**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

**«ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СКРИПТОВ ПРИ ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ СО СРЕДНИМ СПЕЦИАЛЬНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ»**

1. **ВВЕДЕНИЕ**

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

В процессе коммуникаций медицинский работник решает множество задач: получает от пациента информацию о его самочувствии, дает указания и разъяснения по вопросам лечения заболевания, проводит просветительскую работу, оказывает психологическую поддержку и т.д. Не всегда подобное общение проходит легко, без проблем и конфликтов. Далеко не всегда медицинскому работнику удается добиться желаемого результата от пациента.

Для отработки навыков коммуникаций в профессиональной деятельности эффективной методикой является использование скриптов.

В буквальном переводе с английского языка слово «скрипт» означает «сценарий». С точки зрения коммуникативной сферы в медицине, скрипт – это пошаговый алгоритм ведения диалога с пациентом, используемый в лечебно-диагностическом процессе. Это сценарии разговора с пациентом в разных ситуациях. В создании скриптов лежит идея технологизации искусства общения с пациентами и уменьшение влияния человеческого фактора. И, как следствие, повышение эффективности и результативности каждого контакта, снижение временных и прочих затрат.

Скрипт – это заранее продуманная и подготовленная схема разговора с пациентом, последовательность вопросов/предложений медицинского работника и возможных вариантов ответов пациента. Данная схема должна предусматривать и учитывать различные сценарии поведения пациента, начиная с момента приветствия и заканчивая выполнением целевого действия.

Цель скрипта – повышение вероятности запланированного целевого действия пациента. Под целевым действием следует понимать конкретный, однозначно измеримый результат, которым должен закончиться данный контакт с пациентом.

Скрипт имеет определенную конструктивную основу – своеобразный «скелет». На этой основе базируются готовые речевые модули медицинского работника и пациента, которые составляются с учетом не только медицинских, но и психологических знаний.

Основные этапы создания скрипта можно представить следующим образом:

‪определить основные элементы разговора:

установить контакт с пациентом;

выяснить потребности пациента;

изложить необходимую информацию;

провести работу с возражениями/вопросами;

завершить контакт.

‪При составлении скриптов необходимо продумать различные варианты реакций пациента на каждый из элементов беседы.

‪‬На каждую реакцию клиента прописать речевой модуль (ответ) медицинского работника.

1. **ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ**

**Скрипты** — это сценарии разговора с пациентом в разных ситуациях (речевой модуль)

**Стандартизированный пациент** – человек, тщательно подготовленный симулировать реального пациента настолько точно, что симуляцию не может заметить даже опытный клиницист.

**Симулированный пациент** – специально подготовленный человек, умеющий воспроизводить в симулированных медицинских консультациях различные образы поведения пациентов и рассказывать о своих ощущениях.

**Клиническая задача** – это вид учебного задания, имитирующий ситуации, которые могут возникнуть в реальной действительности.

**Клинический сценарий – это** сценарий, связанный с воспроизведением стандартизированным пациентом жалоб, симптомов, а также поведения и внутреннего состояния, описанных в клинической задаче в условиях, максимально приближенных к реальным.

**Методика «Стандартизированный пациент» -**  это игровой процесс с участием «медработника» и «пациента», позволяющий, с одной стороны, развить практические и коммуникативные навыки, с другой – провести комплексную оценку знаний и умений обучаемого. Преимуществом данной методики является то, что учащийся может реально оценить уровень своей подготовки, выявить пробелы в знаниях и умениях, и вовремя предпринять попытки по их устранению.

1. **СОДЕРЖАНИЕ**

**Коммуникативная компетентность**

В содержании стандартов среднего специального медицинского образования отмечается умение будущих специалистов устанавливать эффективную коммуникацию с пациентом.

Исследование особенностей коммуникативной компетентности, особенно через призму профессиональной деятельности будущего специалиста имеет неоспоримое практическое значение.

Поэтому формирование приемов и методов развития коммуникативных способностей особенно актуально в ходе практико-ориентированного обучения.

