**МАТЕРИАЛ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ИЗУЧЕНИЯ ПО ТЕМЕ «ОБЩЕНИЕ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ»**

Человек – социальное существо, его жизнь и развитие невозможны без общения и взаимодействия между людьми.

***Общение – это специфическая форма взаимодействия человека с другими людьми как члена общества; в общении реализуются социальные отношения людей.***

В общении выделяют три функции :

* коммуникативная сторона общения - обмен информацией между людьми,
* интерактивная сторона – организация взаимодействия между людьми (например, согласование действий, распределение функций, влияние на настроение или убеждения собеседника),
* перцептивная сторона – включает процесс восприятия друг друга партнерами по общению и установление на этой основе взаимопонимания.

Коммуникативная функция – это разнообразные формы и способы передачи информации между людьми, благодаря которым обогащается опыт, накапливаются знания, человек овладевает деятельностью.

Интерактивная функция предусматривает контакты между людьми, которые не ограничиваются только передачей информации. Общение всегда предусматривает определенное влияние на других людей, изменение их поведения, убеждений. В этом случае проявляется интерактивная функция, функция влияния на других людей.

Советы, инструкции, требования, приказы, выраженные в речевой форме и адресованные другому лицу, являются побуждениями к действию и регуляторами поведения.

Совместная деятельность, ее содержание и условия выполнения выстраивают такую модель взаимодействия личностей, когда каждый из участников последовательно влияет своими поступками на других и в свою очередь изменяет свои действия под влиянием других.

Информация, которую получают собеседники в процессе осуществления контактов, позволяет составить более или менее объективное впечатление о том, что представляет собой партнер по общению, проникнуть в его внутренний мир, понять мотивы поведения, привычки, отношение к фактам действительности.

Путь познания человека человеком в процессе общения является сложным актом.

В процедуре общения выделяют следующие этапы:

1. Потребность в общении (необходимо сообщить или узнать информацию, повлиять на собеседника и т.д.) – побуждает человека вступить в контакт с другими людьми.

2. Ориентировка в целях общения, ситуации общения, личности собеседника.

3. Собственно общение. Человек представляет себе (чаще бессознательно), что именно скажет. Выбирает конкретные средства, фразы, которыми будет пользоваться, решает как говорить, как себя вести.

4. Обратная связь. Восприятие и оценка ответной реакции собеседника, контроль эффективности общения.

Если какое-либо из этих звеньев нарушено, то оно окажется неэффективным.

Есть некоторые факторы, которые мешают правильно воспринимать и оценивать людей. Основные из них:

* 1. Наличие заранее заданных установок, оценок, убеждений, которые имеются еще до того, как начался процесс общения.

Предубеждения – это эмоциональная оценка каких-либо людей как хороших или плохих, даже не зная их самих, ни мотивов их поступков.

Установка – это неосознаваемая готовность человека действовать, реагировать определенным образом, воспринимать и оценивать какие-либо ситуации, людей без полного анализа ситуации.

* 1. Наличие сформированных стереотипов. В соответствии с ними наблюдаемые люди заранее относятся к определенной категории. При этом формируется установка, направляющая внимание на поиск связанных с ней черт.

Стереотипы – привычные упрощенные представления о других группах людей, о которых мы располагаем скудной информацией. Стереотипы редко бывают плодом собственного опыта, часто мы приобретаем их от той группы, к которой принадлежим, от родителей, учителей в детстве, от СМИ. Стереотипы стираются, если люди разных групп начинают тесно взаимодействовать и лучше узнавать друг друга.

* 1. Эффект «проецирования» проявляется в том, что другому человеку приписываются по аналогии с собой свои собственные качества и эмоциональные состояния. Человек, воспринимая и оценивая людей, склонен логически предположить: «Все люди подобны мне» или «Другие противоположны мне». Упрямый, подозрительный человек склонен видеть эти же качества у партнера по общению, даже если они объективно отсутствуют. Добрый, отзывчивый, честный челове, наоборот, может воспринимать незнакомого через «розовые очки» и ошибиться. Поэтому, если кто-то жалуется, какие, мол, все вокруг жестокие, жадные, нечестные, не исключено, что он судит по себе.
	2. «Эффект первичности» проявляется в том, что первая полученная информация о человеке или событии, является очень существенной и малозабываемой, способной влиять на все последующее отношение к этому человеку.
	3. «Эффект последней информации» - негативная информация о человеке, будучи полученной последней, может перечеркнуть все прежние мнения об этом человеке.

