

**ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ
МОДУЛЬ (ПМ) 04
«ВЫПОЛНЕНИЕ РАБОТ ПО
ПРОФЕССИИ МЛАДШАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ПО
УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМИ»**

Междисциплинарный курс (МДК) 04.01
«Теория и практика сестринского дела»

Лекция №2

«Общение в сестринском деле»

План лекции:

1. *Понятие общения.*
2. *Функции общения*
3. *Уровни общения*
4. *Элементы общения*
5. *Типы общения*
6. *Зоны комфорта*
7. *Стили общения*
8. *Виды общения*
9. *Типы медсестер*



**«Единственное настоящее роскошь – это
роскошь человеческого общения.»**

А. Сент-Экзюпери

Общение в сестринском деле – это обмен информацией и (или) эмоциями между медицинской сестрой и пациентом, основанный на взаимоотношении между ними.

Общение - одно из важнейших умений, необходимых для эффективной деятельности сестры. Навыки общения необходимы ей для взаимодействия с пациентом, его семьей, врачами и другими специалистами, участвующими в лечебном процессе.

«Доверие к сестре у пациента и его семьи возникает только в том случае, если она владеет навыками эффективного общения. Для пациента общение с вами – часть лечения»

А.Флинт, директор Свято-Дмитриевского училища сестер милосердия

Суть сестринского дела состоит в уходе за человеком и в том, каким образом медицинская сестра осуществляет этот уход. В основе этой работы должна лежать не интуиция, а продуманный и сформированный подход, рассчитанный на удовлетворение потребностей и решение проблем.

Функции общения:

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).

Выделяют также побудительную, координационную и др. функции

Уровни общения:

Внутриличностное общение - мысленное общение человека с самим собой (внутренний диалог): обдумывает проблемы, анализирует ситуации, вырабатывает какие-то планы, идеи, но вслух не произносит.

Межличностное общение - общение между двумя или более людьми. Общение представляет собой взаимную передачу информации и принятие решений, например, получение нужных сведений в процессе обследования пациента.

Общественное общение - общение одного человека с группой людей, коллективом, большой аудиторией.



Элементы эффективного общения

Для того чтобы сделать общение эффективным следует иметь:

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



Каналы общения:

1. устная речь – получатель слышит ее;
2. неречевое сообщение – мимика, жесты, позы, какие либо действия; получатель видит его;
3. письменное сообщение – получатель читает его.

Письменное общение может быть эффективным, если:

- писать аккуратно;
- выбрать правильный размер и цвет букв;
- писать грамотно;
- выбрать понятные и простые слова;
- подписать сообщение.

Эффект письменного общения зависит от следующих компонентов:

- умеет ли получатель читать;
- понимает написанное;
- видит написанное;
- знает ли язык, на котором написано сообщение.

Типы общения

```
graph TD; A[Типы общения] --> B[ВЕРБАЛЬНЫЕ: речь, язык]; A --> C[НЕВЕРБАЛЬНЫЕ: (визуальные, акустические, тактильные, ольфакторные способы)];
```

ВЕРБАЛЬНЫЕ:
речь, язык

НЕВЕРБАЛЬНЫЕ:
(визуальные,
акустические,
тактильные,
ольфакторные
способы)

Выделяют два типа общения: словесный (вербальный) тип общения и бессловесный (невербальный) тип общения.

Вербальное и невербальное общения являются взаимодополняющими. Например, происходит общение в виде беседы (вербальное). Оно может сопровождаться улыбкой, жестами и т.д. (невербальное). Причем невербальные сигналы имеют большее значение в достижении эффективности общения. Прикосновение рукой к плечу, похлопывание по спине, улыбка позволяют сестре передать пациенту эмоциональную поддержку и ободрение.

Вербальная коммуникация

предполагает два важных элемента: смысл и форму высказывания.

Сообщение должно быть ясным и четким. Для слепого человека можно использовать устную речь, для глухого – как устную (может читать по губам), так и письменную речь (памятка).

Известно, что 55% информации во время беседы воспринимается через выражение лица, позы, жесты, а 38% - через интонации, модуляции голоса. Следовательно, всего 7% информации передается устной речью. Причем невербальный канал передает отношение к собеседнику.

Невербальная коммуникация

Визуальные:

движение и жесты, позы, выражение лица, мимика, взгляд, кожные реакции, расстояние до собеседника, персональное пространство.