**Коммуникация** в широком смысле понимается как общение, передача информации от человека к человеку, как специфическая форма взаимодействия людей в процессе их познавательно-трудовой деятельности.

**Коммуникативная компетентность** — это обобщающее коммуникативное свойство личности, включающее в себя коммуникативные способности, знания, умения и навыки, чувственный и социальный опыт в сфере общения.

Коммуникативная компетентность сегодня рассматривается в качестве основной составляющей в общей профессиональной компетентности.

В ходе оказания медицинской помощи приходится взаимодействовать с самыми разными пациентами, на психологическое состояние которых оказывает влияние то или иное соматическое заболевание, меняющее привычный образ жизни и отношение его к окружающим людям и самому себе.

Следовательно, современный медицинский работник должен уметь выбирать тактику общения, максимально адекватную личностным характеристикам больного человека, его поведение должно точно совпадать с психологическими особенностями каждого нового пациента (Приложение 1).

Коммуникативная компетентность у учащихся медицинского колледжа предполагает не только наличие определенных психологических знаний, но и сформированность некоторых специальных навыков: умения устанавливать контакт, слушать, «читать» невербальный язык коммуникации, строить беседу, формулировать вопросы. Важно также владение собственными эмоциями, способность сохранять уверенность, контролировать свои реакции и поведение в целом. Адекватная коммуникация предполагает правильное понимание пациента и соответствующее реагирование на его поведение (Приложение 2).

**Основные группы коммуникативных навыков**

Существуют три основные группы коммуникативных навыков

Первая группа – «базисные навыки». Это навыки, связанные со способностью:

поддерживать активное внимание,

правильно интерпретировать полученную информацию,

задавать соответствующие вопросы,

принимать пациента как личность, проявлять к нему уважение и

внушать доверие,

быть понятным пациенту,

давать сбалансированную моральную оценку происходящему,

придерживаться этических профессиональных норм.

Вторая группа – «коммуникативные навыки специального характера».

Это навыки взаимодействия с:

некоторыми категориями пациентов (неуверенные, тревожные, недоверчивые, молчаливые, др.);

пациентами в стрессовых ситуациях;

родственниками пациента;

пациентами с психическими расстройствами.

Третья группа – «коммуникативные навыки общего характера».

Эти навыки формируются на основе интеграции базисных и некоторых специальных навыков. Это наиболее значимые и универсальные для медицинской практики психологические умения:

помогать пациенту разрешать жизненные проблемы;

принимать сложные этические решения в ситуациях выбора;

преодолевать конфликтные ситуации;

сообщать неприятную информацию;

побуждать пациента следовать врачебным рекомендациям;

корректировать поведение пациента;

облегчать психологическое состояние пациента.

**Составляющие эффективного общения**

**Общение** – это сложный многоплановый процесс установления контактов между людьми, порождаемый потребностями совместной деятельности.   
 **Общение** – это взаимодействие, осуществляемое с помощью средств речевого и неречевого влияния и преследующее цель достижения изменений в мотивационной, познавательной, эмоционально-волевой и поведенческой сферах, участвующих в общении людей.

Составляющие эффективного общения:

навыки общения,

коммуникативные приемы,

личностные особенности,

психосоматические факторы.

Навыки общения – вербальные и невербальные.

Вербальные навыки:

искусство активного слушания – помогает установить контакт и расположить к себе собеседника;

искусство задавать вопросы – это способность получать информацию, задавая вопросы (Приложение 3);

искусство реагирования – грамотное реагирование на эмоциональное состояние собеседника (Приложение 4).

Невербальные навыки:

зрительный контакт – установление зрительного контакта является важнейшим навыком, способствующим эффективной коммуникации;

личностное пространство – комфортная дистанция для собеседников;

мимика – выражение лица, отражение эмоций, чувств и отношения к собеседнику;

жесты – телодвижения (особенно движения руками), сопровождающие речь для усиления ее выразительности;

паралингвистические средства общения – тембр речи, ее темп и громкость, интонация, дополняющие смысловое содержание слов.

