



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН
«ДЕРБЕНТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ
ИМ. Г.А. ИЛИЗАРОВА»**

Пособие по психологии для медицинских сестер

на тему:

**«ОБЩЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА
С ПАЦИЕНТОМ»**

Преподаватель: Гасанов С.Г.

Дербент 2024г.

УДК 221

ББК 23

О-28

Рекомендовано к изданию заседанием цикловой комиссии
общепрофессиональных дисциплин ГБПОУ РД «Дербентский медицинский
колледж им. Г. А. Илизарова»
Рег. № 612-01-2024

Гамзатова Светлана Абдурашидовна – директор ГБПОУ РД
«Дербентский медицинский колледж им.Г.А.Илизарова», к.э.н., заслуженный
врач РД.

Разработчик: Гасанов Салман Гасанович –преподаватель психологии

Рецензент: Пирмагомедова Регина Кельбелиевна – преподаватель
психологии, к.п.н.

О-28 Общение медицинского работника с пациентом. Пособие по
психологии для медицинских сестер. – Махачкала: Издательство
АЛЕФ, 2024. – 14 с.

Пособие предназначено для преподавателей психологии для проведения
теоретических и практических занятий.

Содержание пособия соответствует требованиям ФГОС СПО к
дисциплине ПСИХОЛОГИЯ.

Разработка этой темы направлена на формирование у обучающихся
представления о мире вокруг нас, уровне жизни, развитии общества и
взаимоотношений в обществе, о жизни и традициях, культуре общения.

© ДМК им. Г. А. Илизарова, 2024
© Гасанов Салман Гасанович, 2024

ОБЩЕНИЕ С ПАЦИЕНТАМИ

Общение – многоплановый процесс развития контактов между людьми. Общение играет немаловажную роль в жизни и деятельности людей. Без общения невозможно, например, развитие культуры, искусства, уровня жизни, т.к. только при помощи общения, накопленный опыт поколений прошлого времени передаётся новым поколениям. Актуальным вопросом на сегодняшний день является общение медработника и больного. Многим из нас приходилось бывать в больнице, поликлинике или в каком-либо лечебном учреждении, где каждый из нас общался с врачом или медсестрой.



Особенности общения

При рассмотрении вопросов этики поведения медицинских работников выделяют основные и общие правила, требующие соблюдения независимо от профиля медицинского учреждения.

Отношения между врачом и пациентом являются основной любой врачебной деятельности. По словам Харди, формируется связь «врач, сестра, больной»

Целью контактов между пациентом и медицинским работником является оказываемая последним медицинская помощь. Исходя из этого, предполагается неоднозначность роли контактов в системе взаимодействия «медицинский работник-пациент». Однако вовсе не следует, что интерес в таком взаимодействии существует только со стороны пациента. Медицинский работник в не меньшей степени должен быть заинтересован в оказании помощи больному, так как эта деятельность является его профессией, выбор которой обусловлен его собственными мотивами и интересами.

Для результативного и бесконфликтного взаимодействия пациента с медицинским работником необходима *коммуникативная компетентность* – способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с людьми, которая может рассматриваться как система внутренних ресурсов, необходимых для построения эффективного общения в определенном разрезе ситуаций межличностного взаимодействия. Следует отметить, что в ситуациях, когда пациент поставлен перед необходимостью обратиться к врачу за помощью, коммуникативная компетентность важна и для него самого. Главное в том, что

некомпетентность в общении хотя бы одной стороны способна сорвать диагностический и лечебный процесс. Неумение больного наладить взаимосвязь с медицинским работником так же отрицательно, как и нежелание последнего установить эффективный контакт с пациентом.

