Группа 322-СК. 12.10.2022

Медицинская этика и деонтология.

**Самостоятельная работа :** **Доклад по теме:** « Особенности работы в хосписе»

**Сообщение :** « Особенности общения с пациентами в зависимости от возраста»

**Учебный материал :**

**Тема: ОБЩЕНИЕ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ**

**Изучаемые вопросы:**

1.     Понятие общение, общение в сестринском деле.

2.     Уровни общения: внутриличностное, межличностное, общественное.

3.     Функции общения.

4.     Типы общения.

5.     Средства общения: вербальные, невербальные.

6.     Стили общения. Элементы эффективного общения (отправитель, сообщение, канал, получатель, подтверждение).

7.     Виды общения.

8.     Условия эффективного общения с пациентом. Коммуникативные барьеры в общении. Трудности при передаче информации.

**Общение (коммуникация)**- это все способы поведения, которые один человек использует сознательно или бессознательно для воздействия на другого человека.

**Общение в СД**- это обмен информацией и эмоциями между медицинской сестрой и пациентом.

**Уровни общения:**

**- внутриличностный (внутренний диалог)** мысленное общение человека с самим собой;

**- межличностный**между двумя и более людьми;

**- общественный**между большими группами людей.

**Функции общения:**

**- информационная -**получение и сообщение необходимой информации (о самочувствии пациента, его реакции на лечение и пребывание в стационаре, на медицинский персонал, м/с сообщает пациенту о схемах приема лекарственных препаратов и т.д.);

**- экспрессивная (эмоциональная) -**пациенты ждут от любого медицинского работника эмоционального отклика, сочувствия, душевного тепла;

**- регулятивная -**в процессе общения м/с воздействует на сознание и

поведение пациента, используя их жизненные ценности, интересы. М/с

также испытывает влияние своих пациентов.

**Типы общения:**

**- словесный**(вербальный) - процесс передачи информации от одной

личности к другой посредством речи;

**- бессловесный**(невербальный) - общение с использованием жестов, мимики, поз, вместо слов.

**Средства общения:**

**вербальные:**

язык, речь;

**невербальные:**

**визуальные** - движения, жесты, позы, мимика, положение тела в пространстве по отношению к пациенту;

**тактильные -**связаны с прикосновением;

**ольфакторые**- связаны с запахом;

**акустические** интонация, тембр голоса.

**Зоны комфорта:**

**-**интимная менее 40 см.

 **-**социальная от 1 до 4м.

**-**общественная более 4-6 м

 **-**личная от 45 см до 1,2 м.

**Факторы, способствующие или препятствующие общению:**

Тишина, конфиденциальность, адекватное освещение, отопление, вентиляция, поза.

**Стили общения:**

- авторитарный (давление);

- компромиссный (уступки);

- сотрудничество.

**5 элементов эффективного общения:**

1. **отправитель**– кто посылает информацию;

2. **сообщение**- посылаемая информация;

3. **канал** – форма отправки сообщения (речь, жесты)

4. **получатель** – кому посылается сообщение;

5. **подтверждение**(обратная связь) – эффективность сообщения.

**Виды общения:**

**- эффективное -**благоприятно воздействует на пациента.

Беседу с пациентом нужно начинать с представления, поздороваться.

Следует смотреть пациенту в лицо, одобрительно кивать, использовать положительную интонацию, говорить внятно, доходчиво, неторопливо,

поощрять вопросы вашего пациента, внимательно слушать, проявлять сочувствие, искренний интерес, быть естественным.

С 15 лет с пациентом нужно обращаться на Вы, называть полное имя.

С 25 и старше называть по имени отчеству.

Говорить следует на языке пациента, уметь слушать, устанавливать доверительные отношения.

**- неэффективное -**не нужно раздражаться, если приходится снова и снова задавать один и тот же вопрос, не всегда можно ожидать идеальное выполнение, данных вами указаний, не нагружайте больного слишком большой ответственностью, не требуйте точной идентификации медицинского персонала, названий предметов, лекарств. Не оценивайте поведение больного, как личное отношение к вам, не ругайтесь, не спорьте с больным, говорите с пациентом конкретно, не показывайте чувств, если сильно расстроены, не повышайте голоса.

**Коммуникативные барьеры**

Фонетический барьер 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.

**Смысловой барьер** связан с различиями в системах значений участников общения — это проблема жаргона и сленга.

**Стилистический барьер** - 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 «бабуля», «дружок» и т.д.).

Барьер логического непонимания - логика рассуждения, предлагаемая коммуникатором, либо слишком сложна для восприятия, либо кажется другой стороне неверной, либо противоречит присущей ему
манере аргументирования

**Барьеры социально-культурных различий:** социальные, политические, религиозные, профессиональные различия приводят к разной интерпретации тех или иных понятий, употребляемых в процессе коммуникации.

**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.