Общение, будучи сложным социально-психологическим процессом взаимопонимания между людьми, осуществляется по следующим основным каналам: речевой (вербальный – от латинского слова устный, словесный) и неречевой (невербальный) каналы общения. Выбор способа передачи информации зависит от содержания сообщения и индивидуальных качеств получателя сообщения. Например, для слепого человека можно использовать устную речь, для глухого - как устную (многие глухие могут читать по губам), так и письменную (памятка) речь. Часто для передачи сообщения одновременно используют несколько каналов, например устная речь сопровождается мимикой и жестами. Речь как средство общения одновременно выступает и как источник информации, и как способ воздействия на собеседника.

В структуру речевого общения входят:

1. Значение и смысл слов, фраз (Разум человека проявляется в ясности его речи).

2. Речевые звуковые явления: темп речи (быстрый, средний, медленный), тональность голоса (высокая, низкая), ритм (равномерный, прерывистый), тембр (раскатистый, хриплый, скрипучий), интонация, дикция речи.

3. Выразительные качества голоса: характерные специфические звуки, возникающие при общении: смех, хмыкание, плач, шепот, вздохи, кашель, паузы и др.

Сообщение должно быть ясным и чётким. Правильно задавая вопросы, можно сделать общение более эффективным. Вопросы могут быть закрытые, на которые можно ответить односложно «Да» или «Нет», и открытые (специальные), на которые можно получить более или менее подробный ответ. Закрытые вопросы начинаются со слов: «Вы можете..?», «Вы хотите..?», «Вам нужно..?», «У Вас есть..?» и т.ц, Открытые вопросы начинаются со слов: «Скажите мне..?», «Что..?», «Где..?», «Когда..?», «Почему..?» и т.п. Неправильно заданный вопрос может сделать сообщение неэффективным. Так, обучая пациента каким-то необходимым навыкам, на вопрос: «Вы поняли меня?», можно получить ответ: «Да», в то время как человек просто не хочет признаться в том, что он не всё понял. Если сказать: «Я бы хотела убедиться, что вы меня правильно поняли», можно получить подтверждение полученного сообщения.

Разговор не начинается непосредственно с речи. До того, как сказано первое слово, должен быть установлен невербальный контакт. Очень важно встречаться со своим собеседником глазами, но при этом не смотреть на него в упор непрерывно, т.к. это вызывает чувство сильнейшего дискомфорта и подозрение, что разговор больше похож на допрос. Устанавливая невербальный контакт с другим человеком, мы тем самым определяем свои границы и степень близости с собеседником.

Невербальные средства общения проявляются в мимике и жестах, моторике всего тела при общении (позу, осанку, поклоны, походку), рукопожатиях, поглаживаниях, отталкиваниях и др., а также расположении людей в пространстве при общении.

**Дистанции в общении**

При общении люди располагаются на определенном расстоянии друг от друга. Выделяют следующие дистанции в общении:

- интимная зона (до 45 см) – в эту зону допускаются лишь близкие, хорошо знакомые люди, для этой зоны характерны доверительность, негромкий голос, прикосновения. Нарушение интимной зоны общения чужими людьми воспринимается как вторжение в индивидуальное пространство человека, он при этом испытывает дискомфорт;

- личная (персональная) зона (45-120 см) – зона обыденного общения с друзьями и коллегами, предполагает только визуальный контакт между партнерами по общению;

социальная зона (120 – 400 см) обычно соблюдается во время официальных встреч в кабинетах, классах и т.д.;

публичная зона (свыше 400 см) – подразумевает общение с большой группой людей – в аудитории, на митинге, концерте и т.д.