**Приемы реагирования**

Описываемые здесь реакции охватывают четыре вида умений и навыков. Они несложны, но использование их в беседе требует осторожности. Слишком частое использование приемов реагирования может свести беседу к неестественному диалогу, ориентированному только на медицинского работника (Приложение 4).

1. Отражение или повторение ключевых слов. Повторение важного ключевого слова, сказанного собеседником, позволяет последнему услышать то, что он произнес. Это должно помочь человеку лучше понять основные проблемы.
2. Перефразирование. Это расширенный вариант отражения. Медицинский работник может повторить мысль или тему в нескольких словах, обычно перемешивая собственные слова со словами, произнесенными пациентом. Перефразирование обобщает сказанное и обращает внимание на основную мысль того, что было произнесено. Основано на активном умении медицинского работника слушать. Диалог, ориентированный на пациента дает возможность пациенту подумать, высказаться, прояснить и подтвердить свои мысли.
3. Выяснение. Очень важно убедиться, что вы поняли смысл сказанного, особенно если тема сложна для понимания. Выяснение включает методы повторения и перефразирования, но означает повторный вопрос к пациенту.
4. Резюмирование. Включает в себя и повторение сказанного, и перефразирование, и выяснение. Оно обобщает основные темы и содержание диалога в конце беседы. Медицинский работник резюмирует сказанное, сделанные выводы или поставленные цели. При этом напоминаются основные темы.

**Правила построения беседы с пациентом**

1. Создайте благоприятный фон для беседы;
2. Соберите как можно больше информации о пациенте;
3. Проявляйте эмпатию к собеседнику;
4. Применяйте методы обратной связи, уточняя, правильно ли вы поняли собеседника: «Правильно ли я вас понял?», «Остановитесь на этом подробнее»;
5. Следите за своими невербальными проявлениями и собеседника;
6. Создайте убедительный имидж;
7. Безоценочное отношение к пациенту;
8. Желая переубедить собеседника, начинайте не с разделяющих вас моментов, а с того, в чем вы согласны с ним.

**Возрастные особенности общения с пациентом**

Для эффективного общения необходимо учитывать особенности психологическо­го отражения своего состояния пациентами разного возраста и осуществлять соответствующую им деонтологическую тактику общения.

Для детей дошкольного возраста характерно:

отсутствие осознания болезни в целом;

неумение формулировать жалобы;

сильные эмоциональные реакции на отдельные симптомы бо­лезни;

восприятие лечебных и диагностических процедур как устра­шающих мероприятий;

усиление дефектов характера, воспитания ребенка в период болезни;

чувство страха, тоски, одиночества в стенах лечебного учреждения, вдали от родителей.

Деонтологическая тактика – эмоциональное теплое отноше­ние, отвлечение от болезни, организация нешумных игр, чтение, проведе­ние процедур с уговорами, профессиональное обращение с род­ственниками больного ребенка.

Для подростков характерно:

преобладание психологической доминанты возраста – «при­тязание на взрослость»;

бравада как форма само­защиты при внутренней психологической ранимости;

пренебрежи­тельное отношение к болезни, факторам риска.

Деонтологическая тактика – общение с учетом возрастных психологических особенностей, опоры на самостоятельность, взрослость подростка.

При работе с пациентами трудоспособного возраста необходимо, прежде всего, познать личность пациента и ее индивидуальность. Выяснить отношение к болезни, медперсоналу, позицию на взаимодействие пациента с медперсоналом.

Деонтологическая тактика – ориентация на трудовую и социальную реабилитацию. Выбор тактики общения проводить в зависимости от внутренней картины болезни, проведение коррекции неадекватных установок, психотерапию тревожно-мнитель­ных пациентов.

