

КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ БИЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

«ОБЩЕНИЕ В СЕСТРЕНСКОМ ДЕЛЕ»

Выполнил :
Студент 1 курса
группы 311
Леоненко П.Н.
Проверил :
преподаватель
Потехина Н.В.

План

- .Общение в сестринском деле.
- .Функции и уровни общения.
- .Типы общения.
- .Стили общения.
- .Элементы эффективного общения.
- .Факторы, способствующие и препятствующие эффективному общению.
- .Сферы и способы обучения.
- .Цели обучения.
- .Факторы, способствующие эффективному обучению.
- .Этапы учебного процесса.
- .Оценка эффективности обучения.

.Общение в сестринском деле

Способность эффективно общаться – это искусство, которым должен владеть каждый. В наше бурное информационно – технологическое время невероятно возрастает роль общения. Медицинские работники в процессе своей производственной деятельности от 50 до 90% своего времени тратят на общение. Вы, как будущие медицинские сестры, должны понимать, что, едва ли не все, что делает медсестра для обеспечения успешной работы, требует адекватного обмена информацией.

Чтобы не ущемлять права пациента, процесс этот должен быть основан на принципах морали, этики, деонтологии и способствовать удовлетворению потребности человека в здоровье.

Итак, сегодня мы попытаемся ответить на ряд интересующих нас вопросов: что же такое общение? Какие составляющие определяют его эффективность? И, наконец, что должен знать медицинский работник, чтобы адекватно осуществлять свою коммуникативную деятельность.

Одним из важнейших условий эффективного сотрудничества медсестры с пациентом является наличие между ними психологического контакта. Способом установления такого контакта является общение. Кроме того, при общении с больным медсестра должна создавать обстановку доверия между врачом и больным, способствовать повышению авторитета врача и медперсонала, соблюдать медицинскую тайну.

Профессиональное общение медицинской сестры — процесс установления и развития контакта между ней и пациентом, порождаемый потребностями в совместной деятельности, и включающий:

- передачу информации (коммуникацию),
- выработку стратегии взаимодействия,
- восприятие и понимание партнёрами друг друга.

Эффективное общение может оказать неоценимую помощь при социальной поддержке, изменить отношение человека к тем или иным событиям. Владение техникой профессионального общения может служить эффективным средством помощи людям в адаптации к жизни в связи изменениями в состоянии их здоровья.

1. **Функции и уровни общения**

Профессионализм современной медсестры предполагает научный подход к вопросам взаимоотношений с пациентами.

В общении есть три **функции**:

– информационная (заключается в любом обмене информацией; медсестре необходима информация о самочувствии пациента, его реакции на 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.);

– регулятивная (в процессе общения медсестра воздействует на сознание и поведение пациентов, используя их эмоциональный фон и другие «рычаги управления» людьми. В свою очередь медсестра также испытывает влияние пациентов.);

– эмоциональная (пациенты ждут от медсестры эмоционального отклика, сочувствия, душевного тепла. Не следует излишне ахать и причитать над пациентом, но холодность и отчужденность, привычка постоянно контролировать свои эмоции создают впечатление черствости и бездушности. С другой стороны, любые эмоции, и в первую очередь отрицательные, заразительны и быстро распространяются на окружающих).

Можно выделить три **уровня** общения:

1. *внутриличностное* – с самим собой (в том числе, во время работы);
2. *межличностное* – между двумя и более людьми;
3. *общественное* – общение одного человека с большой аудиторией или общение между большими группами людей.

.Типы общения

В зависимости от способов кодирования и передачи информации общение делится на 2 типа.

I. Вербальное - сообщение передается при помощи слов, устной речи. Такой способ общения характерен только для человека, так как только у человека развита П сигнальная система. Вербальное общение предполагает два важных элемента: что вы говорите и как вы говорите.

П. Невербальное- сообщение передается без участия речи. Существует несколько методов передачи и восприятия невербальной информации.

1. визуальный - через мимику, жесты, позу, внешний вид. Изучением этого занимается наука кинетика. Исследователи выяснили, что человеку гораздо легче контролировать свою устную речь, чем язык мимики и жестов. Этот канал невербального общения более достоверно выражает чувства и эмоции, с помощью мимики можно передать любое эмоциональное состояние человека - гнев, радость, печаль, испуг, страх и ужас. Медсестре необходимо научиться контролировать свои мимику и жесты.

акустический - через тембр, интонацию, плавность речи, смех;

2. тактильный - через прикосновение, пожатие рук, объятия. Этот метод позволяет передать человек признательность, эмоциональную поддержку, одобрение, нежность.

3. ольфакторный - через запахи.

Оба типа общения (вербальное и невербальное) являются взаимодополняющими.

