е | н | и | е |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **2** |  |  | к |  |  | з |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **3** | э | м | о | ц | и | о | н |  | а | л | ь | н | а | я |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | м |  |  | и |  |  | а |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | п |  |  | я |  |  | в |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** | р | е | г | у | л | я | т | и | в | н | а | я |  |  |  |  | а |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | т |  |  |  |  |  | т |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | **1** | о | б | щ | е | н | и | е |  |  |  |  | е |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | я |  |  |  |  |  | л |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ь |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **7** | м | а | н |  | и | п | у | л | я | т | и | в | н | ы | й |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | а |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | я |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Кроссворд№3

4

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | о |  |  |  | **2** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | б |  |  |  | р |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | у |  | **1** | ж | е | с | т | ы |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | ч |  |  |  | ф |  |  |  |  |  | **8** |  |
|  |  |  |  | **3** | в | е | р | б | а | л | ь | н | о | е |  | л |  |
|  |  |  |  |  |  | н |  |  |  | е |  |  |  |  |  | и |  |
| **5** | о | б | щ | е | н | и | е |  |  | к |  |  |  |  |  | ч |  |
|  |  |  |  |  |  | е |  |  |  | с |  |  |  | **7** |  | н |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **6** | и | н | т | и | м | н | а | я |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | я |  |  |  | и |  | я |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | м |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | и |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | к |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | а |  |  |  |

Ситуационные задачи

Задача№1.

Медицинская сестра поступила не правильно. Необходимо было подробно объяснить правила сбора мочи по «Нечипоренко» и убедится в том, что пациент все понял.

Задача №2.

Письменное сообщение медицинская сестра составила не верно, не указаны правила приема, что привело к осложнениям. Я прописал(а) название лекарственного препарата, дозу и кратность приема, количество дней приема; указал(а) до или после еды, количество жидкости которым необходимо запить лекарственный препарат.

Задача №3

Медицинская сестра нарушила первое правило терапевтического общения: обращаться к пациенту по имени-отчеству и на «Вы», что привело к конфликтной ситуации, которая может плохо сказаться на взаимоотношениях пациентки и медсестры, в свою очередь это может привести к ухудшению качества лечения. Я начал(а) бы общения с вопроса: «Скажите пожалуйста Ваше имя и отчество, Вы не против если я буду обращаться к Вам по имени и отчеству».

Задача №4

Медицинская сестра поступила правильно, соблюдая все правила терапевтического общения успокоила и приободрила пациентку. Я поступил(а) точно так же.

Задача №5

Поддержать общение можно письменно; посредством карточек с рисунками, на которых изображены: стакан с водой или мочеприемник и т. д., через физический контакт (предложить пациенту закрыть глаза или пожать руку каждый раз, когда от хочет ответить на ваш вопрос «Да»).

Задача №6

Сообщение составлено верно. Вся необходимая информация указана.

Задача №7

Медсестра поступила не правильно, так как она должна была пациенту объяснить правила сдачи анализов, разъяснить почему нужно соблюдать данные правила, задать уточняющие вопросы: «Как вы будите готовиться к сдаче анализов?»

Задача №8

1. Обращаться к пациенту по имени-отчеству и на «Вы».
2. Начинать беседу со своего имени-отчества.
3. Смотреть пациенту в глаза на одном уровне, улыбаться.
4. Обеспечить конфиденциальность.
5. Поощрять вопросы пациентов.
6. Говорить неторопливо, доходчиво, пользоваться исключительно положительными интонациями.
7. Соблюдать принцип эффективного умения слушать.
8. Проявлять непрерывную инициативность в создании психологического микроклимата при общении с пациентами.
9. Быть естественным при разговоре, создавать атмосферу взаимопонимания и доверия

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Теоретические основы сестринского дела: учебник / С. А. Мухина, И. И. Тарновская. 2010г.

2. Т.П. Обуховец и О.В. Чернова «Основы Сестринского дела» Ростов-на Дону «Феникс» 2009г.

3. И.В. Островская и Н.В. Широкова «Основы сестринского дела» «ГЭОТАР-Медиа» Москва 2008 г.

4. Сопина З.Е. Современная организация сестринского дела, М., 2010г.

5. Кулешова Л.И. Основы сестринского дела, Ростов – на- Дону, 2012г.

6. Островская И.В. Основы сестринского дела, М., 2008г.

7. Гулова С.А., Казакова Т.Ф., Галахова И.Е. Медицинская сестра: Практическое руководство по сестринскому делу. – СПб.: , 2008.

Интернет – ресурсы:

1. <http://biouroki.ru/workshop/crossgen.html>
2. <http://sestrinskoedelo.ru/obschenie_v_sestrinskom_dele/>
3. <http://www.library.ru/help/docs/n58511/sesdelo.pdf>