

Міністерство освіти і науки України
Приватний вищий навчальний заклад
“Медико-Природничий Університет”

МІЖОСОБИСТІСНЕ СПІЛКУВАННЯ
У МЕДСЕСТРИНСТВІ

Методичні рекомендації до самостійної роботи
здобувачів спеціальності І5 «Медсестринство»

Миколаїв 2025

Міжособистісне спілкування у медсестринстві. Методичні рекомендації до самостійної роботи здобувачів спеціальності І5 «Медсестринство».
[Електронний ресурс] / Петьков В.А., Безушко С.В.; ПВНЗ «Медико-Природничий Університет». – Електронні текстові данні (1 файл: 112 КБ). – Миколаїв: ПВНЗ «Медико-Природничий Університет», 2025. – 41 с.

Затверджено Вченою радою (протокол № 8 від 29 лютого 2025 р.)

Електронне мережеве видання

МІЖОСОБИСНІСНЕ СПІЛКУВАННЯ У МЕДСЕСТРИНСТВІ

Автори: *Петьков Віталій Анатолійович, к.псих.н., доцент*

Безушко Світлана Володимирівна, к.п.н., практичний психолог у закладах освіти

Методичні рекомендації до самостійної роботи призначений для здобувачів спеціальності І5 «Медсестринство» ПВНЗ «Медико-Природничий Університет» з міжособистісного спілкування у медсестринстві

©Приватний вищий навчальний заклад “Медико-природничий університет”

© Петьков В.А., Безушко С.В., (укладачі), 2025

ЗМІСТ

Вступ	4
Міжособистісне спілкування (МС): загальна характеристика	4
Взаємовідносини медичних сестер у колективі	9
Медична сестра та молодший медичний персонал. Взаємовідносини медичної сестри та хворого.	12
Запобігання міжособистісним конфліктам	13
Формування корпоративної культури в медичному закладі	15
Комунікація в медицині та процес комунікації	17
Мистецтво спілкування в медсестринстві. Сестринська педагогіка	22
Типи запитань під час проведення інтерв'ю з пацієнтом	24
Картки для індивідуального усного опитування	31
Еталони відповідей на картки усного завдання	32
Психологічні ігри	39
Список літератури	41

Вступ

На сьогодні актуальним питанням взаєностосунків між людьми, а саме пацієнт та медична сестра, є питання комунікацій. Мистецтво спілкування досліджує особливості взаємозв'язків медичної сестри з різними типами поведінки психології пацієнта, допомагає їм підібрати індивідуальний підхід до особистості хворого, його психічного та емоційного стану, пов'язаного із захворюванням. Під час формування знань, умінь і навичок з основ медсестринства у майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки потрібно звертати увагу на мистецтво спілкування та зуміти знайти індивідуальний підхід до кожного з пацієнтів.

Важливість правильної комунікації в медичній сфері неможливо переоцінити. Належна комунікація між медичним працівником і пацієнтом встановлює міцні стосунки і призводить до поліпшення результатів в цілому. Комунікація – це не просто розмова і слухання, вона включає в себе складні процеси від формулювання ідеї працівником до підтвердження повідомлення одержувачем. Усвідомлюючи потенційні бар'єри в комунікації, можна спробувати уникнути їх або розпізнати і виправити їх по ходу справи. Емпатія та пацієнтоцентричність допомагають по-справжньому зрозуміти, що ваш пацієнт намагається донести до нас. Надання базової інформації перед першою консультацією вже допомагає зменшити тривогу пацієнта та налагодити стосунки між медичним працівником і пацієнтом.

Міжособистісне спілкування (МС): загальна характеристика

Міжособистісне спілкування – це взаємодія між декількома людьми, здійснювана за допомогою засобів мовленнєвого і немовленнєвого впливу, в результаті якої виникає психологічний контакт і певні відносини між учасниками спілкування. Взаємодія між людьми може бути визначена як міжособистісна, якщо вона задовольняє наступним критеріям:

- в ній бере участь невелика кількість осіб (найчастіше — група з 2-3 людей);
- це безпосередня взаємодія, тобто її учасники знаходяться в просторовій близькості, мають можливість бачити, чути, торкатись один одного, легко здійснюють зворотний зв'язок;
- це особисте спілкування, учасники якого визнають незамінність, унікальність партнера, зважають на особливості його емоційного стану, самооцінки, особистісних характеристик.

3 групи значень — спілкування (Бессонова, Доценко, 1999):

- 1) об'єднання, створення спільноти, цілісності

- 2) передача повідомлень, обмін інформацією;
- 3) зустрічний рух, взаємопроникнення.

Пов'язані базові поняття: «міжособистісний контакт», «міжособистісна комунікація», «міжособистісна взаємодія», «міжособистісні відносини».

Види МС: Модальне спілкування: коли метою спілкування є психологічний контакт, психологічні взаємовідносини співрозмовників; мотиви спілкування - в межах самого спілкування.

Диктальне спілкування: коли метою є передача інформації, бажання переконати, схилити партнера зі спілкування до певної діяльності, прагнення змінити його/її погляди, виявити емоційну підтримку; мотиви спілкування - за його межами.

Рівні МС: Ритуальний, або соціально-рольовий рівень; метою спілкування є виконання очікуваної від людини ролі, демонстрація знання норм соціального середовища. Таке спілкування носить анонімний характер.

Діловий, або маніпулятивний рівень; мета - організація спільної діяльності, пошук засобів підвищення ефективності співробітництва. Таке спілкування є психологічно відстороненим.

Інтимно-особистісний рівень; мета — задоволення потреби в розумінні, співчутті, співпереживанні.

Для спілкування характерні психологічна близькість, емпатія, довіра.

Класифікація функцій спілкування за критерієм мети:

1) контактна функція — встановлення контакту як стану спільної готовності учасників до прийому і передачі повідомлень, підтримання взаємозв'язку у вигляді постійної взаємоорієнтованості;

2) інформаційна функція — обмін повідомленнями, думками, задумами, рішеннями;

3) спонукальна функція – стимуляція активності партнера для спрямування його на виконання певних дій;

4) координаційна функція — взаємне орієнтування і погодження дій при організації спільної діяльності;

5) функція розуміння — адекватне сприймання і тлумачення змісту повідомлення, взаєморозуміння намірів, установок, переживань, станів;

6) емотивна функція — пробудження в партнерові бажаних емоційних переживань, а також вияв та зміна з його допомогою власних емоцій, отримання співчуття з боку партнера;

7) функція встановлення відносин — усвідомлення і фіксація свого місця в системі рольових, статусних, ділових, міжособистісних та інших зв'язків співтовариства в якому діє індивід;

8) функція здійснення впливу — зміна стану, поведінки, особистісно-смыслових утворень партнера.

До предметної області МС можна віднести:

а) психічні процеси та стани, що забезпечують трансакцію (міжособистісне сприйняття, потреби і мотивації, емоції і почуття, самооцінки, психологічні захисти тощо);

б) комунікативні практики, що опосередковують взаємодію між людьми (мовлення, невербальні повідомлення);

в) норми і правила, що роблять можливою спільну діяльність, часто неусвідомлювані, вироблені в межах певної соціокультурної групи.

З провідні сторони процесу МС (функції):

Комунікативна - функція обміну інформацією між суб'єктами спілкування. Суб'єкти спілкування: комунікатор (той, що передає інформацію) та реципієнт (той, хто отримує інформацію), періодично обмінюються ролями. Передача інформації відбувається за рахунок вербальних засобів (слів) на 7 %, за рахунок звукових засобів (тон голосу, інтонація тощо) на 38% і за рахунок невербальних засобів на 55% (Альберт Майєрбіан)

Перцептивна - розгортається як сприймання співрозмовника із подальшим формуванням першого враження чи ставлення до нього/неї.

У формуванні першого враження можливі вияви типових перцептивних бар'єрів:

- стереотип статусу (чим вищий статус співрозмовника, тим кращі особистісні якості ми йому приписуємо),

- стереотип схожості (якщо співрозмовник схожий на нашого попереднього знайомого, ми приписуємо йому ідентичні якості цього знайомого),

- стереотип зовнішності (про співрозмовника судимо за виробленими діагностичними канонами типу "блондинки - нерозумні").

Формування першого враження про співрозмовника визначається взаємною дією трьох факторів:

- самоподача людини,

- наш особистий досвід,

- специфіка ситуації знайомства.

Поєднання цих аспектів визначає психологічний комфорт учасників спілкування, а відтак і його успішність. В перцептивній стороні спілкування виявляються такі аспекти:

- візуальний контакт (погляд може бути публічним (лінія очей чи зона обличчя) та інтимним (рухи очей вздовж тіла співрозмовника),

- комунікативний простір (інтимний - до одного метра, неформальний - до трьох метрів, соціальний - більше трьох метрів),
- експресивні реакції (міміка, жести, пантоміміка, інтонація голосу, паузи).

Інтерактивна - проявляється через обмін діями, речами впродовж взаємодії. Люди, взаємодіючи між собою, прагнуть здійснити вплив одне на одного, отримати від партнера бажаної відповіді, виконати прохання тощо. Форми впливу партнерів по спілкуванню можуть бути найрізноманітнішими.

Прямою формою впливу є примус, висловлений у формі наказу, розпорядження, вимоги, погрози покарання, якщо вони не будуть виконаними. Часто використовується вплив у формі переконання, під впливом якого в індивіда формується аргументована установка здійснювати певні дії та вчинки як найбільш доцільні для досягнення поставленої мети. Іноді для впливу на особистість використовують такий спосіб як навіювання, за допомогою якого намагаються викликати або змінити у партнера по спілкуванню бажані для того, хто навіює, погляди, переконання, вірування, установки. Можливим є і такий вплив як зараження, коли стан однієї особистості передається іншій, що і спонукає її наслідувати діям цієї особистості.

Поняття дефініції, ідентифікації і співпереживання в МС

Той, хто слухає, може по-різному сприймати зміст спілкування. Він може розуміти, що йому говорять, усвідомлювати об'єктивний зміст спілкування, але при цьому в системі його відносин з навколишнім світом нічого не буде змінюватися. У цьому випадку має місце дефініція. Таке сприйняття є характерним для знакового, особливо рольового спілкування. Той, хто слухає, може ніби «ставити» себе на місце співрозмовника. У цьому випадку особистість того, хто слухає, піддається деяким змінам: приймаючи на себе «роль» іншої людини, особа засвоює, хоча й частково, і систему її стосунків з іншими людьми, ставлення до явищ та подій і нову для себе систему цінностей. У даному випадку має місце ідентифікація. Вона пов'язана з процесом прийняття соціальної ролі і тому є, зрештою, актом входження у соціальну групу, віднесенням себе до неї.