Для пациентов пожилого и старческого возраста характерно:

психологическая доминанта возраста – «уходящая жизнь», «приближение смерти»;

чувства тоски, одиночества, нарастающая беспомощность;

возрастные изменения: снижение слуха, зрения, памяти, суже­ние интересов, повышенная обидчивость, ранимость, снижение воз­можности самообслуживания;

интерпретация болезни только че­рез возраст, отсутствие мотивации к лечению и выздоровлению.

Деонтологическая тактика – поддержание у пациента ощущения собственной значимости; подчеркнуто уважительное, тактическое, деликатное отношение, без фамильярности, приказного тона, нравоучений; ориентация на двигательную активность; мотивация на выздоровление.

**Предупреждение конфликтных ситуаций**

Не всегда общение проходит легко, без проблем и конфликтов. Далеко не всегда медицинскому работнику удается добиться желаемого результата от пациента. В ряде случаев в ходе общения возникают барьеры, приводящие к развитию конфликтных ситуаций.

Коммуникативный барьер – это психологическое препятствие на пути адекватной передачи информации между партнерами по общению.

Можно говорить о существовании барьеров: понимания, барьеров социально-культурного различия, барьеров отношения.

Барьер понимания:

фонетическое непонимание (погрешности в самом канале передачи информации);

семантическое непонимание (связано с различиями в системах значений);

стилистическое непонимание (возникает при несоответствии стиля речи и ситуации общения или стиля речи и актуального психологического состояния);

логическое непонимание (возникает в тех случаях, когда логика рассуждения либо слишком сложна для восприятия, либо кажется ему неверной).

Барьер социально-культурного различия:

этот вид барьера включает в себя социальные, политические различия, которые приводят к разной интерпретации тех или иных понятий, употребляемых в процессе коммуникации.

Барьер отношения:

это чисто психологический феномен, возникающий в процессе общения. Речь идет о возникновении чувства неприязни, недоверия, которое распространяется и на передаваемую информацию. Барьеры отношения могут сделать невозможным установление между медицинским работником и пациентом терапевтического сотрудничества.

В подобных ситуациях большую помощь фельдшеру-акушеру, помощнику врача по амбулаторно-поликлинической помощи или медицинской сестре может оказать умение составлять и применять скрипты ведения беседы с пациентом.

**Примеры ситуаций, складывающихся в процессе общения**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Характеристика высказывания | Как обычно высказывается человек, хорошо владеющий навыками общения | Примеры правильной формулировки высказываний |
| Просьба | Прямое высказывание просьбы в вежливой форме без каких бы то ни было колебаний, смущения и извинения | «Был бы искренне признателен, если бы Вы помогли мне решить этот вопрос» |
| Отказ в просьбе, обращенной лично к Вам | Прямое, недвусмысленное высказывание, содержащее вежливый, аргументированный отказ | «Искренне сожалею, но не смогу выполнить Вашу просьбу по причине того, что…» |
| Одобрение, комплимент | Прямое, искреннее высказывание с добрыми чувствами и улыбкой на лице, свидетельствующей о положительном отношении к данному человеку или совершенному им поступку | «Мне нравится Ваш поступок».  «Я Вами восхищен».  «Мне в Вас особенно нравится…» |
| Осуждение поступка, критика или неодобрение | Прямое недвусмысленное, но вежливое заявление, определенно указывающее на то, что Вы не одобряете поступок | «Не могу, к сожалению, согласиться с Вами».  «Я не одобряю Ваш поступок и не делаю это по той причине, что…» |
| Выражение понимания позиции другого человека, но без ее одобрения и принятия | Высказывание, в котором выражено понимание позиции другого, признание за ними права придерживаться ее, но без принятия и одобрения ее как правильной | «Мне понятна Ваша позиция, в ней есть своя логика».  «Я могу понять, почему Вы так поступили, но согласиться с этим не могу, поэтому намерен Вас критиковать» |
| Обращение с просьбой высказать свое мнение | Открытое прямое высказывание, содержащее просьбу высказать свое мнение, не скрывая своей позиции и отношения к обсуждаемому вопросу | «Хотел бы знать, что лично Вы думаете по данному вопросу» |