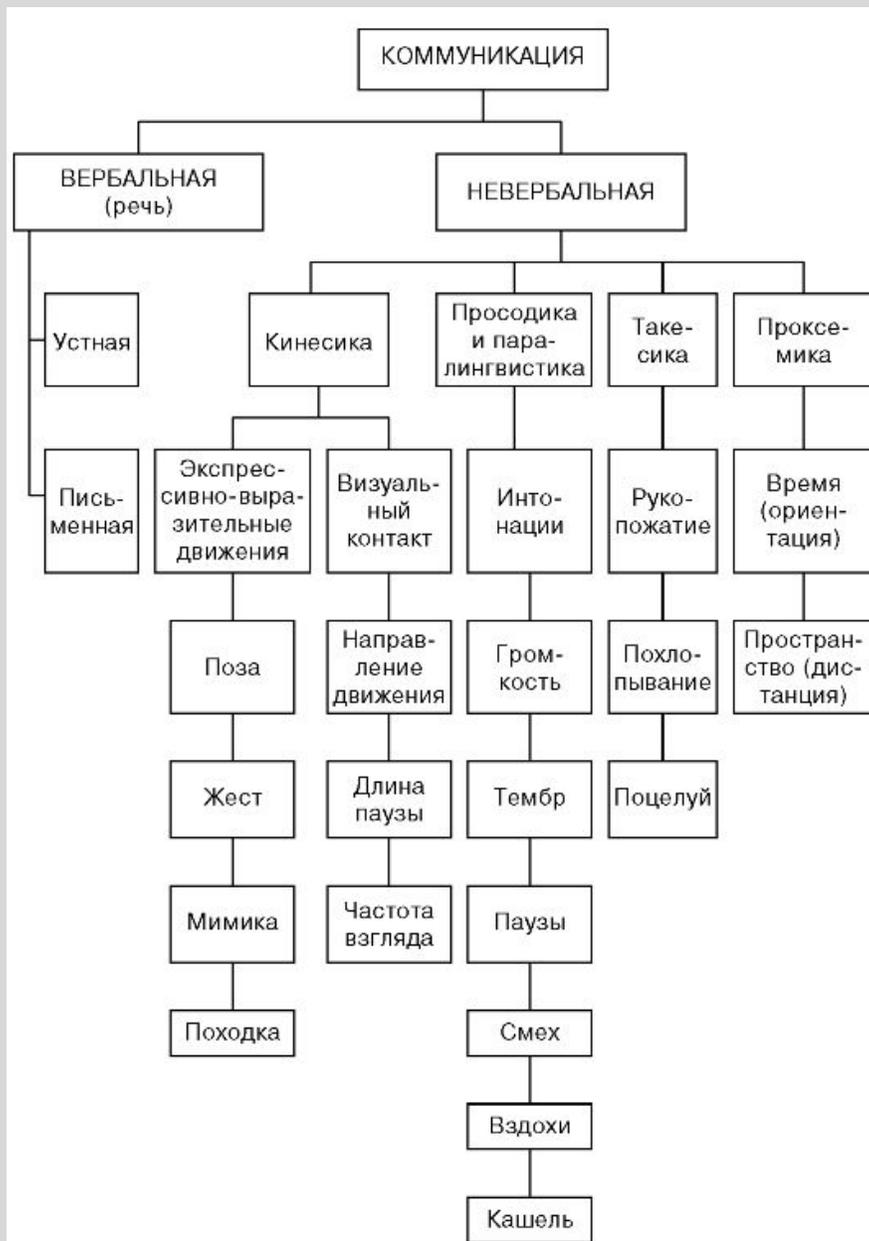
Акустические:

- связанные с речью: интонация, тембр голоса, паузы;
- несвязанные с речью: покашливание, плач, стон, вздыхание, восклицания.

Тактильные (связанные с соприкосновением) - прикосновение рукой к плечу, похлопывание по спине, объятие

Ольфакторные – связанные с запахом:

- естественные –приятные или неприятные;
- искусственные – духи, косметика.



Для эффективности **устной речи** необходимо:

1. Привлечь внимание получателя сообщения.
2. Говорить медленно, с хорошим произношением, короткими фразами.
3. Не злоупотреблять специальной терминологией.
4. Правильно выбирать время для сообщения, чтобы пациент проявлял интерес.
5. Следить за интонацией своего голоса.
6. Выбирать нужную громкость: говорить так, чтобы слышали, но не кричать.
7. Выслушивать до конца;
8. Для контроля восприятия задавать открытые вопросы - начинающиеся со слов: "Скажите мне...?", "Где...?", "Когда...?", "Почему...?".

