

Лекция № 6.

Тема: Коммуникативные риски, барьеры, просчеты в речевой практике медицинской сестры. Пути их устранения. Эвфемизмы в речи медицинской сестры.

В результате изучения материала

Слушатель должен знать: базовые коммуникативные навыки медицинской сестры; сущность понятия «коммуникативный барьер»; способы предотвращения коммуникативных рисков и барьеров; позиции участников коммуникативного процесса как стратегии общения.

Слушатель должен уметь: оперировать основными понятиями темы; демонстрировать знание основных коммуникативных навыков и особенностей их использования в речевой практике медицинской сестры; делать эвфемистические замены.

Слушатель должен владеть: понятийным аппаратом изученной темы; способностью применять полученные знания в практической деятельности; владеть эффективными средствами предотвращения коммуникативных рисков и барьеров.

Хронокарта основных этапов занятия.

<i>№</i>	<i>Этапы</i>	<i>Содержание учебного материала</i>	<i>Время</i>
1.	Вводная часть (вступление)	Приветствие. Формулировка темы, цели, задач лекции, мотивация обучения.	2 - 5 мин
2	Основная часть	Изложение содержания лекции в строгом соответствии с предложенным планом.	80-85мин
3	Заключительная часть	Подведение общего итога лекции, повторение основных положений лекции, обобщение материала, формулировка выводов по теме лекции; ответы на вопросы студентов.	3 - 5 мин
Итого			90 мин

План лекции:

1. Коммуникативные барьеры в ходе общения медицинской сестры и пациента и пути их устранения.
2. Эффективные средства предотвращения коммуникативных рисков и барьеров.
3. Эвфемизмы в речи медицинской сестры.

Конспект лекции:

1. Коммуникация – процесс двустороннего обмена информацией, ведущий к взаимному пониманию. Если не достигается взаимопонимания, коммуникации не состоится. Чтобы убедиться в успехе коммуникации, необходимо иметь обратную связь, о том, как Вас люди поняли, как они воспринимают Вас, как относятся к имеющейся ситуации. Таким образом, в процессе общения встает проблема не столько обмена информацией, сколько ее адекватного понимания и преодоления коммуникативных барьеров.

Так, одни и те же слова, услышанные пациентом из уст специалиста-медика, соседа по палате, родственника, могут вызвать у него разные реакции. Одну и ту же информацию разные люди могут воспринимать совершенно по-разному в зависимости от воспитания, особенностей личности и даже политических пристрастий. Одно и то же высказывание врача, медицинской сестры один пациент воспримет как справедливое замечание, а другой – как «придирку».

В случае возникновения коммуникативных барьеров в ходе общения врача, медицинской сестры и пациента можно говорить как о существовании у пациентов психологической защиты от информации о состоянии здоровья и о прогнозах в этом

отношении, так и о возможных препятствиях на пути адекватного восприятия информации.

Коммуникативные барьеры в ходе общения медицинской сестры и пациента

(фонетический, семантический, стилистический, логический, социально-культурный барьер и барьеры отношений)

1. *Фонетический барьер* возникает, когда медицинский работник и пациент говорят быстро и невыразительно или на разных языках и диалектах, имеют дефекты речи и дикции.
2. *Семантический (смысловой) барьер* связан с проблемой жаргонов, свойственных людям определенных возрастных групп, профессий или социального положения (например, язык подростков, наркоманов, моряков, хакеров, жителей удаленных местностей и т.д.). Снятие такого барьера – актуальная проблема для представителей медицинской профессии, поскольку от его преодоления зависит успешность терапевтического контакта. Поэтому у специалиста-медика должны быть навыки усвоения чужих семантических систем. Особенно важно это для врача скорой медицинской помощи. Специфика работы в службе экстренной помощи обязывает медицинского работника владеть в полной мере всеми приемами психологии общения и уметь быстро ориентироваться и налаживать контакт с пациентами, а также с родственниками, очевидцами происшествий, работниками милиции и т.д. В экстренных ситуациях правильно собранный анамнез, быстрый контакт с пациентом часто стоит человеку жизни. С другой стороны, бывает, что медработник сам провоцирует возникновение смыслового барьера у пациента, без надобности используя профессиональные термины.
3. *Стилистический барьер* возникает при несоответствии речи медицинского работника ситуации общения, например, при его фамильярном поведении, когда он всех пациентов старше определенного возраста называет «бабуля» и «дедуля», не учитывает психологических особенностей людей и их психологического состояния (изменение сознания вследствие заболевания или приема лекарственных препаратов).
4. *Барьер логического непонимания.* Когда специалист-медик проводит профилактические беседы с пациентами перед всевозможными вмешательствами, обучает их навыкам приема лекарственных препаратов, использованию аппаратуры, знакомит с различными методиками здорового образа жизни, может возникнуть барьер логического непонимания, т.е. логика рассуждений специалиста-медика