Другим важным моментом в невербальном (несловесном) общении человека является его мимика и интонация голоса. Зачастую неискренность говорящего проявляется в том, что его жесты и выражение лица не соответствуют тому, что он говорит. В жизни мы часто сталкиваемся с такими «двойными» посланиям, например, когда наш собеседник, пытаясь скрыть свои чувства, говорит о своей заинтересованности вопросом, а сам стоит со скучающим лицом.

Мимика – это движения мышц лица, отражающие внутреннее эмоциональное состояние, она способна дать истинную информацию о том, что переживает человек. Зачали ли вы, как ведет себя человек, когда он лжет? Он старается отвести взгляд от собеседника, его глаза встречаются с глазами партнера по общению менее 1/3 времени разговора.

Лоб, брови, нос, глаза, подбородок, рот – части лица, которые выражают основные человеческие эмоции. Причем легче всего распознаются положительные эмоции – радость, удивление, а труднее – отрицательные – гнев, отвращение, печаль.

Жесты при общении несут много информации, в языке жестов есть свои слова, как в вербальном языке.

**Условия создания психологического комфорта при общении:**

1. Проявляйте искренний интерес и уважение к личности собеседника.
2. Обращайтесь к человеку по имени и отчеству.
3. Будьте позитивны, открыты и доброжелательны.
4. Постарайтесь понять круг интересов собеседника. Ведите беседу с учетом его индивидуальных особенностей, вкусов, желаний. Говорите с человеком на понятном ему языке.
5. Будьте терпимы к чужому мнению. Не осуждайте других людей, а постарайтесь понять мотивы, побуждающие их поступать именно так. Не допускайте критики.
6. Умейте поставить себя на место другого, чтобы понять его.
7. Будьте внимательным слушателем, дайте человеку высказаться.
8. Указывая на очередные ошибки собеседника, начинайте разговор с подчеркивания положительных качеств. Делайте акцент на фактах, а не на личностных особенностях.
9. Никогда не критикуйте человека при посторонних, чтобы не унизить его самолюбия.

**Общение в сестринском деле**

Общение – это все способы поведения, которые человек использует сознательно или бессознательно, для воздействия на другого человека при помощи устной и письменной речи, жестов, мимики и символов.

Информация, которая идёт от отправителя к получателю, доходит лишь в 20% объёме. Есть определённые законы, которые приводят к потере информации (интеллект человека, его активный словарь, объём памяти и наличие коммуникативных барьеров). Для того, чтобы человек захотел понять и запомнить информацию, он должен испытывать интерес к ней и потребность её воспринять. Должна быть определённая концентрация внимания. Также должна быть соответствующая организация времени и места общения. Для того, чтобы общение было эффективным (т.е. сообщение было понято и принято) необходимо учитывать все составляющие элементы эффективного общения, их всего 5.

1. отправитель - кто передаёт информацию
2. сообщение - посылаемая информация
3. канал - форма отправки сообщения (устная, письменная речь, неречевой метод: мимика, жесты, поза)
4. получатель - кому посылается сообщение
5. подтверждение - способ, с помощью которого уведомляют отправителя, что сообщение получено.



**Что может помочь эффективному общению в системе**

 **сестра и пациент**

**а) Устное общение**

1. Сестра должна говорить медленно, с чистым произношением, простыми короткими фразами.
2. Не надо злоупотреблять специальной терминологией (вызывает непонимание и раздражение).
3. Надо выбрать оптимальную скорость и темп речи
4. Правильно выбирать время и место общения
5. Не надо начинать беседу сразу же после того, как врач (посетитель) сообщил пациенту информацию о неблагоприятном исходе заболевания (о проблемах в семье), в этот момент можно лишь морально поддержать пациента.
6. Надо следить за интонацией голоса и убедиться, что она соответствует информации (хорошее сообщение с радостью)
7. Надо выбрать нужную громкость голоса
8. Надо убедиться в том, что человек понял информацию, используют обратную связь ("Я очень хочу убедиться, что вы меня правильно поняли)
* показать свою заинтересованность в делах пациента
* создать видимость, что вы проверяете себя, а не его.