**Использование скриптов**

Скрипт имеет определенную конструктивную основу – своеобразный «скелет». На этой основе базируются готовые речевые модули медицинского работника и пациента, которые составляются с учетом не только медицинских, но и психологических знаний. В скриптах используются стандартные фразы, описаны ситуации по решению конфликтов при общении и алгоритм работы с новым и постоянным пациентом. Это немаловажно, ведь от первого впечатления зависит, как будет проходить взаимодействие пациента с медработником и его удовлетворенность результатами лечения. Чтобы избежать ошибок можно и нужно использовать скрипты. Но для того, чтобы скрипты давали результаты, их нужно не только грамотно составлять, но и грамотно применять.

Скрипт — это шаблон или стандартный образец, который необходимо адаптировать под вашу организацию. Скрипты позволяют повысить качество отработки возражений пациента и грамотно нейтрализовать его негатив, что непосредственным образом влияет на имидж, как самого медицинского работника, так и  учреждения здравоохранения.

При самостоятельном составлении скриптов следует рассчитать «путь» пациента от первого обращения в учреждение здравоохранения до момента выздоровления. Особое внимание следует уделять возможным конфликтным ситуациям с пациентами. Обязательно включите в скрипты фразы, которые можно и нельзя использовать.

«Свойство – преимущество – выгода» (СПВ). Это один из самых важных навыков в коммуникации с пациентами - разговаривать с больным на языке выгод. Сущность его состоит в том, чтобы соблазнять пациента не свойствами, не описанием деталей лечения, а именно выгодами той или иной схемы терапии. Язык выгод очень ­эффективен, если медработник правильно его использует.

Например, назначение лекарственной терапии обычно происходит в конце визита. Для повышения эффективности назначения разбиваем этот процесс на несколько этапов:

четко и разборчиво произнести название препарата;

коротко и доступно объяснить его характеристики (свойства), избегая сложных медицинских терминов и сленга;

выделить основное преимущество лекарства, используя при этом следующие фразы:

что позволит вам…,

что даст вам возможность…,

что означает для вас … .

Необходимо представить конкретную и  понятную выгоду для конкретного пациента, написав разборчиво на бланке название препарата с  указанием способа его приема. **Важны не препарат, услуга или обследование, а решение проблем пациента!**

Для эффективной коммуникации и общения с пациентами очень важно проработать предварительно 7-10 наиболее часто встречающихся ситуаций, связанных с возражениями, и подготовить алгоритм ответов на них**.**

Основные этапы создания скрипта можно представить следующим образом:

1. Определить основные элементы разговора:

установление контакта с пациентом;

выяснение потребностей пациента;

изложение необходимой информации;

работа с возражениями/вопросами;

завершение контакта.

2.Продумать различные варианты реакций пациента на каждый из элементов беседы.

3.На каждую реакцию клиента прописать речевой модуль (ответ) медицинского работника.