Співпереживання, чи емпатія, — це таке сприйняття, коли той, хто слухає, ніби живе, діє і переживає разом із тим, хто говорить. Такий механізм лежить в основі психологічного впливу мистецтва. Співпереживання може привести до подальшої ідентифікації, але необов'язково. Глядач може співпереживати, скажімо, герою спектаклю, але це не означає, що він обов'язково сприйме і його систему цінностей. Співпереживання має місце у

звичайному значеннєвому спілкуванні, коли слухач не обов'язково поділяє почуття свого співрозмовника, проте здатен їх зрозуміти.

Аналітичні моделі спілкування

Лінійна модель зображає комунікацію як дію, в рамках якої відправник кодує ідеї і почуття у певного вигляду повідомлення і після цього відправляє його одержувачу, використовуючи будь-який канал (промова, письмове повідомлення тощо). Якщо повідомлення досягло одержувача, подолавши різного роду «шуми», або завади, то комунікація вважається успішною.

Можна виділити два типу «шумів», що блокують комунікацію: фізичний і психологічний. В першому випадку йдеться про фізичні завади — наприклад, гамірне, наповнене сигаретним димом приміщення, в якому тяжко зосередитися, швидко настає втома. Прикладами завад другого типу можуть бути сильне емоційне збудження або вкрай занижена самооцінка, що не дозволяє людині бути достатньо точною при сприйманні відправленого йому повідомлення.

Лінійна модель дозволяє розглядати комунікацію як однобічний процес — від відправника до одержувача. Однак подібний засіб передачі повідомлень характерний більшою мірою для письмової комунікації, засобів масової інформації або для спілкування, в якому партнер сприймається як об'єкт впливу. Таким чином, лінійна модель лише частково охоплює особливості процесу МС.

Інтерактивна модель в якості обов'язкового елемента комунікативного процесу вводить зворотний зв'язок, наочно демонструючи круговий характер комунікації: відправник і одержувач повідомлення послідовно міняються місцями. Ці дві моделі зображають комунікацію як ряд дискретних актів, що мають початок і кінець, в яких відправник детермінує дії одержувача.

Трансакційна модель представляє комунікацію як процес одночасного відправлення і отримання повідомлень комунікаторами. В кожний конкретний момент співрозмовники одночасно здатні одержувати і декодувати повідомлення партнера, відповідати на них, реагувати на його поведінку, відправляти власні повідомлення. Ця модель дозволяє побачити, що дискретний акт комунікації тяжко відділити від подій, що йому передують і слідує за ним. Таким чином, комунікація являє собою процес, в якому люди формують відносини, взаємодіючи один з одним.

У процесі своєї роботи медичні сестри постійно контактують із своїми старшими та молодшими колегами, а також із лікарями, провізорами, молодшими медичними працівниками та з іншими працівниками ЛПУ. У зв'язку з цим у роботі всього колективу особливого значення набуває

налагодження правильних взаємин між медичними працівниками, наступність і злагодженість у роботі всіх ланок медичної служби, від яких залежить своєчасність та якість надання медичної допомоги.

Етична сторона субординації в медицині передбачає не формальну посадову супідрядність, засновану на чисто дисциплінарних вимогах, а взаємини, зумовлені такими моральноетичними підходами старших посадових осіб до молодших і навпаки, як доброзичливість, взаємоповага, тактовність і почуття товариської взаємодопомоги. Дотримання цих простих, усім доступних моральноетичних вимог піднімає весь комплекс взаємовідносин у медичному колективі на більш високий професійний рівень.

Для сестринської служби медичного закладу притаманні певні субординаційні та етичні особливості, що витікають зі структури ЛПУ та посадових обов'язків кожної медичної сестри. Зокрема, головна медична сестра є безпосереднім помічником головного лікаря та його заступників із медичної частини. Вона організовує та координує роботу всього середнього та молодшого медичного персоналу, а за допомогою лікарів ЛПУ організовує підвищення кваліфікації підлеглих, у тому числі з питань дотримання етики, деонтології, виховання корпоративної культури тощо.

Значну роль у зміцненні згуртованості колективу, наставництві медсестринської молоді, контролі за виконанням правил корпоративної культури відіграє старша медична сестра структурного підрозділу, яка, добре знаючи характерні особливості, сімейнопобутові умови та інші фактори підлеглих, у всіх складних та конфліктних ситуаціях може знайти правильне рішення.

У тих колективах, де панують добрі товариські стосунки між співробітниками, де дотримуються хороших традицій, кожен працівник відчуває корисність і важливість своєї праці.

Висока етика відносин у всіх ланках медичної структури відділення (няня — палатна сестра — процедурна сестра — сестрагосподиня — старша сестра — ординатори — завідувач відділенням) при чіткому виконанні кожним своїх професійних обов'язків сприятливо впливає на лікувальний процес.

Взаємовідносини медичних сестер у колективі

Серед людей, що входять до кола нашого спілкування, завжди є ті, хто нам подобається більше, ті, хто нам подобається менше, і ті, хто нам взагалі не подобається. Тобто наше сприйняття інших людей, як правило, супроводжується більш або менш вираженим оціночним ставленням до них. При цьому ми досить швидко визначаємо, хто нам подобається, а хто ні. Будь-

який колектив відчуває на собі вплив сил єднання і роз'єднання, є відбитком міжособистісних відносин.

Міжособистісні відносини — суб'єктивно пережиті взаємозв'язки між людьми, об'єктивно проявляються в характері і способах взаємних впливів, що надаються людьми один на одного в процесі спільної діяльності і спілкування.

Серед найважливіших міжособистісних взаємовідносин медичної сестри у колективі необхідно виділити такі:

- 1) медична сестра — керівництво медичного закладу;
- 2) медична сестра — лікар;
- 3) медична сестра — середній та молодший медичний персонал;
- 4) медична сестра — пацієнт та його родичі/відвідувачі.

Розкриємо деякі особливості взаємовідносин кожної групи.

Медична сестра/санітарка — керівництво ЛПУ

У процесі роботи медичної сестри виникають ситуації, коли їй або санітарці необхідно звернутися до керівництва медичного закладу або структурного підрозділу. У такому випадку буде правильним, якщо санітарка всі службові питання буде вирішувати з медичною сестрою, а остання — зі старшою медичною сестрою.

Абсолютно неприйнятне звернення середніх і молодших медичних працівників безпосередньо до завідуючого відділенням або керівництва установи. Це може призвести лише до їх перевантаження питаннями, що можуть бути вирішені на рівні головної медичної сестри або старшої медичної сестри відділення.

Суворе дотримання субординації між працівниками буде запорукою організованості й доброї працездатності всього колективу, високої дисципліни і встановлення деонтологічних обумовлених взаємин між медичними працівниками.

Медична сестра — лікар

Лікар і медсестра — домінантна пара, яка впливає на всі процеси у відділенні, що мають вплив на пацієнтів.

Сучасні тенденції такі, що поступово відбувається зміна старих стереотипів. Наразі медсестра виконує роль справжнього асистента лікаря, його помічника і партнера.

Принципи взаємодії в системі «лікар — медсестра»:

1. Принцип чіткого розмежування функцій.

Обов'язки медсестри чітко регламентовані та суворо визначені, вони не перетинаються з обов'язками лікаря. Часто поведінка медсестри буває формальною і байдужою, взаємовідносини з лікарем — відстороненими.

2. Принцип чіткого функціонального обмеження.

При такому виді взаємовідносин медсестра з усього кола своїх обов'язків виконує тільки ті, які вказав лікар.

Даний принцип, ще більш недосконалий, ніж попередній. Фактично він узагалі знімає з медсестри відповідальність за свої дії, оскільки за все відповідає лікар.

Медсестра відповідає тільки за якість виконаного доручення і тільки перед лікарем, а не перед пацієнтом.

Принцип «роби те, що скаже лікар» знецінює досвід медсестри і блокує ініціативність і самостійність її мислення.

Спроби медсестри давати поради лікарю зазвичай призводять до конфліктів.

3. Принцип партнерства.

Сучасна ідеологія лікування має бути побудована на принципах партнерства та взаємодопомоги.

Медсестра повинна мати певну самостійність. Зрозуміло, вона не повинна самостійно розписувати карту медичних призначень, але вона повинна мати можливість самостійно варіювати свою поведінку залежно від ситуації.

Медсестра в рамках цього принципу повинна вести себе активно. Зрозуміло, її активність не повинна бути надмірною. Наприклад, деякі медсестри люблять включитися в діалог, лікаря і пацієнта і давати певні поради, це, звичайно, потрібно припинити, пояснивши медсестрі, що зайва порада ніколи не завадить, тільки давати її потрібно наодинці, а не в присутності пацієнта, та ще й перебивши лікаря.

Для пари «лікар — медична сестра» дуже важливо бути «спрацьованими», тобто сповідувати стиль спільної діяльності, який призводить до досягнення найкращих результатів.

Часто, коли медсестри чергують у своєму графіку, лікар — у своєму, то на чергування виходять пари, які за тими чи іншими властивостями (темперамент, виховання) не збігаються, і, як результат, страждає робота.

У процесі взаємодії дуже важливо довіряти один одному. Професійна довіра — фундамент синергічної взаємодії.

Часто медсестри, особливо з великим досвідом роботи, не довіряють призначенням лікарів, крім того, вони люблять давати публічні оцінки, ними може керувати особиста неприязнь до колеги, образа, нереалізовані життєві можливості тощо.

У колективі має бути прийнято не заохочувати подібних висловлювань, але це буває дуже важко зробити.

Медична сестра та молодший медичний персонал

Відповідно до загальнодержавних та внутрішніх нормативних документів медичного закладу, а також за рівнем освіти та посадовими обов'язками молодший медичний персонал підпорядковується медичним сестрам (молодшим фахівцям із медичною освітою).

Проте досить часто медичні сестри, особливо молоді фахівці та новачки, відмічають неетичне, зневажливе ставлення до себе з боку санітарок, сестер-хазяйок тощо. Останні дозволяють собі публічно коментувати дії медичних сестер, надавати «поради» пацієнтам та керувати діями інших відвідувачів.

Подібні ситуації зазвичай закінчуються міжособистісним конфліктом.

У випадку, якщо медична сестра відділення спостерігає порушення етичних норм із боку молодшого медичного персоналу, вона має коректно зробити зауваження. У разі продовження некоректної поведінки — поставити до відома старшу медичну сестру відділення.

Окрім вирішення конфліктних ситуацій старшим медичним сестрам структурних підрозділів варто проводити роз'яснювальну роботу серед підлеглих щодо заборони публічного панібратства. Такі взаємини псуєть імідж та ділову репутацію медичного закладу.

Взаємовідносини медичної сестри та хворого

Становище і роль медичної сестри набуває все більшого значення особливо в стаціонарних медичних закладах. Медична сестра проводить у прямому контакті з хворим значно більше часу, ніж лікар. Хворий у неї шукає розуміння й опори.

Традиційна підготовка медичних сестер донедавна концентрувалася перш за все на технічній стороні догляду за хворими. Само собою зрозуміло, що нею теж не можна нехтувати. Однак недооцінка психологічного підходу медичних сестер до хворих часто призводить до того, що хворі висловлюють невдоволення, незважаючи на те, що з фізичної точки зору догляд за ними був добрим.