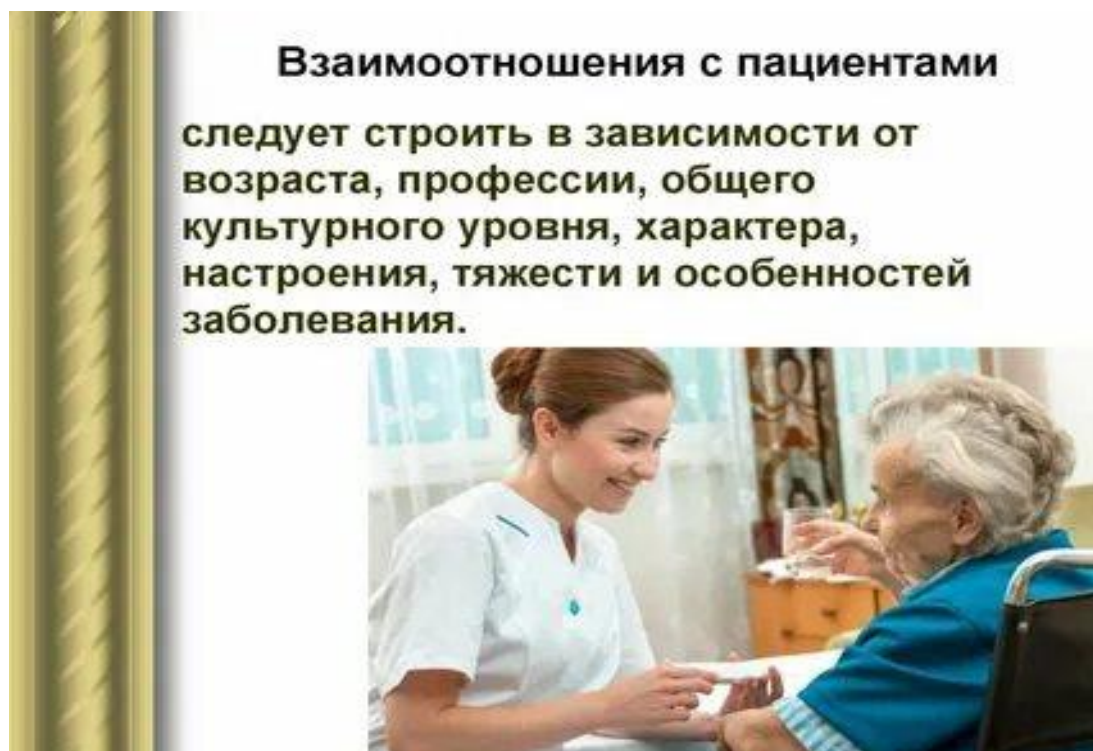
Выделяют следующие виды общения:

- **«Контакт масок»** - формальное общение. Используются привычные маски (вежливости, учтивости, скромности, участливости и др.). В рамках диагностического и лечебного взаимодействия он проявляется в случаях незначительной заинтересованности врача или пациента в результатах взаимодействия (например, при проведении обязательного профилактического осмотра, где пациент чувствует себя не самостоятельным, а врач - не имеющим необходимых данных для проведения объективного всестороннего обследования и вынесения обоснованного заключения).
- **Примитивное** - оценивание другого по степени «нужности». Если нужен, то активно вступает в контакт, если мешает- отталкивают. Подобный вид общения может встречаться в рамках манипулятивного общения врача и пациента в случаях, когда при обращении к врачу ставится цель получить какие-либо привилегии (например, больничный лист, справка формальное экспертное заключение и др.). Интерес к участнику контакта пропадает сразу вслед за получением желаемого результата.
- **Формально-ролевое**-регламентирует содержание и средства общения, и вместо знания личности собеседника обходятся знанием его социальной роли. Подобный выбор вида общения со стороны врача может быть обусловлен профессиональной перегрузкой.
- **Деловое** - учитывает особенности личности характера, возраста, настроение собеседника при нацеленности на интересы дела, а не на возможные личностные разногласия. При общении врача с пациентом такой вид взаимодействия становится неравным. Врач, рассматривая проблемы больного с точки зрения собственных знаний, автономно принимает решения без согласования с заинтересованным лицом.
- **Духовное** - подразумевает возможность затронуть в беседе любую проблему, поделиться интимным вопросом. Диагностическое и лечебное взаимодействие не предусматривает такого контакта в силу профессиональной направленности.
- **Манипулятивное** - обращено на извлечение выгоды с использованием специальных приемов. Существует манипулятивный прием называемый «ипохондризацией пациента», суть которого заключается в представлении заключения врача о состоянии здоровья пациента в свете явного преувеличения тяжести обнаруженных нарушений. Целью такой манипуляции могут быть снижение ожиданий пациента в успехе лечения, связанное с желанием медицинского работника избежать ответственности в случае неожиданного ухудшения здоровья больного, а также демонстрация в необходимости проведения дополнительных и более квалифицированных действий медицинским работником для получения вознаграждения.

