**ПРИЛОЖЕНИЯ**

**ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ - ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Ф.И.О. студента | Фронтальный опрос | Работа в группах | Решение ситуационных задач | Итог |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МАТЕРИАЛ**

**Психология общения с пациентом**

**1. Общение.**

"Жизнь - самая большая ценность, какой обладает человек, а самая большая роскошь в этой жизни - роскошь человеческого общения". А Сент - Экзюпери

Человек, как и всякое живое существо, неразрывно связан со средой своего обитания. Чтобы существовать, живое существо должно обладать средствами связи, соединяющими его жизненные потребности с предметами и явлениями окружающей среды. Этим средством связи в человеческом обществе является общение. В общении социальные отношения людей: общественные и межличностные. ОБЩЕНИЕ - универсальная деятельность, в которой участвуют люди всех возрастов, профессий и социальных статусов. Все люди ежедневно и не раз задают вопросы и выслушивают ответы. Таким образом, общение - сложный многоплановый процесс установления и развития психологических контактов между людьми, проявляющиеся в обмене информацией, взаимовлиянии, взаимопереживании, взаимопонимании, в обоюдном обмене чувствами, мнениями, взаимооценке. Сегодня человек воспринимается сестрой как социальное, психологическое и физическое создание, и основное внимание уделяется участию пациента в процессе ухода за ним. Уход, ориентированный на пациента, подразумевает содержательный уход, планируемый с участием самого пациента для того, чтобы максимально способствовать выздоровлению. Чтобы достичь этих целей, ориентированных на пациента, посредствам ухода и планирования, ориентированного на решение задач, очень важное значение, имеют хорошие навыки общения. Сестры должны развивать свои умения вести беседу. Чтобы помогать пациентам, ведя с ними содержательный разговор! Это общение начинается при первой встрече и продолжается на протяжении всего периода сестринского ухода за ним (например, при госпитализации пациента, его переводе или выписке из больницы, до- и после операционном уходе, обучении пациента и подготовке ко всем процедурам). Специальные навыки межличностного общения, возможно, являются наиболее важными навыками, которыми должна обладать сестра во время работы. Путем диалога сестра помогает пациенту выражать свои желания, снижать напряжение и беспокойство, связанное с решением проблем, а также выбирать тот путь в жизни, который обеспечивает продвижение вперед.

**В общении выделяют три взаимосвязанных стороны:**

**Коммуникативная** сторона общения состоит в обмене информацией между людьми. **Интерактивная** сторона заключается в организации взаимодействия между людьми для планирования и организации совместной деятельности - например, нужно согласовать действия, распределить функции или повлиять на настроение, поведение, убеждения собеседника. **Перцептивная** сторона общения включает процесс восприятия и понимания друг друга партнерами по общению.

**Технология общения включает три главные части:**

1 познание собеседника;

2 формирование доверительных отношений с ним;

3 собственно общение (разговор, беседа, интервью и т.д.)

**Функции общения**

1. Познавательная или информативная (получение и обмен информацией)

2. Эмоциональная или эмотивная (улыбка - первый эмоциональный отклик, начальный момент появления общения, обмен эмоциями между партнерами)

3. Регуляторная

4. Контактная

5. Оказание влияния

6. Установление отношений

7. Понимание

8. Взаимодействие и восприятие себя через другого (умение поставить себя на место собеседника)

**Типы общения**

Выделяют два типа общения: 1. Словесный (вербальный) - наиболее распространенное средство выражения мыслей между людьми.

2. Бессловесный (невербальный) при помощи неречевых средств (мимики, жестов, взгляда, интонации, положении партнеров относительно друг друга, внешний облик человека, позы, телесный контакт, одежда, рисунок)

Духовное межличностное общение - это общение друзей, когда можно затронуть любую тему и не обязательно прибегать к помощи слов, друг поймет вас и по выражению лица, движения, интонациям. Такое общение возможно тогда, когда участник имеет образ собеседника, знает его личность, может предвидеть его реакции, интересы, убеждения, отношение.