З іншого боку, у розвитку взаємин між медичною сестрою і хворим іноді виникає небезпека недотримання необхідної дистанції. Деякі медичні сестри погіршують своє становище щодо хворих неконтрольованою балакучістю і тим самим вносять конфліктні елементи у взаємовідносини між хворими. Медична сестра повинна вміти проявити розуміння проблем хворого, але не повинна прагнути вирішувати ці проблеми.

До важливих питань медичної етики належить етика відносин медичних сестер до рідних і близьких пацієнта. Особливе навантаження на медичну сестру припадає в дні передач і відвідувань.

Нетактовна поведінка медичного працівника може призвести до появи обґрунтованої скарги та до висновку, що культура і якість обслуговування в цьому відділенні або лікарні на невисокому рівні. Думка рідних передається пацієнту, викликає в нього негативне ставлення та недовіру до персоналу й істотно відбивається на його нервовопсихічному соматичному стані.

Бесіда медичної сестри з рідними не повинна виходити за межі її компетенції. Якщо рідні ставлять питання про характер захворювання, можливого прогнозу, то медична сестра повинна запропонувати звернутися за роз'ясненням до лікаря.

Якщо медична сестра в момент звернення родича не може приділити йому належної уваги, то вона повинна чемно вибачитися, пояснити, що в неї термінова робота і попросити призначити інший час зустрічі.

Таким чином, культура поведінки й етика взаємовідносин медичних працівників між собою і з пацієнтами є надзвичайно важливою складовою всього лікувального процесу і значною мірою сприяє покращенню іміджу медичного закладу.

Запобігання міжособистісним конфліктам

Запобігання міжособистісним конфліктам в медичному закладі має велике значення як у моральноетичному та юридичному аспекті, так і з огляду на збереження фізичного та психічного здоров'я співробітників, пацієнтів та їх родичів.

Види конфліктів, що можуть виникнути, та їхні наслідки для медичного закладу подано в табл. 1 (уніфіковано для державних та приватних ЛПУ).

Табл.1

Сторони конфлікту	Наслідки
«Медична сестра — пацієнт» (представник пацієнта, відвідувач тощо)	<ul style="list-style-type: none"> - псування міжособистісних відносин - погіршення стану здоров'я / смерть пацієнта, що може стати причиною судового розгляду конфлікту та виплати компенсації - псування ділової репутації медичного закладу - розголошення відомостей про конфлікт у ЗМІ - зменшення кількості пацієнтів та

	<p>прибутків медичного закладу</p> <ul style="list-style-type: none"> - зменшення додаткових матеріальних винагород (премій, наприклад)
«Медична сестра — лікар»	<ul style="list-style-type: none"> - псування міжособистісних відносин, зниження рівня довіри - псування ділової репутації медичного закладу (у разі публічності конфлікту) - ймовірність додаткових перевірок якості виконання професійних обов'язків з боку керівництва
«Медична сестра-керівник — медична сестра-підлегла»	<ul style="list-style-type: none"> - псування міжособистісних відносин, зниження рівня довіри - псування ділової репутації медичного закладу (у разі публічності конфлікту) - ймовірне зменшення додаткових матеріальних винагород (у разі обов'язкового попереднього подання відповідних записок медичною сестрою-керівником) - ймовірність додаткових перевірок якості виконання професійних обов'язків з боку керівництва - створення неприйнятних робочих умов та ймовірність кадрових змін
«Медична сестра — медична сестра або молодший медичний персонал»	<ul style="list-style-type: none"> - псування міжособистісних відносин, зниження рівня довіри - псування ділової репутації медичного закладу (у разі публічності конфлікту)
«Медична сестра-керівник — лікар-керівник»	<ul style="list-style-type: none"> - псування міжособистісних відносин, зниження рівня довіри - погіршення роботи медичного закладу взагалі або його окремих структурних підрозділів - зниження якості медичної допомоги/ медичних послуг - створення неприйнятних робочих умов та ймовірність кадрових змін

Як видно з табл. 1, будьякий вид конфлікту має свої негативні наслідки, які в подальшому можуть відбиватися як на взаємовідносинах (мікрокліматі колективу), так мати і матеріальний аспект.

Серед правил запобіганню міжособистісним конфліктам необхідно зазначити такі:

- виховання внутрішньої культури середнього та молодшого медичного персоналу (колективне та індивідуальне), у т.ч. донесенням до свідомості правил корпоративної етики тощо;
- побудова взаємовідносин із дотриманням субординації та взаємоповаги;
- створення сприятливого робочого мікроклімату;
- ввічливе ставлення до всіх співробітників;
- накладання заохочення перед колективом, а накладання стягнень чи винесення доган в індивідуальному порядку;
- об'єктивний розгляд скарг та претензій, проведення внутрішнього розслідування;
- залучення психолога в разі неможливості вирішити міжособистісний конфлікт самотужки;
- корпоративні заходи.

Тобто взаємовідносини між співробітниками медичного закладу мають бути рівними, із дотриманням взаємоповаги та субординації.

Формування корпоративної культури в медичному закладі

Поняття «корпоративна культура» існує вже досить давно і більшою мірою раніше стосувалося побудови взаємовідносин у великих іноземних компаніях.

Проте, з розвитком приватного медичного сектора, пацієнтоорієнтованості при наданні якісних медичних послуг/медичної допомоги виникла потреба у формуванні корпоративної культури в кожному медичному закладі.

Під корпоративною культурою розуміють сукупність ідей, поглядів, цінностей, норм та правил, прийнятих у конкретному медичному закладі, яких дотримуються всі співробітники. В основному ці правила встановлюються щодо робочих процесів, міжособистісних стосунків у колективі та взаємодії з клієнтами, партнерами та іншими представниками зовнішнього світу.

На сьогодні корпоративна культура існує в кожному медичному закладі незалежно від форми власності, підпорядкування чи розмірів. Щоправда, у деяких ЛПУ (зазвичай державних) це неписані норми, що передаються працівникові на словах. Проте керівники приватних медичних закладів намагаються прописати корпоративні правила, наприклад, у кодексі

корпоративної етики, та донести вимоги такого документа до свідомості кожного конкретного працівника медичного закладу.

На перший погляд може здатися, що ці правила потрібні в першу чергу керівництву медичного закладу, для того щоб співробітники утримувалися у певних рамках, продуктивно працювали на результат, відчували корпоративний дух тощо. Однак, якщо розглядати це питання ширше, то стає зрозумілим, що корпоративна культура потрібна і самим співробітникам.

Злагоджена, чітка робота всього колективу — запорука успіху!

Кожен співробітник ЛПУ має пам'ятати, що пацієнти та інші відвідувачі оцінюють медичний заклад узагалі, але відчують атмосферу в деталях та дрібничках. Якщо кожен співробітник медичного закладу дотримується внутрішньої культури поведінки, правил медичної етики, розуміє зону власної відповідальності, тоді прикрі збої у роботі всього колективу зводяться до мінімуму.

Формування та впровадження корпоративної культури — нелегка справа. Практична реалізація правил корпоративної культури в медичних закладах — сьогодні явище доволі рідке. Але чим сильніша корпоративна культура, тим краща репутація медичного закладу, тим більше клієнтів у такого ЛПУ. Тобто корпоративна культура прямо корелює із прибутками медичного закладу.

Кожен керівник приватного медичного закладу розуміє, що задоволеність пацієнтів та відвідувачів медичного закладу, їх бажання повернутися і стати постійними клієнтами багато в чому залежить не тільки від професійності лікаря та його помічників, але від загального враження від злагодженості у роботі всіх працівників медичного закладу та видимої сторони їх міжособистісних взаємовідносин. Тому такі керівники витрачають час на формування корпоративної культури та на контроль виконання вимог.

Керівникиноватори бюджетних ЛПУ вже на шляху впровадження подібних корпоративних правил у керованих ними закладах. Право людини на отримання медичної допомоги в будьякому медичному закладі України та реформування медичної галузі змушує керівників бюджетних ЛПУ бути обачними та підвищувати рівень сервісу в медичному закладі. Надалі існує велика ймовірність зменшення бюджетного фінансування у разі зменшення кількості пацієнтів такого ЛПУ (з огляду на реформу порядку надання медичної допомоги та перерозподілу бюджетних асигнувань). Тобто нині формується пацієнтоорієнтованість та корпоративна культура бюджетного медичного сектора.

Роль медичної сестри у формуванні корпоративної культури

Як зазначено вище, головна медична сестра є помічником головного лікаря, що керує великим штатом середнього та молодшого медичного персоналу.

У разі прийняття рішення щодо написання правил (кодексу) корпоративної культури та прописання робочих процесів саме головна медична сестра в межах своєї компетенції братиме активну участь у розробці таких документів та їх впровадження серед підлеглих.

Створення писаних правил не є простою задачею. При розробці цього документа необхідно дотримуватися розумності, щоб не прописати такі вимоги, які будуть шкодити робочому процесу, виконанню професійних обов'язків медичними сестрами та санітарками. І в цьому велику роль відіграє професіоналізм та робочий досвід головної медичної сестри, яка зможе порадити керівникові найкращий варіант з огляду на специфіку роботи медичного закладу.

Після прописання корпоративних правил необхідно буде їх донести до відома і до свідомості підлеглих — провести загальні збори колективу або спеціалізовану внутрішньолікарняну конференцію для середнього та молодшого медичного персоналу. Протягом роботи також необхідно проводити тренінги з питань культури спілкування в медичному закладі із перевіркою знань підлеглих (як варіант — у формі розв'язання задач, що відображатимуть конкретні життєві та робочі ситуації).

У разі порушення норм корпоративної етики, що мали негативні наслідки для медичного закладу, необхідно проводити позачергові освітні заходи та розбір конфліктної ситуації, що виникла.

Якщо керівництво медичного закладу не бажає або ще не готове прописувати корпоративні норми, головна медична сестра зобов'язана узгодити з керівником закладу так звані «неписані правила», що далі буде доводити до відома середнього та молодшого медичного персоналу, а також контролювати їх виконання.

Комунікація в медицині та процес комунікації

Комунікація є центральним наріжним каменем, на якому будується успішний медичний менеджмент. Без неї буде надзвичайно складно або неможливо ставити діагнози, розробляти плани лікування, консультувати та навчати пацієнтів, а також забезпечувати оптимальне продовження лікування. І навпаки, комунікативні помилки були визначені як основний чинник несприятливих подій в охороні здоров'я, що призводять до поганих

результатів. Насправді, на думку пацієнтів, відмінні комунікативні та міжособистісні навички стоять вище, ніж медична компетентність в роботі хорошого лікаря. У медсестринстві було виявлено, що хороша комунікація вважається пацієнтами “більш значущою, ніж фізичний догляд”.