Для эффективности **письменной коммуникации** необходимо:

1. Писать аккуратно (если плохой почерк – печатными буквами).
2. Выбирать правильный размер и цвет букв.
3. Убедиться, что в записке полная информация.
4. Писать грамотно.
5. Выбирать понятные, простые слова.
6. Обязательно подписывать сообщение.

Зона комфорта.

Имеет большое значение расстояние между собеседниками. При общении с людьми у каждого человека существует личное пространство. Это - то пространство в котором мы чувствуем себя комфортно, пока кто-нибудь не вторгнется в него. Мы сразу начинаем ощущать дискомфорт и стремимся сделать восстановить нужное расстояние, например, делаем шаг назад.

Менее 15 см	15 – 45 см	0,46 – 1,2 м	1,2 – 3,6 м	Более 3,6 м
сверхинтимная зона	интимная зона	личная зона	социальная зона	общественная зона

Сестры и доктора могут настолько привыкнуть к общению с мужчинами и женщинами в различных ситуациях, когда последние раздеты, что их восприятие ранимости людей и возможности их замешательства в таких ситуациях притупляется.

Нельзя вторгаться в интимную зону пациента без его согласия!

Общение с пациентом на расстоянии 1-1,2 м позволяет соблюдать дистанцию «психологического комфорта», а также продиктовано нормами культуры.



В процессе общения очень важен
СТИЛЬ ОБЩЕНИЯ.
Различают 5 стилей общения:

- 1) давления (авторитарный);
- 2) уступки;
- 3) компромисса;
- 4) сотрудничества;
- 5) избегания.



*Эффективность
общения определяется двумя
критериями:*

- а) деловой (достижение целей и задач каждого в общении).
- б) межличностный, то есть эмоционально окрашенный. В этом случае имеет место не только реализация целей общения, но и чувство удовлетворения от общения друг с другом.

Виды общения с пациентом

1.Терапевтическое общение - это общение, которое благоприятно воздействует на психику пациента и положительно сказывается на его лечении.

Терапевтическое общение основывается на вселении надежды и уверенности в улучшении состояния, доброжелательном гуманном отношении к человеку, внимание к его проблемам. Особенно в нем нуждаются старики и дети: - не оставляйте их одних - успокаивайте и ободряйте. Старайтесь узнать все о человеке, важно узнать его как личность, и эта личность должна быть Вам интересна.



2.Нетерапевтическое общение - это слова и все компоненты невербального общения, которые отрицательно влияют на настроение больного, тем самым, усугубляя его состояние здоровья.

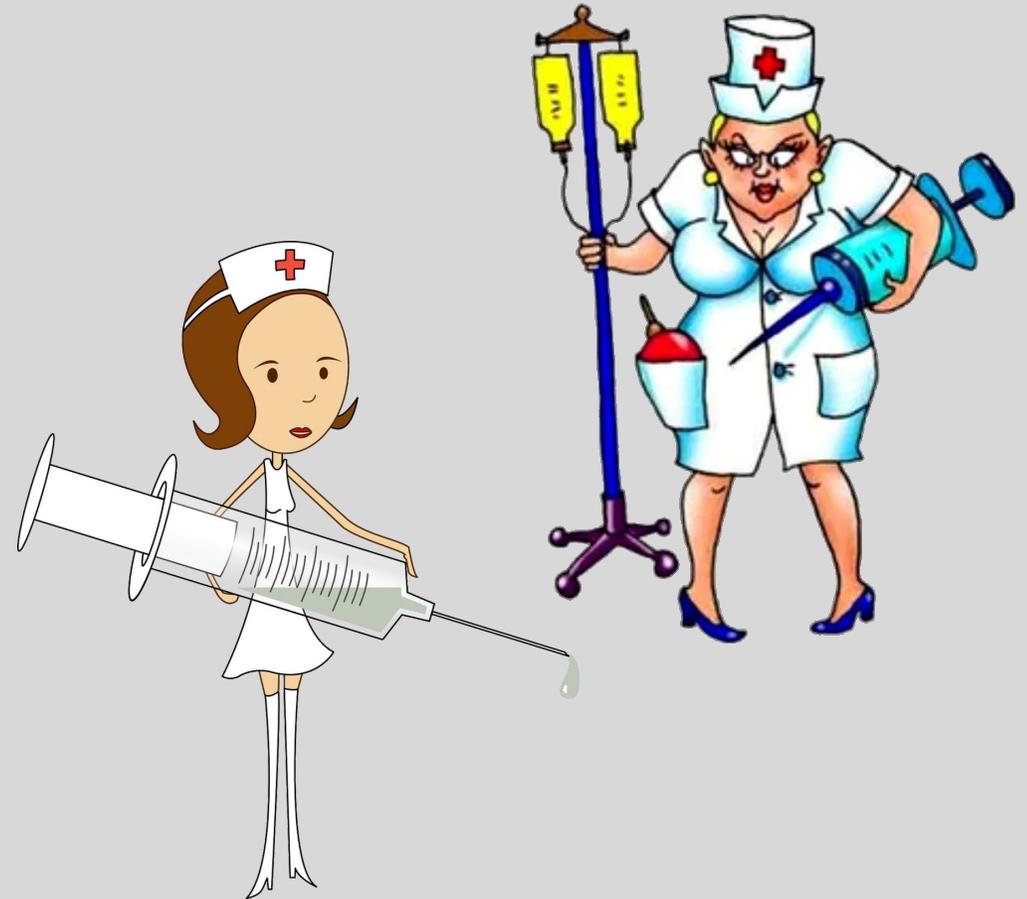
Часто приходится слышать, когда о пациенте или даже самому пациенту говорят: «диабетик», «язвенник», «ревматик», «сердечница» и т.д. В этом случае происходит обезличивание человека, напоминание больному о болезни будет ему неприятно. Критика, насмешка, которые просквозили в Вашей реплике, могут задеть и обидеть пациента.