|  |  |
| --- | --- |
| Этап | Варианты фраз |
| Сбор информации о пациенте | *Паспортная часть:* Здравствуйте, как Вас зовут? Сколько Вам лет?  *Анамнез заболевания:*Когда впервые Вы заболели? Какие у Вас жалобы? С чем связываете начало заболевания? Когда Вы стали ощущать ухудшение? Что Вы предпринимали, для улучшения Вашего состояния? Это Ваше первичное или повторное обращение?  *Анамнез жизни:*Какими инфекционными заболевания Вы болели в детском возрасте и какими в последующее время? Какие операции или травмы были в детском возрасте и в последующее время?  Вы курите? Если да, то: Сколько сигарет Вы выкуриваете в сутки? Употребляете ли Вы алкогольные напитки? Сколько раз (в неделю, в день), в каком количестве?  *Семейный анамнез:* Ваши родственники страдали онкологическими и кардиологическими заболеваниями, (стенокардия, артериальная гипертензия и т.д.), язва желудка и двенадцатиперстной кишки, сахарным диабетом, психическими заболеваниями, и имелись ли у ваших родственников генетические заболевания?  *Бытовой анамнез:* Где Вы проживаете? Ваше жилье благоустроенно? С кем Вы проживаете? Все ли благополучно в Ваших отношениях с родственниками?  *Трудовой анамнез:* Где вы работаете? Ваша работа связана с вредными условиями труда? Влияют ли на Вас факторы производственной среды? Какие средства индивидуальной защиты Вы используете? Связываете ли Вы ухудшение своего состояния с действием вредных факторов?  *Аллергологический анамнез:* Есть ли у Вас аллергические реакции? Как проявлялась аллергическая реакция? Дополнительно можно спросить в зависимости от ответа на первых три вопроса. На какие пищевые продукты вы отмечали аллергические реакции? На какую группу лекарственных средств (конкретный препарат) отмечали аллергическую реакцию? |
| Информирование пациента и получение согласия | Для эффективного лечения необходимо обеспечить введение лекарственных препаратов (по назначению врача)  При соблюдении назначения врача ваше состояние улучшится.  Вы готовы выполнять все назначения врача?  Какой путь введения лекарственных средств Вы предпочитаете (наиболее эффективный)?  Вы видите, что прием слабительных препаратов в твердой форме не эффективны, опорожнение кишечника не наступает, поэтому врач назначил очистительную клизму, Вы согласны?  После постановки очистительной клизмы эффект наступит ориентировочно через 15-30 мин. |
| Мониторинг и оценка динамики состояния пациента | Сегодня Вам необходимо сменить постельное белье, Вы не возражаете?  Вы согласны на в/в капельное введение лекарственного препарата для уменьшения интоксикации, снижения температуры тела?   |  |  | | --- | --- | | Врач вам назначил катетеризацию мочевого пузыря, Вы знаете, как к ней подготовиться? |  |   Доброе утро, как Вы себя чувствуете сейчас? Головокружение по утрам прекратилось?  У Вас улучшился аппетит?  Сейчас я постараюсь Вам помочь, только сначала мне надо осмотреть Вас и задать несколько вопросов.  Обратите внимание, что артериальное давление у Вас в пределах нормы в течение последних трех суток, вам необходимо продолжать принимать препарат назначенный врачом, Вы согласны?  Давайте уточним некоторую информацию о вашем самочувствии?  Могу ли я пригласить ваших родственников для беседы? |
| Корректировка и уточнение дальнейших действий | Есть ли у Вас какие-нибудь пожелания, для улучшения пребывания пациента в стационаре?  Могу ли я Вам помочь в общении с инструктором ЛФК? Вам нужна его помощь в реабилитации после полученной травмы.  Есть ли у Вас какие-нибудь пожелания, для улучшения пребывания пациента в стационаре? |

Таблица 1

1. **ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ**

Таким образом, скрипты в сфере медицинского общения – это заранее продуманные и подготовленные схемы разговора с пациентом, последовательность вопросов/предложений медицинского работника и возможных вариантов ответов пациента. Данная схема должна предусматривать и учитывать различные сценарии поведения пациента, начиная с момента приветствия и заканчивая выполнением целевого действия.

Составление скриптов, как метод обучения будущих медицинских работников, нацелено на формирование их коммуникативных качеств, необходимых для общения с пациентами. Скрипты позволяют медицинскому работнику быстро сориентироваться, в каком направлении вести разговор с пациентом, быть готовым к любому ответу или вопросу собеседника.

Заранее проработанные схемы ведения разговора повышают уверенность медицинского работника в общении с пациентами, его эмоциональную устойчивость в ключевые моменты беседы.

В процессе общения с пациентом медицинский работник решает множество задач: получает от пациента информацию о его самочувствии, дает указания и разъяснения по вопросам лечения заболеваний, проводит просветительскую работу, оказывает психологическую поддержку.

Исследование особенностей коммуникативной компетентности, особенно через призму профессиональной деятельности будущего специалиста, имеет неоспоримое практическое значение. Для мониторинга следует использовать психодиагностические методики, направленные на выявление различных сторон коммуникативного потенциала личности (Приложение 5).

