**Особенности общения медсестры с пациентами детского возраста**

Одним из таких приемов является терапевтическая игра. Игра является важной частью жизни ребенка и поэтому помогает ему преодолевать беспокойство и депрессию.
Терапевтическая игра включает два этапа:
• подготовку детей к процедурам;
• общение с ними соответственно их возрастным группам.
Подготовка детей от рождения до 6 лет к процедурам ведется с родителями, от 12 до 14 лет - без родителей.
Подготовка к процедуре начинается:
• за 30 мин - 1 час у детей до 3 лет;
• за 1-4 часа у детей до 5 лет;
• за 1-2 часа у детей до 15 лет.
Дети от 1 года до 3 лет не имеют представления о времени, поэтому время процедуры можно связать со сном. Например: «Это будет после сна». Вместо: «Доктор сделает рентген», необходимо сказать: «Доктор сейчас тебя сфотографирует».
Действия медсестры:
• хвалить поведение ребенка во время процедуры;
• подготовить игровой материал и необходимое для этой процедуры оборудование, инструментарий, чтобы ребенок мог увидеть и потрогать его;
• позволить ребенку «помогать» во время процедуры: подержать что-то, надеть самому, поиграть (по возможности) или «примерить» кукле;
 • не применять отрицательной лексики: «не делай!», «не двигайся!» и т.п.;
• предупредить о возможности боли (обезболить) или сказать о возможной боли во время процедуры.
Дети от 3 до 5 лет обладают фантазией и богатым воображением, они очень беспокойны, их пугает даже царапина, они боятся телесных повреждений. Им необходимо в деталях представить ход процедуры.
Действия медсестры:
• ознакомить ребенка с процедурой, дать поиграть с некоторыми инструментами, потрогать (в ходе терапевтической игры);
• ответить на все вопросы, которые ребенок задает о процедуре;
• успокоить;
• наблюдать за поведением ребенка и определить симптомы проявления боли.
Дети в 12 лет способны понимать многие вещи. Они любят использовать во время терапевтической игры кукол, макеты, и т.д. Их желательно изолировать от сверстников во время подготовки к процедуре (чувство стеснения, кроме того, рассеивается внимание).
Действия медсестры:
• объяснить, какие части тела будут подвержены процедуре;
• отвлечь внимание ребенка, вводя элементы терапевтической игры;
• успокоить.
Дети от 12 до 15 лет стремятся к независимости и индивидуальности, их пугают неудачи, изменения, происходящие в их внешности, поэтому:
• с ними нужно открыто обсудить проблемы;
• в терапевтической игре использовать анатомические атласы, рисунки, макеты, оборудование;
• объяснить ясно и в деталях, что они увидят, услышат, почувствуют;
• предложить дыхательные упражнения для устранения стресса или боли.
После окончания исследования ребенка нельзя оставлять одного, следует посидеть возле него, взять его на руки. Отвлекающими моментами являются чтение книг, показ интересной игрушки, оказание помощи старшими детьми младшим.

Важное значение имеет и установление контакта с родителями ребенка. Беспокойство, слезы родителей отрицательно воздействуют на психоэмоциональное состояние ребенка, и он становится неуправляемым.

**Особенности общения медицинской сестры с пациентами пожилого и старческого возраста**

Уход за больными пожилого и старческого возраста сложен и требует от медицинского персонала большего внимания и времени, чем уход за обычными пациентами. Основной его принцип – уважение к личности больного, принятие его таким, каков он есть, со всеми его физическими и психическими недостатками, раздражительностью, болтливостью, слабоумием.

Общаясь с пожилым пациентом, медицинские работники должны организовать передачу информации с учетом инволюционных изменений, происходящих в его организме. Например, в результате возрастных изменений органа зрения снижаются острота зрения, адаптация к свету и темноте, способность различать цвета, повышается чувствительность к яркому свету. Изменения органа слуха ведут к старческой тугоухости, снижению способности восприятия звука, его тона, речи, локализации источников звука в пространстве, определения их направления. Всё это увеличивает риск травматизма, особенно дорожного.