Переваги належної клінічної комунікації

Доведено, що належна комунікація поліпшує якість та ефективність медичної допомоги різними способами. Прихильність пацієнтів до лікування безпосередньо пов'язана з якісною комунікацією: належна якість передачі та отримання клінічної та психосоціальної інформації дозволяє сформувати детальний профіль пацієнта; пацієнти відчувають підтримку, залученість та можливість співпрацювати в процесі прийняття рішень, що, відповідно, сприяє залученню до лікування та дотриманню режиму лікування. Середовище, що сприяє хорошій комунікації, створює безпечне місце для розкриття інформації та обговорення і, зрештою, будує відносини довіри і поваги між пацієнтом і клініцистом.

Підвищення точності та ефективності діагностики, а також зменшення витрат на непотрібні аналізи та візуалізацію можуть заощадити багато часу і грошей як для пацієнта, так і для медичного працівника. З точки зору клінічного бізнесу, хороша комунікація призводить до підвищення задоволеності та лояльності пацієнтів, кращої плинності пацієнтів і дотримання призначень, реклами “з вуст в уста” і загального успіху клінічної практики. Існує також значна кореляція між гарною комунікацією і меншою кількістю позовів про медичну недбалість.

Здатність до комунікації розглядається як риса особистості, але, на щастя, це також навичка, якої можна навчитися і вдосконалити. В останні роки медичні навчальні заклади приділяють все більше уваги навчанню клінічній комунікації, а лікарів заохочують долучатися до післядипломного навчання з комунікації. У медицині комунікація відбувається між кількома рольовими гравцями і за допомогою різних засобів масової інформації. Це, зокрема, стосунки між лікарем і пацієнтом, спілкування між лікарями схожих і різних спеціальностей, міждисциплінарна комунікація, листування між лікарем і сім'єю пацієнта, тощо.

Комунікувати (згідно з Оксфордським тлумачним словником для поглибленого вивчення англійської мови) – це обмінюватися інформацією. Аналіз процесу комунікації виявляє вісім кроків, які відбуваються між тим, хто надсилає (відправник), і тим, хто отримує (отримувач):

ВІДПРАВНИК:

1. Формування ідеї, яка покладе початок комунікації

2. Кодування повідомлення, підбираючи слова, жести або символи для його передачі

3. Формулювання повідомлення, яке є результатом кодування. Повідомлення може бути вербальним, невербальним або письмовим, або їх поєднанням.

4. Вибір засобу для передачі повідомлення, наприклад, особиста зустріч, телефонна розмова або написання листа.

5. Передача повідомлення

ОТРИМУВАЧ

6. Отримання повідомлення

7. Декодування повідомлення в змістовну інформацію

8. Зворотний зв'язок, який є певною формою відповіді відправнику; підтвердження отримання та розуміння повідомлення.

Вербальна та невербальна комунікація

Розрізняємо вербальну та невербальну комунікацію. Вербальна комунікація здійснюється за допомогою слів для створення змістовного повідомлення. Невербальна комунікація включає такі аспекти, як зоровий контакт, положення, тон голосу, кивки головою, жести та поза. Цікаво, що у випадках, коли вербальні та невербальні повідомлення суперечать одне одному, невербальна комунікація має тенденцію переважувати вербальну. Емпатія та емоції передаються більш виразно через невербальну комунікацію, ніж вербально, що робить хорошу невербальну комунікацію невід'ємною, часто ігнорованою частиною медичного інтерв'ю. Емпатія виражається в теплому, доброзичливому і заспокійливому ставленні, що пов'язано з більшою задоволеністю пацієнта і швидшим одужанням, а згодом і з ліпшими результатами для здоров'я.

Потенційні підводні камені в комунікації

Під час будь-якої розмови ролі відправника та одержувача часто змінюються, оскільки відбувається обмін інформацією. Зрештою, метою комунікації є досягнення взаєморозуміння між двома сторонами. Усвідомлюючи та мінімізуючи потенційні бар'єри, можна оптимізувати процес комунікації та передачі інформації.

Чинники, які спотворюють чітку передачу повідомлення, називаються шумом. Шум класифікується за чотирма факторами, а саме: процесуальні бар'єри, фізичні бар'єри, семантичні бар'єри та психосоціальні бар'єри.(12)

Процесуальні бар'єри виникають, коли будь-який з восьми кроків комунікаційного процесу порушується. Заблоковані кроки стають бар'єрами в процесі. Зараз ми розглянемо їх на прикладах:

Бар'єр відправника: Пацієнт не розкриває критично важливу інформацію, тому що не відчуває, що вона має відношення до його стану, і боїться, що це буде недоречно.

Бар'єр кодування: Англomовна пацієнтка намагається донести своє повідомлення французькою, своєю другою мовою, до франкомовного лікаря.

Бар'єр передачі інформації: Колега, який направив пацієнта, телефонує, щоб надати детальну інформацію про пацієнта, якого ви побачите лише через тиждень, замість того, щоб надіслати лист-направлення разом з пацієнтом.

Бар'єр декодування: Старша лікарка не зовсім розуміє, що має на увазі її пацієнт-міленіал, коли каже, що відчуває себе “космічно”.

Бар'єр прийому: Під час бесіди з пацієнтом лікар залишається заклопотаним складним випадком, який він приймав раніше вдень, і не концентрується на тому, що говорить його пацієнт.

Бар'єр зворотного зв'язку: Хоча пацієнт не до кінця зрозумів пояснення лікаря, він соромиться попросити лікаря пояснити ще раз. Оскільки пацієнт не ставить жодних запитань, лікар неправомірно інтерпретує це як те, що пацієнт повністю зрозумів.

Фізичні бар'єри – це фізичні об'єкти, люди або події, які порушують процес комунікації. Прикладами можуть бути телефонний дзвінок або стукіт у двері під час інтерв'ю.

Семантичні бар'єри стосуються слів, які ми обираємо для використання, з можливою різницею в значеннях або інтерпретації слів між різними людьми та контекстами. Прикладом може бути використання слова “продуктивний” щодо кашлю – пацієнт може інтерпретувати його як ефективний кашель, а не обов'язково такий, при якому виділяється мокротиння. Використання жаргону замість неспеціалізованих термінів також є типовим семантичним бар'єром, і, як обговорювалося в наведених вище прикладах, пацієнти часто не мають впевненості, щоб попросити роз'яснення, коли вони не розуміють.

Психосоціальні бар'єри охоплюють три важливі поняття: Сфера досвіду, фільтрація та психосоціальна дистанція.

Поле досвіду стосується індивідуального досвіду, контексту, сприйняття, упереджень, потреб та очікувань. Це може стати бар'єром, коли відправник і одержувач мають дуже різні сфери досвіду.

Фільтрація – це процес, за допомогою якого ми зосереджуємося і сприймаємо те, на чому ми емоційно зосереджені, і який визначається потребами та інтересами кожної людини. Фільтрація стає бар'єром, якщо важлива інформація “відфільтровується” через те, що не вписується в поточну точку зору одержувача.

Психосоціальна дистанція виникає, коли відправник і одержувач сприймають один одного на різних соціальних рівнях і діють відповідно. Наприклад, пацієнт може відчувати, що лікар розмовляє з ним зверху.

Процес комунікації – це діалог, і як для відправника, так і для одержувача важливо оптимізувати всі етапи спілкування. Однак, як клініцисти, ми зобов'язані взяти на себе ініціативу у фасилітації медичної бесіди і

скеровувати наших пацієнтів, щоб отримати оптимальну медичну інформацію і мати змогу надати їм достатній зворотній зв'язок. Пацієнтоцентрична допомога допомагає нам у цьому напрямку.

Пацієнтоцентрична допомога

Пацієнтоцентрична допомога втілює “перехід від традиційного, патерналістського, орієнтованого на постачальника послуг і сфокусованого на захворюванні підходу до підходу, який повністю інтегрує сприйняття, потреби і досвід пацієнта на кожному етапі медичного консультування, терапії та подальшого спостереження”. Модель Mead та Bower,⁽¹⁴⁾ що широко використовується, окреслює п'ять основних принципів пацієнтоцентричної допомоги:

Біопсихосоціальна перспектива, пацієнт як особистість, розподіл прав і відповідальності, терапевтичний альянс і лікар як особистість. Пацієнтоцентричну допомогу можна також сформулювати як турботу про людину (і все її здоров'я), ДЛЯ людини (оптимізація функцій і якості життя), ЛЮДИНОЮ (також розглядаючи клініциста як людину, яка є етичною і компетентною), З ЛЮДИНОЮ (у співпраці з пацієнтом).

У фізичній терапії “комунікація, яка активно залучає пацієнта, розглядається як основа пацієнтоцентричної терапії”. Специфічні для фізичної терапії атрибути пацієнтоцентричної допомоги були додатково уточнені у наступних положеннях:

Індивідуалізована терапія, зокрема навчання, комунікація та терапія, адаптовані до потреб пацієнта.

Безперервна високоякісна комунікація, включаючи як вербальну, так і невербальну

Чітке і зрозуміле інформування та консультування пацієнта щодо діагнозу, стратегій терапії та перебігу терапії

Встановлення мети, визначеної пацієнтом

Підтримання та розширення можливостей пацієнта, при цьому терапевт розглядає пацієнта як цілісну особистість

Доступ до клініциста з хорошими соціальними навичками, впевненістю і належними знаннями в цій галузі, який вміє знаходити спільну мову з пацієнтом.

З вищесказаного зрозуміло, що пацієнтоцентрична допомога йде пліч-о-пліч з належною медичною комунікацією, і що ці два аспекти насправді взаємозалежні для досягнення оптимального результату.

Мета медичної комунікації

Загальна мета медицини – оптимізувати здоров'я пацієнта. Ця ж мета стосується і медичної комунікації, тому важливо завжди замислюватися над тим, чи сприяє спілкування з пацієнтом досягненню цієї великої мети.

Мета належної медичної комунікації підсумована в моделі з шести функцій:

Сприяння стосункам між медичним працівником (працівниками) та пацієнтом/сім'єю пацієнта.

Збір інформації від пацієнта з метою встановлення діагнозу та/або інтерпретації симптомів.

Надання інформації пацієнту з метою усунення невизначеності, освіти пацієнта та допомоги в процесі прийняття поінформованого рішення.

Прийняття рішень щодо терапії на основі достовірної інформації з різних джерел та з урахуванням побажань пацієнта.

Сприяння поведінці, пов'язаній з хворобою/терапією, для оптимізації здоров'я та одужання

Справлятися з емоціями і вміти адекватно підтримувати пацієнта, поліпшувати стосунки між пацієнтом і фахівцем, а також знати, коли потрібно звернутися до інших спеціалістів, якщо це необхідно.