Б) Письменное общение

В сестринском деле используют следующие случаи:

* написание заметок
* написание инструкций
* при общении глухонемыми
* при общении медсестры с врачом

**Что способствует эффективному письменному общению**

 **в системе сестра - пациент**

1. Убедиться, что человек знает язык на котором написано сообщение.
2. Писать аккуратно (если надо прописными буквами)
3. Выбирать правильный размер и цвет букв (зеленый - расслабляет и отвлекает сообщение, красный - раздражает, синий, фиолетовый, серый, чёрный - внимательное чтение).
4. Убедиться, что в сообщение включена вся необходимая информация
5. Писать надо грамотно
6. Обязательно надо подписать сообщение
7. Надо тактично убедиться, что пациент умеет читать.
8. Надо убедиться, что пациент видит и понимает написанное.
9. Для пациентов не умеющих читать надо рисовать картинки, схемы, т.е. использовать символы (например, рисовать телефон, чашку, стакан).
10. Надо точно указывать время (утро, вечер)
11. Надо выбирать простые слова.

Использование медицинской сестрой невербального канала общения

При помощи этого канала передаётся 70% информации. Невербальные средства общения дополняют, усиливают, а иногда и заменяют устную речь. Если невербальные средства не будут соответствовать произносимым словам, то эффект от сообщения будет разрушен и нарушаются доверительные отношения. Жесты: человек постоянно использует большое количество жестов (и не только в процессе общения). Условно все жесты можно разделить на позитивные и негативные.

Позитивные жесты:

* раскрытие руки ладонью вверх - дружелюбие, открытость, желание сотрудничать;
* манипуляции с очками (медленно снять очки и протереть) стекла, даже если этого не требуется (пауза для размышления);
* почесывание подбородка, переносицы - процесс принятия решения; -манипуляция с предметами (прикусить зубами кончик какого-либо предмета: дужку очков, карандаш) требуется дополнительная информация;
* потирание уха, глаза - обдумывание ответа, желание высказаться;
* подпереть щеку сжатыми в кулак пальцами, указательный палец упирается в висок - оценка и заинтересованность;
* наклоненная набок голова - интерес;
* прищуривание глаз - поиски решения;
* устойчивый визуальный контакт с собеседником - открытость;
* обе руки лежат на коленях или держатся за боковые края стула, наклон корпуса вперед - готовность к действиям.

Негативные жесты:

- руки скрещены на груди - оборонительная реакция;

* большой палец поддерживает подбородок, а указательный направлен вертикально к виску - негативное или критическое отношение к сообщению или к собеседнику;
* пальцы сцеплены в замок - закрытость для общения;
* руки на бедрах - агрессия;
* прикрывает рот рукой или дотрагивается до кончика носа - говорит неправду или чувствует, что Вы говорите неправду;
* поправляет часы, проверяет сумочку, кошелек - частичный барьер для восстановления эмоциональной безопасности (при неуверенности, взволнованности);
* сбор несуществующих ворсинок - не согласен с мнением других, но не решается высказать свою точку зрения;
* ноги (все тело) обращены к выходу - желание закончить беседу;
* преувеличенно внимательная манипуляция каким-либо предметом (ручкой), отстукивание
* им каждого слова - раздражение;
* взгляд в сторону - подозрение и сомнение;
* наклон головы вниз - отрицательное, осуждающее отношение;
* пальцы во рту - внутренняя потребность в одобрении и поддержке.

Но нужно помнить, что не всегда эти жесты трактуются однозначно. Может пациент просто замерз и поэтому скрестил руки на груди, а вовсе не из-за того, что не хочет с Вами общаться.

Средства общения в работе медицинской сестры делятся на две группы:

терапевтические и нетерапевтические.