Для медицинского персонала в их работе с больными пожилого и старческого возраста особенно важны такие черты, как терпение, чувство сострадания, чувство такта. Надо общаться с пожилым человеком как с умудренным опытом, постоянно подчеркивая, что старость дает определенные преимущества: свободу от профессиональных обязанностей и материальных целей, от телесных желание и мнения окружающих; что в этом возрасте можно наконец заняться делами, которые раньше все время откладывались; что этот возраст дает шанс духовного рождения.

Именно поэтому одна из главных целей деятельности медработника – адаптация к объективно и субъективно меняющимся условиям жизни лиц пожилого и старческого возраста путем расширения возможностей для удовлетворения потребностей пациентов.

**Психологические особенности работы медицинской сестры с обнаженным телом подростков, лиц противоположного пола**

 При выполнении интимных манипуляций медицинской сестре необходимо учитывать чувство стыда, неловкости, дискомфорта у пациента. Поэтому создавать условия интимности, уединения пациента, щадить самолюбие, учитывать легкую ранимость психики, не показывать пациенту брезгливости, отвращения при выполнении манипуляций, соблюдение профессионального такта, деликатного поведения. При уходе за пациентом чистота принципиально необходима. Это чистота помещения, чистота самого пациента, психологическая чистота (гигиена). В определенных условиях пациенты испытывают стыдливость в случаях, когда не могут участвовать в поддержании чистоты за своим телом. Бестактность медсестры может усилить их напряженность и страдание. Необходимо при уходе за пациентом показывать уважение к чувствам пациента.

 В ходе манипуляций медсестре не избежать физического контакта с пациентов. Поэтому необходимо помнить – телесный контакт всегда эмоционален (передача внутреннего состояния, эмоций). Необходимо учитывать **зоны общения** (*при ответе этот* *вопрос необходимо раскрыть подробнее*). Для того, чтобы выполнять манипуляции в интимной зоне необходимо добиваться доверия к себе.

**Особенности общения медицинской сестры с пациентом, имеющим нарушенный слух**

Подходите всегда спереди, чтобы пациент мог вас видеть. Используйте в разговоре простые слова. Говорите чётко, чтобы пациент мог следить за Вашими губами и выражением лица. Говорите громко, но не кричите. Тщательно следите за невербальными средствами выражения. Пользуйтесь прикосновениями как средством поощрения пациента к общению. Используйте карточки с рисунками, схемами или письменные сообщения. Пишите аккуратно, грамотно.

Алгоритм общения с пациентом с нарушением слуха:

1. уменьшите фоновый шум (выключите звук телевизора, закройте дверь, прикройте окно и т.д.);
2. перед разговором подойдите так, чтобы пациент мог Вас видеть;
3. предложите ему воспользоваться слуховым аппаратом (если он имеется);
4. в доступной форме объясните пациенту необходимую информацию;
5. убедитесь, что он Вас правильно понял;
6. запишите основные пункты Вашего сообщения на листке и отдайте его пациенту.

**Особенности общения медицинской сестры с пациентом, имеющим нарушенное зрение**

Алгоритм общения с пациентом с нарушением зрения (пример: сопровождение на ультразвуковое исследование):

1. зайдя в палату, поздоровайтесь;
2. объявите, что Вы пришли именно к этому пациенту;
3. подойдите к пациенту, дотроньтесь до его руки, плеча, или возьмите за руку;
4. подробно объясните цель предстоящего исследования;
5. объясните пациенту подготовку к исследованию;
6. убедитесь, что пациент Вас правильно понял;
7. проводите пациента в кабинет УЗИ;
8. по пути предупреждайте о препятствиях («Сейчас будет ступенька, порожек… Проходим в кабинет…»
9. окажите необходимую помощь пациенту при проведении исследования;
10. проводите пациента в палату, до его кровати;
11. убедитесь, что пациент правильно сориентировался в обстановке: «Вот Ваша кровать… Присаживайтесь…»

**Особенности общения медицинской сестры с пациентом при проведении болезненных манипуляций**

При проведении болезненных манипуляций медицинской сестре следует сообщить об этом пациенту непосредственно перед манипуляцией, а не накануне, и выразить сожаление, что в данном случае нельзя поступить иначе. Боль не должна быть для пациента неожиданностью. Если его не предупредить, то пациент будет бояться манипуляций, не вызывающих болевые ощущения.

 Интенсивность боли необходимо объективно оценивать по расширению зрачков, побледнению лица, холодному поту, тахикардии, повышению АД. Новая боль вызывает большее беспокойство.