Візит до лікаря часто викликає стрес. Окрім того, що пацієнти можуть відчувати фізичне нездужання через наявні симптоми, страх перед потенційно серйозним діагнозом може викликати тривогу. Багато пацієнтів також хвилюються, що вони можуть неправильно повідомити про свої симптоми або що лікар не сприйме їхні скарги серйозно. Стрес перед консультацією можна зменшити, якщо надати інформацію до консультації, щоб пацієнти могли підготуватися і знати, чого очікувати. Веб-сайт – ідеальний спосіб зробити таку інформацію доступною, і він також може слугувати платформою для бронювання та прямого спілкування. Нижче наведено кілька порад щодо того, що споживачі цінують на веб-сайті медичного працівника:

Мистецтво спілкування в медсестринстві. Сестринська педагогіка

Навчальна мета: вміти вислухати пацієнта, провести з ним бесіду; встановити комунікативні взаємовідносини, стосунки з агресивними, невпевненими пацієнтами, при навчанні пацієнта.

Виховна мета: усвідомити важливість доброзичливого ставлення до пацієнтів.

Початковий обсяг знань: знати класифікацію типів пацієнтів з погляду клінічної психології; фаховий тип поведінки медичних сестер; типи запитань при проведенні інтерв'ю з пацієнтом.

Класифікація пацієнтів за типами з погляду клінічної психології

1. *Тривожний пацієнт* постійно хвилюється. У поводженні з медичними сестрами невпевнений, покірний, боязкий. У пацієнті цього типу легко виникають вегетосудинні реакції (непритомність) під час проведення діагностичних і лікувальних процедур. З такими пацієнтами необхідно провести ретельну психокорекцію перед кожною процедурою.

2. *Підозрілий пацієнт:* насторожений, з недовірою ставиться до медичного персоналу і лікування в цілому. Якщо з'ясується, що такі пацієнти так само поводяться і в повсякденному житті, то мова йде про так звану психопатію. Відповісти на запитання, що криється за недовірою пацієнта до

медичного персоналу, поіинен психолог. У такому випадку починати лікування необхідно після того, як пацієнт подолав бар'єр недовіри і відчуженості.

3. *Демонстративний пацієнт* намагається справити враження на оточуючих, відчуває постійну потребу у визнанні. Він переживає "нестерпні муки", вимагає до себе підвищеної уваги. Про його перебування в лікувальному закладі знає весь медичний персонал. Демонстративний характер поведінки такого пацієнта, перебільшений опис своїх скарг можуть викликати негативне ставлення до нього оточуючих. Проте під час роботи з таким пацієнтом не слід викривати його, а краще підкреслити стійкість його характеру.

4. *Депресивний пацієнт*: пригнічений, ізольований від оточуючих, мовчазний, неохоче розкриває свій внутрішній світ. Він налаштований песимістично, не вірить в успіх лікування і видужання. Такий тип поведінки може бути у тяжко і невиліковно хворих. Проте депресивна поведінка може бути зумовлена й іншими причинами. У роботі з такими пацієнтами повинен брати участь медичний психолог. Але психологічний вплив медичних сестер і всього медичного персоналу є дуже важливим, іноді навіть вирішальним. Оптимізм медичного персоналу, віра у видужання пацієнта мають для нього велике значення. Слід залучати таких пацієнтів до догляду за іншими оптимістично налаштованими пацієнтами, виконання нескладних доручень.

5. *Іпохондричний пацієнт*: надмірно уважний до свого здоров'я, цікавиться результатами всіх інструментальних і лабораторних досліджень, читає спеціальну літературу, необгрунтовано припускає наявність у себе найрізноманітніших захворювань.

Іпохондричний синдром не завжди зумовлений соматичним захворюванням, він може бути і невротичного походження. У цьому випадку фізичні скарги не мають органічної основи і є симптомом неврозу. Ятрогенна іпохондрія може бути спричинена неделікатністю, необережністю медичного персоналу. У такому разі авторитетний для хворого лікар повинен провести психокорекцію; грамотно, дохідливо, обгрунтовано і планомірно вести хворого до його одужання.

Фаховий тип поведінки медичних сестер

1. *Сестра-рутинер* (робот) механічно виконує свої обов'язки. Вона уважна, скрупульозна, кваліфікована, акуратна, ретельно виконує всі доручення лікаря. Працює чітко за інструкцією, проте не вкладає у свою роботу психологічного змісту. Стосунки з пацієнтами позбавлені емоційного співчуття і співпереживання. Саме така медична сестра розбудить пацієнта, який спить, щоб у призначений лікарем час дати йому сподійне.

2. *Сестра-гренадер* — рішуча, безкомпромісна, наполеглива, миттєво реагує на найменші порушення дисципліни пацієнтами. У разі недостатньої освіти, культури, невисокого рівня вихованості може бути груба і навіть агресивна з пацієнтами. Якщо така медична сестра розумна, освічена, то може стати лідером серед медичних сестер і бути прикладом для молодих колег.

3. *Сестра материнського типу*. Для неї робота з пацієнтами, турбота про них, співпереживання є невід'ємною умовою життя. Вона завжди чуйна, уважна, виконує відповідально і сумлінно свої обов'язки щодо пацієнтів незалежно від їхнього соціального стану, національності та расової приналежності, політичних і релігійних переконань. Такі медичні сестри завжди зібрані, спокійні, урівноважені. В екстремальних ситуаціях не допускають паніки і розгубленості, їхні дії чіткі та впевнені.

4. *Сестра-експерт*. Це — вузький спеціаліст. Має глибокі фахові знання, виявляє особливу допитливість у визначеній сфері діяльності і пишається значущістю у своїй галузі. Така медична сестра в деяких питаннях навіть затьмарює лікаря. Часто це висококваліфіковані сестри кабінетів функціонального дослідження, рентгенологічних кабінетів або клінічних лабораторій. За фахо-іною порадою до них звертаються навіть молоді лікарі.

5. *"Нервова сестра"* — у лікувальних установах медичних сестер з таким типом поведінки не повинно бути. Наявність їх свідчить про помилки в роботі адміністрації. Емоційно нестійка, дратівлива, запальна медична сестра схильна до невротичних реакцій і може стати серйозною перешкодою в роботі медичного закладу. "Нервова сестра" — це або патологічна особистість, або людина, яка страждає на невроз. Такі медичні сестри є професійно непридатними для роботи з пацієнтами і часто самі потребують серйозної психотерапевтичної допомоги.

6. *Сестра, яка грає завчену роль*. Така медична сестра ще не сформувала фахової приналежності. Її поведінка відрізняється неприродністю, що заважає їй встановити контакти з колегами, пацієнтами. Тому повинна сама визначити свою фахову мету і за бажанням працювати у цій сфері, виробити адекватний стиль спілкування як з пацієнтами, так і з колегами.

Типи запитань під час проведення інтерв'ю з пацієнтом

1. Загальні. Як живете? Як справи?

Перевага. Пацієнт може описати своїми словами те, що важливо для нього на цей момент.

Недоліки. Важко досягти певної мети або обмежити говірких пацієнтів.

2. Конкретні. Ваше прізвище? Адреса? Чи вживаєте ви м'ясні страви?

Перевага. Дозволяють швидко зібрати конкретну, точну, однозначну інформацію.

Недоліки. Відповідь обмежена, орієнтована тільки на запитання.

3. *Навідні*. Після виписки із лікарні ви зовсім кинете палити? Перевага. Запитання наштовхує пацієнта на відповідь, яка підтверджує вашу думку.

Недоліки. Обмежують самовираження пацієнта. Можуть викликати гнів, якщо запитання ставиться як загрозливе.

4. *Пробні*. Ви відчуваєте, що останнім часом біль у шлунку посилилась?

Перевага. Відповіді дають конкретну інформацію.

Недоліки. Можуть лякати пацієнта, викликати реакцію гніву.

5. *Множинні*. Як ви самі справлялися з таким колом обов'язків?

Перевага. Можуть демонструвати інтерес і ентузіазм. Недоліки. Призводять до зняквіння. Відповідь може бути розширеною.

Навички слухати пацієнта

1. Іноді достатньо мовчки посидіти поряд із пацієнтом. Добрий слухач слухає "усім тілом".

2. Іноді дуже важливо відкрито подивитися в очі пацієнту.

3. Вербальне приєднання, яке полягає в перефразуванні почутого влучною фразою іншої людини.

4. Емпатичне приєднання — це інтуїтивна здатність до співпереживання або раціональне вміння розділити й пережити з пацієнтом його емоцію.

5. Уміння підсумувати — це формування резюме, коли в двох-трьох реченнях підсумовують найважливіші думки, висловлені пацієнтом у бесіді.

Рекомендації медичній сестрі щодо проведення бесіди з пацієнтом

1. Для встановлення довірливих стосунків із пацієнтом слід представитися, назвавши своє ім'я, по батькові, посаду, і повідомити мету бесіди. Дайте зрозуміти хворому, що чим більше ви дізнаєтесь про нього і його сім'ю, тим ефективніше зможете організувати догляд і допомогти йому.

2. Називайте пацієнта на ім'я та по батькові. Виявляйте доброзичливість, співпереживання й увагу.

3. Намагайтеся провести бесіду наодинці в окремому приміщенні, у спокійній обстановці, без зволікань.

4. Використовуйте виключно позитивну інтонацію. Будьте спокійні, не виявляйте досади й роздратування.

5. Не показуйте хворому, що ви поспішаєте, адже він, відчувши це, почне відповідати на запитання поспішно і неточно.

6. Говоріть ясно, повільно, чітко. Використовуйте термінологію, зрозумілу пацієнту.

7. Не розпочинайте розмову з особистих делікатних запитань. Перш за все запитайте про скарги пацієнта. Почніть бесіду із запитання: "Що Вас непокоїть?".

8. Якщо необхідно, повторіть запитання, перефразувавши його для кращого розуміння пацієнтом.

9. Дозвольте пацієнту закінчити фразу навіть у випадку, якщо він — багатослівний.

10. Заохочуйте запитання пацієнта.

11. Формулюйте запитання так, щоб вони не впливали на відповідь пацієнта.

12. Під час бесіди робіть короткий запис. Не розраховуйте тільки на свою пам'ять, але й не намагайтеся записати всю інформацію. Коротко записуйте ключові слова або фрази.

13. Наприкінці бесіди обов'язково домовтесь із хворим про подальшу взаємодію і подякуйте йому за допомогу.

14. На основі отриманих даних заповніть сестринську історію хвороби або листок первинної оцінки стану пацієнта.

Щоб побудувати комунікативні взаєностосунки з пацієнтом, необхідно:

1. *Відчуття присутності.* При розмові з пацієнтом:

1. Підтримуйте контакт очима, але не дивіться пильно в очі.

2. Використовуйте положення свого тіла для прояву інтересу до того, що говорить пацієнт. Наприклад, нахиліться вперед, щоб не пропустити нічого зі сказаного. Особливо це важливо, коли пацієнт говорить тихо.

3. Зберігайте відповідний (зацікавлений) вираз обличчя, періодично нахиляйте голову на знак згоди.

II. Уміння слухати

Той, хто слухає, здатний обмірковувати слова набагато швидше, ніж той, хто говорить. У пам'яті слухача відбуваються чотири розумові процеси.