может быть либо слишком сложна для пациента, либо казаться ему неверной или неубедительной. Логика доказательств пациента также может быть ошибочной с точки зрения специалиста.

5. *Социально-культурный барьер.* Причиной возникновения *социально-культурных барьеров* может выступать восприятие пациента как лица определенной профессии, определенной национальности, пола, возраста, социального статуса. Медицинский работник должен быть готов к возникновению этого барьера, к тому, что для определенной части больных его авторитет недостаточен; особенно это актуально для молодых специалистов.
6. *Барьеры отношений.* В процессе общения медицинской сестры и пациента могут возникать и *барьеры отношений*. Речь идет об отрицательных эмоциях, которые вызывает человек (причем, причину этого часто трудно осознать), о формировании к нему отрицательного отношения, которое распространяется и на передаваемую им информацию.

Причины «плохой» коммуникации:

- стереотипы – упрощенные мнения относительно отдельных лиц или ситуации, в результате нет объективного анализа и понимания людей, ситуаций, проблем;
- «предвзятые представления» – склонность отвергать все, что противоречит собственным взглядам, что ново, необычно («Мы верим тому, чему хотим верить»). Мы редко осознаем, что толкование событий другим человеком столь же законно, как и наше собственное;
- плохие отношения между людьми, поскольку если отношение человека враждебное, то его трудно убедить в справедливости Вашего взгляда;
- отсутствие внимания и интереса собеседника, а интерес возникает, когда человек осознает значение информации для себя;
- пренебрежение фактами, т.е. привычка делать выводы-заключения при отсутствии достаточного количества доказательств;
- ошибки в построении высказываний: неправильный выбор слов, сложность сообщения, слабая убедительность, нелогичность и т.п.
- неверный выбор стратегии и тактики общения.

Позиции участников коммуникативного процесса как стратегии общения

Открытая позиция – желание и умение выразить полно свою точку зрения и готовность учесть позиции других. Открытые коммуникации эффективны, если есть

сопоставимость, но не тождественность предметных позиций (обмен мнениями, замыслами).

Закрытая позиция характеризуется нежеланием либо неумением выразить понятно свою точку зрения, свое отношение, имеющуюся информацию. Использование закрытых коммуникаций оправдано в следующих случаях:

а) если есть значительная разница в степени предметной компетентности и бессмысленно тратить время и силы на поднятие компетентности «низкой стороны»;

б) в конфликтных ситуациях открытие своих чувств, планов противнику, как правило, нецелесообразно.

Отстраненная – коммуникатор держится подчеркнуто нейтрально, сопоставляет две противоположные точки зрения. Открыто свою точку зрения не высказывает, но ориентируется на одну из них.

2.Способы предотвращения коммуникативных рисков и барьеров и повышения эффективности общения

- привлечь внимание получателя сообщения;
- говорить медленно, с хорошим произношением, простыми короткими фразами;
- не злоупотреблять специальной терминологией;
- менять скорость и темп речи при общении с конкретным пациентом: если медицинский работник говорит слишком медленно, то пациент может подумать, что он недооценивает его возможности воспринимать информацию. Если говорит слишком быстро, пациент может подумать, что он торопится, и не захочет дальше слушать;
- правильно выбирать время для общения: тот, кому адресована информация, должен иметь интерес к беседе. Лучшее время для общения – когда пациент сам задаёт вопросы о своем состоянии, плане ухода, сестринских вмешательствах и т.д.;
- не начинать беседу сразу после информации о неблагоприятном исходе или неизлечимом заболевании;
- следить за интонацией своего голоса, убедиться, что она соответствует тому, что Вы собираетесь сказать. Тон может выражать интерес, заботу, безразличие и раздражение, страх, гнев; выбирать нужную громкость: говорить так, чтобы Вас слышали, но не кричать;
- юмор способствует эффективному вербальному общению, но он должен быть осторожным, особенно при медицинских манипуляциях. Юмор помогает успокоить пациента, снять напряжение и боль, обеспечивает эмоциональную поддержку и смягчает восприятие болезни;

- убедиться в том, что Вас поняли, задавая человеку открытые, а не закрытые вопросы.