.Стили общения.

На сегодня насчитывается 10 основных стилей общения:

- .Доминантный.** Предполагает увеличение роли в общении одних людей, за счет уменьшения роли других представителей группы.
 - .Драматический.** Основан на увеличении эмоциональной составляющей в процессе общения.
 - .Спорный.** Применяется в спорах, дискуссиях, часто носит агрессивный характер.
 - .Успокаивающий.** Преследует цель снятия напряженности при общении.
 - .Впечатляющий.** Основная его задача – произвести впечатление, создать эффект.
 - .Точный.** Педантичный подход не позволяет преподнести ошибочную информацию.
 - .Внимательный.** Предполагает проявление интереса к предмету разговора.
 - .Воодушевленный.** Отличается несвойственной для делового общения жестикоммуляцией. Зачастую используются невербальные приемы: взор направлен прямо в глаза партнеру, копируются его движения и т.д.
 - .Дружеский.** Характерен всяческим поощрением самого процесса общения со стороны партнера.
 - .Открытый.** Основан на выражении своей позиции, даже если она идет в разрез с позицией партнера. Предполагает ваше естественное поведение, ограниченное только нормами морали.
- При общении с пациентами оптимально использовать такие стили: успокаивающий, точный, внимательный, дружеский и открытый.

Элементы эффективного общения

Выделяют следующие **элементы эффективного общения**:

1. Отправитель - человек, передающий информацию.
2. Сообщение - информация, посылаемая этим человеком.
3. Канал общения - метод отправления сообщения:
 - а) устная речь - вербальное общение;
 - б) письменное сообщение (написанные слова, символы) — невербальное общение;
 - в) мимика, жесты, выражение лица - невербальное общение.
4. Получатель - человек, получающий информацию.
5. Подтверждение - метод, с помощью которого получатель сообщает отправителю, что он получил информацию.

Почему же люди иногда плохо понимают друг друга, даже если используются все 5 элементов эффективного общения?

Во-первых, нечётким может быть само сообщение. Например, произнесено слишком тихим голосом, написано плохим почерком, содержит непонятные термины и т.п.

Во-вторых, отправитель может использовать для передачи информации неправильный канал. Например, человеку, имеющему проблемы со слухом, передают большой объём информации с помощью устной речи, а человеку, имеющему проблемы со зрением, дают письменную инструкцию, написанную слишком мелким почерком, и т.д.

В-третьих, получатель сообщения не подтверждает, что информация им получена и понята именно так, как запланировано отправителем. Например, если на вопрос медсестры: «Вы поняли, как принимать назначенное вам лекарство?» - пациент отвечает: «Да, я понял», это не означает, что он действительно понял всё правильно. В данном случае, для того чтобы получить подтверждение, что сообщение получено и понята пациентом правильно, медицинская сестра должна задать несколько конкретных открытых вопросов.

10 "ДА" ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБЩЕНИЯ

1. Беседу с пациентом начинайте с указания Вашего имени и должности, а также сообщения цели беседы. Обращайтесь к Вашему пациенту только по имени-отчеству и на "Вы".
2. Смотрите пациенту в лицо, найдите его глаза, улыбайтесь, одобрительно кивайте. Открытое лицо, скрытые мысли.
3. Пользуйтесь исключительно положительной интонацией Вашего голоса. Это очень важно!
4. Говорите внятно, доходчиво, неторопливо, с каждым на его языке.
5. Поощряйте вопросы Вашего пациента.
6. Обеспечьте тишину и конфиденциальность Вашей беседы.
7. Внимательно слушайте.
8. Проявляйте сочувствие, искренний интерес и участие, будьте естественны.
9. Проявляйте непрерывную инициативу в создании психологической атмосферы.
10. Поддерживайте пациента поощрительными замечаниями после каждого удачного действия. Очень важно при этом порой прикасаться к пациенту: поглаживать по спине, нежно взять за локоть или за руку, чтобы похвалить.

Можно выделить основные **критерии эффективного общения** с пациентом.

- 1) четкая и понятная информация (сообщение);
 - 2) правильно выбранный канал;
 - 3) подтверждение получателя о том, что информация им понята, проверенное с помощью вопросов медсестры.
- Конкретные критерии эффективного общения зависят от его цели. Однако, главным критерием является достижение результата, т.е. достижение цели, поставленной при начале общения (вместе с тем, далеко не всякое общение имеет осознаваемую цель, в таком случае критерием эффективности может стать осознание цели общения).