Автор книги «Врач, сестра, больной», известный венгерский психотерапевт И. Харди (1983), выделил 6 типов медицинских сестер. В основе типологии сестер не только особенности психоэмоционального склада, но и отношение к работе, пациентам. Данная классификация несколько утрирована, но она помогает взглянуть на деятельность сестры «глазами пациентов».

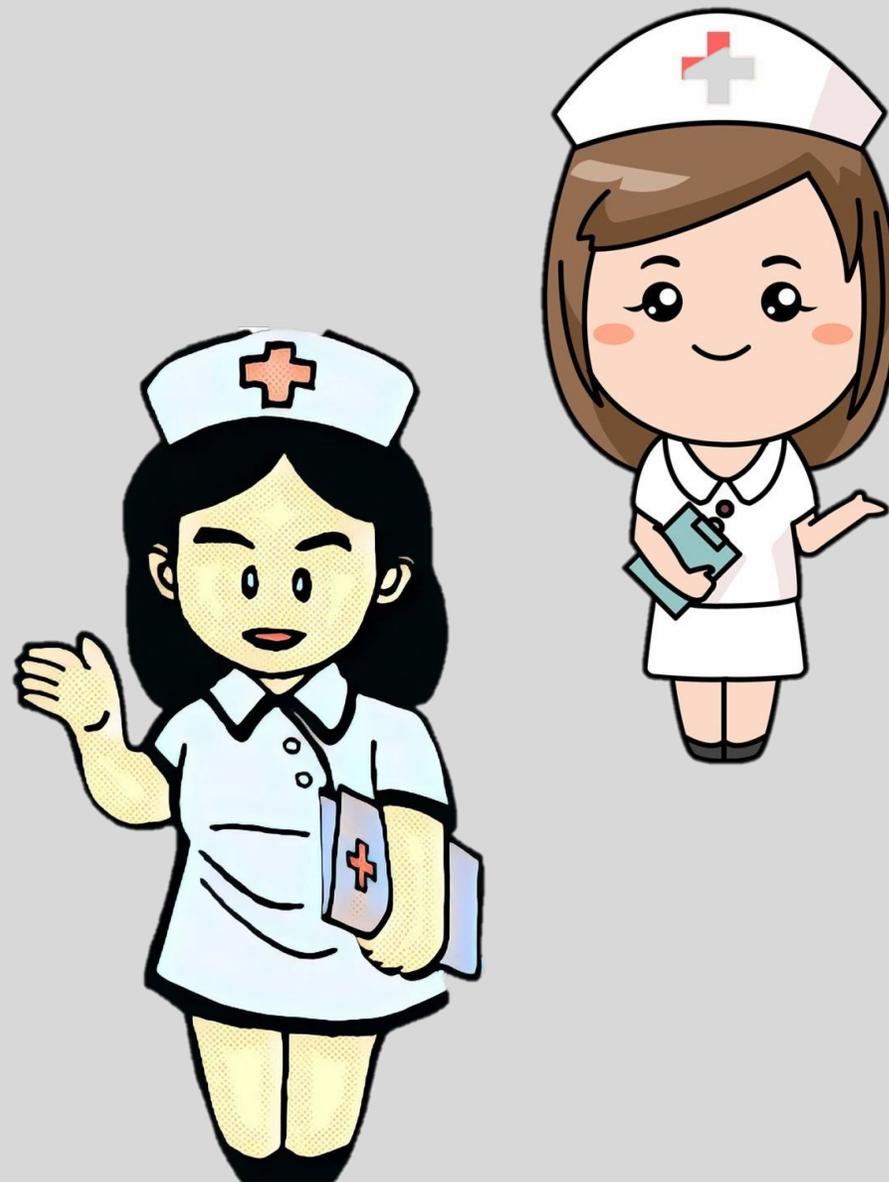
1. **Сестра-рутинер** — она тщательно, скрупулезно, аккуратно выполняет все свои обязанности, действуя строго по инструкции, проявляет усердие, ловкость и умение для ухода за больными, но работает механически, не сопереживая, не проявляя сочувствия.