3. Эвфемизмы в речи медицинской сестры.

Эвфемистичность речи (греч. euphemia) - это воздержание от неподобающих слов, смягченное выражение.

Под эвфемизацией обычно понимается процесс осознанной замены говорящего в интересах слушающего нелитературной или даже табуированной лексики на лексику с общей благородно-смягчающей оценкой происходящего.

В речи медицинских работников эвфемизмы традиционно используются в профессиональных целях, поскольку именно они смягчают и облагораживают многие весьма деликатные ситуации общения медика и пациента, а также общения в среде специалистов, общения в процессе подготовки будущих медиков. Эвфемизмы в речи являются показателем высокой общей и профессиональной культуры говорящего. Их использование продиктовано этикой поведения врача, медицинской сестры и их уважительным отношением к пациенту. Эвфемистические средства выражения довольно часто возникают в профессиональной речи медика в ситуациях, связанных с постановкой диагноза, с описанием конкретных физиологических процессов и болезненных состояний, с оценкой внешнего вида больного, общего самочувствия человека. Специалист-медик безошибочно определяет психофизические особенности пациента: характер его заболевания, степень запущенности болезни, характерные симптомы болезни, особенности поведения пациента и т.д. В процессе общения с пациентом медицинский работник опирается на речевой паспорт пациента: его пол, возраст, национальность, место рождения, образование, профессиональную принадлежность, социальный статус, интеллект, эрудицию, отдельные черты характера, психофизиологическое состояние в момент коммуникации. Так, например, для различных характеристик пациентов и их состояний уместны лексемы: *пожилой вместо старый, дама весьма почтенных лет вместо старуха, человек с ограниченными возможностями вместо инвалид, женщина, готовящаяся к материнству вместо беременная, незрячий вместо слепой, слабослышащий вместо глухой, душевнобольной вместо психически больной, поправиться вместо растолстеть, диарея вместо понос, алопеция вместо облысение, педикулёз вместо вшивость, ринит вместо насморк, гематома вместо синяк.*

В речи медицинской сестры наблюдается разноцелевое употребление эвфемизмов:

- 1) как средство замены слова или выражения, нежелательного в данный момент;
- 2) как средство, смягчающее передаваемую информацию;

3) как вуалирующее средство, помогающее скрыть от непосвященных собеседников суть сказанного;

4) как средство осторожности, жесткого речемыслительного контроля;

5) как средство, облагораживающее содержание речи.

Грамотно используя эвфемизмы, медицинская сестра всегда демонстрирует уважительное отношение к любому пациенту, при этом его речь выверена, хорошо продумана и четко организована, что помогает легко снимать малейшую негативную реакцию со стороны больного. Жёсткий самоконтроль речи — отличительный признак специалистов лечебного дела. Эвфемистичность речи медицинской сестры является одним из показателей высокого профессионализма.

Рекомендуемая литература.

1. Болучевская В.В., Павлюкова А.И. Общение врача. – М., 2011.
2. Колягин В.В. Коммуникации в медицине. Основы транзакционного анализа: пособие для врачей. – Иркутск, 2012.
3. Магазаник Н.А. Искусство общения с больными. – М.: Медицина, 1991.
4. Новгородцева И.В. Педагогика в медицине. - Издательство «ФЛИНТА», 2017.
5. Речевая компетентность в педагогической деятельности [Электронный ресурс] / Иванчикова Т.В. - М.: ФЛИНТА, 2017.
6. Селезнев С.Б. Особенности общения медицинского персонала с больными различного профиля (по материалам лекций для студентов медицинских и социальных вузов). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. №4.
7. Шеметова Г.Н., Андриянова Е.А., Губанова Г.В. Коммуникативные навыки в профессиональной деятельности врача общей практики и консультирование пациента / Под. ред. Г.Н. Шеметовой. – Саратов: Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2017. – 198 с.