**2.Психологические особенности общения медицинского работника с пациентом**

Медицина - это прежде всего, общение человека с человеком, медработника с пациентом. В основе отношений между медиком и пациентом лежат неотъемлемые права человека и уважение достоинства каждого. Пациента необходимо воспринимать как личность. Вспомним определение понятия "личность"! **личность** - данный конкретный человек, со всей совокупностью его общественных отношений, индивидуальных психологических и физиологических реакций, зависящих от внутреннего, душевного мира человека. Личность понятие социальное.

Структура личности включает в себя:

1 характер и темперамент;

2 способности и потребности;

3 интересы и убеждения;

4 волевые особенности.

Все составные части личности взаимодействуют между собой и проявляются в единстве. Под влиянием болезни изменяются все составляющие структуры личности. Вся работа медицинского работника протекает в контакте с пациентом, и успешность этого контакта зависит от того, насколько медик сумеет разобраться в особенностях личности пациента. Болезнь, особенно серьезная, значительно меняет психику человека, его психологию. Для лучшего понимания состояния пациента и характера его переживаний медработнику необходимо выяснить его **внешнюю и внутреннюю картину болезни**, отношение к своему заболеванию, к медперсоналу. В клинике любого заболевания отчетливо проявляются две стороны: внешняя и внутренняя картина болезни.

**Внешняя, или объективная, картина болезни** рассматривается как совокупность клинических данных, полученных медицинским работником при обследовании пациента. Это показатели осмотра, аускультации, перкуссии, пальпации, лабораторных, аппаратных и других исследований. Они наглядны, фиксируются документально и имеют определенную динамику развития в различные периоды заболевания.

**Внутренняя картина болезни (ВКБ)** - это осознание, целостное представление субъективных проявлений болезни. Известный отечественный интернист А. Р. Лурия в конце 20-х гг. 20 века предложил понятие "внутренняя картина болезни". Под ней он понимал "все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, но только местных болезненных, но и его самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с приходом его к врачу, - весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущений, эмоций, эффектов, конфликтов, психических переживаний и травм". На нее влияют личностные характеристики пациента, как врожденные (темперамент, тип высшей нервной деятельности), так и приобретенный (характер, интеллект и др.)В структуре ВКБ принято различать несколько уровней: **чувственный, или сенситивный**, - комплекс субъективных болезненных ощущений (зуд, тошнота, головокружение и многие другие жалобы пациента).Субъективные ощущения пациента носят динамический характер, они то снижаются, то набирают новую силу, нередко связаны с положением тела, приемом пищи, физической нагрузкой.

**Эмоциональный** - реагирование, переживание пациентом отдельных симптомов или болезни в целом (снижение настроения, грусть, тоска). Чем острее ощущение болезни, тем ярче будет ее эмоциональная окраска. Эмоциональное состояние пациента, как, правило, носит динамический характер. По мере стихания острых проявлений болезни на смену отрицательных эмоций приходят положительные, пациент успокаивается, у него улучшается настроение, он радуется предстоящему выздоровлению.

**Интеллектуальный** - знание о болезни и ее реальная оценка, глубина осознания остроты, тяжести, последствий заболевания. Знание интеллектуального уровня ВКБ каждого пациента обеспечит правильный выбор тактики обследования и лечения, целесообразную комплексную психотерапию, возможность менять назначенное лечение в зависимости от характера заболевания, тяжести его течения и эффективности той или иной медицинской манипуляции.

**Отношение к болезни, мотивация к возвращению здоровья.** Уровень отношения к болезни и мотивация к возвращению здоровья играют важную роль в формировании ВКБ.