Факторы, способствующие и препятствующие эффективному общению. Факторы, способствующие общению:

- . больше слушайте, меньше говорите сами, следите за высказываниями пациента;*
- . воздерживайтесь от оценок, меньше задавайте вопросов, не торопите собеседника;*
- . старайтесь реагировать на лично значимую для партнера информацию, говорящую о его потребностях;*
- . стремитесь реагировать на чувства и эмоциональные состояния собеседника. Внимание к чувствам другого человека называется **эмпатией**.*

- . ведете себя доброжелательно, сопереживаете собеседнику;*
- . отвечайте положительно, не спорьте даже мысленно;*
- . не теряйте чувства юмора;*

8. дайте собеседнику позитивное подкрепление (называйте его по имени, улыбайтесь, делайте искренние комплименты), чтобы он ощущал свою значимость.

Как сделать *вербальное общение эффективным?*

говорить доступным языком, не злоупотреблять медицинскими терминами.

- . выбрать темп речи, доступный для восприятия пациентом.*
- . следить за интонацией голоса (она должна соответствовать тому, что вы хотите сказать).*
- . правильно выбирать время сообщения,*
- . давать только четкие инструкции, рекомендации и советы,*
- . не использовать намеки и подтекст, не обещать невозможного,*
- . повторять сообщения, если чувствуете, что пациент вас не понял,*

Люди с большей вероятностью ответят положительно тому, кому доверяют. Склонны же они доверять тем, с кем чувствуют себя комфортно, безопасно, с кем схожи. Важно, чтобы доверие было взаимным, поэтому необходимо не только расположить к себе партнера, вызвать у него доверие, но и самому принять партнера, найдите в нем нечто симпатичное.

Факторы, препятствующие общению.

- . Коммуникативный барьер — психологическое препятствие на пути адекватной передачи информации между партнёрами по общению.
 - . Фонетический барьер возникает, когда медицинская сестра или пациент говорят на разных языках и диалектах, имеют существенные дефекты речи и дикции, изъясняются быстро и невыразительно, либо с большим количеством слов-паразитов.
 - . Смысловой барьер связан с проблемой сленгов — употребляемых определённой группой людей выражений, которые не являются частью общеразговорного языка. Для медицинской сестры употребление понятных и не пугающих пациента терминов является необходимым, так как от этого зависит успешность контакта.
 - . Стилистический барьер может возникать при несоответствии речи ситуации общения, например, при фамильярном поведении, когда медицинская сестра всех людей старше определённого возраста называет «бабуля» или «дедуля»; когда не учитываются психологические особенности различных возрастов и т.д.
 - . Логическое непонимание — барьер возникает в тех случаях, когда логика рассуждения коммуникатора слишком сложна для реципиента, либо кажется неверной (например, «мужская» или «женская» логика). К примеру, медицинской сестре может быть непонятна логика беременной, продолжающей курить.
 - . Социокультурные барьеры — социальные, политические, религиозные и профессиональные различия.
- Процесс общения пространственно организуется. Самое важное, чтобы оба собеседника чувствовали себя комфортно. Внутри личного пространства выделяют следующие зоны.
- . сверхинтимную до 15см от поверхности тела;
 - . интимную - не менее 40см;
 - . личную - 40см - 2м;
 - . социальную 2-4м;
 - . открытую - более 4 м

.Сферы и способы обучения

Медсестринская педагогика- важная функция медсестринского персонала. Обучение пациентов или членов их семей должно проводиться по вопросам, касающимся здоровья. В одних случаях - это обучение конкретным навыкам самоухода, в других - подготовка к исследованию, приему лекарств, в третьих - рациональному питанию. Обучая пациентов, медсестра помогает им адаптироваться, чтобы сохранить максимально возможный комфортный уровень жизни.

Обучение происходит в 3-х **сферах**: познавательная - человек узнает и понимает новые факты, анализирует информацию; эмоциональная - человек, получив новую информацию, изменяет свое поведение, выражая это чувствами, мыслями, мнением и оценкой каких-то факторов; психомоторная - человек овладевает умениями, благодаря умственной и мышечной деятельности, обучается новым типам движения.

Есть несколько **способов** для проведения обучения: коллективно, индивидуально, малой группой. Групповое обучение не всегда эффективно, но это зависит от количества обучаемых, финансовых возможностей ЛПМО, наличия времени у медсестры. Лучше проводить обучение индивидуально.

.Цели обучения

Любая цель д. б. реалистична (выдвижение и обоснование цели с обязательным учетом условий и возможностей конкретной ситуации);

Если процесс, воздействующий на некоторый объект, прекращается при достижении цели, то цель называют конечной. Если нет, то промежуточной. В случае прямой постановки конечной цели на пути к её достижению могут выделять несколько промежуточных целей.

Цель отражает то, что пациенту необходимо сделать, чтобы достичь результата. Правильно поставленная цель содержит три компонента:

. что предстоит сделать пациенту (должен знать, должен уметь)
«результат»;

. временные рамки: дата или интервал времени - «критерий»;

кто или с помощью, каких приспособлений оказывает помощь - «условие».