1. Слухайте і по думки випереджуйте співрозмовника, намагаючись здогадатися про спрямування бесіди, а також зробіть висновки з почутого.

2. Слухаючи, підтримуйте своє твердження в думках від сказаного промовцем.

3. Час від часу критично оцінюйте попередню частину бесіди.

4. Упродовж усієї розмови вловлюйте прихований зміст і значення невисловленої інформації.

Щоб бути добрим слухачем:

1. Припиніть говорити, не перебивайте запитаннями. Дайте можливість сказати все, що пацієнт бажає.
2. Поставтесь до людини з повагою, під час розмови не читайте, не пишіть, не дивіться у вікно, не стукайте олівцем і т. ін.
3. Дивіться на людину, яка говорить. Дайте пацієнту зрозуміти, що вас цікавить те, що він говорить.
4. Намагайтеся вловити основну ідею і сконцентруйте увагу на ній.
5. Зосереджуйтесь не тільки на тому, що говорить хворий, але й на тому, як він говорить.
6. Відокремлюйте людину від ідеї. Позитивно сприймайте й адекватно реагуйте на поведінку пацієнтів.
7. Намагайтеся здогадатися, про що пацієнт не хоче говорити, і ви більше дізнаєтесь про людину.
8. Відокремте емоції від реакції. Емоції гніву чи смутку завадять вам уважно слухати співрозмовника і з розумінням реагувати на його слова.
9. Будьте обережні із самостійним тлумаченням почутого, зверніть увагу на факти.
10. Виявляйте до пацієнта повагу і зацікавленість. Щиро намагайтеся зрозуміти його вчинки й ціннісні орієнтири.

III. Уміння сприймати

Поважайте сприйняття світу, властиве пацієнту. Адже ваші дії будуть безпосереднім наслідком того, як людина сприймає світ, його цінності.

IV. Уміння виявляти турботу

Це означає, що ви не тільки цікавитесь проблемами пацієнта, але й здійснюєте догляд за ним, тобто допомагаєте йому вирішити його проблеми.

V. Розкриватись самому

Звертайтеся за необхідності до власного досвіду. Наприклад: "Свого часу я також пережила подібну ситуацію". Розкриття свого внутрішнього "я" іншій людині допомагає налагодити психологічний контакт.

VІ. Співпереживати

Співпереживання — це відчуття, що ви переживаєте, коли ставите себе на місце іншої людини, щоб побачити її такою, якою вона бачить себе. Медична сестра, яка здатна співпереживати, налаштована на думки й почуття пацієнта і виявляє це не тільки в мовній, але й у діловій формі. Співпереживання має важливе значення для встановлення довірливих міжособових стосунків і для збагачення власного досвіду.

VII. Бути щирим

Щирість означає, що пацієнт відверто ділиться своїми думками та досвідом з медичним працівником. Щирість є необхідною умовою для встановлення довіри між пацієнтом і медичних працівником.

VIII. Поважати іншу людину

Повага включає сприйняття пацієнта як гідної людини, є виявом глибокої турботи про пацієнта, незважаючи на його недоліки. Елементами поваги є інтерес до людини, віра в її здатність розв'язувати складні проблеми.

Що має робити медична сестра для забезпечення ефективного вербального і словесного спілкування

1. Говорити доступною мовою.
2. Не зловживати медичними термінами.
3. Вибрати темп бесіди, прийнятний для хворого.
4. Вибрати зручний час для спілкування з хворим.
5. Стежити за інтонацією.
6. Вибрати необхідний тембр голосу.
7. Давати чіткі інструкції.
8. Не використовувати натяки та підтексти.
9. Не обіцяти неможливого.
10. Акцентувати увагу пацієнта на тому, що його рішення мають бути усвідомленими.
11. Повторити сказане, якщо пацієнт вас не зрозумів.
12. Впевнитися, що в пацієнта на цей момент не залишилося нерозв'язаних проблем.

Під час проведення інтерв'ю з пацієнтом медична сестра не повинна:

1. Сперечатись.
2. Хвалити або давати запевнення.
3. Пропонувати діагноз.
4. Давати фальшиві обіцянки.
5. Спекулювати на динаміці проблем пацієнта.
6. Розпитувати пацієнта, використовуючи його чутливість до певної проблеми.
7. Умовляти пацієнта приймати лікування.
8. Підтримувати нападки пацієнта на рідних, близьких йому людей.
9. Критикувати дії іншого медичного працівника.

Поведінка медичної сестри під час спілкування з агресивно налаштованим пацієнтом

1. Не сприймайте чийсь агресивність як особисту образу. Часто люди спрямовують свою агресивність на того, хто першим потрапив під руку.

2. Глибоко подихайте, подумки порахуйте доти, доки не заспокоїтесь і не вирівняється дихання.

3. Вийдіть з палати, якщо є спокуса сказати або зробити щось неприємне у відповідь.

4. Випийте води, зробіть перерву і поділіться з колегою, якій довіряєте.

5. Спробуйте ще раз поговорити з пацієнтом і дайте йому зрозуміти, що ви повинні й будете виконувати свої обов'язки.

Поведінка медичної сестри під час спілкування з невпевненим пацієнтом

1. Говоріть пацієнту компліменти ("Ви сьогодні добре виглядаєте").

2. Похваліть пацієнта за кожне його зусилля над собою.

3. Підтримуйте всі позитивні починання пацієнта.

4. Використайте невербальні методи підтримки: дотик, посмішка, кивок голови.

Корисні поради при взаємодії (навчанні) медичної сестри з пацієнтом:

1. Будьте конструктивно відкриті. (Наприклад: "Я вас добре розумію, бо сама в свій час перебувала в такому ж стані").

2. Установіть ліміт часу (наприклад: "Я можу приділити Вам одну годину уваги").

3. Надайте пацієнту дійсну фактичну інформацію (наприклад: "Лікування цього захворювання вимагає від людини значної сили волі, віри й терпіння").

4. Розкажіть пацієнту про універсалізацію за подібних обставин (наприклад: "Кожна людина переживає відчуття вини після смерті коханої людини").

5. Зробіть психологічне дослідження. Поставте доречне суттєве запитання, яке дає змогу пацієнтові зрозуміти іншу людину та її ситуацію.

6. Розділіть проблему на окремі складові для того, щоб пацієнт не розглядав її як непереборні труднощі..

7. Схваліть поведінку пацієнта.

8. Доведіть небажаний зворотний зв'язок у разі неадекватної поведінки пацієнта (наприклад: "Коли Ви під час процедури не виконуєте моїх порад, мої рухи стають неточними").

9. Дайте пораду і надайте допомогу. При цьому використовуйте свої знання та авторитет.

10. Підведіть підсумки, що зроблено і що ще потрібно зробити.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Охарактеризуйте типи пацієнтів з погляду клінічної психології:
 - а) тривожний пацієнт;
 - б) підозрілий пацієнт;
 - в) демонстративний пацієнт;
 - г) депресивний пацієнт;
 - д) іпохондричний пацієнт.
2. Назвіть і охарактеризуйте фахові типи поведінки медичних сестер.
3. Які типи запитань можна використати під час проведення інтерв'ю з пацієнтом?
4. Які навички можна застосувати для того, щоб слухати пацієнта?
5. Про які рекомендації стосовно проведення бесіди з пацієнтом повинна знати медична сестра?
6. Як повинна поводитись медична сестра, щоб побудувати комунікативні взаємостосунки з пацієнтом?
7. Що не повинна робити медична сестра під час проведення інтерв'ю з пацієнтом?

ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ

1. Підготуйтеся до проведення інтерв'ю з агресивно налаштованим пацієнтом.
2. Проведіть інтерв'ю з невпевненим пацієнтом.
3. Проведіть навчання з пацієнтом з питання самоогляду за шкірою та ротовою порожниною.
4. Проведіть навчання з рідними тяжкохворого з питань профілактики пролежнів.

Картки для індивідуального усного опитування

Картка усного опитування № 1.

У чому полягає специфіка діалогічного та монологічного мовлення?

1. Чи адекватно передає функцію невербального спілкування вираз «мова почуттів»?
2. У чому виявляється культура невербального спілкування?

Картка усного опитування № 2

У чому полягає суть інтерактивного боку спілкування?

1. Дати визначення поняттю «семантична афазія»?
2. Одяг, його значення в процесі спілкування?

Картка усного опитування № 3

Як відбувається стереотипізація у пізнанні людини людиною?

1. Тактика спілкування з домінантним співрозмовником.
2. Роль невербального спілкування в процесі взаємодії .

Картка усного опитування № 4

Тактика спілкування з недомінантним співрозмовником.

1. Рефлексія як механізм пізнання людини людиною.
2. Суть процесу ідентифікації

Картка усного опитування № 5

1. Чи завжди упередженість у сприйманні людини людиною виникає на ґрунті попередньо сформованих установок?

2. Роль особистісного простору в процесі спілкування.
3. За якими принципами спілкування поділяють на різновиди?

Картка усного опитування № 6

Які функції виконує спілкування в житті людини?

1. Особливості спілкування медичної сестри з хворим.
2. Невербальні прояви агресивності.

Картка усного опитування № 7

Невербальні прояви впевненості у собі.

1. Правила спілкування з інтровертом.
2. Перцептивна функція спілкування.

Картка усного опитування № 8

Невербальні прояви впевненості у собі.

1. Правила спілкування з мобільним співрозмовником.
2. Різновиди мовлення .

Картка усного опитування № 9

Правила спілкування з ригідним співрозмовником.

1. Якими є умови ефективності спілкування?
2. Чи завжди завершеність спілкування є необхідною умовою взаєморозуміння?

Картка усного опитування №10

Основні психологічні компоненти спілкування.

1. Чи достатнім для характеристики спілкування є твердження: «Спілкування – це обмін інформацією між людьми»?
3. Правила спілкування з екстравертом.

Еталони відповідей на картки усного завдання

Картка №1

1. **Монологічне мовлення** – це висловлювання однієї людини, вияв її думок. Таке мовлення має бути грамотним, логічно зв'язним, зрозумілим слухачеві. Монологічне мовлення для успіху спілкування має бути емоційним. Оратор повинен володіти мімікою, жестом, позою, мистецтвом культурного, дійового мовлення. Слово втрачає звучання без жесту, що гармоніює з ним і допомагає набути йому смислу. У побудові монологічного мовлення певне психологічне значення мають гнучкість, сповільнення або прискорення темпу, інтонація.

Розмовне, або діалогічне мовлення плине у формі розмови між двома або кількома особами. Діалогічне мовлення легше за монологічне, тому, що при ньому мовлення кожного з її учасників підтримується запереченням співбесідників, питаннями і відповідями. Іноді співбесідники розуміють один одного з півслова, вигуку, жесту, мовчання.