 Древний человеческий инстинкт – при опасности найти опору. Поэтому при сильной боли пациент цепляется за предметы или за другого человека. Метод ослабления боли – отвлечение внимания.

Часто внимание и рассеивание страхов легче утолить боль, чем болеутоляющими средствами.

 Формы выражения боли зависят от культурно – социального развития человека (плач, стон, крик, стиснутые боли и т.п.). У низкоразвитых народов чувствительность к боли ниже, чем у представителей более культурных наций.

Помимо лекарственной терапии, проводимой медсестрой по назначению врача, существуют независимые сестринские вмешательства, направленные на снятие или уменьшение боли:
1) отвлечение внимания;
2) изменения положения тела;
3) применение холода или тепла;
4) обучение пациента различным методикам расслабления;
5) музыкотерапия и искусство;
6) растирания или легкое поглаживание болезненного участка;
7) отвлекающая деятельность (трудотерапия).

**Психология общения медицинской сестры с пациентом при проведения инвазивных (проникающих) манипуляций**

Инвазивные методы – это диагностические и лечебные методы, применение которых требует проникновения в организм человека с помощью медицинских инструментов и других технических средств. К этим методам относятся все виды эндоскопических манипуляций (гастродуоденоскопия, ректороманоскопия, бронхоскопия, цистоскопия и др.), инъекций (внутрикожных, подкожных, внутримышечных, внутривенных, внутриартериальных и др.), а также контрарные методы исследования (ангиография, пиелография и др.).

I этап: Подготовка пациента к манипуляции. Очень важна психологическая подготовка пациента к проведению манипуляции. Задача медсестры – помочь пациенту принять правильное решение, убедить его, что это поможет поставить окончательный диагноз заболевания, в безвредности, безопасности для здоровья, объяснить пациенту, как ему следует вести себя во время манипуляции, что она прошла быстрее и легче, предупредить о возможных неприятных ощущениях и подсказать, как вести себя при этом, развеять чувство страха, опасения, тревоги. Хорошо проведенная психологическая подготовка к манипуляции обеспечивает сознательное, активное участие в ней пациента, облегчает работу врача и предотвращает возможную стрессовую ситуацию. Объяснение необходимости вмешательства и его характера должна соответствовать образовательному уровню пациента.

II этап: Проведение манипуляции. При проведении манипуляции следует напутствовать пациента добрыми словами, ободрить, напомнить о необходимости спокойного поведения во время манипуляции. При выполнении манипуляции от медицинского персонала требуется четкость, согласованность действий, высокая организованность, предельный самоконтроль, особый такт, деликатность в профессиональном общении.

III этап: После манипуляционный этап. После проведения манипуляции у пациента могут возникнуть негативные явления – например, резь, кровь при мочеиспускании, ощущение присутствия постороннего предмета в ротоглотке. Следует успокоить пациента, сказать о временном характере и безопасности этих ощущений.

 При самостоятельном выполнении инвазивных манипуляций — а их на рабочий день приходится очень много (инъекции, внутривенные введения лекарств, взятие крови из вены и др.) — медицинская сестра несет всю полноту ответственности за их качество, своевременность и за реакцию больного. Как и при более сложных манипуляциях, больной и в этих случаях испытывает если не чувство страха, то внутреннюю тревогу в ожидании болезненности, специфических ощущений от вводимого лекарства (хлорид кальция, сернокислая магнезия, никотиновая кислота, новокаин и др.), а иногда и неуверенность в профессионализме медицинской сестры. А длительные и многократно повторяющиеся инвазивные манипуляции (инъекции, взятие крови и т. д.) в известной мере невротизируют пациента, обостряют чувствительность к ним, формируют негативное отношение. Требования деонтологии не допускают механического, а тем более грубого выполнения инвазивных манипуляций. Медицинская сестра должна сочувственно относиться к психологическим слабостям больного, быть с ним в партнерском профессиональном контакте, уметь успокоить его, снять чувство страха, вселить уверенность в необходимости и безопасности назначенной процедуры.
 Профессиональное мастерство медицинского работника, который найдет добрые слова, сумеет успокоить больного, отвлечь его внимание, положительно сказываются на ее деловом авторитете. А это важный деонтологический фактор.