Например: Петров должен научиться ходить на костылях за 2 дня. Далее следует запланировать содержание и методы обучения. Планируя обучение медсестра должна оценить желание и готовность пациента к обучению. Беспокойство, боль, усталость, голод - все это мешает процессу обучения. Медсестра составляет индивидуальный план обучения, учитывая при этом оптимальную последовательность обучения, не утомляющую пациента и не вызывающую отрицательные эмоции.

10. Этапы учебного процесса.

Выделяют такие этапы учебного процесса:

- .оценка исходного уровня знаний и умений пациента и его родственников;
- .определение целей, планирование содержания, методы обучения;
- .реализация плана обучения (составленного совместно с пациентом);
- .оценка результатов обучения.

При проведении оценки следует учитывать возраст, нынешнее состояние здоровья и др. Это необходимо, чтобы выбрать нужный метод обучения.

Методы обучения:

1. Словесный — мини-лекция, беседа, рассказ по интересующему вопросу.
2. Наглядный — медицинский атлас, научно-популярная литература, таблицы, видеофильм, предметы ухода, муляжи, фантомы, тренажеры.
3. Практический — отработка манипуляций: выполнение инъекций, подача грелки, пузыря со льдом, постановка компрессов, измерение АД.

Обучающие лучше запоминают и понимают, если сестра:

- .использует технику эффективного общения;
- .выслушивает все, что ей говорят и все что спрашивают,
- .относится к ним терпеливо;
- .хвалит за успехи в учебе;
- .делает перерыв, если они плохо себя чувствуют или чем-то расстроены.

Оценка эффективности обучения

На последнем этапе обучения необходимо сопоставить полученный результат (в обучении) с поставленной целью. Обучение считается эффективным, если медсестра и пациент достигают поставленных целей по усвоению определённых заданий, пациент должен продемонстрировать полученные навыки. Если же цели достигнуты не полностью, делается анализ причин этого, план обучения корректируется. Медицинская сестра при этом должна иметь необходимые коммуникативные навыки, обладать педагогическим тактом, знать теоретические основы психологии. Важна не только сестринская оценка, но и самооценка пациента, которая может быть:

- адекватной — совпадать с мнением медицинской сестры;
- неадекватной — завышенной или заниженной;
- нестабильной — то доволен, то недоволен.

Для информации.

Известны такие варианты отношения пациентов к болезни:

Адекватное отношение - это признание факта болезни с учетом медицинского заключения. Такое отношение возникает при благотворном сотрудничестве пациента с врачом и медперсоналом, при наличии активной позиции пациента к своему здоровью.

Неадекватное отношение (варианты)

1. отрицательное, т. е. игнорирование факта болезни, факторов риска,
2. пренебрежительное, т. е. недооценка тяжести болезни, факторов риска,
3. ипохондрическое, т. е. погружение или уход в болезнь,
4. утилитарное, т.е. получение известной выгоды от болезни (материальной и моральной),
5. агравация - преувеличение симптомов болезни,

.синдром Мюнхаузена - наличие симптомов при отсутствии болезни.

При наличии неадекватного отношения к болезни, медсестра должна приложить максимум усилий, чтобы сформировать у больного адекватное отношение и активную позицию к своему здоровью

Типы пациентов с неадекватным отношением к болезни

Тревожный (вечно волнующийся) пациент — отличается повышенной тревожностью по любому поводу, в общении — робкий, не уверенный в себе человек. Медсестре желательно быть предельно точной, внимательной к своим словам и выражениям, избегать медицинского сленга, проводить психокоррекцию, обратившись к психологу.

Подозрительный пациент — угрюмый, настороженный и подозрительный по отношению к медицинскому персоналу и лечению в целом. Перед началом лечения необходимо преодолеть психологический барьер недоверия пациента.

Демонстративный пациент — нуждается в постоянном внимании, требует к себе особого отношения, пытается произвести впечатление, преувеличивает сложность своего заболевания, выставляет напоказ близким и окружающим свои страдания, переживания, испытывая постоянную потребность в признании. Медсестре желательно поддерживать «героизм* такого пациента.

Депрессивный пациент — подавлен, удручен болезнью, не верит в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Пессимистический взгляд на все вокруг. В работе с такими пациентами обязательно участие психолога.

Ипохондрический пациент — чрезвычайно внимателен к своему здоровью, сосредоточен на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях, необоснованно предполагает у себя наличие самых разных заболеваний, интересуется результатами всех исследований, читает специальную медицинскую литературу. Медперсоналу с такими больными нужно вести себя крайне осторожно.

Спасибо за
внимание!