2. Засоби вербальної комунікації як «мова почуттів» є продуктом суспільного розвитку людей, вони значно посилюють смисловий ефект вербальної комунікації, а за певних обставин можуть її замінювати. Відомо, наприклад, що мовчання іноді буває красномовнішим, ніж слова, а обмінюючись поглядами, люди можуть збагнути зміст інформації, який не вкладається в адекватні категорії вербального висловлювання.

3. Відповідність невербальних засобів спілкування цілям і завданням, змісту словесної комунікації – важливий елемент культури спілкування.

Картка №2

1. Спілкування завжди передбачає певний вплив на інших людей, зміну їх поведінки та діяльності. У цьому разі виявляється інтерактивна функція спілкування, функція впливу. Поради, Інструкції, вимоги, накази, що висловлені у мовній формі та адресовані іншій особі, є спонуканням до дії та регуляторами її поведінки. Спільна діяльність, її зміст та умови виконання вибудовують таку модель між особистою взаємодією, коли кожен з учасників

послідовно впливає своїми вчинками на інших і, у свою чергу, змінює свої дії під їх впливом.

2. Семантична афазія – це порушення, що виявляється у трудності знаходити слово та в розумінні семантичних відношень між словами. Наприклад, хворий розуміє слово «батько», «сестра», але не може зрозуміти, що означає сполучення «сестра батька».

3. Перше враження про людину складається саме з його одягу, зачіски, манери поведінки. Одяг може багато повідомити про людину. Наприклад. Про її плани на сьогодні: здійснити екскурсію, піти на риболовлю, відвідати театр. Уміння зі смаком одягатися може значно скоригувати фізичні вади, і, навпаки, позбавлений смаку одяг може зіпсувати природну привабливість людини.

Одяг має дуже велике значення у спілкуванні. У партнера за спілкуванням може скластися негативне ставлення до іншої людини, ще до того, як вона вимовить перше слово, якщо людина одягнена не акуратно і неохайно, і, навпаки, приємне враження справляє людина, одягнена зі смаком, акуратно.

Одяг людини впливає не лише на тих, з ким вона спілкується, а й на неї саму. Якщо людина гарно і зручно вдягнена, то це додає впевненості. Одяг впливає також на виступ доповідача. Гарний одяг, підібраний зі смаком, надає впевненості і справляє хороше враження на слухачів.

Щоб одяг прикрашав людину, треба, насамперед, щоб він відповідав місцю і часові.

Кожна людина повинна прагнути до свого стилю в одязі. Цей стиль має виявляти індивідуальність, приховувати вади, підкреслювати переваги. Всі деталі одягу мають створювати одне ціле. Це велике мистецтво. Але доклавши певних зусиль, опанувати його може кожна людина. Якщо взяти до уваги. Що щастя людини у спілкуванні з іншими, то варто зробити все для того, щоб спілкування це було приємним. Давало людині справжню насолоду. Невміння спілкуватися спричинює конфлікти і може зробити людину нещасною, замкненою. Одиною.

Картка № 3

1. Стереотипізація – це класифікація форм поведінки та інтерпретація їх причин через співвіднесення їх із зразками, що відповідають соціальним стереотипам. Стереотипізація може складатись як результат узагальнення власного досвіду суб'єктом міжособистісного сприймання, до якого приєднуються відомості, одержані з книг та інших джерел. Стереотипізація є

Свідченням проникнення у психологічну сутність особистості та виявлення найхарактерніших його рис. Якщо стереотипізація базується на достатній об'єктивній інформації, на якій робляться узагальнення, вона відображає вищий рівень пізнання людини людиною.

2. Правила спілкування з доміантним співрозмовником:

1.) Дайте їй можливість проявити свою доміантність.

2.) Спокійно тримайтеся належної точки зору, але не висміюйте її «силові прийоми».

3.) У розмові спиравайтеся на факти, переводьте розмову в ділове русло.

3. Засоби невербальної комунікації як «мова почуттів» є продуктом суспільного розвитку людей, вони значно посилюють смисловий ефект вербальної комунікації, а за певних обставин можуть її замінювати. Відомо, наприклад, що мовчання іноді буває красномовнішим, ніж слова, а обмінюючись поглядами, люди можуть збагнути зміст інформації, який не вкладається в адекватні категорії вербального висловлювання.

Картка № 4

1. Правила спілкування з недомінантним співрозмовником:

1.) Недомінантна людина вимагає підбадьорювання, краще не словами, а поглядом, мімікою, жестами. Інакше існує ризик не отримати важливу і цінну інформацію, яку вона бажає донести співрозмовнику.

2.) На недомінанта дуже добре діє похвала, але не лицемірство, яке він часто відчуває майже інтуїтивно.

3.) При спілкуванні з недомінантним співрозмовником необхідно терпляче чекати, поки він розкриється.

2. Для визначення власної тактики у спілкуванні співрозмовникові важливо знати, як індивід, що входить з ним у контакт, сприймає його самого. Усвідомлення суб'єктом того, як його сприймає партнер по спілкуванню, називається рефлексією. Рефлексія поглиблює сприймання іншої людини, оскільки дає уявлення про ставлення до себе як суб'єкта сприймання.

3. Ідентифікація – спосіб розуміння іншої людини через усвідомлюване чи неусвідомлюване уподібнення її самому суб'єкту, що пізнає. Суть цього процесу полягає в тому, що в ситуаціях взаємодії партнери намагаються зрозуміти один одного ставлячи себе на місце іншого. Так, студент добре розуміє хвилювання та поведінку іншого студента перед іспитом, закоханий – страждання того, кого спіткала невдача у взаємності.

Картка № 5

1. Стереотипізація є свідченням проникнення у психологічну сутність особистості та виявлення найхарактерніших її рис. Якщо стереотипізація базується на достатній об'єктивній інформації, на якій робляться узагальнення, вона відображає вищий рівень пізнання людини людиною. Проте стереотипізація може бути помилковою, мати характер упередженості, коли інтерпретація фактів, на підставі яких робляться узагальнення, виявляється недостатньо аргументованою, а самі факти не вичерпують сутності стосунків.

Так, при сприйманні незнайомої людини важливу роль відіграє первинна інформація, яку одержує суб'єкт сприймання. Якщо у реципієнта попередньо створити відповідну установку стосовно іншої людини, вона може відіграти

вирішальну роль у тому, що саме і як буде сприйнято у процесі спілкування, які стереотипи в судженнях домінуватимуть.

2. Особистісний простір – це суб'єктивне відчуття відстані навколо людини, порушення якої іншою людиною викликає негативні емоції і почуття внутрішнього протесту.

Внутрішній протест полягає у появі відчуття дискомфорту, незадоволення фамільярністю порушника сфери особистісного простору, підвищення психічної збудливості, бажання припинити спілкування або перейти на «різкий тон» розмови.

Персональна територія й особистісний простір необхідні для встановлення межі між «собою» та «іншими» і виконують функцію регуляції міжособистісних відносин.

Прийнято виділяти чотири види комунікативної дистанції між людьми:

1. Публічна дистанція (від 4 до 7,5 м – використовується при виступах перед різноманітними аудиторіями).

2. Соціальна відстань (від 1,2 до 4 м – є бажаною при спілкуванні з чужими людьми і при офіційних зверненнях).

3. Персональна відстань (у середньому 1 м, інколи зменшується до 45 см і використовується при буденному спілкуванні із знайомими людьми).

4. Близька (інтимна) відстань (близько 45 см).

3. Спілкування як соціальне явище охоплює всі сфери суспільного буття та діяльності людей і може бути охарактеризоване за різними параметрами, а саме: а) залежно від контингенту учасників (міжособистісне, особистісно-групове, між групове спілкування); б) залежно від міри опосередкування (опосередковане, безпосереднє спілкування); в) залежно від тривалості стосунків (короткочасне, довготривале спілкування); від міри завершеності (завершене, незавершене спілкування).

Картка № 6

1. Спілкування – це багатоплановий процес, в якому можна виділити такі основні функції: комунікативну, інтерактивну та перцептивну.

Комунікативна – це різні форми та засоби обміну і передавання інформації, завдяки яким стають можливими збагачення досвіду, нагромадження знань, оволодіння діяльністю, узгодження дій та взаєморозуміння людей.

Інтерактивна функція спілкування передбачає певний вплив на інших людей, зміну їх поведінки та діяльності.

Перцептивна функція полягає у сприйманні людей один одного, пізнаючи фізичні, психологічні та індивідуальні особливості притаманні кожній стороні.

2. При спілкуванні з хворим слід дотримуватись принципів:

1. Створіть конфіденційну довірливу обстановку.

2. Дивіться на хворого, демонструйте, що вас цікавить його розмова.

3. Уважно вислухайте співрозмовника до кінця, а потім уточніть всі деталі.

4. Старайтесь уловити основну тему бесіди, яка повторюється під час розмови.

5. Вслухайтесь в те, як подається суть проблеми. Звертайте увагу не лише на те, що говорить людина, але й на те, як вона це робить.

6. Старайтесь уловити те, про що співрозмовник не бажає говорити, коли він замовкає або змінює тему бесіди.

7. Контролюйте свої емоції при розмові. Уникайте сильних емоцій, які можуть заважати слухати і розуміти співрозмовника.

8. Будьте обережні з інтерпретацією інформації або свого враження. Старайтесь спиратись на факти.

9. Доцільно і тактовно застосовуйте паузи в розмові й періоди мовчання.

10. Проявляйте теплоту і почуття присутності.

11. Дотримуйтесь принципу самоствердження.

3. Вираз обличчя – напружений сердитий вираз, пильний незадоволений або злий погляд.

Поза - руки на стегнах. Ходіння уперед і назад із «вторгненням» в чужий особистий простір. Часто стоїть, коли інші сидять.

Тон голосу – гучний, вимогливий, погрозливий, наказовий.

Жести – різкі, пальці рук стиснуті в кулаки.

Вербальний компонент – звинувачувальний, атакуючий, старається принизити і перемогти будь-якою ціною.

Картка № 7

1. Вираз обличчя – нервовий вираз, міміка ніяковіння. Очі часто опущені.

Поза – зігнута, незручна поза.

Тон голосу – тихий, тремтливий, нерозбірливий.

Жести – нервові і неспокійні.

Вербальний компонент – прагнення приховати смисл слів, виправдатися, підкоритись іншій людині.

2. Правила спілкування з інтровертом:

1. Проявляйте підвищену делікатність.

2. Розмовляйте з ним наодинці.

3. Не звертайте уваги на можливі дивацтва.

4. Терпляче вислуховуйте його до кінця.

5. Сприймайте суть інформації, а не форму і стиль викладу.

6. Проявляйте терпіння в ході спілкування.

7. Не проявляйте надмірної теплоти і фамільярності.

8. Не «прив'язуйте» до себе того, хто вам потрібен на певний час.

Інтроверт, який «прив'язується», стає надокучливим.

9. Уникайте загального обговорення інтроверта на зборах.

10. Не залучайте його активно до вечорів і походів та до роботи в комісіях.