**Терапевтические средства общения:**

1. Пристальное описание. Вам следует научиться искусству мелких знаков внимания к больному. Когда Вы называете его по имени и отчеству, это уже первый знак. Когда Вы знаете, на каком боку ему больно спать и какую газету он любит читать, как зовут его любимую и непутевую внучку или невестку, что его радует и печалит, когда Вы можете расшевелить его, развеселить, порадовать - Вы уже мастер своего дела. Попробуйте для моряка найти фотографию моря, а для бабушки, прожившей всю жизнь в Туле - фотографию старой Тулы, и Вы поймете цену мелочей".
2. Терапевтическое прикосновение. Медсестры часто используют прикосновения, чтобы утешить ушедшего в себя, подавленного пациента, хоть как-то достучаться до него. Часто бывает, что теплое человеческое прикосновение - единственная связь с миром, остающаяся у тяжелобольного. Прикосновения могут не только сообщать о моральной и личной поддержке, но и физически стимулировать или успокаивать пациента.
3. Контакт глаз. Что же такое контакт глаз? Вы смотрите прямо в глаза другому человеку. Большинство людей не осознает, насколько это решающий фактор. Пробовали ли Вы когда-нибудь поговорить с человеком, который упорно отворачивается, избегая смотреть Вам в лицо? Это трудно и очень резко влияет на наше отношение к нему. Контакт глаз должен нести только положительные эмоции. Нам нравятся люди с открытым и дружелюбным взглядом, искренней улыбкой, доброжелательным и дружественным выражением лица, с преимущественно низким голосом.

**Нетерапевтические средства общения:**

* Избирательное или невнимательное выслушивание.
* Констатированное заключение.
* Безличное отношение.
* Неоправданное доверие.
* Стойкое или испуганное молчание.
* Фальшивое успокаивание.
* Морализирование.
* Критика, насмешка, угроза.

ДЕСЯТЬ "ДА" ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБЩЕНИЯ

1 .Обращайтесь к пациенту по имени-отчеству и на «Вы».

1. Начинайте беседу с указания Вашего имени- отчества и должности.
2. Смотрите пациенту в глаза на одном уровне, улыбайтесь; если пациент лежит, присядьте на стул, стоящий рядом.
3. Обеспечьте конфиденциальность Вашей беседы. Помните, что конфиденциальность является условием создания доверительных отношений с пациентом.
4. Поощряйте вопросы Вашего пациента.
5. Говорите неторопливо, доходчиво, пользуйтесь исключительно положительной интонацией Вашего голоса.
6. Соблюдайте принципы эффективного умения слушать.
7. Проявляйте мастерство общения мед. сестры с пациентом.
8. Проявляйте непрерывную инициативу в создании психологического микроклимата при общении с пациентом.
9. Будьте естественны при разговоре, создайте атмосферу взаимопонимания доверия.

10 "НЕТ" ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБЩЕНИЯ

1. Не следует принимать неточные ответы, повторите вопрос.
2. Не раздражайтесь, если приходится несколько раз повторять один и тот же вопрос.
3. Не всегда можно ожидать блестяще выполненное задание после Ваших инструкций.
4. Не нагружайте больного слишком большой ответственностью.
5. Не требуйте точной идентификации имен мед. персонала, названий предметов или лекарств.
6. Не оценивайте поведение больного, как личное отношение к Вам.
7. Не ругайтесь и не спорьте с пациентами.
8. Говорите с пациентами конкретно - не давайте им возможность большого выбора.
9. Не показывайте своих чувств, особенно если расстроены.
10. Не повышайте голоса!

Рекомендации медсестре по общению с пациентом.

Существуют правила эффективного общения, применение которых помогает установить взаимоотношения между медицинским работником и пациентом. Поддержать атмосферу доверия и сотрудничества, создать и сохранить спокойную, уважительную и доброжелательную атмосферу медицинская сестра сможет с помощью нескольких приемов:

1. «Имя собственное». Беседу с пациентом начинают, назвав свое имя и отчество, должность и цель беседы. К пациенту также обращаются по имени и отчеству (если этого требует возраст) и на «вы», что способствует утверждению человека как личности, вызывает у него чувство удовлетворения и сопровождается положительными эмоциями. На «ты» можно переходить, только если пациент сам предложит это.
2. «Комфортная обстановка». Беседу с пациентом проводят, по возможности обеспечив ему удобное место, учитывая освещение, наличие шума, мебель, помещение, присутствие посторонних и т.д. Необходимо помнить о межличностной дистанции, расположиться так, чтобы лицо находилось на одном уровне с лицом пациента. Обязательно напоминают пациенту о конфиденциальности беседы.
3. «Зеркало отношений». Прием состоит в доброй улыбке и приятном выражении лица, свидетельствующем, что «я — ваш друг». У пациента возникают чувство защищенности и, как следствие, положительные эмоции. Следует быть открытым, доброжелательным, позитивным и приветливым. Не следует быть фамильярным в беседе, разговаривать свысока или пренебрежительно.
4. «Построение беседы». Разговор с пациентом начинают с подчеркивания его достоинств и положительных достижений в устранении проблемы со здоровьем. Нежелательно начинать беседу со сложной для пациента темы. К наиболее волнующим и щепетильным вопросам подходят постепенно. Терпеливо и внимательно выслушивают проблемы пациента. Следует, уточняя подробности, поддерживать разговор в нужном направлении. Это приводит к удовлетворению одной из самых важных потребностей любого человека — потребности в самоутверждении, что ведет к образованию положительных эмоций и создает доверительное отношение пациента.
5. «Золотые слова». Прием заключается в высказывании комплиментов, способствующих эффекту внушения. Следует увидеть, понять и оценить достоинства человека, с которым ведется беседа. Это выражают словами одобрения и похвалы. Тем самым происходит как бы «заочное» удовлетворение потребности пациента в совершенствовании, что также ведет к образованию у него положительных эмоций и обусловливает расположенность к медицинскому работнику.
6. «Риторические способности». Говорить следует четко, неторопливо, доходчиво, с максимальным проявлением дружелюбия (без заискивания), проверяя, правильно ли понимает сказанное собеседник. Нужно стараться вести беседу с учетом индивидуальных возрастных и личностных особенностей, вкусов и желаний пациента. В разговоре нужно выдерживать паузу: это дает возможность понаблюдать за пациентом и собраться с мыслями и ему, и медицинскому работнику. Ответы пациента сопровождают мимикой утверждения или кратким «да». При неточном ответе на вопрос его повторяют или формулируют по-другому.
7. «Профессиональная тишина». В разговоре с пациентом избегают употребления медицинских терминов. Информируют пациента о лечебных мероприятиях и ожидаемых результатах в пределах профессиональной компетенции. Не требуют от пациента точного названия предметов ухода и лекарств, при необходимости просят просто показать их. Не следует ждать, что пациент запомнит имена сотрудников, номера кабинетов. Если в этом есть необходимость, то информацию излагают на бумаге и оставляют пациенту. Нельзя создавать у пациента чувство вины за неточное исполнение инструкций или рекомендаций. По возможности ему дают четкие и конкретные советы и рекомендации.
8. «Взаимное понимание». В конце беседы уточняют, не возникло ли смыслового барьера.

Искусство общения, знание психологических особенностей и применение психологических методов крайне необходимы специалистам, работа которых предполагает постоянные контакты типа «человек —человек». Умение строить отношения с людьми, находить подход к ним, расположить их к себе особенно необходимо медицинским работникам. Это умение лежит в основе жизненного и профессионального успеха. Важны и природные способности, и образование.

Как сделать эффективным невербальное общение

(Рекомендации для медицинской сестры)