**Отношение пациента к болезни.**

Какую же цену имеет болезнь для больного? Большей частью она бывает отрицательной, но иногда и положительной, будь - то сознательно или подсознательно. Важно знать о том отношении пациента к болезни и избрать соответствующий психологический подход. Отношение к болезни может быть следующим:

**а) нормальным**, т.е. соответствующим состоянию больного или тому, что было сообщено ему о болезни. Пациент проявляет активное партнерское участие в обсуждении своего заболевания, в проведении диагностических процедур, лечебных манипуляций. В формировании нормального отношении к своей болезни важная роль принадлежит медицинскому работнику, его умению рационально общаться с пациентом, обладанию профессионализмом, пониманием деонтологических принципов врачевания,

**б) пренебрежительным**, когда больной недооценивает серьезность заболевания, не лечится, не бережет себя, в отношении прогноза болезни проявляет необоснованный оптимизм. Такое отношение к своей болезни грозит быстрым прогрессированием болезни, ухудшением самочувствия, а иногда необратимыми изменениями в пораженном органе. Пренебрежительное отношение к болезни может быть связано с недостаточной осведомленностью о ее сущности, и возможных последствиях, склонность к переоценке резервных сил организма, неоправданным бравированием своим здоровьем перед окружающими и, наконец, с низким интеллектуальным уровнем развития. Известную роль играют и личностные характеристикам больного, его принадлежность к сангвиническому темпераменту, волевые черты характера, самоуверенность, склонность к артистизму. Следует установить доверительные отношения с пациентом, по возможности изучить причины пренебрежительного отношения с пациентом, по возможности изучить причины пренебрежительного отношения к болезни, популярно, но настойчиво убедить больного в необходимости диагностических и лечебных манипуляций, соблюдение предписанного режима. Разъяснить сущность и возможные последствия неоправданного поведения. В период пребывания в стационаре за пациентом должен быть установлен медицинский контроль, сочетающийся с внимательным отношением, но и известной строгостью относительно выполнения врачебных назначений,

**в) отрицающий**, когда больной не обращает внимания на болезнь, не обращается к врачу, отгоняет от себя мысли о болезни и рассуждения о ней. Пациент не учитывает факта предболезни, который является предвестником основного заболевания (склонность к повышению артериального давления, легкую гипергликемию и др.) Такие пациенты нуждаются в настойчивой, убедительной, доступной и неоднократной разъяснительной беседе. В стационаре, следует обеспечить контроль за соблюдением предписанного режима, постоянное наблюдение за пациентом,

**г) нозофобным**, когда больной несозармерно боится болезни, повторно обследуется, меняет врачей. Он понимает в большей или меньшей степени, что его опасения преувеличены, но не может бороться с ними. Такой пациент все свое внимание сосредотачивает на болезненных ощущениях, рассказывает о них с определенной эмоциональной окраской, обращается за помощью к разным врачам и врачевателям. Он не верит в благоприятный исход заболевания, проявляет неудовлетворенность работы медиков и медицинских учреждений и не редко пишет жалобы в вышестоящие органы здравоохранения. Необходимо помнить о таких пациентах, аккуратно выполнять все назначения, сопровождая их доступной и умелой психотерапией. Попытки убедить пациента в предвзятости такого отношения к своему здоровью, доказать его несостоятельность мало эффективно, ибо корни поведения пациента часто заложены в личностных качествах пациента, принадлежности к слабому типу высшей нервной деятельности (меланхолический темперамент). Полезнее будет терпеливо относится к такому пациенту, разумно реагировать на его жалобы, внушать на выздоровление,

**д) ипохондрическим** (уход в болезнь), когда больной догадывается или убежден в том, что страдает тяжелым заболеванием или когда переоценивает серьезность менее тяжелой болезни. Нозофобия и ипохондрия касается опасений и убеждений в заболеваний сердечным инфарктом, злокачественными процессами, опухолями мозга и др. тяжелыми заболеваниями. О своих ипохондрических опасениях пациент иногда не говорит, т.к. не хочет показаться смешным или боится услышать утверждение о тяжелом заболевании, например о раке. Такой пациент проявляет чрезмерное внимание к своему здоровью, прислушивается к любому отклонению от привычного состояния, фиксирован на болезненных ощущениях, настаивает на дополнительных исследованиях. Он несамокритичен, уговору не поддается. Общение с таким пациентом требует большой выдержки, терпения и всестороннего внимания. Надо добросовестно и безукоризненно проводить лечебную тактику.