В настоящее время многие специалисты настаивают на необходимости исключить из лексикона и, соответственно, процесса общения такое понятие, как «больной», заменив понятием «пациент», в виду того, что термин «больной» имеет определенную психологическую нагрузку. Обращаться к заболевшим людям: «Как ваши дела, больной?»

недопустимо. Существует возможность обращаться к пациенту по имени и отчеству, тем более, что звучание имени для него является психологически комфортным.

Тактические действия медицинского работника



Общение с пациентом - важнейший элемент процесса лечения - является искусством, которым необходимо овладевать для успешного взаимодействия с ним.

При попадании в больничную среду изменяется жизненный стереотип человека, которого охватывают чувства тоски, одиночества, страха, обусловленные не только самой болезнью, но и оторванность от дома, семьи, коллег, от всего, что до сих пор было привычным. Если в стационаре чисто, уютно и аккуратно и так же опрятно выглядит медработник, то это уже располагает пациента, вызывает уважение к медицинской профессии, настраивая на позитивный лад и оказывая тем самым благоприятное терапевтическое воздействие. Одежда, выражение лица, манера держать себя отражают некоторые стороны личности медработника. По характеристике сторон личности медработника можно предполагать, в частности, степень ее заботы, внимания к больному, способность к сопереживанию.

Одной из основ лечебной деятельности является умение медицинского работника понять и выслушать больного, что помогает диагностировать заболевание и оказывает благоприятное действие на установление психологического контакта между медработником и пациентом.

Необходимость учитывать особенности (профиль) заболевания, что при контакте с пациентом имеет немаловажное значение. В терапевтических отделениях находятся пациенты с заболеваниями различных органов и систем: с заболеваниями сердечнососудистой системы, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, почек и др. Часто их заболевания имеют характер хронических и требуют длительного лечения,

соответственно, они продолжительное время находится в стационаре, что влияет и на процесс взаимоотношений медицинского работника и больного. Изоляция от семьи и привычной профессиональной деятельности, беспокойство за состояние своего здоровья вызывают у пациента различные психогенные реакции.

Вследствие психогений может ухудшаться течение основного соматического заболевания, что в свою очередь усложняет психическое состояние больных. Следует отметить, что в терапевтических отделениях находятся больные с жалобами на расстройства внутренних органов, часто даже не подозревая, что это соматические нарушения психогенного характера.

Жалобы различного рода, возникающие этические проблемы указывают на отсутствие необходимых психологических знаний и практически соответствующего общения медицинских работников с пациентами.

Разница точек зрения медицинского работника и пациента могут быть обусловлены их социальными ролями и другими факторами. В то время как врач выявляет, прежде всего, объективные признаки заболевания, стремится ограничить анамнез до определения предпосылок для дальнейшего соматического исследования и т.д., в фокусе внимания и интересов пациента стоит субъективное, личное переживание болезни. Помня об этом, врач должен анализировать эти субъективные ощущения в качестве действительных факторов.

Ему необходимо постараться прочувствовать или уловить переживания больного, понять и оценить их, отыскать причины тревог и переживаний, поддерживать их положительные стороны, которые можно применять для более результативного содействия больному при обследовании и лечении.

Реакция медицинского работника должна быть резонансом на услышанное.

Особенности личности медицинского работника так же, как и индивидуальные особенности больного, его психики, влияют на установление положительных психологических отношений и доверия между медицинскими работниками и больными. Основная ответственность за характер этих взаимоотношений, столь важных для успешного лечения, ложится на медицинского работника. Для этого необходимо быть квалифицированным специалистом, иметь опыт и обладать искусством общения, соблюдать принципы этики и деонтологии.

Эффективность лечения во многом, зависит от веры больного в выздоровление, что в свою очередь тесно связано с той степенью доверия, которое он питает к врачу и медицинскому персоналу отделения.