**ПРИЛОЖЕНИЕ 1**

**Ситуации коммуникативного вмешательства**

1. Работа с семьей пациента:

обсуждение с пациентом и его семьей наиболее подходящих способов вмешательства;

обучение родственников пациента элементам ухода;

обучение пациента в процессе наблюдения за поведением других людей;

мотивация пациента на решение проблем для улучшения собственного здоровья;

беседы с пациентом и его семьей о пользе здорового образа жизни.

1. Работа с пациентом:

обеспечение защиты от угроз и факторов, вызывающих стресс;

поощрение позитивных привычек;

контроль и ограничение неадекватного поведения;

психологическая поддержка;

внушение пациенту веры в свои силы;

стимулирование к положительным изменениям в поведении;

устранение раздражителя.

**ПРИЛОЖЕНИЕ 2**

**Коммуникативные приемы**

1. Инструктаж

«Я Вам покажу, как это делать»

«Будет правильным, если Вы…»

«Вам следует…»

«Чтобы манипуляция была эффективна, Вам нужно…»

1. Аргументация

«Если Вы не будете придерживаться рекомендаций врача, то…»

«Ваши правильные действия помогут…»

«Несоблюдение моих рекомендаций может привести…»

1. Проявление искреннего интереса

«Как вы сегодня себя чувствуете?»

«Есть ли у Вас возможность для…»

«Расскажите пожалуйста, о…»

«Мне важно знать о…»

«Давайте вместе подумаем, как поступить в этой ситуации»

1. Убеждение, изменение мнения пациента

«Я Вас убедила в том, что…?»

«Ваши опасения развеются, когда я…»

«Теперь у Вас есть сомнения в…?»

«Несоблюдение назначений врача может привести к…»

«Лучшим выбором для Вас будет…»

1. Сочувствие, сопереживание

«Потерпите, пожалуйста»

«Вам тяжело сейчас, но нужно набраться мужества для…»

«Сейчас у Вас трудный период…»

1. Побуждение к сотрудничеству

«Если у Вас будут вопросы, пожалуйста обращайтесь…»

«Я надеюсь на Вашу помощь…»

«Чем я еще могу быть Вам полезна…?»

«Давайте вместе подумаем, как поступить в этой ситуации…»

«Смотрите внимательно, что мы будем делать…»

1. Одобрение, поддержка

«Вы все делаете правильно…»

«Очень хорошо, что Вы…»

«Благодаря Вам ваш родственник…»

«У Вас все хорошо получается…»

«Ваш родственник очень хорошо справляется с этой процедурой…»

**ПРИЛОЖЕНИЕ 3**

**Типы вопросов**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Тип вопроса | Пример | Преимущество | Недостаток |
| Общие | Как поживаете?  Как дела? | Полезны, так как способствуют самовыражению. Человек может описать собственными словами то, что для него важно | Трудно контролировать отклонения от вопроса, достигать определенной цели или ограничивать словоохотливых собеседников |
| Конкретные | Фамилия?  Адрес? | Позволяют быстро собирать конкретную информацию – точную и однозначную | Ограничены постановкой вопроса. Ориентированы только на вопрос |
| Наводящие | Вы бросите курить, не так ли?  Вы будете вести здоровый образ жизни после выписки из больницы? | Наталкивают отвечающего на ответ, соответствующий нашему мнению | Ограничивает самовыражение отвечающего. Может вызывать неоднозначную реакцию |
| Пробные | В последнее время боли в желудке у вас усилились? | Исследует тему, которую считает важной. Ответы могут давать конкретную информацию | Может испугать отвечающего и вызвать гневную реакцию |
| Множественные | Вы говорите, что ваш муж много работает?  Как вы управляетесь по дому с двумя детьми?  Как ходите в магазин без его помощи? | Может демонстрировать интерес | Приводит к замешательству, т.к. отвечающий не знает на какой вопрос отвечать сначала. Ответ может быть не рациональным |

**ПРИЛОЖЕНИЕ 4**

1. **Отражение**

*Пациент:* «Я так рассердился, когда впервые узнал об этом, но теперь, когда прошло время, я чувствую удивительную пустоту»

*Медицинский работник:* «Пустоту?» (повторяя ключевое слово).