**е) нозофильным**, связанным с определенным успокоением и приятными ощущениями при болезни. Оно вытекает из такого факта, что больной не должен выполнять своих обязанностей, дети могут играть и мечтать, взрослые - читать или заниматься каким-нибудь делом. Семья внимательна к больному и больше заботится о нем.

**з) утилитарным**, что является высшим проявлением нозофильной реакции. Оно может иметь тройную мотивировку:

- получение сочувствия, внимания и лучшего обследования;

- выход из неприятной ситуации, как, например, заключение, военная служба, ненавистная работа, обязанность платить алименты;

- получение материальных выгод; пенсия, отпуск, свободное время, которое можно выгодно использовать и в экономических целях.

В подобной ситуации следует усилить наблюдение за поведением пациента, соблюдая при этом осторожность и объективность. Необоснованное обвинение больного в симуляции, может нанести ему большую психическую травму.

**Аггравация** - преувеличение признаков заболевания и субъективных жалоб. Такое преувеличение может быть полностью сознательным, но иногда скорее обусловлено эмоциональными мотивами более глубокого происхождения: страхом, недоверием, чувством одиночества, безнадежности, ощущением, что врач не поможет.

**Симуляция** - это притворство, с помощью которого стремятся создать впечатление о болезни и ее признаках.

**Диссимуляция** - это скрывание болезни и ее признаков. Встречается значительно чаще, очень характерна в психиотрической клинике при психозах.

**Возрастные особенности восприятия болезни.**

В **детском возрасте** - на первое место выходит первосигнальная сторона болезни и ситуации вокруг нее: боль, боязнь боли и всего неизвестного, отсутствие осознания болезни в целом, неумение формулировать жалобы, сильные эмоциональные реакции на отдельные симптомы болезни, восприятие лечебных и диагностических процедур как устрашающих, усиление дефектов характера, воспитание ребенка в период болезни, чувство страха, тоски, одиночество в стенах лечебного учреждения, вдали от родителей. Острое заболевание, особенно если оно переносится дома, в привычной обстановке, как правило, не вызывает особых психологических проблем. Большие психологические трудности возникают у детей и их родителей, когда они узнают о хроническом, часто неизлечимом заболевании. Очень важно помочь ребенку приспособиться к жизни в состоянии хронического заболевания, а это можно только через хороший контакт, терпимость и уважение к ребенку. Эмоциональное теплое отношение (быть медсестрой, воспитателем, матерью), отвлечение от болезни, организация нешумных игр, чтение, проведение процедур с уговорами.

**Подростковый возраст**. Жалобы подростков формируются более четко, появляются чувства и сознания болезни. Одновременно могут проявиться и повышенная ранимость и восприимчивость к заболеванию, выражающиеся в тревожных опасениях, направленных в будущее. Отсюда фиксация на неприятных ощущениях, что может стать основой ипохондрических переживаний.

В **среднем возрасте** отходят на задний план первосигнальные переживания, равно как и состояние тревоги. На первый план выступает опасение последствий, связанных с дальнейшей работой, ситуацией в семье.

В **старости** - на восприятие болезни накладывает отпечаток боязнь одиночества в болезни и страх смерти. Старый человек часто отождествляет себя со своими сверстниками, которые постепенно умирают, равнивают их заболевания со своими. Его опасения и неуверенность нередко усиливается поведением врача, мед.сестры, которая, правильно обследовав больного, не проявили к нему достаточного внимания и интереса. Деонтологическая тактика: поддержание у пациента ощущения собственной значимости; подчеркнуто уважительное, тактичное, деликатное отношение, без фамильярности, приказного тона, нравоучений, ориентация на двигательную активность, мотивация на выздоровление.