2. **Сестра, играющая заученную роль (артистический тип)** — такая медсестра в процессе своей работы старается играть какую-либо роль (например благодетельницы) или следовать понравившемуся ей идеалу. Постепенно в поведении такой сестры исчезают искренность, непосредственность, открытость и появляются наигранность, искусственность.



3. **Тип «нервной» сестры** — эмоционально неустойчивая, вспыльчивая, раздражительная, склонная обсуждать личные проблемы, считает, что ее усилия не оценивают должным образом; часто боится заразиться каким-либо инфекционным заболеванием, в результате может проявлять брезгливость и даже отказываться от выполнения каких-либо процедур и манипуляций под благовидным предлогом. С точки зрения профессиональной этики такие сестры не должны работать с пациентами.

4. **Сестра с мужеподобной внешностью, сильная личность** — больные уже издали, по походке или зычному голосу узнают ее, побыстрее стараясь привести в порядок свои тумбочки и кровати, убрать лишние вещи. Такая сестра любит порядок, четкость и дисциплину. В благо-приятных случаях она может стать прекрасным организатором, хорошим педагогом. При недостатке культуры — может быть резкой и грубой с пациентами, но всегда ответственна и точна в работе.



5. **Сестра материнского типа** — выполняет свою работу с проявлением максимальной заботы и сочувствия к пациентам, успевает повсюду. Работа для такой сестры — неотъемлемое условие жизни, забота о пациентах — жизненное призвание. К ним как нельзя лучше подходит такое обращение, как «мать», «сестричка». Частой заботой о других, любовь к людям пронизана и их личная жизнь.

6. **Сестра-специалист** — сестры, которые благодаря какому-то особому свойству личности проявляют любознательность в определенной сфере профессиональной деятельности и благодаря развитию этого интереса получают специальное назначение. Многие из них посвящают свою жизнь избранному делу, работая в кабинетах физиотерапии, функциональной диагностики, различных лабораториях.



Лекция №3

«Обучение в сестринском деле»

План лекции:

1. *Понятие термина обучение*
2. *Задачи обучения в с/д*
3. *Сферы обучения*
4. *Функции обучения*
5. *Методы обучения*
6. *Формы обучения*



**Скажи мне – и я забуду
покажи мне – и я запомню
дай мне действовать самому и я научусь.**

Педагогика - наука о воспитании человека, включает процесс образования и обучения. Китайская пословица

Обучение – целенаправленно организованный, планомерно и систематически осуществляемый, процесс овладения знаниями, умениями и навыками под руководством опытных лиц.

Обучение в сестринском деле – это целенаправленная деятельность медицинской сестры и пациента для получения знаний и формирования навыков у пациента.

Процесс обучения пациента или его родственников зависит от профессионализма медицинской сестры, ее опыта, знаний и умений. Ведь она может выступить не только как специалист, но и как педагог-воспитатель, владеющий принципами медицинской этики и деонтологии, биоэтики и отличающийся культурой общения.

Задачи обучения в сестринском деле

1. Удовлетворять нарушенные потребности пациента, обучить пациента самоуходу.
2. Адаптировать пациента к болезни и способствовать повышению его качества жизни.
3. Пропагандировать здоровый образ жизни или корректировать существующий.