*Пациент:* «Да, ну понимаете, упадок сил… даже не чувствую страха. Это…»

Пациент может захотеть или не захотеть продолжать беседу. В данном случае пациент предпочел ее продолжить, но если отражение не помогает в беседе, это может указывать на заторможенность сознания или нежелание продолжать разговор.

1. **Перефразирование**

*Медицинский работник:* «Вы почувствовали вначале гнев, а затем пустоту?».

*Пациент:* «Да, пустота пришла не сразу, спустя какое-то время».

1. **Выяснение**

*Родственница пациента:* «… и поэтому я очень волнуюсь за свою невестку в связи с этой операцией».

*Медицинский работник:* «Что именно в этой операции вас волнует».

*Родственница пациента:* «О, она не может оперироваться на этой неделе – кто будет смотреть за детьми?».

1. **Резюмирование**

*Медицинский работник:* «В прошлом году мы обсуждали вашу болезнь и колостомию. Вы сказали, что чувствуете себя неопрятной и что во многих отношениях не можете жить так, как жили раньше. Вы чувствуете, что постоянное напряжение затрудняет ваше общение с друзьями. Вы скучаете по работе. Я правильно помню основные моменты?»

*Пациент:* «Я еще говорила о том воздействии, которое все это оказывает на мою семью».

*Медицинский работник:* «Правильно, и что это напряжение действует на всю вашу семью и личные взаимоотношения».

*Пациент:* «Да, примерно так».

**ПРИЛОЖЕНИЕ 5**

**Рекомендации по диагностике коммуникативных качеств**

**медицинских работников:**

1. Методика оценки коммуникативных и организаторских склонностей (КОС).
2. Методика «Диагностика коммуникативной социальной компетентности» (КСК).
3. Методика «Диагностика коммуникативной установки» (В. В. Бойко).
4. Методика «Диагностика эмоциональных барьеров в межличностном общении» (В. В. Бойко).
5. Методика «Уровень общительности» (В. Ф. Ряховский).
6. Методика «Способность самоуправления» (Н.М. Пейсахов).
7. Опросник межличностных отношений (В. Шутц).

**ЛИТЕРАТУРА**

*1. Баландина, Е.* Коммуникативная компетентность медицинских работников / Е. Баландина // Высшее образование в России. 2006. № 11. С. 152–153.

2. *Васильева, Л. Н.* Исследование коммуникативной компетентности будущего врача / Л. Н. Васильева // Психология и педагогика в инновационных процессах современного медицинского образования. Ярославль: Аверс-плюс, 2008. С. 195–200.

3. *Васильева, Л. Н.* Исследование эмпатии как составляющей коммуникативной компетентности будущего врача / Л. Н. Васильева // Вестник Костромского государственного университета им. Н. А. Некрасова. Кострома, 2010. Т. 16. № 1. С. 165–169.

4. *Носачёв, Г.Н.* Эффективное общение и предупреждение конфликтов в системе "врач - пациент" [Текст]: науч.-практ. пособие / Г.Н.Носачёв. - Москва: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2015

5. Психология взаимоотношений врача и пациента [Текст]: учеб.пособие / Л. И. Ларенцова, Н. Б. Смирнова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

6. Коммуникации в деятельности медицинских работников. Уч.пособие / Под ред. В.А. Решетникова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

7. Формирование коммуникативной компетентности у студентов медицинского ВУЗА (теоретические и практические аспекты). Уч.-метод. пособие / Под ред. Ю.В.Михайлюк, В.А.Хриптович, В.А.Манулик – Мн.: БГМУ, 2015.

Материал подготовлен методистом Кибак Н.Н.