**Половая особенность в субъективном восприятии болезни.**

Женщины внешне как будто более подвержены страху, жалости к себе, в большей мере колеблются между безнадежностью и оптимизмом. Мужчины, на первый взгляд, казалось бы, относятся к своей болезни более рассудительно. Однако, надо подчеркнуть, что внешние проявления и особенно словесные выражения не всегда соответствуют внутреннему переживанию. Часто мужчины значительно труднее переносят болезнь, нежели женщины. Чаще подвержены стрессорным факторам. Женщины лучше мужчин переносят болевые ощущения, длительную ограниченность движений и обездвиженность.

**Изменение личности связанные с болезнью.**

Клинические формы изменения личности носят самый разнообразный характер. Они могут проявляться как изменением эмоций - депрессия или эйфория; в виде изменения отношения эмоциональной сферы - апатия, бездушность; в виде изменения отношения к себе и к окружающим - ослабление критики, подконтрольности; в виде нарушения активности - аспонтанность. У соматических больных может наблюдаться нарастание эгоцентричного поведения.

У хронических больных наблюдаются более глубокие сдвиги и психические изменения. Сама продолжительность болезни оказывает неблагоприятное воздействие на подверженного страданиям человека. Больные замыкаются в себе, занимаются и интересуются лишь собой. Один больной может стать пессимистом, обидчивым, чувствительным, завистливым, даже испытывать ненависть к чему бы то ни было. Другой, наоборот, может быть равнодушным, бесчувственным ко всему, холодным. Агрессивность у больных может быть явной и скрытой. Явная форма ее проявления может быть словесной (больной ругает все и всех) или выражается в поступках (бросает вещи). Скрытая же агрессивность может выражаться в упрямстве, придирчивости, забывчивости, неудовольствии, требовательности или даже задиристости. В возникновении агрессии имеют значение различные факторы: непонимание, не проявление должного внимания к больному как со стороны близких, так и со стороны медработников.

**При общении с пациентом медработник должен уметь:**

1. Установить правильный психологический контакт. С первой встречи надо создать впечатление приветливости, участие, готовности помочь. Доброжелательная, ровным, уверенным голосом проведенная с пациентом беседа, приносит успокоение, снимает напряженность.

2. Рассказать в доступной форме о болезни и лечении, но учитывая при этом содержание медицинской тайны.

3. Успокоить и одобрить пациента, находящегося в самом тяжелом состоянии.

4. Оградить ранимую психику пациента от воздействий отрицательных факторов, в том числе относящихся к лечебно-диагностическому процессу.

5. Хранить медицинскую и личные тайны пациента.

6. Использовать слово как важный психотерапевтический и психопрофилактический фактор.

7. Уметь определить в беседе индивидуальные личностно-характерологические особенности пациента (характер, темперамент, способности, потребности)

8. Профессионально и грамотно строить взаимоотношения с родственниками пациента, с другими сотрудниками и коллегами медицинского коллектива, не допускать критики их в присутствии пациента.

При общении с пациентом медсестра должна соблюдать этику - деонтологические нормы и принципы поведения, создать обстановку доверия между врачом и пациентом, способствовать повышению авторитета врача и медицинского учреждения. Забота, внимание являются основой контакта между медсестрой и пациентом. Успех понимающего общения зависит от способности медсестры к эмпатии. **Эмпатия**  (от англ. чувствование) - это способность чувствовать эмоциональное состояние другого человека, точно воспринимать смысловые оттенки его внутреннего мира, способность взглянуть на обстоятельства глазами собеседника. Быть в состоянии эмпатии - значит на какое - то время войти в мир другого. При этом сохраняется способность в любой момент вернуться в свой собственный мир. Если такая способность теряется и у медсестры возникает состояние идентификации с эмоциональным состоянием пациента, то она теряет способность профессионально работать и ей самой требуется психологическая помощь. Чтобы пациент был искренним, открытым с медсестрой, он должен чувствовать искренность и с ее стороны. Искренность или конгруэнтность - совпадение трех пластов: коммуникации вербального, невербального и чувственного. Только при полном сочувствии пациенту, при понимании его положения возможен настоящий контакт между ним и медицинским персоналом, что так необходимо для успешного лечения. Медсестра обязана быть выдержанной, приветливой, способствовать созданию нормальной рабочей атмосферы в лечебном учреждении. Общение между медсестрой и пациентом, а так же всех, кто участвует в сестринском процессе, должно включать понимание, терпение, честность, искренность, доверие, надежду и мужество.