Для возникновения доверия к медицинскому работнику важно первое впечатление пациента от встречи с ним. Сюда относится мимика медицинского работника, его жестикуляция, тон голоса, выражение лица, манера разговора, а также его внешний вид. Прямая обязанность медицинских работников - сломать психологическую преграду в контакте с больными, вызвать его доверие, основанное на участии и душевном тепле. Прочность контакта между врачом и пациентом напрямую зависит от степени поддержания больного в стремлении рассказать о себе.

Медицинский работник может заслуживать доверие больного в том случае, если он гармоничен, спокоен, уверен, но не надменен, его манера поведения -настойчивая и решительная, сопровождающаяся человеческим участием и деликатностью. Только после установления контакта с больным можно переходить к оценке результатов анализов и других вспомогательных методов обследования. Необходимо дать понять пациенту, что

медицинских работников, к которым он обратился за помощью, интересуется не только вопросы диагностики, но и обратившийся к ним человек. Доверие больного к медицине может быть серьезно подорвано в том случае, если он заметит, что между врачом и медицинской сестрой натянутые отношения, если сестра во время приема допускает реплики, не относящиеся к делу, нечетко выполняет распоряжения врача. Принимая серьезное решение, врач должен представлять себе его результаты, последствия для здоровья и жизни пациента и повышать в себе чувство ответственности.

Деятельность медицинского работника имеет особые требования - необходимость быть терпеливым и владеть собой. Это связано с большой эмоциональной напряженностью, возникающей при общении с пациентами, повышенной раздражительностью, требовательностью, болезненной обидчивостью.

Имеются факты, когда люди с неуравновешенными, неуверенными и рассеянными манерами постепенно гармонизировали своё поведение по отношению к другим. Это достигалось как путем собственных усилий, так и при помощи других людей. Однако, это требует определённых психологических усилий, работы над собой, определённого критического отношения к себе, которая для медработника есть и должна быть сама собой разумеющейся.

Медработник должен предусматривать различные варианты развития заболевания и не считать нежелание лечиться неблагодарностью или даже личным оскорблением со стороны больного, если состояние здоровья пациента не улучшается. В определенных ситуациях уместно проявить чувство юмора, однако без тени насмешки, иронии и цинизма по известному принципу «смеяться вместе с больным, но никогда больным». Необходимо отметить, что некоторые больные не переносят шутки, сказанные с лучшими намерениями, и воспринимают их как неуважение и унижение достоинства.

Работа врача и медицинского работника богата многообразием ситуаций, имеет динамику и противоречия. Для того чтобы правильно провести нравственную черту через меняющееся многообразие жизни, нужно учиться приобретать опыт. Особенности медицины состоят не только во внешней стороне условий деятельности, но прежде всего, в их смысловой значимости для человека его судьбы. Это такая сфера деятельности, где нет мелочей, незамеченных поступков, взглядов, переживаний. Здесь все, даже незначительный житейский факт человеческого участия, волнует с не меньшей силой, чем большие жизненно важные деяния. Совесть и порядочность, великодушие и доброжелательность, благородство и внимание, такт и вежливость во всем, что касается жизни и здоровья больного, должны выступать как привычные, повседневные нормы поведения. М.Я. Мудров указывал: «Все, что ни делаешь, не делай наудачу, не делай, как попало». Эти качества должны быть воплощены в практике, условиях работы лечебно-профилактических учреждений.