Цель обучения в сестринском деле – обеспечить достойную жизнь пациенту в новых для него условиях в связи с

Сферы обучения

- 1.Познавательная** - человек узнает и понимает новые факты, анализирует информацию, отличает главную (приоритетную) информацию от второстепенной.
- 2.Эмоциональная** – получив информацию, человек изменяет свое поведение, выражая это чувствами, мыслями, мнением, оценкой фактов. Он активно слушает и реагирует вербально и не вербально.
- 3.Психомоторная** – человек обладает умениями. Благодаря умственной и мышечной деятельности, он обучился новым движениям, уверенно выполняет необходимые действия. Готов психологически, физически и эмоционально к выполнению действий.

Функции обучения

- 1.Познавательная** – стремление к получению и приобретению умений и навыков (навык – высшее проявление умения, способность выполнять действия самостоятельно).
- 2.Развивающая** – способность применить знания и умения на практике.
- 3.Воспитательная** – целенаправленное развитие личности.

Способы обучения

1. **Формальные** – официальные. Цели для них задаются извне, вышестоящими инстанциями. Среди них различают:
 - а. **фронтальные** – занятия по усвоению и овладению новыми знаниями и умениями (лекции, санитарные бюллетени);
 - б. **групповые** – занятия с небольшими группами (школы здоровья, "Астма-школа", школа для страдающих гипертонической болезнью и др.);
 - с. **индивидуальные** – тематические беседы (например, о рациональном питании), практические занятия (обучение навыкам самоухода, уходу за тяжелобольным, приему лекарственных препаратов и др.).
2. **Неформальные** – неофициальные, без чьего-либо указания.

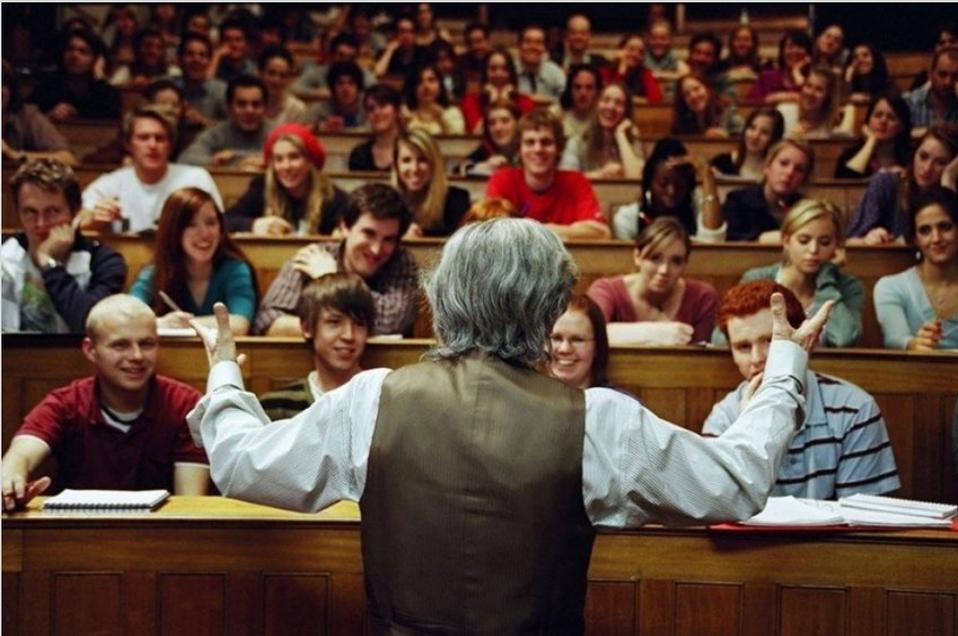


Формы обучения:

1. *Лекция*
2. *Деловая игра*
3. *Проблемный метод*
4. *Беседа*

Методы обучения

1. **Словесный** – разъяснение, беседа, диспут, мини-лекция.
2. **Наглядный** – использование речи, мимики, жестикуляции, изображения на доске, рисунков, таблиц, схем, макетов, плакатов, предметов ухода, муляжей, фантомов, технических средств (кино, видео-магнитофон, мультимедиа – проектор) и т.д..
3. **Практический** – отработка манипуляций: выполнение инъекций, измерение артериального давления и т.д.



Компоненты обучения

Сферы
обучения

Методы
обучения

Форма
обучения

Функции
обучения

Способы
обучения

познавательна
я

словесный

лекция

познавательна
я

формальное

эмоциональна
я

наглядный

беседа

развивающая

неформальное

психомоторная

практический

деловая игра

воспитательна
я

проблемный
метод