Открытые взаимоотношения предполагают приятие, сопереживание, участие в процессе общения. Медсестра взвешивает поведение пациента, принимает во внимание положительные и отрицательные факторы этого поведения, сознательно не придает значение отрицательным фактором, а на положительные факторы поведения, способствующие развитию стремления к здоровью, заостряет внимание.

Сосредоточение внимания необходимо при общении с пациентом. Медсестра, умеющая слушать, легче распознает потребности пациента, не только слышит то, что говорит пациент, но и обращает внимание на повторяющиеся "темы" в высказываниях пациента. Сестре для большей отдачи при взаимодействии с пациентами следует использовать приемы "отзеркаливания", повторять позы, мимику, жесты пациента, синхронизировать дыхание. Для установления правильного психологического контакта необходимо учитывать индивидуальные особенности личности пациента (характера, темперамента и др.) их изменений во время болезней.

Если у человека доминантный характер: жесткий, напористый, решительный, самоуверенный, то ему надо дать возможность выявить свою доминантность, не пресекать его, спокойно общаться и он умерит свои непроизвольный натиск.

Недоминантный характер чуток к внешним признакам силы, такой человек уступчив, легко теряется, терпеливо сносит, когда его перебивают. Он нуждается в поощрении, подбадривании. Ему необходимо показать, что может многое, вселить в него веру в себя, ни в коем случае не повышать голоса, это будет вселять в него веру, в его недоминантность.

Ригидные пациенты, которые не любят, чтобы их перебивали, с ними необходимо максимальное терпение и такт.

Экстраверт расположен к общению, но слушает только себя. В общении с ним не стоит разрушать естественную для него атмосферу взаимной симпатии.

Интроверт любит одиночество, уходит в себя. С ним полезно держаться учтиво, даже немного суховато, быть готовым к затяжным паузам.

Пациент холерического темперамента, черты которого заостряются во время болезни, может вступить в спор, начать излишне возражать, не согласиться с той или иной процедурой. Тактика медсестры - не препятствовать проявлению активности, а направлять в нужное русло, говорить спокойно и немного требовательно. Меланхолик способен отреагировать на болезнь замкнутостью, отрешенностью, подавленным настроением, бессонницей, слезами. Тактика медсестры - снизить количество раздражителей, шум, не повышать голоса, говорить мягко, уверенно, поддерживать и вселять уверенность в свои силы. Сангвиник постарается не выносить на обсуждение какие-либо вопросы своей болезни, четко выполнять предписания и назначения врача. Флегматик медлительный. Тактика медсестры не предъявлять требования к быстрому реагированию, т.к. это ведет к стрессу и торможению.

**Особенности общения с пациентом в стационаре.**

Медсестра должна учитывать особенности личности, возраст, характер болезни при общении с пациентом, размещении пациентов в палаты в стационаре, при посещении на дому. Основными условиями эффективность профессионального общения является: демонстрация доброжелательности, такта, внимания, интереса, профессиональной компетенции. Нередко заболевание, а тем более обусловленная им госпитализация, выбивает человека из жизненной колеи. Пациента тревожит болезнь и возможные осложнения, прогноз, который далеко не всегда бывает удовлетворительным, вынужденная необходимость оставить работу, расставание с домом. Пациент попадает в непривычный для себя мир и не сразу адаптируется в нем, чувствует себя "потерянным", одиноким, несчастным. Многие пациенты тяжело переживают пребывание в стационаре не столько в силу физических страданий, сколько психически. Распорядок жизни пациента в стационаре определяют медработники. Больных нервирует долгое ожидание вызова на процедуры, опоздания с приемом пищи, холог в палатах и др. неурядицы. Пациент погружен в мир отделения, внешние контакты прерваны, интересы сужены, поэтому он обостренно реагирует даже на мелочи. От медсестры во многом зависит психологический климат в отделении. Все мероприятия по лечению пациентов и уходу за ним следует выполнять спокойно, точно, аккуратно. В беседе с пациентом надо проявлять осторожность и не давать ему полную информацию о его заболевании. Беседа должна носить успокаивающий характер.