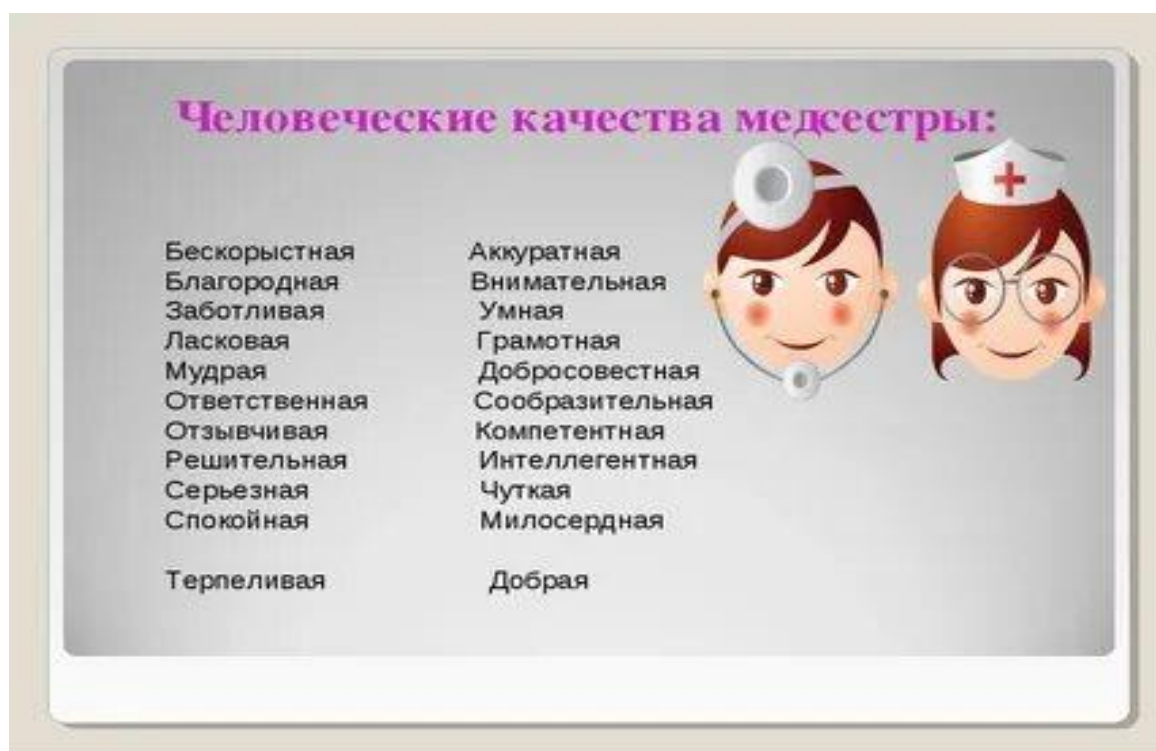
Понятие качества деятельности медработника является не просто суммой свойств личности, а их органическим союзом на основе практического умения, отвечающего на вопросы: «Что надо делать» и «Как надо делать». Качество и культура работы медицинского работника связаны с понятием способа деятельности. Объект врачебной деятельности, независимо от медицинской специальности, есть в то же время и субъект, личность. Отсюда вытекает требование: в деятельности врача при любых условиях должен учитываться человеческий фактор.

Вне понятия характера деятельности отношения врач-больной последний становится для врача просто случаем, а его социальные функции сводятся к формальному

долгу назначений в соответствии с вариациями случаев. На медицину всегда смотрели как на нечто гораздо большее, активное, полнокровное социальное отношение, в котором врач видит свое призвание и способ самовыражения человеческой сущности, а больной – понимание, сочувствие, облегчение, всестороннюю помощь в сохранении жизни и здоровья.

Несмотря на установление контакта и дальнейшее развитие положительных взаимоотношений врача и больного, эти отношения могут осложняться некоторыми отрицательными чертами характера медицинского работника (гнев или, наоборот, замкнутость со слабыми эмоциональными реакциями). Пациент утрачивает доверие, а медицинский работник теряет авторитет, если у больного создается впечатление, что медработник «плохой человек». Например, больной слышит, как последний говорит плохо о коллегах, видит, как он высокомерно относится к подчиненным и угодничает перед начальством, наблюдает отсутствие самокритики и т.д. Такие наблюдения могут привести пациента к мысли, что врач или медицинская сестра будут такими же плохими профессионалами.

Особенности личности медицинского работника.



К основным чертам личности медицинского работника относят:

- **Моральные** - (самоотверженность, трудолюбие, доброжелательность, оптимизм, решительность, скромность, принципиальность, ответственность, чувство собственного достоинства, сострадание, забота, нежность, ласковость, честность);
- **Эстетические** (аккуратность, опрятность);
- **Интеллектуальные** - логичность, наблюдательность, стремление к знаниям).

Условием успеха во взаимоотношениях и профессиональной деятельности является соответствующая воспитанность эмоциональной сферы личности, которая, прежде всего, проявляется в том, умеет ли человек сопереживать другим людям, радоваться и огорчаться вместе с ними.