3. Обмінюючись інформацією, встановлюючи комунікативні зв'язки для досягнення цілей діяльності, взаємодіючи і здійснюючи різнобічні впливи на інших партнерів по спілкуванню, люди безпосередньо сприймають один одного й мають можливість пізнавати фізичні, психологічні та індивідуальні особливості, притаманні кожній стороні. У цьому виявляється перцептивна функція спілкування. Інформація, яку одержує співрозмовник у процесі контактів за різними каналами дає змогу скласти більш – менш об'єктивне враження про те. Що становить собою партнер по спілкуванню, проникнути в його внутрішній світ, зрозуміти мотиви поведінки, звички, оцінні ставлення до фактів дійсності.

Картка № 8

1. Вираз обличчя – твердий, спокійний вираз. Добрий, здоровий контакт. Очі на рівні співрозмовника.

Поза – розслаблена пряма поза. Зберігання особистого простору.

Тон голосу – твердий, впевнений і, разом із тим, теплий, проявляє повагу до іншої людини.

Вербальний компонент - щирий прояв почуттів. Говорить те, що думає.

Жести – адекватні ситуації.

2. Правила спілкування з мобільним співрозмовником:

2.1. Передусім необхідно вкlastись у його темп, навіть, коли це спочатку зменшить продуктивність спілкування.

2.2. Надалі поступово сповільнюйте швидкість і темп його реплік, цим партнер стане більш зібраним у спілкуванні.

2.3. Встановивши задовільний темп бесіди, повертайтеся до малозрозумілого, уточніть деталі.

2.4. Якщо не проявите такої ініціативи взаєморозуміння може не відбутися і ви розійдетесь розчарованими, висуваючи кожен безпідставні судження про розумові здібності партнера.

3. Усне мовлення – різновид мовлення, яке є звучним і сприймається іншими за допомогою слуху. Усне мовлення поділяється на діалогічне і монологічне.

Діалогічне – мовлення між двома або кількома співрозмовниками, які міняються ролями того, хто слухає, та того, хто говорить, тобто постають як пасивний та активний співрозмовник.

Монологічне мовлення – це таке мовлення, коли говорить одна особа, а інші слухають, сприймають її мову. Монологічне мовлення у розгорнутих формах потребує певної підготовки, яка полягає в попередньому відборі змісту, чіткому плануванні та відповідному словесному оформленні.

Письмове мовлення – різновид мовного процесу, що дає можливість спілкуватися з відсутнім співрозмовниками як сучасниками того, хто пише, так і тими, що житимуть після цього. Письмове мовлення – це різновид

монологічного мовлення, але воно здійснюється як писання та читання написаного у вигляді письмових знаків.

Внутрішнє мовлення – не спрямоване на спілкування з іншими людьми. Людина користується внутрішнім мовленням, коли щось обмірковує, планує свої дії, не висловлюючись вголос і не записуючи на папері. Воно беззвучне, тобто не вимовляється вголос, хоча часто виявляється у вигляді шепотіння, а то й починає звучати переходячи в розмову із самим собою.

Усне та письмове мовлення, що може виражатися в діалогічній та письмовій формах, є зовнішнім мовленням.

Картка № 9

1. Правила спілкування з ригідним співрозмовником:

1. Передусім необхідно налаштуватись на тривалу розмову і застатися терпінням.

2. Заплануйте реальний час розмови – вона буде тривалою.

3. Терпляче вичекайте, доки він включиться в розмову.

4. Не перебивайте співрозмовника.

5. Не реагуйте на повторні вислови і надмірну деталізацію.

6. Не змінюйте теми розмови.

7. Ібирайте головну тему розмови, тримайтесь однієї лінії і не висловлюйте різні версії.

8. Терпляче і з вдячністю переносьте тривалий ритуал закінчення розмови і висловлювання резюме.

2. Важливу роль в ефективності спілкування, як свідчать дані спеціальних досліджень зарубіжних психологів, відіграють просторове перебування співрозмовників одного щодо іншого, дистанція та комунікативна спрямованість. Загальновідомо, що важливі політичні акції – переговори керівників, окремі зустрічі проводяться за «круглим столом».

При міжособистісному спілкуванні віч - на - віч сторони мають можливість одержувати вичерпну інформацію про предмет розмови, визначати суб'єктивну позицію та ставлення до іншої сторони.

3. Тривалість комунікативних зв'язків визначається цілями спілкування,

Потребами взаємодії та характером інформації, якою оперують співрозмовники. Спілкування вважається завершеним, коли повністю вичерпано зміст теми, причому його учасники однозначно оцінюють результати взаємодії як вичерпні.

При незавершеному спілкуванні зміст теми розмови залишається нерозкритим до завершення спілкування і не відповідає очікуванням сторін. Незавершеним спілкування може бути з об'єктивних причин, коли між співрозмовниками виникають просторові проблеми (роз'єднаність людей) або проблеми щодо засобів зв'язку та стосовно інших необхідних умов для підтримування контактів.

Картка №10

1. Основними компонентами спілкування є:

- Почуття присутності;
- Уміння слухати;
- Проявляти турботу;
- Розкриття;
- Приймати чужі погляди;
- Співпереживати;
- Бути щирим;
- Поважати співрозмовника.

2. Спілкування це не тільки обмін інформацією між людьми. Це також і взаємодія , яка передбачає вплив однієї людини на іншу, зміна поведінки і діяльності , внаслідок даного впливу. Спілкування передбачає також сприймання однієї людиною іншої. Сприймаючи , ми по різному оцінюємо фізіологічний , психологічний , емоційний стан людини, даємо якісну оцінку даного стану.

3. Правила спілкування з екстравертом:

- Підкреслюйте свою увагу до екстраверта.
- Бажано не обговорювати з ним серйозні, а тим більше інтимні проблеми.
- Пам'ятайте, що він схильний поширювати плітки, причому без злого умислу.
- Не звертайте увагу на можливу показову ексцентричність.
- Не звертайте уваги на елементи панібратства і намагання «залізи в душу».
- При діловій розмові тримайтеся основної лінії розмови, не вдавайтесь до дрібниць.

Психологічні ігри

Гра–розминка «Емоція по колу» (10хв)

Мета: активізувати підлітків до роботи в групі, розвивати навички невербального спілкування.

Хід вправи: Всі учасники тренінгу сідають у коло, кожен по черзі за допомогою міміки передає якусь емоцію, всі інші одним за одним її повторюють. Гра закінчується, коли всі учасники передадуть свої емоції.

Запитання для обговорення

- Чи легко було показувати та передавати власну емоцію?
- Чи важко було відтворювати чужі емоції?
- Що ви відчували, коло передавали позитивну емоцію?
- А що – передаючи негативну чи нейтральну?

Вправа «Невербальні етюди» (20 хв.)

Мета: розвивати навички невербального спілкування.

Хід вправи: Учасники об'єднуються у групи по 2 особи. Кожна група одержує картку з темою етюд, який вона через 5 хвилин має показати без слів іншим учасникам групи.

Теми етюдів:

- хворий записується на прийом до хірурга;
- тиха година в лікарні;
- на прийомі у лор – лікаря;
- хвора в ренген - кабінеті.

Запитання для обговорення

Чи важко було готувати етюди?

- Які засоби ви використовували для розкриття свого етюд?
- Як ви почувалися під час виконання вправи?

Вправа «Зломаний масажер» (15хв)

Мета: розвивати навички передачі інформації за допомогою тактильного контакту, демонстрація викривлення інформації в процесі передачі її іншій людині, згуртованість учасників. Розвиток уважності і сприйняття до невербальної інформації.

Вправа нагадує іспорчений телефон, але відрізняється від нього тим, що передається не голосове, а тактильне повідомлення. Учасники знаходяться у тісному колі, і передають по колу яке-небудь легке слово. Для цього учасникам потрібно «написати» його пальцями на спині сусіда по буквам. Кожну букву «писати», повільно і чітко по всій спині крупно. Це слово передається по колу.

Запитання для обговорення:

Чи дуже викривилися рухи, які передавалися?

• Що було більш легше, а що складніше порівняно зі звичайним «спорченим телефоном»

Гра розминка «Австралійський дощ» (5 хв.)

Мета : забезпечити психологічне розвантаження учасників.

Хід вправи: Учасники стають у коло. Інструкція : Чи знаєте ви, що таке австралійський дощ? Ні? Тоді давайте разом послухаємо, який він. Зараз по колу ланцюжком ви будете передавати мої рухи. Як тільки вони повернуться до мене, я передам наступні. Стежте уважно!

- В Австралії піднявся вітер. (Ведучий тре долоні).
- Починає крапати дощ.(Клацання пальцями).
- Дощ посилюється. (Почергове плескання долонями по грудях).
- Починається справжня злива.(Плескання по стегнах).
- А ось град, справжня буря. (Тупіт ногами).
- Але що це? Буря стихає.(Плескання по стегнах).
- Дощ стихає. (Плескання долонями по грудях).

- Рідкі краплі падають на землю.(Клацання пальцями).
- Тихий шелест вітру.(Потирання долонь).
- Сонце! (Руки догори).

Список літератури

1. Максименко С.Д. «Загальна психологія» //Київ-2004 стор.99-112
2. Вітенко І.С. «Основи загальної та медичної психології» // Київ «Вища школа» 1991 стор. 144-146
3. Максименко С.Д. «Загальна психологія» // Київ-2004 стор.112-119
4. Вітенко І.С. «Основи загальної і медичної психології» // Тернопіль «Укрмедкнига» -2003 стор. 245-257
5. Вітенко І.С. «Основи загальної та медичної психології» // Київ «Вища школа» 1991 стор. 169-174
6. Вітенко І.С. «Основи загальної і медичної психології» // Тернопіль «Укрмедкнига» -2003 стор. 251- 256
7. Вітенко І.С. «Основи загальної та медичної психології» // Київ «Вища школа» 1991 стор. 171-172
8. Вітенко І.С. «Основи загальної і медичної психології» // Тернопіль «Укрмедкнига» -2003 стор. 117- 119
9. Радевич-Винницький Я. Етикет і культура спілкування. — К.: Знання, 2006.
10. Трухін І.О. Соціальна психологія спілкування. — К., 2005.
- 11.Засекіна Л. В., Пастрик Т. В. Основи психології та міжособове спілкування : навч. посіб. / Лариса Володимирівна Засекіна, Тетяна Володимирівна Пастрик. – Луцьк : 2013. – 184 с.
12. Корольчук М.С., Крайнюк В.М., Марченко В.М. Психологія: схеми, опорні конспекти, методики. — К., Ельга Ніка-Центр, 2006.
13. Порохняк І. Спілкування медичної сестри з пацієнтами: питання комунікації // Медична сестра. — 2005. — № 1. — С. 34-35.
14. Поцюрко Р.І. Деякі морально-етичні, деонтологічні і психологічні аспекти діяльності медичної сестри // Медсестринство України. 2003. - № 2. — С. 26-27.