Значительные особенности имеет работа медсестры в детских отделениях. Если дети дошкольного возраста госпитализируются без матерей, то пребывание в стационаре является для них существенным психотравмирующим обстоятельством. Если позволяет время, госпитализацию нужно готовит постепенно, ребенку рассказать о больнице, о других детях, стараются уменьшить страх перед людьми в белых халатах перед процедурами. При помещении в больницу по экстренным показаниям у ребенка может возникнуть патологическая реакция протеста. В это время ребенок кричит, плачет, не отпускает мать, отказывается вступить в контакт с окружающими. Реакция протеста может продолжаться от нескольких часов до нескольких дней. Ласковый уход, игрушки, терпеливое обращение, как правило в большинстве случаев способствует привыканию ребенка к больничной обстановке, переключению его интересов и восстановлению нормального состояния психики и нарушенных функций. Для того, чтобы дети чувствовали себя в больнице более или менее удовлетворительно, необходимо, чтобы медсестра умела успокоить их, отвлечь от грустных мыслей, развлечь. Игрой удается отвлечь внимание ребенка от неприятных переживаний, выявить из игровой ситуации причины переживаний и успокоить. Доброжелательность в отношении с детьми крайне важна, они нуждаются в ласке и сочувствии. Желательно чтобы обстановка в отделении не была казенной, чтобы в нем имелись цветы, удобная мебель, картины, благотворно влияющие на настроение пациентов. При общении с родителями любого возраста полезно учитывать, что, повинуясь неосознанной эгоистической реакции, родственники стремятся дать понять медработникам, что их ребенок требует исключительного внимания, причем вне зависимости от характера заболевания и его тяжести. В большинстве случаев устранению проблем в общении с родителями способствует умение и стремление медработника понять состояние родителей, мысленно представить себя на их месте.

**"Госпитализм"** - возникает, как правило, в связи с вредным длительным влиянием больничной обстановки. Больной привыкает к жизни в условиях больницы, не торопится покинуть ее, боясь, что за пределами стационара ему станет хуже, перестает бороться за выздоровление, не стремиться вернуться в семью, на работу, т.к. за время лечения снижаются навыки жизни вне больнице, социальная, трудовая адаптация. Перед выпиской у таких пациентов обычно наблюдается ухудшение состояния. В педиатрии под термином "госпитализм" понимают задержку психического развития ребенка в связи с длительным пребыванием в стационаре. Здесь важна роль медицинской сестры в разъяснении пациенту его недуга на ярких примерах выздоравливающих. Необходимо попытаться убедить пациента в том, чтобы он поверил в свои силы.

**Терапевтическое общение.**

Терапевтическое общение - благоприятное воздействие, оказываемое на психику пациента. Пример: "Ребенок расшалился, упал, на колене ссадина, он горько плачет. Как снять боль у малыша? Можно применять местную анестезию раствором новокаина, можно дать обезболивающие средства - анальгин или морфий, можно, наконец, предложить наркоз. Однако, мать ребенка просто берет его на руки, нежно обнимает, целует и дует на больное место. Рыдания прекращаются тотчас, а еще через минуту малыш снова резвиться, как ни в чем не бывало. Что же произошло? Ведь не поцелуй, не обдувание ушиба не могут прекратить раздражения чувствительных нервов!" (Шамов)

Медсестра ставит **цели терапевтического общения.**

1. Предоставление пациенту информации о его состоянии в согласованных с врачом и близкими пациента пределах. Медсестра должна быть готова ответить на многочисленные вопросы пациента. Например: что со мной? Могу ли я ознакомиться со своей историей болезни?