Общение играет немаловажную роль в жизни и деятельности людей. Без общения невозможно, например, развитие культуры, искусства, уровня жизни, т.к. только при помощи общения, накопленный опыт поколений прошлого времени передаётся новым поколениям. Актуальным вопросом на сегодняшний день является общение медработника и больного. Многим из нас приходилось бывать в больнице, поликлинике или в каком-либо лечебном учреждении, где каждый из нас общался с врачом или медсестрой. Но задумывался ли кто-нибудь, насколько это общение влияет на нас, а точнее на течение нашего заболевания, и каким образом медработник может улучшить наше состояние? Конечно, можно сказать, что всё зависит от лекарств, которые нам назначает врач и выдаёт медсестра, от лечебных процедур также назначаются врачом, но это ещё не всё, что необходимо для полного выздоровления. Самое главное это правильный настрой, который зависит от психического и от эмоционального состояния пациента. На состояние пациента огромное влияние оказывает отношение к нему медработника. И если пациент доволен, например, беседой с врачом, который его внимательно выслушал, в спокойной обстановке и дал ему соответствующие советы, то это уже первый шаг к выздоровлению.

В обиходе часто приходится слышать о «хорошем» или «правильном» обращении с пациентом. И в противовес к этому, к сожалению, приходится слышать о «бездушном», «плохом» или «холодном отношении к больным людям. Важно отметить, что различного рода жалобы, возникающие этические проблемы свидетельствуют об отсутствии необходимых психологических знаний, а также практики соответствующего общения с пациентами со стороны медработников. Различия взглядов медработника и больного.

Различия точек зрения медработника и пациента могут быть обусловлены их социальными ролями, а также и другими факторами.

Например, врач склонен искать, прежде всего, объективные признаки заболевания. Он старается ограничить анамнез для дальнейшего определения предпосылок для дальнейшего соматического исследования и т.д. А для пациента в центре внимания и интересов всегда стоит его субъективное, личное переживание болезни. В связи с этим, врач должен рассматривать эти субъективные ощущения как реальные факторы. Он должен даже постараться прочувствовать или уловить переживания больного, понять и оценить их, отыскать причины тревог и переживаний, поддерживать их положительные стороны, также использовать их для более эффективного содействия больному при его обследовании и лечении. Различия же во всех взглядах и точках зрения врача (медсестры) и пациента вполне закономерны и предопределены, в данной ситуации, их различными соцролями. Однако, врачу (медсестре) необходимо следить за тем, чтобы эти различия не перешли в более глубокие противоречия. Поскольку эти противоречия могут поставить под угрозу взаимоотношения медперсонала и больного, и тем самым, затрудняя оказание помощи больному, затрудняя лечебный процесс. Для преодоления различий во взглядах медработнику необходимо не только выслушивать с большим вниманием пациента, но и постараться как можно лучше его понять. Что происходит в душе, мыслях больного человека? Врач должен откликнуться на рассказ пациента со всеми своими знаниями, разумом во всей полноте своей личности. Реакция медработника должна быть резонансом на услышанное.

Общение с пациентом - важнейший элемент процесса лечения.

Искусство собирания анамнеза - нелёгкое искусство. Выражаясь языком психологов, это управляемый разговор, предназначенный для сбора анамнестических данных, причем управлять разговором следует незаметно. Больной, с которым проводится беседа, не должен этого чувствовать. В процессе сбора анамнеза у него должно создаваться впечатление непринуждённой беседы. При этом врачу необходимо оценить серьёзность жалоб, манеру их предъявления, отделить главное от второстепенного, убедиться в достоверности показаний, не обижая больного недоверием, помочь вспомнить, не внушая. Всё это требует большого такта, в особенности, когда речь идёт о выяснении душевного состояния, психических травм, играющих большую роль в развитии болезни. Во время расспроса больного нужно всегда учитывать его культурный уровень, степень интеллектуального развития, профессию и другие обстоятельства. Следует избегать пустых, ничего не значащих слов, потворства неразумным капризам и требованиям некоторых больных. Иными словами, нельзя предложить стандартную форму разговора медработника с пациентом. Здесь необходимы изобретательность и творческое отношение. Особое внимание следует обратить на больных престарелого возраста и детей. Отношение врача или медсестры к ребёнку, пациенту зрелого возраста и старику, даже при одинаковой болезни, должно быть совершенно различным, что обусловлено возрастными особенностями этих больных.