1. При интерпретации невербальных сигналов, исходящих от пациента надо учитывать следующие факторы:
* во внимание надо брать всю совокупность жестов;
* совпадение вербальных и невербальных сигналов;
* конкретную ситуацию, в которой проявляются жесты;
* возраст (дети более откровенны в выражении жестов, взрослые их маскируют);
* социальный статус, словарный запас (чем выше, тем беднее жесты);
* профессия (адвокаты, политики, актеры владеют жестами).
1. Избегайте использовать негативные жесты, чаще используйте позитивные.
2. Старайтесь при беседе с пациентом обеспечить контакт глазами, важно чтобы они находились на одном уровне. Если Вы будете смотреть на пациента сверху вниз, то у него может появиться мысль, что ему навязывают мнение (сядьте на стул, опустите на корточки, если это ребенок).
3. Общение будет эффективным, если Вы уважительно относитесь к личной, интимной и сверхинтимной зонам.
4. Для установления полного взаимопонимания с пациентом используйте прием отзеркаливания, скопируйте его позу.
5. Если пациент использует руку в качестве барьера, необходимо разрушить его (например, дайте ему в руки книгу, ручку).

Таким образом, можно сделать выводы, что владение техникой профессионального общения может служить эффективным средством помощи людям в адаптации к жизни в связи изменениями в состоянии их здоровья.

**Типы медицинских сестер**

 Венгерский психолог И.Харди обратил внимание на особенности различных типов медицинских сестер, с тем чтобы помочь специалистам увидеть себя со стороны.

**Медицинская сестра робот.**Большинство медицинских сестер относятся к этому типу. Характерной чертой таких сестер является механическое исполнение своих обязанностей. Они выполняют порученные задания с необыкновенной тщательностью, скрупулезностью, ловкостью и умением. Однако действуя строго по инструкции, такие медицинские сестры не вкладывают в свою работу душу, работают подобно автомату, воспринимают пациента как необходимое приложение в инструкции по его обслуживанию. Их взаимоотношения с больным лишены эмоционального сочувствия и сопереживания. Именно такая медицинская сестра способна разбудить спящего больного, чтобы в назначенное время дать ему снотворное.

**Медицинская сестра, играющая заученную роль.**Поведение такой медицинской сестры отличается неестественностью, наигранностью. Она как бы исполняет заученную роль, стремясь к осуществлению определенного идеала. Такая медицинская сестра начинает играть роль благодетельницы. Ее поведение становится искусственным, показным. Неестественность в общении мешает ей устанавливать контакты с людьми, поэтому такая медицинская сестра должна сама пройти курс коррекции неадаптивной формы своего профессионального поведения, четко определить профессиональные цели, выработать адекватный стиль общения с пациентом.

**«Нервная» медицинская сестра.**Эмоционально неустойчивая, вспыльчивая, раздражительная сестра склонна к обсуждению личных проблем, что может явиться серьезной помехой в успешной работе с пациентами. Часто можно видеть хмурую с обидой на лице медицинскую сестру среди ни в чем не повинных пациентов. В лечебном учреждении не должно быть медицинских сестер с таким типом непрофессионального поведения. Это свидетельствует о некачественном профессиональном отборе кадров, огрехах в работе администрации. «Нервная» медицинская сестра —это патологическая личность либо человек, страдающий неврозом.

**Медицинская сестра с мужеподобной, сильной личностью.**Больные уже издали узнают ее по походке или зычному голосу, побыстрее стараются привести в порядок свои тумбочки и кровати, убрать лишние вещи. Такую медицинскую сестру отличает настойчивость, решительность, возмущение по поводу малейшего беспорядка. В благоприятных случаях медицинская сестра с такой личностью может стать прекрасным организатором, хорошим педагогом. При недостатке культуры, образованности, более низком уровне развития медицинская сестра слишком негибка, часто груба и даже агрессивна с пациентами.

**Медицинская сестра материнского типа.**Такая медицинская сестра выполняет свою работу с максимальной заботой и сочувствием к пациентам. Работа для таких медицинских сестер — неотъемлемое условие жизни. Забота о пациентах является жизненным призванием. Часто личная жизнь таких медицинских сестер пронизана заботой о других, любовью к людям.

**Медицинская сестра-специалист.**Такие медицинские сестры благодаря какому-то особому свойству личности проявляют любознательность в определенной сфере профессиональной деятельности и получают специальное назначение. Иногда такие медицинские сестры - фанатики своей узкой деятельности, не способные ни на что, кроме выполнения этой работы, ничем кроме нее не интересующиеся.