2. Снятие страха перед заболеванием и его лечением. Пациент страдает не только от неприятных ощущений (боль, одышка, тошнота, озноб). Он страдает также от страха, тревоги, уныния, тоски, бессилия. Внешне проявления страха различны. От взволнованности и возбуждения до внутреннего оцепенения и кажущегося безразличия ("ушел в себя"). Чувство страха утяжеляет исход заболевания, и гуманность медработника заключается в том, чтобы помочь их преодолеть.

3. Вселение надежды и уверенности в улучшение самочувствия.

**Терапевтические средства общения:**

1. Пристальное внимание. Медсестра должна хорошо знать пациента. Не только его фамилию, имя, отчество. Важно узнать его как личность. Любой человек нуждается во внимание. Медсестре необходимо как можно больше общаться с пациентом; особенно в первое время, не оставлять его одного, рассказывать ему обо всем, что с ним происходит и будет происходить в ближайшее время, успокаивать и одобрять его.

2. Терапевтическое прикосновение. Медсестры часто используют прикосновения, чтобы утешить подавленного пациента. Часто бывает, что теплое человеческое прикосновение - единственная связь с миром, остающегося у тяжелобольного. Прикосновения могут не только сообщать о моральной и личной поддержке, но и физически стимулировать или успокаивать пациента.

3. Контакт глаз. Общение медсестры с пациентом начинается именно с визуального контакта. Уже при встрече взглядами компетентная сестра сообщает пациенту свою вовлеченность в его ситуацию и по его "глазному" ответу начинает выстраивать свое поведение.

ЯТРОГЕНИЯ - психогенное расстройство, возникающее как следствие деонтологических ошибок медработника, неправильных, неосторожных высказываний и действий. Существенную роль в возникновении ятрогенных заболеваний играет личность пациента. Способствуют ятрогении повышенная тревожность, мнительность, внушаемость, чрезмерная сосредоточенность на своем здоровье, астенические черты личности. Чаще такие состояния возникают у женщин, особенно в периоды биологических кризисов, к которым относятся беременность, роды, климактерический период. Ятрогениям почти в равной степени подвержены люди с разным уровнем образования, хотя у лиц с высшим образованием они отличаются большей сложностью логических построений. Клинически ятрогении проявляются различного рода невротические психическими расстройствами (в первую очередь депрессией), которые обычно сочетаются с вегетативно - соматическими дисфункциями (колебания АД, диспептические расстройства, нарушение сна и аппетита). Типичные причины, вызывающие ятрогении:

- неосторожное словесное воздействие или воздействие путем неречевых средств (мимика, жесты);

- поспешная или необоснованная информация о диагнозе или прогнозе заболевания;

- неверное толкование лечебных и диагностических процедур;

- "немая" ятрогения от бездействия и невнимания медперсонала;

- неправильное хранение медицинской документации.

В последнее время появились понятия:

- "сестрогении" - психические нарушения, возникающие у пациента вследствие неосторожных слов или действий медсестры;

- "эгогении" - влияние пациента самого себя в связи с болезнью или определенным состояние здоровья; это результат положительного или отрицательного самовнушения пациента;

- "эгротогении" - взаимное влияние пациента друг на друга.

**3. Культура общения в коллективе.**

Подлинная культура общения необходима и в самом коллективе медработников. Доброжелательность в отношениях с коллегами и взаимопомощь обязательны, для создания оптимального психологического климата в лечебном учреждении, для оказания полноценной мед.помощи находящимся в нем на лечении. При этом весьма существенное значение имеют дисциплинированность членов коллектива, соблюдение ими субординации. Для взаимопонимания в коллективе каждому его члену важно знать личностные особенности коллег и свои собственные. Сделать это можно методом наблюдения за окружающими, самонаблюдения. В ряде случаев следует прибегнуть к экспериментально - психологическому тестированию - индивидуальному и анонимному. То, какими будут взаимоотношения людей, зависит от их психологической грамотности. Главный смысл универсальных правил общения в том, чтобы создать здоровую психологическую среду, обеспечить каждому человеку комфорт в общении, тем самым создать условия для его развития и совершенствования.