Следует отметить, что предпосылкой возникновения положительных психологических отношений и доверия между медработниками и больными является квалификация, опыт и искусство врача и медсестры. При этом результатом расширяющихся и углубляющихся сведений в современной медицине является повышенное значение специализации, а также создание различных ответвлений медицины, направленных на определенные группы заболеваний в зависимости от локализации, этиологии и способов лечения. Можно отметить, что при этом специализация несёт с собой определенную опасность суженного взгляда врача на больного.

Сама медицинская психология может помочь выровнять эти отрицательные стороны специализации благодаря синтетическому пониманию личности больного и его организма. А квалификация является только инструментом, больший или меньший эффект применения которого зависит от других сторон личности врача. Можно отметить определение доверия больного к врачу, данное Гладким:

«Доверие к врачу - это положительное динамическое отношение больного к врачу, выражающее предыдущим опытом обусловленное ожидание, что врач имеет способности, средства и желание помочь больному наилучшим образом».

Отметим, что медработник - молодой специалист, о котором больные знают, что он обладает меньшим жизненным опытом и меньше её квалификацией, находится при поиске доверия больных и в более невыгодном положении по сравнению со своими старшими коллегами, имеющими опыт работы. Но молодому специалисту может помочь сознание того, что этот недостаток переходящий, который можно компенсировать добросовестностью, профессиональным ростом и опытом.

Следует отметить, что личные недостатки медработника могут привести пациента к мысли, что врач или медсестра с такими качествами не будут добросовестными и надежными и при исполнении своих непосредственных служебных обязанностей.

Вообще, уравновешенная личность медработника является для пациента комплексом гармонических внешних стимулов, влияние которых принимает участие в процессе его лечения, выздоровления реабилитации. Медработник может воспитывать и формировать свою личность, в том числе и наблюдая за реакцией на свое поведение непосредственно. Скажем, по разговору, оценке мимики, жестов больного. Также и косвенно, когда о взгляде на своё поведение он узнаёт от своих коллег. Да и сам может помогать своим коллегам, направлять их в сторону более эффективного психологического взаимодействия с пациентами.

Типы медицинских сестёр и их характеристика:



И. Харди описывает 6 типов сестер по характеристике их деятельности.

Сестра-рутинер. Наиболее характерной чертой ее является механическое выполнение своих обязанностей. Порученные задачи такие сестры выполняют с необыкновенной тщательностью, скрупулезностью, проявляя ловкость и умение. Выполняется все, что нужно для ухода за больным, но самого-то ухода и нет, ибо работает автоматически, безразлично, не переживая с больными, не сочувствуя им. Такая сестра способна разбудить спящего больного только ради того, чтобы дать ему предписанное врачом снотворное.

Сестра, «играющая заученную роль». Такие сёстры в процессе работы стремятся разыгрывать какую-нибудь роль, стремясь к осуществлению определённого идеала. Если их поведение переходит допустимые границы, исчезает непосредственность, появляется неискренность. Они играют роль альтруиста, благодетеля, проявляя «артистические» способности. Поведение их искусственное.

Тип «нервной» сестры. Это эмоционально лабильные личности, склонные к невротическим реакциям. В результате они часто раздражительны, вспыльчивы, могут быть грубыми. Таковую сестру можно видеть хмурую, с обидой на лице среди ни в чем не повинных больных. Они очень ипохондричны, боятся заразиться инфекционным заболеванием или заболеть «тяжёлой болезнью». Они нередко отказываются выполнять различные задания якобы потому, что не могут поднимать тяжести, у них болят ноги и т. д. Такие сёстры создают помехи в работе и нередко вредно влияют на больных.

Тип сестры с мужеподобной, сильной личностью. Таких людей издали можно узнать по походке. Они отличаются настойчивостью, решительностью нетерпимостью к малейшим беспорядкам. Нередко они недостаточно гибки, грубы и даже агрессивны с больными, в благоприятных случаях такие сёстры могут быть хорошими организаторами.

Сестра материнского типа. Такие сёстры выполняют свою работу с проявлением максимальной заботливости и сочувствия к больным. Работа у них неотъемлемое условие жизни. Они всё могут и успевают повсюду. Забота для больных - жизненное призвание. Часто заботой о других, любовью к людям проникнута и их личная жизнь.

Тип специалиста. Это сёстры, которые благодаря какому-то особому свойству личности, особому интересу получают специальное назначение. Они посвящают свою жизнь выполнению сложных задач, например, в специальных лабораториях. Они фанатически преданы своей узкой деятельности.

Роль медработника в общении с пациентом.

Как и в обычной жизни, так и в лечебной деятельности, существует общение. В обоих случаях оно имеет определенное значение и психологические особенности. В лечебной деятельности различают несколько видов общения между медработником и больным. И только от медработника зависит то, какой вид общения будет у него с пациентом. Но в любом случае врач или медсестра должны соблюдать определённую тактику по отношению к больному и, главное, медработник, как личность, должен обладать определёнными особенностями во всех отношениях, чтобы заслужить доверие пациента к себе. Ведь без доверия невозможны нормальные взаимоотношения между медработником и больным. Т.к. в прямом контакте с больным больше время проводит медсестра, её роль при общении с пациентом приобретает важное значение. Следовательно, личность медицинской сестры, стиль и методы её работы, умение воздействовать на пациентов и обращаться с ними важный элемент не только лечебного процесса, но и психологического общения медицинского работника и больного.

Тест для самопроверки.

Выберите один правильный ответ

1. Уровень общения, предусматривающий мысленное общение человека с самим собой – это...общение.

- а) внутриличностное
- б) общественное
- в) межличностное

2. Уровень общения, предусматривающий общение человека с большой аудиторией.

- а) внутриличностный
- б) общественный
- в) межличностный

3. К вербальным средствам общения относится:

- а) поза
- б) взгляд
- в) речь

4. К средствам невербальной коммуникации относится:

- а) человек
- б) жест
- в) слово

5. Функция общения, заключающаяся в организации взаимодействия между людьми для планирования и организации совместной деятельности:

- а) коммуникативная
- б) интерактивная
- в) перцептивная

6. Вид общения, когда «оценивают другого человека, как нужный или мешающий объект»...

- а) формально-ролевое
- б) «контакт масок»
- в) примитивное
- г) деловое

7. Вид общения, когда отсутствует стремление понять и учитывать особенности личности другого человека, используются привычные жесты, стандартные фразы...

- а) формально-ролевое
- б) «контакт масок»
- в) примитивное
- г) духовное

8. Вид общения, когда регламентированными оказываются содержание общения, средства общения и вместо знания личности собеседника обходятся знанием его социальной роли...

- а) формально-ролевое
- б) «контакт масок»
- в) примитивное
- г) деловое

9. Вид общения, когда «учитываются особенности личности собеседника при нацеленности на интересы дела, а не на возможные личностные расхождения»...

- а) формально-ролевое
- б) «контакт масок»
- в) духовное
- г) деловое

10. Общение, направленное на извлечение выгоды от собеседника с использованием специальных приемов, называется...

- а) примитивное
- б) манипулятивное
- в) «контакт масок»
- г) формально-ролевое

11. Вид слушания, при котором медицинский работник понимает эмоциональное состояние пациента, сопереживает ему, называется...

- а) активное
- б) пассивное
- в) эмпатическое

12. К факторам, препятствующим общению относится...

- а) пристальное внимание
- б) контакт глаз
- в) резкая смена предмета разговора

13. К нетерапевтическим средствам общения относится...

- а) пристальное внимание
- б) контакт глаз
- в) терапевтическое прикосновение
- г) безразличное отношение

14. Вид слушания, эффективный при общении с пациентами, находящимися в состоянии сильного эмоционального возбуждения:

- а) активное
- б) пассивное
- в) эмпатическое

Подписано в печать 24.07.2024 г. Формат 60×84¹/₁₆.
Гарнитура «Таймс». Бумага офсетная. Печать ризографная.
Усл. п. л. 0,8. Уч.-изд. л. 0,7. Тираж 100 экз.



Отпечатано в типографии АЛЕФ
367002, РД, г. Махачкала, ул. М. Гаджиева 64
Тел.: +7 (8722) 935-690, 599-690, +7 (988) 2000-164
www.alefgraf.ru, e-mail: alefgraf@mail.ru